

Tätigkeitsbericht 2022



OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegerversicherung

Tätigkeitsbericht 2022

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

INHALT

Vorwort.....	5
I. Jahresbericht 2022.....	7
Zahlen	8
Themen	9
Verfahren	12
II. Statistik.....	13
Schlichtungsanträge	14
Themen	15
Ergebnisse im Schlichtungsverfahren.....	18
III. Der Ombudsmann und das Ombudsmannverfahren	19
Ombudsmann	20
Organisation und Verfahrensablauf	21
Der PKV-Ombudsmann – eine Zeitreise.....	24
IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit	27
Medizinische Notwendigkeit	28
Gebührenstreitigkeiten.....	32
Vertragsauslegung / Versicherungsbedingungen	34
V. Verfahrensordnung	37
Statut.....	38
Teilnehmende Versicherungsunternehmen.....	42
Impressum	44

Hinweis: Zum Zweck der besseren Lesbarkeit, wird auf eine geschlechtsbezogene Formulierung weitestgehend verzichtet. Selbstverständlich sind immer sämtliche Geschlechter gemeint, auch wenn nur eines angesprochen wird.

”

Bei Meinungsverschiedenheiten
zwischen Ihnen und Ihrer privaten
Krankenversicherung können

Sie in unserem Schlichtungsverfahren die
Rechtslage durch erfahrene Juristen unab-
hängig und kostenfrei überprüfen
lassen, um außergerichtlich eine
Lösung zu finden.

“



Das Jahr 2022 war geprägt von unerwarteten Veränderungen und Herausforderungen. Neben der weiterhin andauernden Corona-Pandemie waren viele Menschen besonders von den wirtschaftlichen und finanziellen Folgen des aktuellen Weltgeschehens betroffen. Dies machte sich auch bei der Bearbeitung der Schlichtungsanträge bemerkbar.

Die finanzielle Belastung vieler Menschen durch die allgemeine Erhöhung der Lebenshaltungskosten sowie die damit einhergehende Unsicherheit führten beispielsweise im Zusammenhang mit dem Thema Beitragszahlung zu einem hohen Klärungsbedarf. Speziell Beitragsanpassungen waren Anlass für die Versicherten, sich an die Schlichtungsstelle zu wenden.

Nach wie vor waren Anträge im Zusammenhang mit dem Corona-Virus zu bearbeiten. Hierbei stand die Abrechnung von PCR-Tests bei stationären Krankenhausaufenthalten im Vordergrund.

Die Themen, die die Schlichtungsstelle im vergangenen Jahr besonders beschäftigt haben, sind in diesem Tätigkeitsbericht dargestellt. Hier können Sie einen Einblick in die Arbeit der Schlichtungsstelle gewinnen sowie sich einen Überblick über die statistischen Auswertungen der Schlichtungstätigkeit verschaffen.

An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass im Berichtsjahr die Verfahrensordnung, also das Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung, aktualisiert wurde. Dabei handelt es sich primär um Konkretisierungen, Klarstellungen und sprachliche Anpassungen an das unsere Tätigkeit regelnde Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG). Der bisherige Ablauf des Schlichtungsverfahrens blieb jedoch unverändert. Schließlich hat sich das Ombudsmannverfahren seit nunmehr über zwanzig Jahren erfolgreich bewährt.

Mein großer Dank gilt meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit ihrem tagtäglichen Einsatz - wie gewohnt - die reibungslosen Abläufe in der Schlichtungsstelle sichergestellt und eine zuverlässige und fachlich ausgezeichnete Arbeit geleistet haben.

Nachdem zum Ende des Jahres 2022 meine Amtszeit abgelaufen war, ehrt es mich sehr, dass der Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. mir ein weiteres Mal das Vertrauen für diese Aufgabe ausspricht und mich für eine weitere dreijährige Amtszeit berufen hat. Ich werde dieses Amt auch weiterhin mit viel Freude und großem Engagement ausüben.

Nun wünsche ich Ihnen alles Gute, vor allem Gesundheit und eine für Sie hoffentlich interessante Lektüre!

Berlin, im Januar 2023

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Heinz Lanfermann'. The signature is fluid and cursive.

Heinz Lanfermann

I. Jahresbericht 2022



Corona-Pandemie
Inflation
Beitragsentlastungstarife

ZAHLEN

Im Berichtszeitraum 2022 erreichten den Ombudsmann 6.429 Schlichtungsanträge (2021: 6.041). Allerdings ist bei der im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegenen Zahl ein ungewöhnlich hoher Eingang von Schlichtungsanträgen kurz vor Jahresende zu berücksichtigen. Eine Rechtsanwaltskanzlei hatte 1.300 gleichlautende Anträge im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen eingereicht. Ohne Berücksichtigung dieses Sondereffekts gingen 5.129 Schlichtungsanträge ein.

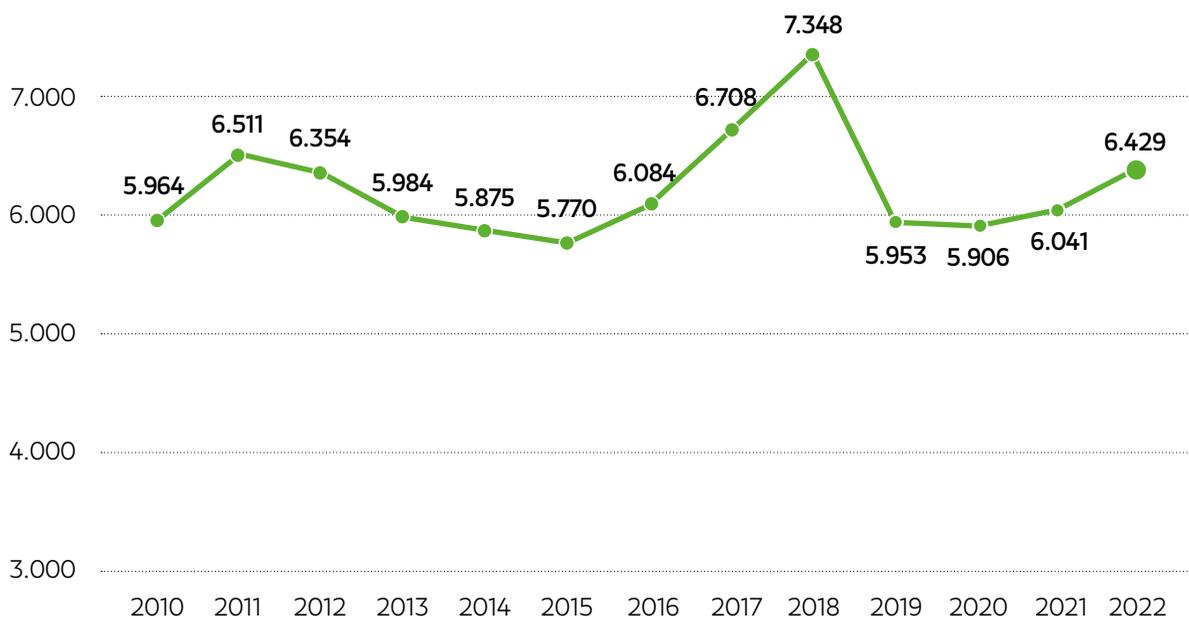
Diese Anträge der Rechtsanwaltskanzlei gehen unter anderem auf mehrere Entscheidungen des Bundesgerichtshofs (BGH) zurück, die seit 2020 zu diesem Thema ergangen sind. Es ist festzustellen, dass die Versicherten der Privaten Krankenversicherung nach wie vor ein großes Interesse an der Klärung der Beitragsgestaltung und der Hintergründe von Beitragserhöhungen haben. Hier dürfte auch die grundsätzliche finanzielle Situation in Deutschland eine Rolle spielen, die

insgesamt den Blick auf regelmäßige Kostenpositionen, wie bspw. die monatlichen Beitragszahlungen, richtet.

Einen Überblick über die Auswertung der einzelnen Anträge finden Sie in Abschnitt II. Statistik.

Unter Berücksichtigung der über 40 Millionen bestehenden Verträge in der Krankheitskostenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung, für die der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist, liegt die Zahl der Fälle, in denen ein Schlichtungsverfahren zur Vermittlung bei Meinungsverschiedenheiten angestrebt wurde, bei unter 0,02%. Dies spricht für eine weiterhin hohe Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer privaten Krankenversicherung und insbesondere auch für ein lösungsorientiertes Beschwerdemanagement der Krankenversicherer.

Antragseingänge in den Jahren 2010 bis 2022



THEMEN

Wie bereits in den vergangenen beiden Jahren warf die Corona-Pandemie im Berichtsjahr 2022 ganz spezielle Fragestellungen auf, mit denen sich die Versicherten an die Schlichtungsstelle wandten. Unter anderem ging es dabei um die digitale Erstbegutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit und um die Hygienepauschale bei ambulanten ärztlichen Behandlungen.

Auch die finanzielle Belastung vieler Haushalte durch die Steigerung der Lebenshaltungskosten spiegelte sich in vielen Schlichtungsanträgen wider. Diese Eingaben betrafen neben der Wirksamkeit von Beitragsanpassungen u. a. auch konkrete Fragen zu abgeschlossenen Beitragsentlastungstarifen.

Corona-Pandemie

Wider Erwarten blieb die **Abrechnung von PCR-Tests** auch im Jahr 2022 ein häufiges Beschwerde-Thema (siehe hierzu den Jahresbericht des Ombudsmanns im Tätigkeitsbericht 2021). Problematisch erwiesen sich hierbei jene PCR-Tests, die bei allen Patienten vor der Aufnahme zur stationären Behandlung routinemäßig durchgeführt wurden.

In ihren Anträgen schilderten die Versicherten regelmäßig, dass bei ihnen ein vorsorglicher Test auf das Corona-Virus durchgeführt wurde, ohne dass sie Symptome einer Corona-Erkrankung hatten. Ein Wahlrecht bestand diesbezüglich nicht.

Die Testkosten stellte man ihnen auf der Grundlage einer zuvor unterzeichneten Wahlleistungsvereinbarung gesondert als Chefarztbehandlung in Rechnung.

In öffentlichen Krankenhäusern wird grundsätzlich zwischen sog. allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen unterschieden. Die allgemeinen Krankenhausleistungen beinhalten bereits sämtliche Leistungen zur Versorgung des Patienten. Daneben besteht die Möglichkeit, mit dem Krankenhaus eine sog. Wahlleistungsvereinbarung, zum Beispiel bei dem Wunsch einer besseren Unterbringung oder einer Behandlung durch einen Chefarzt, zu schließen.

Entscheidet sich der Patient durch Abschluss einer Zusatzvereinbarung für ärztliche Wahlleistungen, erhält er eine gesonderte Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Versicherer sehen sich hier nicht in der Leistungspflicht und begründeten dies damit, dass die Tests standardmäßig zur Vorsorge im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes und gerade nicht im Einzelfall auf individuelle Anweisung eines Arztes erfolgten.

Nach § 26 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) werden Kosten, die den Krankenhäusern für Testungen auf eine Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten entstehen, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, mit einem Zusatzentgelt finanziert.

Das Bundesministerium für Gesundheit vertritt die Auffassung, dass bei routinemäßig erbrachten Testungen die notwendigen Voraussetzungen für die Abrechnung von Wahlleistungen nicht ohne Weiteres erfüllt sind. Danach ist zwischen Testungen aufgrund einer allgemeinen Anordnung der Krankenhausleitung für alle Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und symptombezogenen Testungen zum Ausschluss einer Corona-Infektion auf der anderen Seite zu unterscheiden. Nur bei letzterer liegen die Voraussetzungen einer Wahlleistung vor, wenn dies zuvor mit dem Patienten schriftlich vereinbart worden und auf Veranlassung des Wahlarztes im Einzelfall erfolgt ist. In derartigen Fällen sind die Versicherer ihrer Leistungspflicht nach Kenntnis des Ombudsmannes nachgekommen.

