

Tätigkeitsbericht 2024



OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegerversicherung

Tätigkeitsbericht 2024

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

INHALT

Nachruf	5
Vorwort.....	7
I. Jahresbericht 2024	9
Zahlen	10
Themen	11
Verfahren	13
II. Statistik.....	15
Schlichtungsanträge	16
Themen	17
Ergebnisse im Schlichtungsverfahren	20
III. Der Ombudsmann und das Ombudsmannverfahren	21
Ombudsmann	22
Organisation und Verfahrensablauf	23
Der PKV-Ombudsmann – eine Zeitreise.....	25
IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit	29
Medizinische Notwendigkeit	30
Private Pflegepflichtversicherung.....	34
Sozialtarife in der PKV – Basistarif und Standardtarif	37
V. Verfahrensordnung	39
Statut.....	40
Teilnehmende Versicherungsunternehmen.....	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.

Zum Tod von Heinz Lanfermann

„Dass an dieser Stelle der Vorsitzende des Vorstands des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. zu Wort kommt, ist ungewöhnlich und hat einen traurigen Anlass. Am 21. Juni 2024 ist der langjährige Ombudsmann Heinz Lanfermann verstorben.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. hat zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und ihren Versicherten eine Ombudsstelle für Angelegenheiten der Privaten Krankenversicherung eingerichtet. Die Ombudsstelle hat ihre Arbeit am 1. Oktober 2001 aufgenommen. Der Ombudsmann hat die Aufgabe, im Fall von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Krankenversicherungsunternehmen als Schlichter zu vermitteln und möglichst eine Verständigung der Parteien herbeizuführen. Für diese Arbeit bedarf es großer Expertise im Bereich der Krankenversicherung und sehr viel Fingerspitzengefühl. Wir hatten großes Glück, Heinz Lanfermann im Jahr 2014 für das Amt gewinnen zu können.

Nach seinem Tod, während der Phase des Übergangs, hat Dr. Wilhelm Schluckebier als berufener Stellvertreter die Aufgaben des Streitschlichters übernommen. Dafür gebührt ihm besonderer Dank. Zum 1. November 2024 wurde Prof. Dr. Rainer Schlegel, der frühere Präsident des Bundessozialgerichts, als neuer PKV-Ombudsmann berufen. Wir sind froh und stolz, dass er das Amt übernommen hat.

Während also der nächste Ombudsmann-Bericht 2025 der erste von Prof. Dr. Rainer Schlegel sein wird, gedenken wir mit diesem Bericht dem bisher amtierenden Ombudsmann Heinz Lanfermann.

Nach seiner Berufung zum PKV-Ombudsmann zum 1. Januar 2014 hat sich Heinz Lanfermann viele Verdienste und großen Respekt erworben. In seinem ersten Tätigkeitsbericht schrieb er: „Die Zufriedenheit der Versicherten der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist wichtig. Als Ombudsmann versuche ich, durch meine schlichtende Tätigkeit dazu beizutragen.“ Mit seinem herausragenden Einsatz ist ihm dies in beeindruckender Weise gelungen.

Wir haben Heinz Lanfermann sehr viel zu verdanken und werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.“



Thomas Brahm
Vorsitzender des Vorstands
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.



Das Berichtsjahr 2024 wird überschattet vom Tod des langjährigen Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Staatssekretär a.D. Heinz Lanfermann. Als seinem berufenen Vertreter gelten ihm meine Gedanken zum abgelaufenen Schlichtungsjahr des PKV-Ombudsmanns. Heinz Lanfermann hat das Amt des Ombudsmanns über mehr als zehn Jahre ausgeübt, nachdem er zum 1. Januar 2014 mit dieser Aufgabe betraut worden war. Seine Amtszeit ist geprägt von seinem großen Einsatz für die Schlichtungsidee und seinem steten Bestreben, im Schlichtungsverfahren für alle Parteien einen guten, akzeptanzfähigen Weg zu finden. Sein Blick auf die Rechtslage war immer mit gekennzeichnet von einem beeindruckenden Gespür für die Befriedung des Einzelfalles. Die Schlichtung war ihm eine Herzensangelegenheit. Seine Expertise in grundsätzlich bedeutsamen Fragen habe auch ich persönlich sehr geschätzt. Sein früher und unerwarteter Tod im Juni 2024 hat alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch mich persönlich sehr berührt.