Der Abrechnungsstreit konnte trotz der – aus Sicht des Ombudsmanns unmissverständlichen – Klarstellung des Bundesministeriums für Gesundheit bisher nicht beigelegt werden.

Eine einheitliche Rechtsprechung existiert zu dem Thema bislang nicht. Zudem blieb eine Klagewelle vor den Gerichten möglicherweise aufgrund des relativ geringen Streitwerts von rund 120,- EUR je Test aus. Das Verwaltungsgericht Stuttgart hat sich mit Urteil vom 09.11.2022 zu dieser Fragestellung positioniert und die Auffassung der Versicherer bestätigt, nach der routinemäßige Testungen des Krankenhauses nicht über eine Wahlleistungsvereinbarung vergütet werden können.

Tatsächlich betrafen die an den Ombudsmann herangetragenen Fälle stets routinemäßige Testungen. So sehr der Ombudsmann Verständnis für die Verärgerung der Versicherten hatte, konnte er die Ablehnung einer Kostenerstattung durch die Versicherer nur bestätigen. Er legte ihnen nahe, sich nochmals an die Klinik bzw. den Rechnungsteller zu wenden.

Angesichts der Verlängerung der Testverordnung durch den Gesetzgeber bis zum 31.12.2024 ist davon auszugehen, dass dieses Thema dem Ombudsmann auch zukünftig vorgetragen wird.

Ein weiteres Thema betraf den Wegfall der **Möglichkeit zur digitalen Erstbegutachtung** in der privaten Pflegeversicherung. Die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erfolgte vor der Corona-Pandemie üblicherweise im Wohnbereich des Versicherten durch einen Gutachter des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung (Medicproof GmbH).

Anlässlich der Corona-Pandemie wurde die persönliche Begutachtung jedoch ausgesetzt. § 147 Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) sah die Möglichkeit einer digitalen oder telefonischen Pflegebegutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich vor. Die Regelung war zunächst bis zum 31.03.2022 befristet und letztmals bis zum 30.06.2022 verlängert worden. Seither muss die Erstbegutachtung wieder im Wohnbereich des Versicherten stattfinden. Lediglich für Folgebegutachtungen ist die digitale oder telefonische Überprüfung der Pflegebedürftigkeit weiter möglich.

Die Versicherten wandten sich an den Ombudsmann, da sie das Auslaufen dieser Regelung nicht nachvollziehen konnten. Sie trugen vor, dass das Ansteckungsrisiko weiterhin

hoch sei und sie sich deshalb eine digitale oder telefonische Erstbegutachtung wünschen, was die privaten Krankenversicherer aufgrund der neuen Gesetzeslage ablehnten.

Der Ombudsmann konnte in diesen Fällen leider nicht vermitteln, da der Gesetzgeber das Prüfverfahren zur Erstbegutachtung klar definiert und sich gegen eine Fortsetzung der digitalen Erstbegutachtung entschieden hat. Die jeweiligen Entscheidungen der Versicherer waren nicht zu beanstanden. Gleichwohl versuchte der Ombudsmann den Antragstellern ihre Bedenken gegen eine persönliche Begutachtung zu nehmen. Denn der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung hat bereits zu Beginn der Corona-Pandemie ein umfassendes Hygienekonzept erstellt und die notwendigen Schutzmaßnahmen ergriffen, um das Risiko einer Ansteckung mit dem Corona-Virus zu minimieren.

Schließlich sorgte die **Erstattung der sog. Hygienepauschale** für ambulante ärztliche Behandlungen vermehrt für Schlichtungsanträge. Seit dem 01.04.2020 war es der Ärzteschaft durch eine Vereinbarung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesärztekammer und Vertretern der Beihilfestellen möglich, den mit der Pandemie entstandenen erhöhten Hygieneaufwand mit einer gesonderten Gebühr zu berechnen. Obwohl diese Regelung zum 31.03.2022 auslief, wird die Hygienepauschale von einigen Ärzten weiterhin berechnet. Der Ombudsmann konnte die Versicherten lediglich über die nicht mehr berechenbare Hygienepauschale informieren und ihnen empfehlen, den behandelnden Arzt zu bitten, die Rechnung zu korrigieren.

Steigerung der allgemeinen Lebenshaltungskosten

Die zum Teil erheblich gestiegenen allgemeinen Lebenshaltungskosten führten im Berichtsjahr 2022 dazu, dass sich die Versicherten an den Ombudsmann wandten und von Problemen mit den für ihre Krankenversicherung zu zahlenden Beiträgen berichteten, die sie mit ihrem Versicherer nicht klären konnten.

Hintergrund waren oftmals Mehrbelastungen infolge von Beitragserhöhungen. Einige Versicherte

äußerten die Befürchtung, sich die Beiträge zukünftig nicht mehr leisten zu können. Insoweit wurde regelmäßig um Mitteilung der bestehenden Möglichkeiten zur Beitragsreduzierung sowie um Alternativen zu aktuell bestehenden Tarifen gebeten. Fragen ergaben sich auch zur Kalkulation der Beiträge und zur Anrechnung von Alterungsrückstellungen. Konkrete Rückfragen traten im Zusammenhang mit sogenannten Beitragsentlastungstarifen auf.

Beiträge in der Privaten Krankenversicherung werden einkommensunabhängig und risikogerecht kalkuliert. Veränderte Einkommensverhältnisse, beispielsweise eine Reduzierung der Einkünfte bei Renteneintritt, beeinflussen die Beitragshöhe grundsätzlich nicht.

Zwar wirken sich die während der Vertragslaufzeit gebildeten Alterungsrückstellungen günstig auf die Beitragsentwicklung aus. Durch zusätzliche Faktoren wie höhere Behandlungskosten ist die Notwendigkeit von Beitragssteigerungen aber auch zukünftig absehbar.

Um Beitragserhöhungen im Alter abzumildern bzw. die Beiträge weiter zu reduzieren, bieten viele Versicherer sogenannte **Beitragsentlastungstarife** an. Die hierfür eingezahlten Beiträge dienen dabei der gezielten Senkung der Beiträge im Alter. Ab Renteneintritt werden die Beiträge um die vertraglich vereinbarten Beträge gemindert.

Falls diese Tarife nicht die erhoffte Ersparnis bringen, sich deren Beiträge erhöhen oder sie vorzeitig beendet werden sollen, kann es zu Meinungsverschiedenheiten mit dem Versicherer kommen. In diesem Zusammenhang hinterfragten 2022 viele der davon betroffenen Versicherten die jeweiligen vertraglichen Regelungen.

Im Rahmen der Bearbeitung der Schlichtungsanträge ist dem Ombudsmann aufgefallen, dass vielen Versicherten nicht bewusst war, welche Bedingungen für die Beitragsentlastungstarife vereinbart worden sind. So wurde häufig übersehen, dass der Beitrag im Entlastungstarif auch nach Beginn der Leistungsphase weiter

zu zahlen ist. Den Versicherten, die sich gegen diese vertragliche Ausgestaltung wandten, hat der Ombudsmann erläutert, weshalb die vertraglichen Regelungen im jeweiligen Einzelfall rechtlich nicht zu beanstanden waren.

Prinzipiell können Beitragsentlastungstarife eine sinnvolle Möglichkeit der Beitragsreduzierung darstellen. Zu berücksichtigen sind vor allem die damit verbundenen steuerlichen Vorteile. Zudem sind die Beiträge durch den Arbeitgeber zuschussfähig, so dass die Tarife insbesondere für Arbeitnehmer interessant sein können.

Ob sich die Ergänzung des Vorsorgekonzepts durch einen Beitragsentlastungstarif für den einzelnen Versicherten rechnet, ist stets im Einzelfall zu prüfen. Interessenten sollten sich deshalb unbedingt eingehend beraten lassen.

Nicht zuletzt betrafen viele der eingegangenen Schlichtungsanträge die Frage der **Wirksamkeit der Beitragsanpassungen** der letzten Jahre. Der Ombudsmann überprüft die Beitragsanpassungen dahingehend, ob die formalen Verfahrensvoraussetzungen vom Versicherer eingehalten wurden. Es ist ihm hingegen nicht möglich, versicherungsmathematische Sachverständige mit der Überprüfung der bereits durch Aktuarien und unabhängige Treuhänder geprüften Kalkulationen zu beauftragen.

In einzelnen Fällen konnte im Berichtsjahr eine Klärung im Rahmen des Schlichtungsverfahrens erfolgen. Dem Ombudsmann war es unter Darlegung seiner Rechtsauffassung möglich, erfolgreich zwischen den beteiligten Parteien zu vermitteln und eine Schlichtung zu erreichen.

Mit Blick auf die aktuellen Entwicklungen ist davon auszugehen, dass sich die Versicherten auch im kommenden Berichtsjahr wieder mit Fragen rund um die Thematik der Beitragssteigerungen an den Ombudsmann wenden werden.

VERFAHREN

Der Ombudsmann bietet ein Verfahren an, in dem Versicherte einfach, zügig und kostenlos die Streitigkeit mit ihrem Versicherer beilegen können.

Das Verfahren ist für die Versicherten nach wie vor leicht zugänglich und kostenfrei. Anträge können sowohl postalisch als auch elektronisch eingereicht werden.

Im Jahr 2019 hatte der Ombudsmann seine Internetseite neugestaltet. Seither ist auch eine problemlose Anwendung vom Smartphone oder Tablet möglich. Diese Neuerungen stellten sich bereits im Berichtsjahr 2020 als besonders hilfreich heraus. Denn aufgrund der – mit der Corona-Pandemie einhergehenden – Einschränkungen nutzten viele Versicherte die Möglichkeit, den Schlichtungsantrag online zu stellen oder im laufenden Verfahren weitere Ergänzungen oder Unterlagen über die gesicherte Internetseite zu übermitteln.

Die in den vergangenen Jahren erkennbare Tendenz dahingehend, dass vermehrt auf die elektronische Kommunikation zurückgegriffen wird, hat sich durch die besondere Situation auch im Jahr 2022 daher nochmals verstärkt.

Neben konkreten Schlichtungsanträgen erreichten den Ombudsmann auch im Jahr 2022 viele allgemeine Anfragen zum Umfang und der Ausgestaltung der privaten Krankenversicherung. Viele Versicherte möchten sich durch eine Anfrage beim Ombudsmann vergewissern, ob alles „mit rechten Dingen“ zugehe. Aufgabe des Ombudsmanns ist jedoch die Streitschlichtung bzw. die Vermittlung zwischen den Parteien, er erteilt keinen Rechtsrat oder allgemeine Auskünfte zur privaten Krankenversicherung.

Fachlicher Austausch

Der Ombudsmann steht im ständigen fachlichen Austausch mit dem Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV), der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) sowie anderen Schlichtungsstellen.

Keine strukturellen Hindernisse zur Beilegung von Streitigkeiten

Dem Ombudsmann sind im Berichtszeitraum keine Hinweise auf etwaige strukturelle Hindernisse für die Beilegung von Streitigkeiten bekannt geworden.

Grenzüberschreitende Schlichtung

Im Berichtsjahr wurde dem Ombudsmann über die, auf der Grundlage der Verordnung über Online-Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten (ODR-VO) vom 21.05.2013, eingerichtete OS-Plattform kein Schlichtungsantrag übermittelt.

FIN-NET

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist Mitglied des FIN-NET. Dieses Netzwerk nationaler Schlichtungsstellen gibt es seit dem Jahr 2001 auf Initiative der Europäischen Kommission.

Das FIN-NET wurde geschaffen, um Finanzstreitigkeiten in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums – das sind die Länder der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen – ohne Einschaltung eines Gerichts beizulegen.

Wollen Verbraucher einen grenzüberschreitenden Streitfall mit einem Finanzdienstleister (Banken, Versicherungen, Wertpapiergesellschaften) klären, erhalten sie mit dem FIN-NET Zugang zu außergerichtlichen Schlichtungsverfahren.

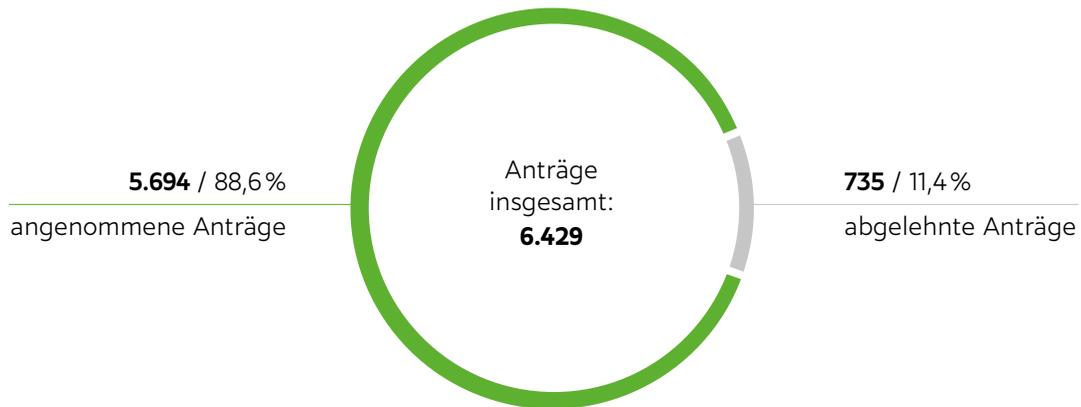
II. Statistik



Schlichtungsanträge
Themen
Einigungsquote

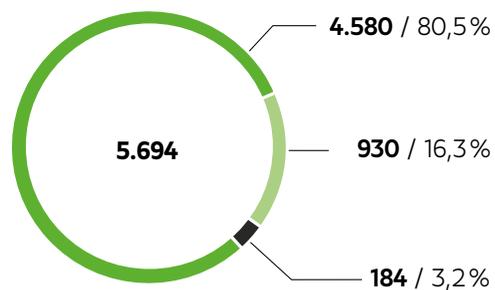
SCHLICHTUNGSANTRÄGE

Anzahl der eingegangenen Anträge 2022



Verteilung der angenommenen Anträge nach der Art des Versicherungsvertrages

- Krankheitskostenvollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegepflichtversicherung



Verteilung der abgelehnten Anträge (insgesamt 735) nach Ablehnungsgrund

die Streitigkeit fällt nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns

519

der streitige Anspruch ist nicht zuvor gegenüber dem Antragsgegner geltend gemacht worden

155

der Streitwert unterschreitet eine bestimmte Höhe

39

der Gegenstand der Streitigkeit ist/wurde bereits gerichtlich geltend gemacht

21

die Streitigkeit ist bereits beigelegt

1

der Anspruch ist verjährt

0

die Angelegenheit war/ist bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle

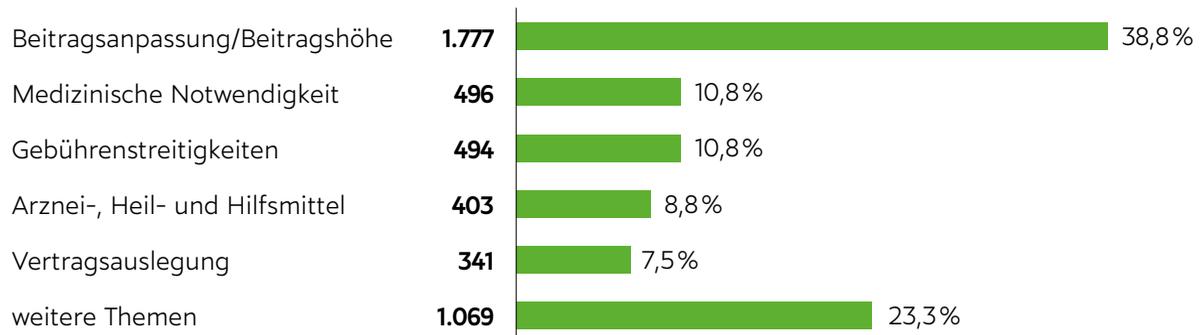
0

THEMEN

Krankheitskostenvollversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **4.580** (80,5%)



Im Berichtszeitraum nimmt das Thema **Beitragsanpassungen/Beitragshöhe** den Spitzenplatz ein. Hierfür spielen die ab 2020 ergangenen Urteile des BGH eine maßgebliche Rolle, die unverändert einen hohen Klärungsbedarf der Versicherten rund um die Frage der Rechtmäßigkeit von Beitragsanpassungen nach sich ziehen.

Außergewöhnlich war allerdings, dass eine Rechtsanwaltskanzlei kurz vor Jahresabschluss 1.300 Schlichtungsanträge zu dieser Thematik einreichte.

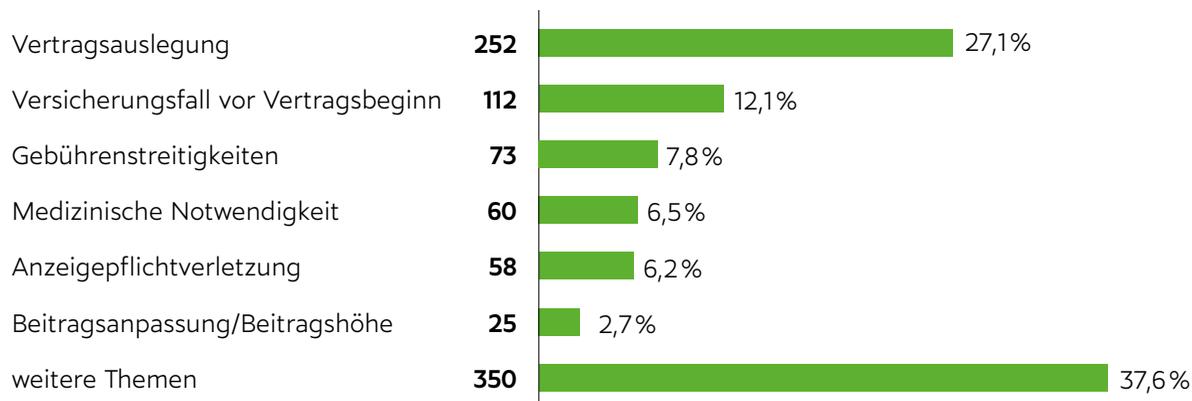
Jeweils leicht gesunken sind **Gebührenstreitigkeiten**, also Fragen zur korrekten Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen sowie die Anfragen hinsichtlich der **medizinischen Notwendigkeit** einzelner Behandlungsmaßnahmen. Darunter fallen alle Anträge, die sich auf die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungen und Krankenhausaufenthalten beziehen.

Gleichbleibend hoch waren die Anträge im Hinblick auf die Kostenerstattung von Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln. Unter den weiteren Themen sind beispielsweise solche Anträge erfasst, welche die Themen Anzeigepflichtverletzung, Risikozuschlag/Leistungsausschluss sowie Tarifwechsel betrafen.

Zusatzversicherungen

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **930** (16,3%)



Zu den Zusatzversicherungen gehören unter anderem: Krankentagegeldversicherung, Krankenhaus-tagegeldversicherung, Pflegezusatzversicherung, Auslandsreisekrankenversicherung und Zahnzusatzversicherung.

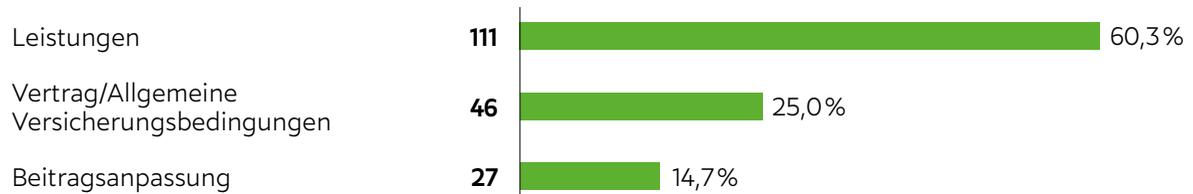
Die im Bereich der Zusatzversicherungen an den Ombudsmann gerichteten Schlichtungsanträge betrafen hauptsächlich die **Auslegung der Vertragsbedingungen**. Da die Leistungen der Versicherer in diesem Bereich häufig im Zusammenhang mit Vorleistungen anderer Kostenträger stehen, sind die einzelnen Versicherungsbedingungen teilweise sehr komplex. Dem geschuldet kommt es – wie bei der Krankheitskostenvollversicherung – zwischen den Versicherten und den Unternehmen häufig zu Uneinigkeiten darüber, ob und in welchem Umfang der Versicherer Leistungen zu erbringen hat.

Gegenstand der Anträge darüber hinaus waren bspw. die Themen Vertragsbeendigung durch den Versicherten und die Vertragsbearbeitung.

Pflegepflichtversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **184** (3,2%)

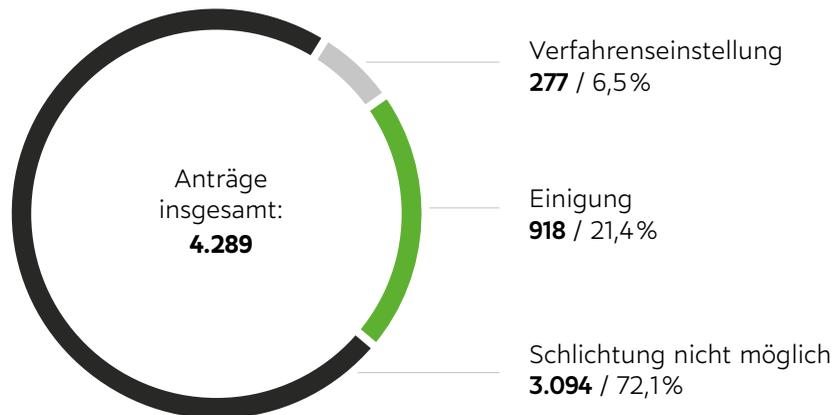


Im Vergleich zur Krankheitskostenvollversicherung erreichte den Ombudsmann eine weitaus geringere Anzahl an Schlichtungsanträgen betreffend die Pflegepflichtversicherung. Insgesamt stieg die Zahl der insoweit eingegangenen Anträge mit Blick auf das Vorjahr leicht von 169 auf 184.

Der überwiegende Anteil der Anträge betraf Leistungsfragen wie z. B. Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Verhinderungspflege oder Pflegehilfsmittel. Daneben gingen 27 Schlichtungsanträge aufgrund der im Jahr 2022 in der Pflegepflichtversicherung erfolgten Beitragsanpassung beim Ombudsmann ein.

ERGEBNISSE IM SCHLICHTUNGSVERFAHREN

Anzahl der 2022 abschließend bearbeiteten Anträge



Im Jahr 2022 konnten insgesamt 4.289 Schlichtungsverfahren abgeschlossen werden. Hiervon umfasst sind Verfahren, die in den Jahren 2021 und 2022 eingeleitet wurden.

In 918 Fällen und damit in rund jedem fünften Verfahren konnte eine Einigung erzielt werden. In 3.084 Verfahren war eine Schlichtung zwischen den Parteien nicht möglich. Inbegriffen sind hier Fälle, in denen offensichtlich kein Anspruch der Versicherten bestand oder die Versicherer nicht zu einem Entgegenkommen bereit waren. Weiter sind hierunter Sachverhalte erfasst, in denen das Schlichtungsziel zwar teilweise erreicht, aber die Angelegenheit nicht vollumfänglich geklärt werden konnte. In einzelnen Fällen lehnten auch Versicherte den Schlichtungsvorschlag des Ombudsmanns ab, so dass die Streitigkeit nicht gütlich beigelegt werden konnte.

Im Übrigen wurden 277 Verfahren auf Wunsch der Antragsteller eingestellt. In der Regel lag dem eine zwischenzeitliche Klärung der Angelegenheit zugrunde.