Die erforderliche Neuberufung des Ombudsmanns ist mittlerweile erfolgt. Prof. Dr. Rainer Schlegel ist mit Wirkung zum 1. November 2024 zum Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung bestellt worden. Prof. Dr. Schlegel war von 2016 bis zu seiner Pensionierung im Februar 2024 Präsident des Bundessozialgerichts. Zuvor war er unter anderem als Abteilungsleiter im Bundesministerium für Arbeit und Soziales tätig. Er hat seine Tätigkeit mit Elan und großer Umsicht aufgenommen. Trotz der traurigen Umstände freuen wir uns, dass mit ihm eine so hochqualifizierte und besonders erfahrene Richterpersönlichkeit diese verantwortungsvolle Aufgabe übernommen hat.

Beim Blick zurück auf das Jahr 2024 möchte ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Schlichtungsstelle herzlich danken für ihre äußerst wertvolle Arbeit. Während meiner übergangsweisen Tätigkeit als Stellvertreter des Ombudsmanns habe ich ein bestens strukturiertes, hervorragend organisiertes und hochmotiviertes Team kennenlernen dürfen.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben mit großem Engagement die Herausforderungen des Jahres angenommen und gemeistert, auch die, die mit dem Vertretungsfall und der Neubesetzung verbunden waren. Das war möglich auf der Grundlage ihrer herausragenden Expertise, ihrer jahrelangen Erfahrung und des guten Miteinanders im Team. Durch die ausgezeichnete tägliche Arbeit haben sie auch den Grundstein für den vorliegenden Tätigkeitsbericht gelegt.

Mit diesem Bericht geben wir Ihnen wie gewohnt einen Überblick über Zahlen, ausgewählte Themen und Beispielfälle aus dem Berichtsjahr.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern bei der Lektüre dieses Tätigkeitsberichts interessante Einblicke in die Themen rund um die Private Kranken- und Pflegeversicherung.

Im Januar 2025
Dr. h.c. Wilhelm Schluckebier
Stellvertreter des PKV-Ombudsmanns

I. Jahresbericht 2024



Bearbeitungszeiten

§ 14 VVG

Ozempic & Wegovy

ZAHLEN

Im Berichtsjahr 2024 erreichten den Ombudsmann 6.891 Schlichtungsanträge und damit 1.476 mehr als im Jahr davor. Insgesamt liegt die aktuelle Antragszahl etwas über dem langjährigen Mittel, nachdem sie im Vorjahr außergewöhnlich niedrig ausfiel. Die Zahl der Anträge hat sich über alle Themengebiete erhöht, ohne dass es zu einem auffälligen Sondereffekt gekommen ist, wie z. B. im Jahr 2022 aufgrund von Beitragsanpassungen. Das gestiegene Antragsaufkommen ist auch darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Leistungsfälle in der Privaten Krankenversicherung 2024 um etwa 10 % zugenommen hat, möglicherweise auch durch Nachhol-Effekte aus der Coronazeit. Dieser deutliche Anstieg der Arzt-Patienten-Kontakte bringt somit ein entsprechend gestiegenes Konfliktpotenzial mit sich.