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug im aktuellen Berichtsjahr rund 46 Tage, nachdem die Beschwerdeakte vollständig war. Damit gelang eine Bearbeitung deutlich unter der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungsfrist von 90 Tagen.

III. Der Ombudsmann



neutral
unabhängig
risikofrei

OMBUDSMANN

Was ist ein Ombudsmann und wo hat er seinen Ursprung?

Die Institution eines Ombudsmanns stammt aus Skandinavien. Karl der XII. von Schweden soll das System des *Mohtasibs* im Osmanischen Reich kennengelernt haben, eine Einrichtung, die auf Beschwerden der Bürger Missständen in der Verwaltung nachzugehen hatte. Er führte nach seiner Rückkehr nach Schweden im Jahr 1718 das vergleichbare System des sogenannten Justizkanzlers in seinem Land ein. Im Jahr 1809 wurde diesem der Ombudsmann (Ombud = altnordisch Vollmacht) zur Seite gestellt. Noch heute beschränkt sich die Tätigkeit des Ombudsmanns in Schweden auf die Prüfung von Beschwerden der Bürger über die öffentliche Verwaltung.

In Deutschland wurde das schwedische System nur für Teilbereiche der öffentlichen Verwaltung übernommen (vgl. z.B. den mit Gesetz vom 19.03.1956 eingeführten Wehrbeauftragten).

Dafür hat die Übernahme des schwedischen Beschwerde- und Schlichtungssystems auf dem privaten Sektor seit Ende des 20./Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland erheblich zugenommen. Das gilt vor allem für den Sektor der Finanzdienstleistungen, insbesondere Kreditinstitute und Versicherungen.

Hier haben die zuständigen Verbände Ombudsmannstellen eingerichtet, die als Alternative zu zeitraubenden und kostenintensiven Gerichtsverfahren eine effektive, schnelle und unbürokratische Erledigung von Streitfällen durch eine unabhängige Stelle anbieten. Die Versicherungsombudsstellen, so auch der Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, haben ihre Arbeit am 01.10.2001 aufgenommen.

Wer ist derzeit Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung?

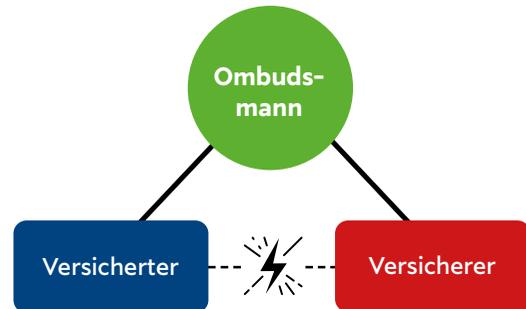
Seit dem 01.01.2014 übt Herr Heinz Lanfermann das Amt des Ombudsmanns aus.

Er war von 1996 bis 1998 beamteter Staatssekretär des Bundesministeriums der Justiz. Im Rahmen seiner langjährigen Tätigkeit als Abgeordneter des Deutschen Bundestages und des nordrhein-westfälischen Landtags war er mit den Fragen des Gesundheitswesens befasst. Bereits während seiner vorherigen beruflichen Zeit als Richter hat er sich mit dem Medizinrecht beschäftigt.

ORGANISATION UND VERFAHRENSABLAUF

Welche Aufgabe hat der Ombudsmann und wie ist er organisiert?

Der Ombudsmann hat die Aufgabe, im Fall von Beschwerden zwischen Versicherer und Versicherten als Schlichter zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen. Dies gilt auch im Verhältnis zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherten. Der Ombudsmann ist in seiner Ausübung **unabhängig** und an Weisungen nicht gebunden.



Voraussetzung für eine Berufung zum Ombudsmann ist die **Befähigung zum Richteramt** oder die Zertifizierung als **Mediator**. Zudem muss er über die für die Führung des Amtes erforderliche Befähigung und über Erfahrungen sowie allgemeine Rechtskenntnisse im Bereich der Privaten Krankenversicherung und im Gesundheitswesen verfügen.

Die Amtszeit des Ombudsmanns beträgt drei Jahre; eine bis zu zweimalige erneute Berufung ist möglich.

Sitz des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist Berlin. Bei seiner Schlichtungsarbeit wird er derzeit von neun Volljuristen, sechs Sachbearbeitern und zwei Studenten unterstützt.

Verfahrensgarantien



1. Unparteilichkeit

Die Ausübung der Ombudsmann Tätigkeit erfolgt unabhängig; der Ombudsmann ist an keine Weisungen gebunden und in seiner Beurteilung frei.

Leistungen im Gesundheitswesen zum Gegenstand hat, tätig gewesen sein. Auch vor diesem Hintergrund ist die Neutralität des Ombudsmanns gewährleistet.

2. Qualifikation des Ombudsmanns

Der Ombudsmann verfügt über die Befähigung zum Richteramt oder ist zertifizierter Mediator. Weiterhin verfügt er über die für die Ausübung des Amtes erforderliche Befähigung und über Erfahrungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung sowie im Gesundheitswesen. Er darf nicht in der Krankenversicherungs- oder Versicherungsvermittlungs- bzw. Versicherungsberaterbranche oder in einem Beruf, der die Erbringung von

3. Verjährungshemmung

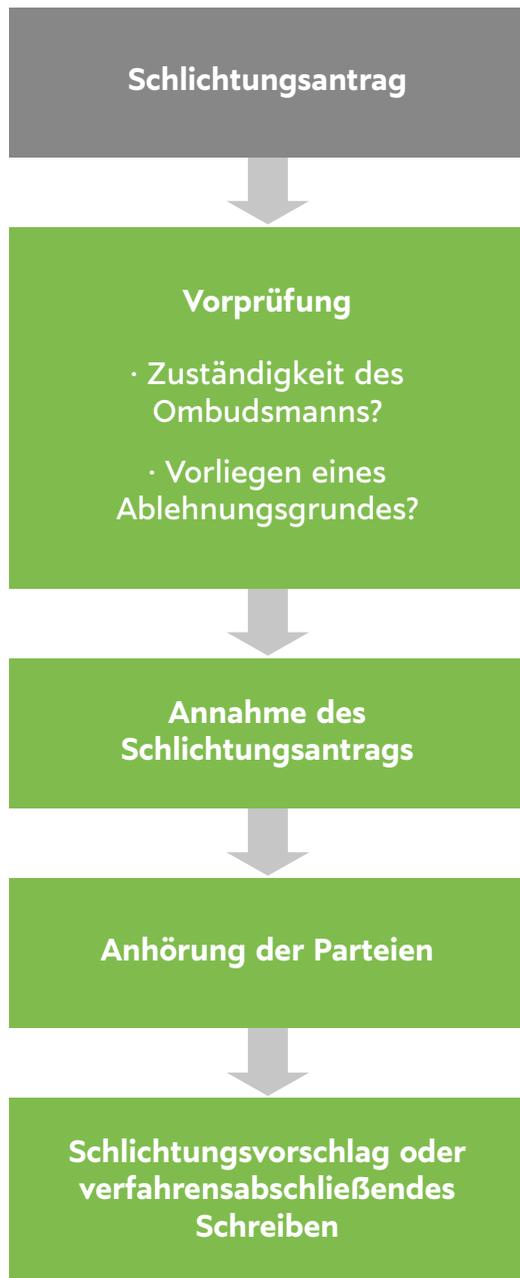
Die Verjährung eines Anspruchs wird im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gehemmt. Es gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

4. Prüfungskompetenz

Der Ombudsmann hat bei seiner Beurteilung Recht und Gesetz zu beachten. Unabhängig davon kann er jederzeit Vorschläge für eine gütliche Einigung unterbreiten.

Wie läuft das Schlichtungsverfahren konkret ab?

Das Ombudsmannverfahren ähnelt im Ablauf einem gerichtlichen Verfahren. Im Einzelnen ist dieser im Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung geregelt.



Zunächst bedarf es eines an den Ombudsmann gerichteten **Schlichtungsantrags**. Der Antrag ist grundsätzlich schriftlich und in deutscher Sprache einzureichen. Neben der postalischen Einsendung besteht auch die Möglichkeit, den Antrag per Fax oder online auf der Internetseite des Ombudsmanns zu stellen.

Der Antragsteller hat in seinem Antrag den Sachverhalt und sein Schlichtungsziel darzulegen. Dem Antrag sollten streitentscheidende Dokumente in Kopie beigelegt sein.

Bei Eingang des Schlichtungsantrags wird geprüft, ob dieser Schlichtungsantrag zur Bearbeitung angenommen wird. Ein Antrag wird u. a. abgelehnt, wenn dessen Beschwerdegegenstand sich nicht auf eine Private Kranken- oder Pflegeversicherung bezieht oder bereits ein Gerichtsverfahren anhängig ist.

Ist der Ombudsmann zuständig und liegt kein Ablehnungsgrund vor, werden im nächsten Verfahrensschritt die Parteien angehört. Hierzu wird der Antrag an den Antragsgegner mit der Bitte um eine Stellungnahme übersandt. Sobald die Stellungnahme eingeht, wird diese an den Antragsteller weitergeleitet, der die Möglichkeit hat, sich hierzu zu äußern. Beiden Parteien wird so im Rahmen des Schlichtungsverfahrens rechtliches Gehör gewährt.

Hatten beide Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme, wird in der Regel von der Vollständigkeit der Beschwerdeakte ausgegangen. Hierüber werden die Parteien informiert.

Unter Berücksichtigung der vorgetragenen Argumente, der einschlägigen Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie der geltenden Rechtslage wird der Antrag in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht durch fachlich spezialisierte Volljuristen geprüft. Abschließend unterbreitet der Ombudsmann den Parteien einen **Schlichtungsvorschlag**. Hält er den Antrag für unbegründet, teilt er dies den Parteien hingegen mit einem **verfahrensabschließenden Schreiben** mit.

Welche Versicherungsunternehmen nehmen teil?

Am Ombudsmannverfahren nehmen die **Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung e.V.** teil. Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes repräsentieren in der Sparte „Private Krankenversicherung“ einen Marktanteil von 99,99 % mit über 8 Mio. Verträgen in der Krankheitskostenvollversicherung und über 9 Mio. Verträgen in der Privaten Pflegepflichtversicherung.

Zusätzlich bestehen über 26 Mio. Verträge für Zusatzversicherungen, die ebenfalls in die Zuständigkeit des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung fallen.

Welche Vorteile bietet das Ombudsmannverfahren?

Das Verfahren vor dem unabhängigen Ombudsmann bietet den Beteiligten erhebliche Vorteile und bedeutet insbesondere für den Versicherten eine kostenfreie, kompetente und in Härtefällen gegebenenfalls eine im Vergleich zu einem gerichtlichen Verfahren kurzfristige Hilfe.

So ist die kostenauslösende Beauftragung eines Rechtsanwaltes für die Durchführung des Ombudsmannverfahrens nicht erforderlich. Ebenso ist das Ombudsmannverfahren an sich **kostenfrei** und es fallen im Gegensatz zu einem Gerichtsverfahren keine Gebühren an. Lediglich diejenigen Ausgaben, die den Parteien im Zusammenhang mit dem Verfahren entstehen, wie etwa Portokosten oder die eines freiwillig eingeschalteten Rechtsbeistandes, müssen sie selbst tragen.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens werden einzelne Regulierungsentscheidungen des Krankenversicherers unter Berücksichtigung des Versicherungsvertrages, gesetzlicher Vorschriften und der dazu ergangenen Rechtsprechung durch fachlich spezialisierte Volljuristen geprüft. Somit erhält der Versicherungsnehmer eine **kompetente** Einschätzung, ob und inwieweit ihm gegen den Versicherer Kostenerstattungsansprüche zustehen bzw. ob die Vorgehensweise des Versicherers zu beanstanden ist.

Vorteile des Schlichtungsverfahrens auf einen Blick

1. kostenfrei
2. kompetent
3. risikofrei
4. verjährungshemmend
5. unabhängig
6. vertraulich

Diese rechtliche Einschätzung ist für den Versicherten zudem **risikofrei**, da er seine etwaig gegen den Versicherer bestehenden Ansprüche behält. Einerseits ist deren **Verjährung** durch das Ombudsmannverfahren **gehemmt**. Andererseits steht es dem Versicherten frei, diese, insbesondere im Falle eines für ihn ungünstigen Ausgangs des Schlichtungsverfahrens, weitergehend in einem Gerichtsverfahren geltend zu machen.

Des Weiteren ist der Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung **unabhängig**. Ausweis hierfür ist seine staatliche Anerkennung als private Verbraucherschlichtungsstelle.

Einhergehend mit der Anerkennung als Verbraucherstreitschlichtungsstelle sind der Ombudsmann und seine Mitarbeiter gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Daher kann sich der Antragsteller sicher sein, dass mit seinen personenbezogenen Daten, insbesondere seinen Gesundheitsdaten, bei der Durchführung des Ombudsmannverfahrens **vertraulich** umgegangen wird.

Schließlich bietet das Schlichtungsverfahren auch die Möglichkeit, ein durch die vorliegende Meinungsverschiedenheit beeinträchtigtes Vertrauensverhältnis wieder zu stärken. Insbesondere im Hinblick darauf, dass das Versicherungsverhältnis oftmals ein Leben lang besteht, ist dies ein nicht zu vernachlässigender Faktor.

DER PKV-OMBUDSMANN – EINE ZEITREISE

Die Schlichtungsstelle besteht nunmehr seit über 20 Jahren. Dabei übertraf die Inanspruchnahme des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung durch die Versicherten von Beginn an die Erwartungen ihrer Gründer. Waren es 2001 insgesamt 2.358 schriftliche Eingaben, so hat sich die Zahl der Schlichtungsanträge über die Jahre mit durchschnittlich ca. 6.000 Anträgen mehr als verdoppelt. Mittlerweile hat sie ein in dieser Höhe stabiles, wenn auch im Verhältnis zur Zahl der Versicherten weiterhin geringes Niveau erreicht.

Die Themen der Schlichtungsanträge, die den Ombudsmann über diesen Zeitraum beschäftigt haben, sind im Wesentlichen gleich geblieben. Lediglich punktuell kam es zu einer Häufung besonderer Themenkomplexe. Schwerpunkte bildeten beispielsweise die Reform des Versicherungsvertragsgesetzes im Jahr 2007, die eine Vielzahl von Änderungen, insbesondere zum Schutz der versicherten Verbraucher mit sich brachte, die Einführung des Notlagentarifs im Jahr 2013, die Reformen der Pflegeversicherung, die Anforderungen an Beitragsanpassungen in der privaten Krankenversicherung – die von öffentlichkeitswirksamen Rechtsstreitigkeiten bis zum Bundesgerichtshof begleitet wurden – und Leistungen in Zeiten der Corona-Pandemie.

„Ich möchte mich auf diesem Weg sehr herzlich für Ihre Bemühungen bedanken. Wenn auch in der Sache für mich leider kein Erfolg gegeben ist, so sind doch Ihre Erläuterungen sehr hilfreich.“

Mit der steigenden Anzahl der Schlichtungsanträge hat sich zugleich die personelle Ausstattung der Ombudsstelle, die zunächst lediglich mit dem ersten Ombudsmann Arno Surminski sowie einem Juristen und einer Sachbearbeiterin besetzt war, stetig erhöht. Mittlerweile besteht das Team aus insgesamt 17 Mitarbeitern, davon neun Juristinnen und Juristen, sechs Sachbearbeiterinnen, sowie zwei studentischen Mitarbeiterinnen, die den

Ombudsmann bei seiner Tätigkeit tatkräftig unterstützen.

„Aufgrund Ihrer Bemühungen hat sich der Versicherer endlich zur Kostenübernahme bereit erklärt. Ich danke Ihnen vom ganzen Herzen für Ihre Hilfe.“

Wie die bisherige Erfahrung und die zahlreichen Rückmeldungen sowohl von Versicherten als auch den Versicherungsunternehmen gezeigt haben, stößt die Schlichtungsstelle auf eine hohe Akzeptanz und hat sich inzwischen fest und erfolgreich etabliert. Die zur Aufnahme der Tätigkeit der Schlichtungsstelle anfangs noch kritischen Stimmen sind angesichts des ihr von allen Seiten entgegengebrachten Vertrauens vollends verstummt. Vielmehr wird der Ombudsmann nun als Erfolgsmodell betrachtet, dem sowohl für die Versicherten als auch die privaten Krankenversicherer eine große Bedeutung zukommt.

Jene Bedeutung wurde mit dem Inkrafttreten des sogenannten Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSG) zum 01. August 2016 und der Anerkennung des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung als Verbraucherschlichtungsstelle nochmals unterstrichen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurden die Verfahrensabläufe an die Vorgaben des Gesetzgebers angeglichen und entsprechend angepasst. Dies ermöglichte den Versicherten einen noch leichteren Zugang zum Schlichtungsverfahren. Im Zuge dessen konnte auch die Bekanntheit der Schlichtungsstelle unter den Versicherten weiter gesteigert werden.

„Ich bin froh, dass es für den Bürger ein Forum gibt, an das er sich wenden kann ohne den kostspieligen Gerichtsweg einzugehen.“

Amtszeiten der bisherigen „Ombudsmänner“

01.10.2001 – 31.10.2007:	Arno Surminski
01.11.2007 – 31.12.2010:	Dr. Helmut Müller
01.01.2011 – 12.02.2012:	Dr. Dr. Klaus Theo Schröder
13.02.2012 – 31.12.2013:	Dr. Helmut Müller (kommissarisch für den verstorbenen Dr. Schröder)
seit dem 01.01.2014:	Heinz Lanfermann

Es hat sich herausgestellt, dass ein erhebliches Bedürfnis besteht, im Einzelfall nicht nur juristische, sondern auch soziale Gesichtspunkte einzubeziehen. Dies ist auch bei den Versicherungsunternehmen angekommen, die für die Schlichtungsvorschläge des Ombudsmanns stets Kompromissbereitschaft zeigen und ihnen in der Regel auch folgen. Die Versicherten freuen sich über erzielte Teilerfolge und sind selbst bei erfolglosem Verfahrensausgang in vielen Fällen dankbar für die verständliche Erklärung der rechtlichen Zusammenhänge, die zu der Entscheidung des Versicherers geführt haben. Insoweit konnte der Ombudsmann wertvolle Impulse setzen.

„Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihren Einsatz. Das Geld ist bereits auf meinem Konto. Gut gemacht!“

„Ihre Bemühungen und der ausführliche Bericht haben mich begeistert. Mit einem großen Erfolg habe ich nicht gerechnet, fand es aber toll, mit welchem Elan Sie sich für meine Beschwerde eingesetzt haben.“

Ein vertrauensvoller Austausch mit den Versicherungsunternehmen war dem Ombudsmann von Beginn seiner Tätigkeit an ebenfalls wichtig. Denn der Ombudsmann ist kein Gegner der Versicherer oder aber allein Verbraucherschützer für die Versicherten, sondern eine neutrale Institution, die die Belange beider Seiten gleicher-

maßen berücksichtigt. So wurde in den ersten Jahren noch per Rundschreiben auf besondere Problemschwerpunkte durch den Ombudsmann hingewiesen, um die Versicherer entsprechend zu sensibilisieren, damit es in kritischen Fällen gar nicht erst zu einem Schlichtungsverfahren kommt. Später folgten regelmäßig stattfindende Ombudsmannkonferenzen, die pandemiebedingt leider ausgesetzt werden mussten. Und auch die zum zwanzigjährigen Bestehen geplante Jubiläumsfeier hat Corona verhindert. Sie wird hoffentlich in naher Zukunft und in einem gebührenden Rahmen nachgeholt werden können.

„Wenn auch meine Hoffnungen nicht vollständig erfüllt wurden, so hat es mir doch ein ganzes Stück weitergeholfen.“

Kompromisse zu suchen und eine versöhnliche Lösung für beide Seiten zu finden, sieht der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung als seine Hauptaufgabe an. Daran hat sich in seiner zwanzigjährigen Tätigkeit nichts geändert und dabei bleibt es auch in Zukunft.

„Dank Ihrer Hilfe konnte eine gerichtliche Klärung vermieden werden.“

IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit



Krankengymnastik
Liposuktion
Gebührenrecht
Wurzelbehandlung

THEMENSCHWERPUNKTE

Medizinische Notwendigkeit

„Medizinisch möglich ist nicht gleich medizinisch notwendig.“

Die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung ist das zweithäufigste Streitthema nach Gebührenstreitigkeiten im Schlichtungsverfahren. Die Versicherten wenden sich an den Ombudsmann, weil der Versicherer eine angedachte oder bereits durchgeführte Therapie nicht für medizinisch notwendig hält.

Hierbei kann es um eine Vielzahl von Leistungen gehen:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlungen
- ambulante und stationäre Behandlungen
- Kosten für Heilmittel, wie bspw. Krankengymnastik, Massage, Fango
- Kosten für Hilfsmittel, wie bspw. Hörgeräte, Rollstühle, Sehhilfen
- Medikamente
- alternativmedizinische Maßnahmen.

Grundvoraussetzung für den Anspruch auf Leistung in der Privaten Krankenversicherung ist immer, dass die jeweilige Maßnahme „medizinisch notwendig“ sein muss.

Nach gefestigter Rechtsprechung ist eine Heilbehandlung dann medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.

Die gewählte Behandlungs- oder Untersuchungsmethode muss auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung oder den Einsatz der Untersuchungsmethode im Hinblick auf das angestrebte Behandlungsziel zu erklären vermag.

Voraussetzung ist zum einen die Geeignetheit der Behandlung, den angestrebten Behandlungserfolg zu erreichen. Zum anderen muss die Behandlung erforderlich sein. Das heißt, bei mehreren geeigneten Behandlungsmaßnahmen besteht die Leistungspflicht nur für diejenige, die mit dem geringsten medizinischen Eingriff und Behandlungsumfang verbunden ist. Aus medizinischer Sicht überzogene Maßnahmen stehen von vornherein nicht unter Versicherungsschutz.

Die Praxis zeigt, dass diese theoretischen Maßstäbe zu Auslegungsfragen und Konflikten führen können.

Die folgenden Beispiele aus dem Schlichtungsalltag sollen einen anschaulichen Einblick in die Fragestellungen zur medizinischen Notwendigkeit geben:



Beispiel: Liposuktion bei Lipödem

Bei der Antragsstellerin wurde ein Lipödem II. Grades an Armen und Beinen diagnostiziert. Hierbei handelt es sich um eine anlagebedingte Fettverteilungsstörung, die zu einer krankhaften Vermehrung des Fettgewebes führt. Die behandelnden Ärzte haben ihr die operative Entfernung des Fettgewebes mittels Liposuktion („Fettabsaugung“) an den betroffenen Körperstellen empfohlen. Der Versicherer hat die beigebrachten ärztlichen Unterlagen mehrfach von einer durch ihn herangezogenen Ärztin prüfen lassen und letztlich eine Kostenzusage wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit abgelehnt. Die Antragstellerin beantragte daraufhin die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens.

Der Ombudsmann konnte die Vorgehensweise und Entscheidung des Versicherers nicht beanstanden.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens argumentierte der Versicherer, dass primär die vorliegende Adipositas zu behandeln sei. Dabei stützte er sich auf die S1-Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Phlebologie zur Behandlung des

Lipödems, nach der bei einem BMI > 32 kg/m² zunächst die bestehende Adipositas therapeutisch angegangen werden sollte.