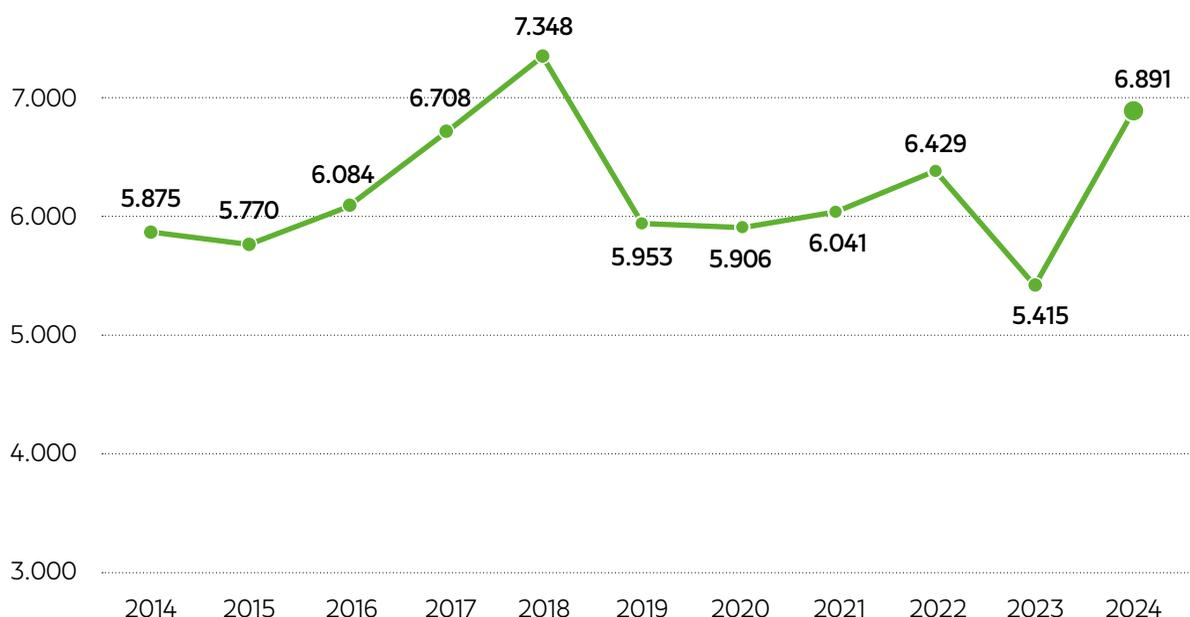
Lediglich in Bezug auf die Pflegepflichtversicherung ist hervorzuheben, dass rund 220 Schlichtungsanträge eingingen, die sich auf Schwierigkeiten bezogen, die durch einen Wechsel des Dienstleisters bei einem Unternehmen

aufgetreten sind. Die neuen Gegebenheiten erforderten eine gewisse Zeit für die Übertragung des Versichertenbestandes und eine Lernphase, die leider zu Verzögerungen in der Bearbeitung führten.

Ein detaillierter Überblick über die Auswertung der einzelnen Anträge ist in Abschnitt II. Statistik zu finden.

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 rund 0,01 %. Dies spricht unverändert für eine hohe Kundenzufriedenheit der Versicherten mit ihrer privaten Krankenversicherung und insbesondere auch für ein lösungsorientiertes Beschwerdemanagement der einzelnen Unternehmen.

Antragseingänge in den Jahren 2014 bis 2024



THEMEN

Eines der Hauptthemen bei der Bearbeitung von Schlichtungsanträgen ist regelmäßig die Frage der medizinischen Notwendigkeit von Heilbehandlungen. Im vergangenen Berichtsjahr ergab sich unter anderem die Erstattung der neu zugelassenen Präparate zur Gewichtsregulierung als neue Fragestellung im Rahmen der Tätigkeit des Ombudsmannes. Diese Thematik beschäftigte die Schlichtungsstelle auch in diesem Jahr. Zudem waren längere Bearbeitungszeiten einiger Versicherungsunternehmen Anlass für die Versicherten, den Ombudsmann um Unterstützung zu ersuchen.

Kostenübernahme für Wegovy und Ozempic

Ozempic ist ein Präparat zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 und aufgrund seiner gewichtsreduzierenden Wirkung zunehmend nachgefragt. Seit letztem Jahr ist mit **Wegovy** ein weiteres Medikament mit dem Wirkstoff Semaglutid in Deutschland erhältlich. Folglich erreichten den Ombudsmann vermehrt Anträge mit der Frage der Erstattungsfähigkeit sowohl für Wegovy als auch für Ozempic.

Ozempic und Wegovy enthalten mit Semaglutid beide den gleichen Wirkstoff, allerdings in unterschiedlichen Dosierungen. Während Ozempic indikationsbezogen bei Diabetes mellitus Typ 2 verordnet wird, ist Wegovy ausschließlich als Abnehmpräparat zugelassen.

In den an den Ombudsmann herangetragenen Fällen in Bezug auf die Kostenübernahme für **Ozempic** stand die Frage der **medizinischen Notwendigkeit** im Vordergrund, also ob ein diagnostizierter Diabetes mellitus Typ 2 nachweisbar vorlag. So benötigten die Versicherer insbesondere weitere Unterlagen der Versicherten, um das Vorliegen der Diabetes-Diagnose überprüfen zu können. Hier konnte der Ombudsmann zur Klärung beitragen, welche weiteren Unterlagen einzureichen waren,

sodass es im Ergebnis den Versicherten in einigen Fällen gelang, die medizinische Notwendigkeit konkret nachzuweisen und eine entsprechende Kostenerstattung durch den Versicherer zu erhalten.

Neben der Frage der medizinischen Notwendigkeit, stand in Bezug auf Wegovy vor allem die Frage der tariflichen Erstattungsfähigkeit im Mittelpunkt.

Wegovy hilft beim Abnehmen und Halten des Körpergewichts, indem es das Appetitgefühl mindert und gleichzeitig das Sättigungsgefühl steigert. Dabei wird es als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität angewendet. Zudem müssen beim Patienten bestimmte Body-Mass-Index-Werte (BMI) vorliegen, um das verschreibungspflichtige Medikament vom Arzt verordnet zu bekommen.

Auch wenn diese Kriterien erfüllt sind, hängt es letztlich von den konkreten **Tarifbestimmungen** des jeweiligen Versicherungsvertrages ab, ob der Versicherer zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist. So sahen die Tarifbestimmungen in den an den Ombudsmann herangetragenen Schlichtungsanträgen beispielsweise vor, dass Präparate zur „Entfettung“ oder „Appetitzügeln“ nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind. Die Versicherer stützten sich im Ergebnis zu Recht auf einen vorliegenden tariflichen Ausschluss, da sie Präparate zur Gewichtsreduzierung ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen haben.

Bearbeitungszeit von Leistungsanträgen

Den Ombudsmann erreichten zudem vermehrt Schlichtungsanträge zu **deutlich längeren Bearbeitungszeiten** von Leistungsanträgen. Hierbei wird geschildert, dass die Versicherten über mehrere Wochen auf eine Rückmeldung zu den eingereichten Leistungsanträgen warten. Gegenüber den Ärzten bzw. deren Abrechnungsstellen sei die Rechnung jedoch zu begleichen, sodass die Versicherten entweder in Vorleistung gehen müssten oder aber Mahnungen seitens

der Rechnungssteller erhalten. Zum Teil besteht die Ansicht, dass eine gesetzliche Frist existiere innerhalb derer der Versicherer zu leisten hätte. Vereinzelt befürchten die Versicherten eine willkürliche Verzögerung seitens des Versicherers.

Die Fälligkeit von Geldleistungen des Versicherers ist in § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt. Der Versicherer ist demnach zunächst dazu berechtigt und verpflichtet, eine Überprüfung des einzelnen Versicherungsfalles und seiner diesbezüglichen Leistungspflicht vorzunehmen. Erst wenn diese Prüfung abgeschlossen ist, wird die Leistung fällig. Eine **genaue Frist**, innerhalb derer die Prüfung vorzunehmen ist, **sieht das Gesetz** indes **nicht vor**.

Nach Ablauf eines Monats besteht die Möglichkeit eine **Abschlagszahlung** zu verlangen, wenn der **Grund des Anspruchs außer Streit** steht.