Auch waren die konservativen Maßnahmen zur Behandlung eines Lipödems nicht erschöpft. So ist nach der o. g. Leitlinie bei einem Lipödem die kombinierte physikalische Entstauungstherapie (KPE) konsequent anzuwenden. Falls ein Therapieerfolg ambulant nicht zu erzielen ist, kann auch eine stationäre Behandlung erfolgen. Bietet die konsequent durchgeführte konservative Therapie keine Linderung, kann nach der Leitlinie letztlich eine Liposuktion angezeigt sein.

Leitlinien der ärztlichen Fachverbände haben als Empfehlungen zwar keinen bindenden Charakter und sind nicht Bestandteil des Versicherungsvertrages, allerdings werden sie von fachkompetenten Ärzten erstellt und basieren auf einer systematischen Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege zu den relevanten klinischen Fragestellungen. Dabei sind Vertreter der entsprechenden Fachgesellschaften und Organisationen frühzeitig in die Leitlinienentwicklung eingebunden, sodass die Leitlinien den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft

aufzeigen und zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung herangezogen werden können.

Indem die Leitlinie zunächst auf konservative Behandlungsmöglichkeiten des Lipödems abstellt, berücksichtigt sie auch die Schwere des medizinischen Eingriffs, der einer operativen Entfernung des Fettgewebes mittels Absaugung innewohnt.

„Der Ombudsmann soll jetzt entscheiden, ob meine Behandlung medizinisch notwendig war.“

Viele Antragsteller wissen nicht, dass die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung im Rahmen des Schlichtungsverfahrens nur einer summarischen Prüfung unterzogen werden kann. Hierbei prüft der Ombudsmann, ob der Versicherer willkürlich oder objektiv falsch gehandelt hat. In Fällen, in denen die Auffassung des Versicherers von der Einschätzung der behandelnden Ärzte abweicht, ist eine abschließende Entscheidung dahingehend, was nun medizinisch notwendig ist und was nicht, oftmals nicht möglich. Denn ein unabhängiger ärztlicher Sachverständiger kann im Rahmen des Ombudsmannverfahrens nicht bestellt werden. Dies muss einem Gerichtsverfahren vorbehalten bleiben. Insofern kann sich der Ombudsmann weder über die Einschätzung des Versicherers noch die des behandelnden Arztes hinwegsetzen und die eine oder andere Bewertung als maßgeblich zugrunde legen. Erscheint die Entscheidung des Versicherers jedoch – wie in dem vorliegenden Fall – nachvollziehbar und vertretbar, ist eine Schlichtung zugunsten des Antragstellers nicht möglich.

Beispiel: Krankengymnastik am Gerät (KGG)

Die Antragstellerin litt an chronischen Wirbelsäulenbeschwerden und hatte in der Vergangenheit eine Vielzahl an gerätegestützter Krankengymnastik in Anspruch genommen. Um die medizinische Notwendigkeit weiterer Krankengymnastik zu überprüfen, hatte der Versicherer einen externen Gutachter eingeschaltet. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass eine Fortsetzung der gerätegestützten Krankengymnastik nicht erforderlich sei, da die Übungen nunmehr selbständig – entweder im Fitnessstudio oder unter Ausnutzung des eigenen Körpergewichts eigenständig zu Hause – durchgeführt werden könnten. Damit war die Antragstellerin nicht einverstanden. Schließlich hätten die behandelnden Ärzte die Notwendigkeit der gerätegestützten Krankengymnastik bestätigt.

Der Ombudsmann hatte die jeweils eingereichten Unterlagen einer Plausibilitätsprüfung unterzogen und hielt die Entscheidung des Versicherers für nachvollziehbar und vertretbar.

Die **gerätegestützte Krankengymnastik** zielt darauf ab, zu schwache oder im Missverhältnis stehende Muskulatur durch ein individuelles medizinisches Aufbautraining auszugleichen. In der Anfangsphase der gerätegestützten Krankengymnastik kann diese durchaus als medizinisch notwendige Heilbehandlung angesehen werden, da sie unmittelbar therapeutischen Charakter hat. Nach ca. 20 bis 30 Trainingseinheiten steht jedoch regelmäßig allein die Verbesserung von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination im Vordergrund. Es handelt sich dabei um ein gesundheitsorientiertes Krafttraining, das der Patient eigeninitiativ fortführen kann. Mangels medizinischer Notwendigkeit besteht dafür auch aus Sicht des Ombudsmanns keine Leistungspflicht des Versicherers mehr.

Ähnlich verhält es sich bei der **Krankengymnastik** und der **manuellen Therapie**. Auch diese physiotherapeutischen Leistungen sollen keinen Dauercharakter haben, sondern nach einer gewissen Anlernphase selbständig fortgeführt werden. Eine medizinische Notwendigkeit für eine physiotherapeutische Behandlung unter professioneller Anleitung besteht dann nicht mehr.



„Wenn der Versicherer seine Leistungen begrenzen möchte, muss er mich erstmal durch einen unabhängigen Arzt untersuchen lassen.“

Selbstverständlich können bei akut auftretenden Beschwerden oder zur Auffrischung weitere Behandlungsmaßnahmen erforderlich werden. Darauf weisen auch die Versicherer hin und stellen im Einzelfall eine erneute Prüfung der medizinischen Notwendigkeit in Aussicht. Eine einmal vorgenommene Begrenzung von Heilmitteln ist daher nicht abschließend und

kann insbesondere bei einer Veränderung des Beschwerdebildes überprüft werden.

Die Versicherten gehen oftmals davon aus, dass der Versicherer sie zunächst einer vertrauensärztlichen Untersuchung unterziehen muss, ehe er die durch den behandelnden Arzt getroffene Entscheidung hinterfragen kann. Dies ist nicht richtig: Eine Verpflichtung zur Durchführung einer ärztlichen Untersuchung besteht seitens des Versicherers nicht. Vielmehr kann dieser die medizinische Notwendigkeit auch anhand der ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen (ärztliche Atteste, Beschwerdebild etc.) beurteilen – ggf. auch unter Hinzuziehung eines Beratungsarztes.

Gebührenstreitigkeiten

„Ich als Patient kann das nicht einschätzen. Ich sitze hier zwischen zwei Stühlen.“

Wie schon in den vergangenen Jahren betrafen auch in diesem Jahr viele Schlichtungsverfahren Auseinandersetzungen über die Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen. Hier kommt es zu Meinungsverschiedenheiten aufgrund der unterschiedlichen Auslegung von Gebührenvorschriften und -ziffern.

Rechtsgrundlage für die Abrechnungen sind die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Hierbei handelt es sich um Rechtsverordnungen des Bundes für die Abrechnung privatärztlicher bzw. privat Zahnärztlicher Leistungen außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Regelmäßig betreffen die an den Ombudsmann gerichteten Anträge gebührenrechtliche Fragestellungen zu speziellen Behandlungsmethoden. Im zahnärztlichen Bereich seien hier beispielsweise kieferorthopädische Behandlungen wie die Einbringung von Brackets, Retainern oder Schienen benannt.

Der Ombudsmann prüft in diesen Beschwerdefällen die Abrechnung, insbesondere unter Beachtung der zu dieser Thematik ergangenen Recht-

sprechung und geäußerten Meinungen in der Literatur.

Bei diesen Streitigkeiten sehen sich Patienten häufig mit sehr unterschiedlichen Auffassungen ihrer Ärzte und Zahnärzte einerseits sowie ihrer Versicherer andererseits konfrontiert. In der Regel ohne eigene gebührenrechtliche Kenntnisse, kommt es den Versicherten letztlich auf eine volle Übernahme ihrer Behandlungskosten an.

Deshalb regt der Ombudsmann in solchen Fällen grundsätzlich an, dass die Versicherer ihre Versicherten aus der Auseinandersetzung mit ihrem Arzt bzw. Zahnarzt heraushalten. Dies kann durch eine Zahlung gegen Abtretung bewirkt werden, welche es dem Versicherer ermöglicht, die nach seinem Verständnis zu Unrecht in Rechnung gestellten Kosten vom Rechnungsaussteller zurückzufordern. Daneben besteht die Möglichkeit, dass die Versicherer ihren Versicherten im Falle eines gerichtlichen Verfahrens zur Seite stehen und bei einem Unterliegen auch die Kosten des Verfahrens tragen.



Beispiel: Wurzelkanalaufbereitung Ziffer 2410 GOZ

Bei dem Antragsteller musste eine Wurzelbehandlung durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang wurde eine bereits vorhandene Wurzelkanalfüllung entfernt und der Wurzelkanal sodann abschließend versorgt. Im Rahmen der Kostenerstattung ließ der Versicherer die zusätzlich analog angesetzte Gebührenziffer für die Entfernung des alten Wurzelkanalfüllmaterials unberücksichtigt. Er wies darauf hin, dass diese Leistung bereits von der Hauptleistung – der Wurzelkanalaufbereitung – umfasst sei und daher nicht nochmals berechnet werden dürfe.

Die Einschätzung des Versicherers hielt der Ombudsmann für nachvollziehbar und vertretbar.

Für die im Rahmen der Wurzelbehandlung vorgenommene Wurzelkanalaufbereitung sieht die GOZ die Ziffer 2410 vor. Grundsätzlich wird hierbei das irreversibel entzündete oder abgestorbene Pulpengewebe entfernt, der Wurzelkanal gereinigt und geglättet und abschließend der Wurzelkanal wieder gefüllt. Es kann jedoch auch vorkommen, dass bereits eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt wurde und sich der Wurzelkanal erneut entzündet. In derartigen Fällen muss der Wurzelkanal ebenfalls aufbereitet werden. Die alte Wurzelkanalfüllung wird hierbei entfernt und der Wurzelkanal sodann erneut gefüllt.

In dem an den Ombudsmann herangetragenen Fall hatte der Zahnarzt für die Entfernung des alten Wurzelkanalfüllmaterials eine Gebührenziffer aus der GOZ analog abgerechnet. Für eine analoge Abrechnung müssen die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

Ein analoger Ansatz einer Gebührenziffer ist nur dann zulässig, wenn es sich um eine selbständige Leistung handelt, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen wurde und eine nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertige Leistung der GOZ herangezogen wurde (§ 6 Absatz 1 GOZ).

Nach Einschätzung des Ombudsmanns handelt es sich bei der Entfernung einer alten Wurzelkanalfüllung nicht um eine selbständige Leistung. Vielmehr stellt diese einen notwendigen und zwingenden Bestandteil der Wurzelkanalaufbereitung (Ziffer 2410 GOZ) dar. Denn die Wurzelkanalaufbereitung umfasst in einem ersten Schritt gerade die Reinigung des Wurzelkanals. Hierbei kann es nicht entscheidend darauf ankommen, ob eine vorhandene Wurzelkanalfüllung oder das entzündete bzw. abgestorbene Pulpengewebe aus dem Wurzelkanal entfernt wird. In beiden Fällen wird der Wurzelkanal für die weitere Behandlung vorbereitet – also im Sinne der Ziffer 2140 GOZ aufbereitet.

Selbst wenn die Entfernung einer alten Wurzelkanalfüllung im Einzelfall etwas aufwändiger und schwieriger ist, als die Durchführung einer primären Wurzelkanalaufbereitung, rechtfertigt dies auch aus Sicht des Ombudsmanns nicht automatisch die Abrechnung einer zusätzlichen Gebührenziffer. Vielmehr können derartige Besonderheiten über den Steigerungsfaktor der Gebührenziffer ausgeglichen werden.

Vertragsauslegung / Versicherungsbedingungen

„Nach meinem Tarif bin ich zu 100 % versichert. Ich verstehe nicht, dass der Versicherer die Kosten nicht übernimmt.“

Eine Vielzahl der im Ombudsmannverfahren eingereichten Anträge betrifft die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Die Antragsteller sind oftmals überrascht, wenn der Versicherer einen eingereichten Erstattungsantrag ablehnt, weil die entsprechenden Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Hier empfiehlt es sich immer, einen Blick in die jeweiligen Versicherungsbedingungen zu werfen. Denn diese geben Aufschluss darüber, welche Leistungen versichert sind und welche Voraussetzungen im Einzelfall erfüllt sein müssen.