§ 14 VVG

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherungsnehmer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

Die Versicherer teilten mit, dass sich die Verzögerungen derzeit insbesondere auf eine Kombination aus der **deutlich gestiegenen Zahl von Leistungsanträgen und hohen Krankenständen** bei den Mitarbeitenden zurückführen lassen, die bei verschiedenen Versicherungsunternehmen zu entsprechenden Arbeitsrückständen und dadurch zu längeren Bearbeitungszeiten geführt haben. Diesbezüglich haben die betroffenen Versicherungsunternehmen dargelegt, dass sie **verschiedene Maßnahmen** eingeleitet haben, **um die Rückstände wieder abzubauen**. Dazu zählten zum Beispiel Mehr- und Samstagsarbeit sowie die Aufstockung des Personals. Für eine willkürliche Verzögerung der Leistungsbearbeitung bestanden daher keine Anhaltspunkte.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens konnte jedoch in aller Regel eine **Bearbeitung der noch offenen Leistungsanträge** der Versicherten erreicht werden. Hinsichtlich der künftigen Bearbeitungsdauer hat der Ombudsmann allerdings **keinen Einfluss auf die internen Vorgänge** und insbesondere auf die Bearbeitungsabläufe der Versicherer.

Vor dem Hintergrund der finanziellen Belastung der Versicherten begrüßt es der Ombudsmann daher, wenn die Versicherer eine direkte Kontaktaufnahme anbieten, um **in Einzelfällen eine priorisierte Bearbeitung** zu prüfen. Alternativ besteht für die Versicherten in vielen Fällen die Möglichkeit, auf den Rechnungssteller zuzugehen und einen Zahlungsaufschub zu vereinbaren.

VERFAHREN

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

Das Verfahren ist leicht zugänglich. 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 auch in diesem Jahr wieder gezeigt.

Neben konkreten Schlichtungsanträgen erreichten den Ombudsmann auch in diesem Jahr 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 (BMJ), 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.

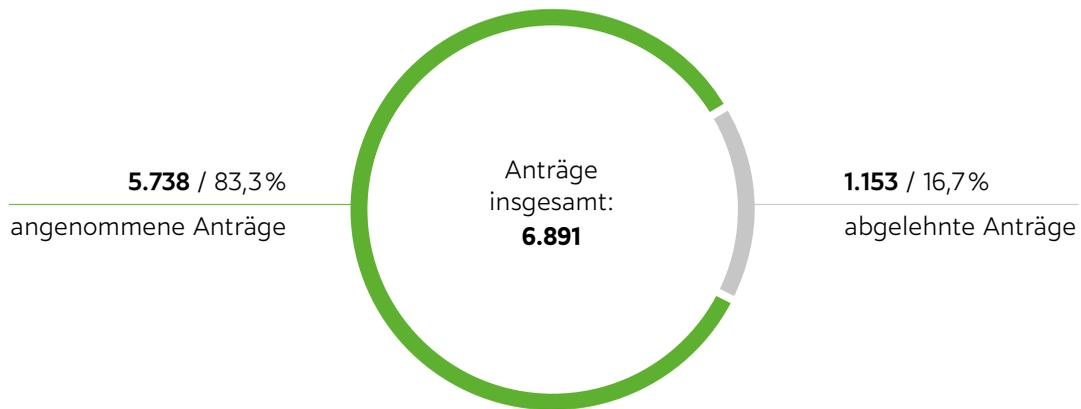
II. Statistik



Schlichtungsanträge
Themen
Einigungsquote

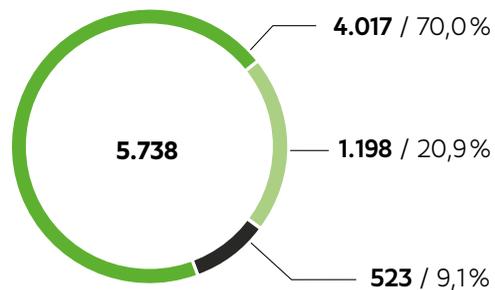
SCHLICHTUNGSANTRÄGE

Anzahl der eingegangenen Anträge 2024



Verteilung der angenommenen Anträge nach der Art des Versicherungsvertrages

- Krankheitskostenvollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegepflichtversicherung



Verteilung der abgelehnten Anträge (insgesamt 1.153) nach Ablehnungsgrund

die Streitigkeit fällt nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns

866

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

227

der Streitwert unterschreitet eine bestimmte Höhe

46

der Gegenstand der Streitigkeit ist/wurde bereits gerichtlich geltend gemacht

14

der Anspruch ist verjährt

0

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

0

die Streitigkeit ist bereits beigelegt

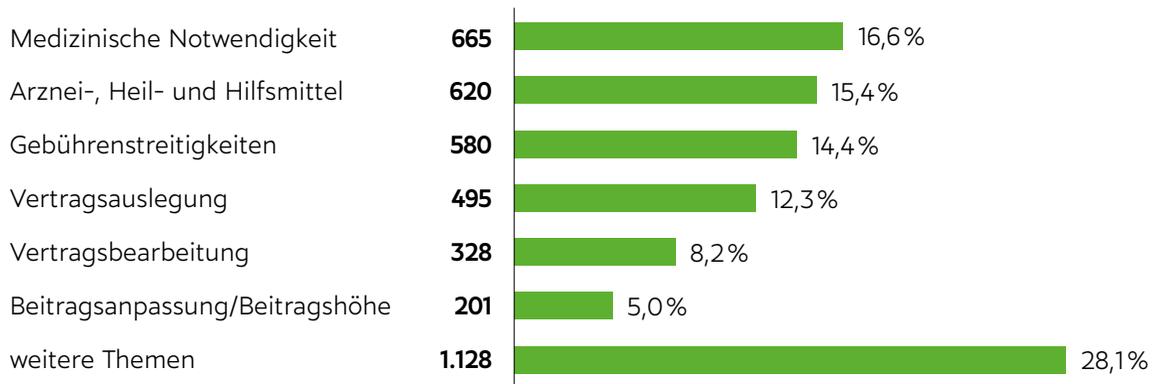
0

THEMEN

Krankheitskostenvollversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **4.017** (70,0%)



Im Berichtsjahr haben sich die Antragsteller insbesondere zu drei Themenkomplexen mit vergleichbarer Gewichtung an die Schlichtungsstelle gewandt.

Der häufigste Grund waren Meinungsverschiedenheiten bei der Frage, ob eine **Heilbehandlung medizinisch notwendig** ist (665):



Ähnlich häufig ging es Versicherten um die Erstattung von **Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln** (620).

Auch **Gebührenstreitigkeiten** waren für die Versicherten ein wichtiges Thema (580):



Die **Vertragsauslegung** einzelner Versicherungsbedingungen wurde hingegen etwas seltener bei der Schlichtungsstelle vorgetragen, war gleichwohl ein regelmäßiges Anliegen der Versicherten (495).