Die Versicherungsbedingungen umfassen grundsätzlich einen allgemeinen Teil – die sogenannten Musterbedingungen – sowie einen besonderen Teil: die Tarifbedingungen. Die **Musterbedingungen** werden durch den **Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.** für die einzelnen Versicherungsarten (Krankenversicherung, Krankentagegeldversicherung, Pflegeversicherung, ergänzende Pflegeversicherung, staatlich geförderte Pflegeversicherung) entworfen. Sie treffen einheitliche und unternehmensübergreifende Regelungen bspw. zu Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes, Pflichten des Versicherungsnehmers sowie dem Ende des Versicherungsvertrages. Die Musterbedingungen stellen unverbindliche Empfehlungen für die Versicherungsunternehmen dar, werden von diesen jedoch überwiegend als Grundlage für den Versicherungsvertrag genutzt.

Die **Tarifbedingungen** enthalten demgegenüber speziellere und detailliertere Regelungen zu den einzelnen Bereichen wie etwa Inhalt und Umfang der Leistungspflicht, Beitragszahlungen oder auch Selbstbeteiligungen. Sie werden durch die Versicherungsunternehmen konkret auf die einzelnen Tarife abgestimmt.

Neben den Musterbedingungen und den Tarifbedingungen gibt es auch **Allgemeine Versicherungsbedingungen** für die sogenannten

brancheneinheitlichen Tarife, d. h. solche, die jedes Versicherungsunternehmen unterhält. Hierbei handelt es sich um den Basistarif, den Standardtarif, den Notlagentarif sowie die Pflegepflichtversicherung. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für diese Tarife werden wiederum durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vorgegeben und gelten für alle Versicherten des Tarifs gleichermaßen.

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens prüft der Ombudsmann anhand der eingereichten Anträge, ob die Regelungen der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen eingehalten wurden. Er erläutert den Versicherten, woraus sich bestimmte Einschränkungen ergeben und worauf der Antragsteller zukünftig achten sollte.

Beispiel: Transportkosten

Der Antragssteller befand sich auf einer Wanderhohtour in den Alpen, konnte diese aufgrund einer plötzlich aufgetretenen Ermüdung jedoch nicht mehr in der Zeit beenden, wie es die bestehende Witterung erforderlich gemacht hätte. Es erfolgte daher eine Bergung mit Bergretter und Hubschrauber, der den Antragssteller ins Tal beförderte. Unten im Tal angekommen, ging es dem Antragssteller wieder besser. Zur Sicherheit und Abklärung seines Gesundheitszustands begab er sich von dort eigenständig zum nächstgelegenen Arzt in ambulante Behandlung. Die Rechnung über den Einsatz des Bergretters und des Hubschraubers reichte der Antragssteller anschließend bei seinem Versicherer zur Erstattung ein.

Der Versicherer lehnte die Kostenerstattung ab, da es sich dabei um nicht versicherte Leistungen handeln würde. Diese Ablehnung

konnte der Antragssteller nicht nachvollziehen. Er habe die Tour aus eigenen Kräften angesichts der bestehenden Witterung nicht mehr fortsetzen können. Daher sei der Einsatz des Bergretters und Hubschraubers medizinisch notwendig gewesen.

Gemäß der für den Antragssteller geltenden Versicherungsbedingungen stehen medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit unter Versicherungsschutz. Im Falle einer stationären Behandlung erstattet der Versicherer die Kosten für einen medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus.

Ein medizinisch notwendiger Transport liegt vor, wenn der Patient aus medizinischen Gründen mit einem sog. qualifizierten Rettungsmittel wie einem Rettungswagen, Notarztwagen oder einem Rettungshubschrauber befördert werden muss – sei es, dass medizinisch qualifiziertes Personal anwesend sein muss, lebensrettende Maßnahmen durchgeführt werden oder diese während des Transports erwartungsgemäß erforderlich werden. Der Einsatz eines Rettungshubschraubers ist

medizinisch notwendig, wenn ein Rettungswagen bzw. Notarztwagen nicht einsetzbar ist oder der Patient mit dem Hubschrauber eine schnellere lebensrettende Behandlung erhält.

Die auf der Bergtour beim Antragssteller aufgetretene Ermüdung begründete keine medizinische Notwendigkeit für den Einsatz eines Rettungshubschraubers. Es bestand beim Antragssteller keine Gehunfähigkeit und es waren keine lebensrettenden Maßnahmen auf dem Transport erforderlich. Zudem wurde er nicht zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus, sondern ins Tal befördert. Dort angekommen, ging es ihm wieder besser. Vor dem Hintergrund seiner Ermüdung war er lediglich nicht mehr in der Lage, die Bergtour wie geplant fortzusetzen. Es handelte sich daher nicht um eine medizinisch notwendige Rettung, für die ein qualifiziertes Rettungsmittel eingesetzt werden musste. Vielmehr lag eine Bergung aus alpinem Gebiet vor, welche nicht unter Versicherungsschutz steht.

Der Ombudsmann konnte die Rechtsauffassung des Versicherers daher nicht beanstanden. Zu freiwilligen Leistungen war der Versicherer nicht bereit, so dass eine Schlichtung nicht möglich war.



V. Verfahrensordnung



Statut
Zuständigkeit

Antragstellung –

Form, Vertretung, Kosten

Teilnehmer

STATUT

Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und ihren Versicherten hat der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine Ombudsstelle für Angelegenheiten der Privaten Krankenversicherung eingerichtet. Die Ombudsstelle ist auch für Streitigkeiten von Personen mit Versicherungsvermittlern zuständig, soweit es sich um die erfolgte oder versuchte Vermittlung von Privaten Kranken- und Pflegeversicherungen handelt, sowie für Streitigkeiten mit Versicherungsberatern im Zusammenhang mit dem Zustandekommen von Versicherungsverträgen. Für die Tätigkeit der Ombudsstelle gilt das folgende Statut.

§ 1 Berufung des Ombudsmanns

(1) Es wird eine Person als Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung berufen, nachfolgend als "Ombudsmann" bezeichnet. Der Ombudsmann wird vom Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. auf Vorschlag der Verbandsgeschäftsführung berufen. Er hat seinen Sitz in Berlin.

(2) Als Ombudsmann soll eine Persönlichkeit berufen werden, die die Befähigung zum Richteramt besitzt oder zertifizierter Mediator ist sowie über die für die Ausübung des Amtes erforderliche Befähigung und über Erfahrungen sowie allgemeine Rechtskenntnisse im Bereich der Privaten Krankenversicherung und im Gesundheitswesen verfügt. Der Ombudsmann darf in den letzten drei Jahren vor Amtsantritt nicht beim Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., einem am Verfahren teilnehmenden Mitgliedsunternehmen oder für einen Verband, der die Interessen der Versicherten der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung wahrnimmt, sowie in der Versicherungsvermittlungs- oder Versicherungsberaterbranche tätig gewesen sein. Er darf weiterhin nicht in einem Beruf, der die Erbringung von Leistungen im Gesundheitswesen zum Gegenstand hat, arbeiten oder dort irgendeine

Stellung bekleiden. Über Ausnahmen im Einzelfall bezogen auf Tätigkeiten gemäß Satz 3 entscheidet der Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit dem Ombudsmann.

(3) Vor der Berufung oder Abberufung des Ombudsmanns gibt der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. anerkannten Verbraucherschutzverbänden im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Unterlassungsklagengesetz, die die Interessen von Versicherten der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung wahrnehmen, Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen.

(4) Die Berufung des Ombudsmanns erfolgt für einen Zeitraum von drei Jahren. Erneute Berufung ist zulässig. Eine Abberufung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. kann nur aus wichtigem Grund erfolgen, insbesondere wenn Tatsachen vorliegen, die eine unabhängige und unparteiische Ausübung der Tätigkeit als Schlichter nicht mehr erwarten lassen oder wenn der Ombudsmann nicht nur vorübergehend an der Ausübung seines Amtes gehindert ist. Der Ombudsmann soll gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einhalten.

(5) Der Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. beruft einen Stellvertreter. Für diesen gelten die Absätze 2 bis 4 entsprechend.

(6) Der Ombudsmann hat eine Geschäftsstelle. Deren Besetzung regelt er in Abstimmung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

§ 2 Unabhängige Amtsausübung

Der Ombudsmann ist in seiner Amtsausübung unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Er ist verpflichtet, Umstände, die seine Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit beeinträchtigen können, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unverzüglich offenzulegen. Den Parteien hat der Ombudsmann alle Umstände offenzulegen, die

seine Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit beeinträchtigen können. In einem solchen Fall darf der Ombudsmann nur dann tätig werden, wenn die Parteien seiner Schlichtungstätigkeit ausdrücklich zustimmen.

§ 3 Aufgabe und Zuständigkeit des Ombudsmannes

(1) Der Ombudsmann hat die Aufgabe, im Fall von Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern/ Versicherten und Krankenversicherungsunternehmen als Schlichter zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen. Das gleiche gilt für Streitigkeiten mit Versicherungsvermittlern und Versicherungsberatern.

(2) Voraussetzung für sein Tätigwerden ist, dass der Gegenstand der Streitigkeit sich auf eine Private Kranken- oder Pflegeversicherung und die sich bei ihrer Durchführung ergebenden Fragen bezieht. Private Kranken- oder Pflegeversicherungen in diesem Sinne sind insbesondere die Krankheitskostenversicherung, die Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die Pflegepflichtversicherung sowie die ergänzende Pflegeversicherung. Das betreffende Krankenversicherungsunternehmen muss Mitglied im Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sein. Der Ombudsmann kann in Abstimmung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. auch andere Streitigkeiten annehmen, es sei denn, eine der Parteien wünscht dies nicht. Streitigkeiten mit Vermittlern werden behandelt, wenn Gegenstand eine erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen ist. Streitigkeiten mit Versicherungsberatern werden behandelt, wenn Gegenstand eine Beratung im Zusammenhang mit einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist. Voraussetzung ist jeweils, dass das Krankenversicherungsunternehmen am Ombudsmannverfahren teilnimmt.

§ 4 Antragsteller

(1) Schlichtungsanträge können durch natürliche Personen, die einen Versicherungsvertrag bei einem Privaten Krankenversicherungsunternehmen unterhalten, das Mitglied im Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ist, in Bezug auf ein bestehendes oder beendetes Versicherungsver-

hältnis eingereicht werden. In einer Gruppenversicherung versicherte Personen können ebenfalls Anträge in Bezug auf diese Gruppenversicherung stellen.

(2) Ein Privates Krankenversicherungsunternehmen kann den Ombudsmann im Streitfall um Vermittlung bitten, wenn der Versicherungsnehmer dem zugestimmt hat. § 3 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 5 Ablehnungsgründe und Verfahreneinstellung

(1) Der Ombudsmann lehnt die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens ab, wenn

- a) die Streitigkeit nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns fällt;
- b) der streitige Anspruch nicht zuvor gegenüber dem Antragsgegner geltend gemacht wurde;
- c) der Gegenstand der Streitigkeit bereits durch ein Gericht in der Sache entschieden wurde oder bei einem solchen rechtshängig ist, es sei denn, das Gericht hat zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens beim Ombudsmann das Ruhen des Gerichtsverfahrens angeordnet;
- d) ein Antrag auf Prozesskostenhilfe abgewiesen worden ist, weil die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine Aussicht auf Erfolg bietet;
- e) die Streitigkeit bereits beigelegt ist;
- f) der Anspruch bei Antragstellung verjährt ist und der Antragsgegner sich auf die Verjährung beruft;
- g) der Gegenstand der Streitigkeit eine Bagatellsache (Streitwert bis zu 50 Euro) darstellt;
- h) die Angelegenheit bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle war oder ist.

(2) Der Ombudsmann informiert den Antragsteller über die Ablehnung innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags und erläutert die Gründe.