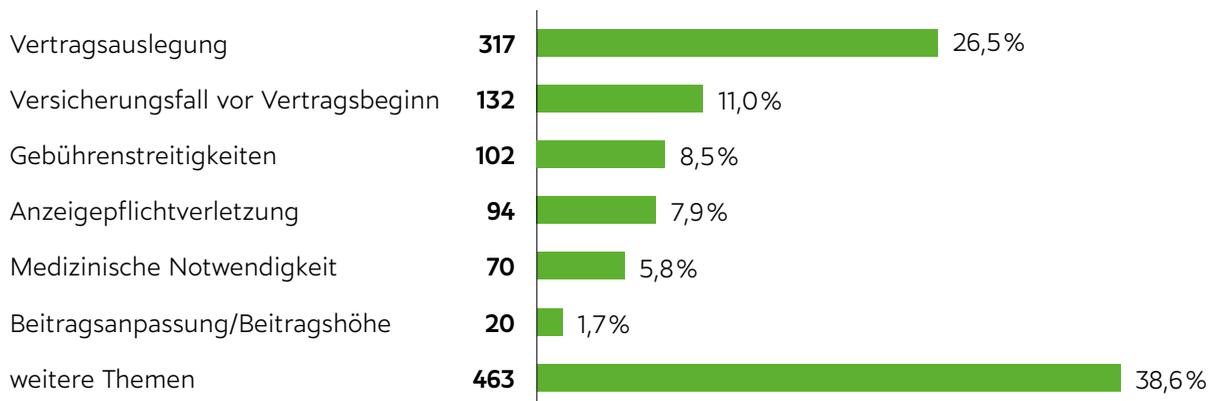


Anträge im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen sind zum Vorjahr zwar etwas gestiegen, jedoch nicht als besonderes Anliegen vieler Versicherter hervorzuheben.

Zusatzversicherungen

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **1.198** (20,9%)



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

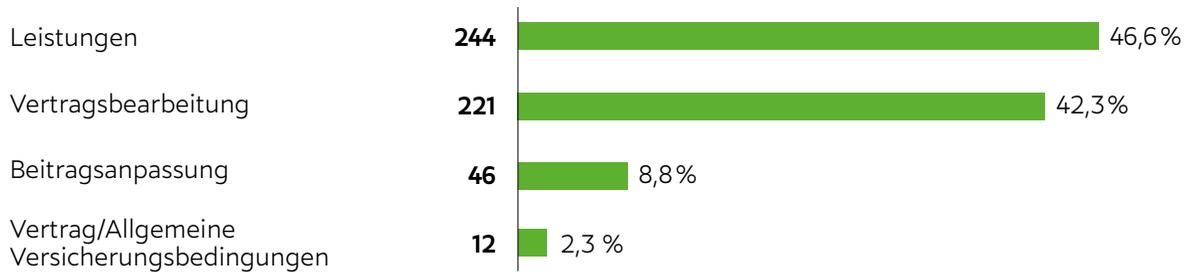
Die im Bereich der Zusatzversicherungen an den Ombudsmann gerichteten Schlichtungsanträge betrafen hauptsächlich die **Auslegung der Vertragsbedingungen**. Da die Leistungen der Versicherer in diesem Bereich häufig im Zusammenhang mit Vorleistungen anderer Kostenträger stehen, sind die einzelnen Versicherungsbedingungen 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: **523** (9,1%)

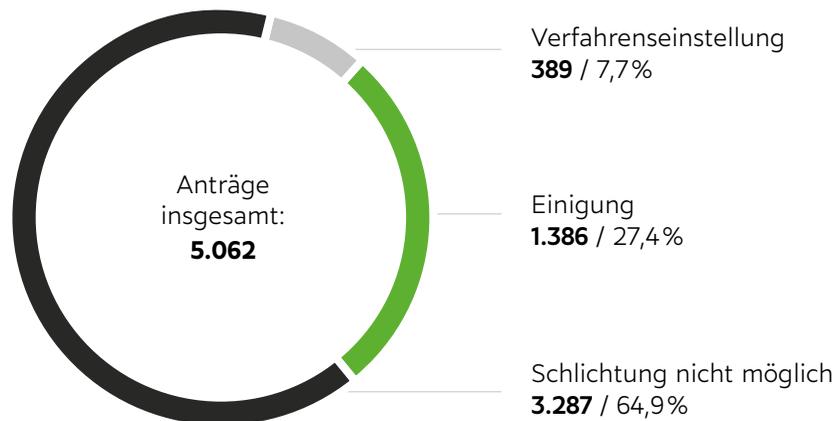


Im Vergleich zur Krankenvollversicherung erreichte den Ombudsmann eine weitaus geringere Anzahl an Schlichtungsanträgen betreffend die Pflegepflichtversicherung. Insgesamt stieg die Zahl der insoweit eingegangenen Anträge mit Blick auf das Vorjahr jedoch von 307 auf 523.