(3) Aus den in Absatz 1 genannten Gründen kann der Ombudsmann die weitere Bearbeitung ablehnen, wenn diese erst während des Verfahrens

eintreten oder bekannt werden. Absatz 2 gilt entsprechend. Eine Ablehnung nach Absatz 1 b) ist nicht möglich, wenn der Antragsgegner mit dem Verfahren einverstanden ist oder in der Sache eine Stellungnahme abgibt.

(4) Der Ombudsmann setzt das Verfahren aus, wenn der Antragsgegner mitteilt, dass seit der Geltendmachung des streitigen Anspruchs ihm gegenüber nicht mehr als zwei Monate vergangen sind und der Anspruch weder anerkannt noch abgelehnt wurde. Der Ombudsmann lehnt die weitere Bearbeitung ab, wenn der Antragsgegner den streitigen Anspruch innerhalb der zwei Monate seit Geltendmachung vollständig anerkennt. Absatz 2 gilt entsprechend. Erkennt der Antragsgegner den Anspruch nicht innerhalb der zwei Monate vollständig an, wird das Verfahren nach Ablauf der zwei Monate fortgeführt.

(5) Auf den Antrag des Antragstellers hin stellt der Ombudsmann das Verfahren ein. Hierüber unterrichtet er die Parteien.

§ 6 Antragstellung - Form, Vertretung, Kosten

(1) Der Schlichtungsantrag ist in Textform einzureichen. Der Antrag soll eine kurze Schilderung des Sachverhalts und die für die Bearbeitung notwendigen ergänzenden Unterlagen enthalten. Mündliche Anträge werden grundsätzlich nicht entgegen genommen. Die Verfahrenssprache ist deutsch.

(2) Der Ombudsmann bestätigt den Eingang des Schlichtungsantrags und unterrichtet die Parteien des Schlichtungsverfahrens nach § 16 Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG).

(3) Der Antragsteller kann sich zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens von einem Bevollmächtigten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben vertreten lassen; die ordnungsgemäße Bevollmächtigung ist auf Verlangen nachzuweisen.

(4) Das Schlichtungsverfahren ist für die Parteien kostenlos. Kosten und Auslagen, die den Parteien im Rahmen des Verfahrens, z. B. durch Porto oder Beauftragung eines Bevollmächtigten entstehen, sind von ihnen selbst zu tragen.

§ 7 Verjährung

Für die Hemmung der Verjährung eines Anspruchs gilt § 204 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Hierauf soll der Ombudsmann zu Beginn des Schlichtungsverfahrens hinweisen.

§ 8 Beteiligung der Parteien

(1) Hat der Ombudsmann einen Antrag zur Bearbeitung angenommen, ermittelt er von Amts wegen den Sach- und Streitstand. Er hat dabei auch die Parteien zu hören. Der Ombudsmann ist in der Beweiswürdigung der ihm vorliegenden schriftlichen Unterlagen frei. Die Verweigerung einer Auskunft kann bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden; der Ombudsmann führt keine Beweisaufnahme durch.

(2) Auf den Antrag hin fordert der Ombudsmann den Antragsgegner zu einer Stellungnahme auf und setzt ihm hierfür eine Frist von in der Regel drei Wochen. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag verlängert werden.

(3) Die Stellungnahme des Antragsgegners wird in der Regel dem Antragsteller übermittelt, es sei denn, erhebliche Gründe sprechen dagegen.

§ 9 Verfahrensdauer

(1) Der Ombudsmann benachrichtigt die Parteien, sobald die Verfahrensakte vollständig ist. Dies wird in der Regel angenommen, wenn die Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme hatten.

(2) Liegt die vollständige Verfahrensakte vor, schließt der Ombudsmann das Verfahren innerhalb von 90 Tagen ab oder unterbreitet innerhalb dieser Frist einen Schlichtungsvorschlag. Bei besonders schwierigen Streitigkeiten oder mit Zustimmung der Parteien kann der Ombudsmann diese Frist verlängern. Hierüber sind die Parteien zu unterrichten.

§ 10 Verfahren

(1) Für die Beurteilung des Gegenstandes der Streitigkeit durch den Ombudsmann sind der Inhalt des Versicherungsvertrages, das Gesetzesrecht sowie die dazu ergangene Rechtsprechung maßgeblich. Der Ombudsmann soll zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens eine gütliche Einigung der Parteien anstreben.

(2) Hilft der Antragsgegner dem Antrag vollständig ab, beendet der Ombudsmann das Verfahren und übermittelt den Parteien die erforderlichen Erläuterungen in einem abschließenden Schreiben.

(3) Hilft der Antragsgegner dem Antrag nicht ab und hält der Ombudsmann diesen vollständig oder teilweise für begründet, unterbreitet er einen Schlichtungsvorschlag. Der Ombudsmann unterbreitet auch einen Schlichtungsvorschlag, wenn der Antragsgegner nur teilweise dem Anliegen abhilft. Den Schlichtungsvorschlag einschließlich der Begründung übermittelt der Ombudsmann den Parteien in Textform. Gleichzeitig unterrichtet der Ombudsmann die Parteien über die rechtlichen Folgen einer Annahme des Vorschlages und darüber, dass der Vorschlag von dem Ergebnis eines gerichtlichen Verfahrens abweichen kann. Er weist auf die Möglichkeit hin, den Vorschlag nicht anzunehmen und die Gerichte anzurufen. Zur Annahme des Vorschlags setzt der Ombudsmann den Parteien eine angemessene Frist. Nehmen die Parteien den Schlichtungsvorschlag an, übermittelt der Ombudsmann ihnen das Ergebnis mit den erforderlichen Erläuterungen in Textform. Für den Fall der Nichtannahme bezeichnet der Ombudsmann das verfahrensabschließende Schreiben zusätzlich als Bescheinigung über einen erfolglosen Einigungsversuch nach § 15 a Absatz 3 Satz 3 des Gesetzes betreffend die Einführung der Zivilprozessordnung in der jeweils gültigen Fassung.

(4) Hält der Ombudsmann den Antrag für unbegründet, teilt er dies den Parteien durch ein verfahrensabschließendes Schreiben mit. Absatz 3 Satz 8 gilt entsprechend.

§ 11 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

(1) Der Ombudsmann ist verpflichtet, alle Umstände, die ihm bei der Durchführung des Schlichtungsverfahrens bekannt geworden sind gegenüber Dritten geheim zu halten, es sei denn, die Beteiligten haben ihn ausdrücklich von der Geheimhaltungspflicht entbunden oder die Preisgabe der Identität der Beteiligten ist für die Ausübung seiner Tätigkeit zwingend erforderlich. Die Verpflichtung zur Geheimhaltung gilt in gleicher Weise auch für die Mitarbeiter der Geschäftsstelle.

(2) Eine Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Ombudsmann erfolgt nur, soweit dies zur Ausübung seiner Tätigkeit erforderlich ist.

§ 12 Information der Öffentlichkeit

(1) Der Ombudsmann stellt dieses Statut auf Anfrage kostenlos zur Verfügung.

(2) Der Ombudsmann berichtet jährlich schriftlich und in strukturierter Form über seine Tätigkeit im abgelaufenen Kalenderjahr und die dabei gewonnenen Erfahrungen. Der Tätigkeitsbericht wird auf der Homepage veröffentlicht und auf Wunsch in Text- oder Papierform zur Verfügung gestellt.

§ 13 Finanzierung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. trägt die Kosten, die bei der Durchführung dieser Statuten entstehen. Er stellt dem Ombudsmann hierfür einen getrennten, zweckgebundenen und ausreichenden Haushalt zur Verfügung.

§ 14 Sonstiges

Im Falle einer Änderung dieses Statuts sowie der Zuständigkeit des Ombudsmanns gibt der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. anerkannten Verbraucherschutzverbänden im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 1 Unterlassungsklagengesetz Gelegenheit, zu dieser Änderung Stellung zu nehmen.

TEILNEHMENDE VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN



Allianz Private Krankenversicherungs-AG
www.allianzdeutschland.de



**ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG**
www.alte-oldenburger.de



**ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.**
www.alte-oldenburger.de



ARAG Krankenversicherungs-AG
www.arag.de



Astra Versicherung AG
www.astra-versicherung.de



AXA Krankenversicherung AG
www.axa.de



**BA die Bayerische Allgemeine
Versicherung AG**
www.diebayerische.de



Barmenia Krankenversicherung AG
www.barmenia.de

Barmenia Versicherungen a. G.
www.barmenia.de



**Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft**
www.vkb.de



BD24 Berlin Direkt Versicherung AG
www.berlin-direktversicherung.de



Concordia Krankenversicherungs-AG
www.concordia.de



Continentale Krankenversicherung a.G.
www.continentale.de



**DA direkt Deutsche Allgemeine
Versicherung Aktiengesellschaft**
www.da-direkt.de



Debeka Krankenversicherungsverein a. G.
www.debeka.de



**DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung**
www.dbv.de



DFV Deutsche Familienversicherung AG
www.dfv.ag

DEVK

**DEVK Krankenversicherungs-
Aktiengesellschaft**
www.devk.de



DKV Deutsche Krankenversicherung AG
www.dkv.com



Envivas Krankenversicherung AG
www.envivas.de



Europ Assistance Versicherungs-AG
www.europ-assistance.de



EUROPA Versicherung AG
www.europa.de



ERGO Krankenversicherung AG
www.ergodirekt.de



**FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr
und der Polizei VVaG**
www.famk.de



**Generali Deutschland
Krankenversicherung AG**
www.generali.de



Gothaer Krankenversicherung AG
www.gothaer.de



HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
www.hallesche.de



HanseMerkur Krankenversicherung AG
www.hansemerkur.de

HanseMerkur Spezielle Krankenversicherung AG
www.hansemerkur.de



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
www.huk-coburg.de



IDEAL Versicherung AG
www.arag.de



INTER Krankenversicherung AG
www.inter.de



Janitos Versicherung AG
www.janitos.de



Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)
www.kuk-bf-hannover.de



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
www.lkh.de



LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG
www.ligakranken.de



LVM Krankenversicherungs-AG
www.lvm.de



Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG
www.mecklenburgische.de



münchener verein
Zukunft. In besten Händen.
Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
www.muenchener-verein.de



NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
www.nuernberger.de



ottonova Krankenversicherung AG
www.ottonova.de



Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG
www.vrk.de



Provinzial Krankenversicherung Hannover AG
www.vgh.de



R+V Krankenversicherung AG
www.ruv.de



SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.
www.signal-iduna.de



SONO Krankenversicherung a.G.
www.sonoag.de



ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese Rottenburg-Stuttgart – Kranken- und Sterbekasse (KSK) – V.V.a.G.
www.stmartinusvvaag.de



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
www.sdk.de



Union Krankenversicherung AG
www.ukv.de



uniVersa Krankenversicherung a.G.
www.universa.de



vigo Krankenversicherung VVaG
www.vigo-krankenversicherung.de



WGV-Versicherung AG
www.wgv.de



Württembergische Krankenversicherung AG
www.wuerttembergische.de



Würzburger Versicherungs-AG
www.wuerzburger.com

Folgende verbundene Einrichtungen nehmen im Bereich der Privaten Pflegepflichtversicherung am Ombudsmannverfahren teil:



Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
www.kvb.bund.de



Postbeamtenkrankenkasse
www.pbeakk.de

IMPRESSUM

Herausgegeben vom

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Telefon: 08002 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax: 030 20 45 89 31
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Tätigkeitsbericht wird gemäß § 12 Abs. 2 des Statuts des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung sowie § 34 Abs. 1 Verbraucherstreitbeilegungsgesetz veröffentlicht.

Stand: 31.01.2023

Bildnachweis

Titel, S. 7, S. 13, S. 19, S. 27, S. 37: Andrey Yalansky/stock.adobe.com
S. 29: Tobilander/stock.adobe.com
S. 31: Simone Schuldis/stock.adobe.com
S. 32: winyu/stock.adobe.com
S. 35: Tobias Seeliger/stock.adobe.com