Am häufigsten erreichten die Schlichtungsstelle Anträge im Zusammenhang mit Leistungsfragen wie z. B. Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Verhinderungspflege oder Pflegehilfsmittel. Meinungsverschiedenheiten über die Einordnung in einen bestimmten Pflegegrad gehören ebenfalls zu diesem Themenkomplex. Am zweithäufigsten ging es um Fragen aufgrund von Vertragsbearbeitung, da bei einem Unternehmen ein Wechsel des Dienstleisters stattfand. Hier kam es leider zu Anlaufschwierigkeiten, da es Probleme bei der Übertragung des Versichertenbestandes und der entsprechenden Daten gekommen ist. Im Rahmen des daraufhin erfolgten Austauschs wurde dem Ombudsmann zugesagt, einen reibungslosen Ablauf so schnell wie möglich wiederherzustellen.

ERGEBNISSE IM SCHLICHTUNGSVERFAHREN

Anzahl der 2024 abschließend bearbeiteten Anträge



Im Jahr 2024 konnten insgesamt 5.062 Schlichtungsverfahren abgeschlossen werden. Hiervon umfasst sind Verfahren, die in den Jahren 2023 und 2024 eingeleitet wurden.

Verfahrensdauer: Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug im aktuellen Berichtsjahr rund 72 Tage, nachdem die Verfahrensakte vollständig war. Damit gelang eine Bearbeitung deutlich unter der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungsfrist von 90 Tagen.

Einigung:

In 1.386 Fällen und damit in rund jedem vierten Verfahren konnte eine Einigung erzielt werden.

Schlichtung nicht möglich:

In 3.287 Verfahren war eine Schlichtung zwischen den Parteien nicht bzw. nicht vollumfänglich möglich. Folgende Fallkonstellationen sind hiervon erfasst:

Keine Abhilfe: Insbesondere betrifft dies jene Verfahren, in denen offensichtlich kein Anspruch der Versicherten bestand oder die Versicherer nicht zu einem Entgegenkommen bereit waren. In einzelnen Fällen lehnten auch Versicherte den Schlichtungsvorschlag des Ombudsmanns ab, so dass die Streitigkeit nicht gütlich beigelegt werden konnte.

Teilweise Abhilfe: Inbegriffen sind hier auch solche Fälle, in denen der Ombudsmann im Schlichtungsverfahren zumindest einen Teilerfolg erzielen konnte. Da allerdings dem Anliegen nur teilweise abgeholfen wurde, zählen diese statistisch zu den Verfahren, in denen letztlich keine Einigung möglich war. Dies war bei insgesamt 243 Schlichtungsverfahren der Fall.

Verfahrenseinstellung:

Im Übrigen wurden 389 Verfahren auf Wunsch der Antragsteller eingestellt. In der Regel lag dem eine zwischenzeitliche Klärung der Angelegenheit zugrunde.

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?

Prof. Dr. Rainer Schlegel ist seit dem 01.11.2024 Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Er folgt auf Heinz Lanfermann, der im Juni desselben Jahres verstorben ist.

Prof. Dr. Schlegel war seit dem Jahr 1987 zunächst als Richter tätig. Nach verschiedenen Abordnungen, u.a. an das Bundessozial- und das Bundesverfassungsgericht, wurde er Richter am Bundessozialgericht, dessen Präsident er von 2016 bis zu seiner Pensionierung im Februar 2024 war. Zuletzt leitete er den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen 1. Senat des Bundessozialgerichts.

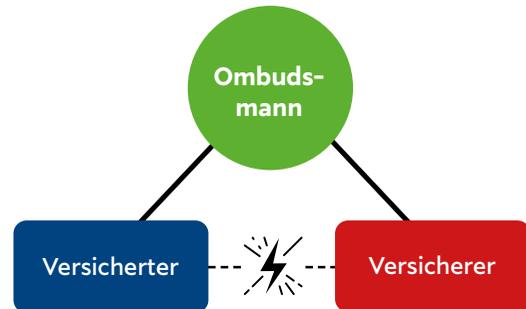
Stellvertretender Ombudsmann ist Dr. h.c. Wilhelm Schluckebier.

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

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

3. Verjährungshemmung

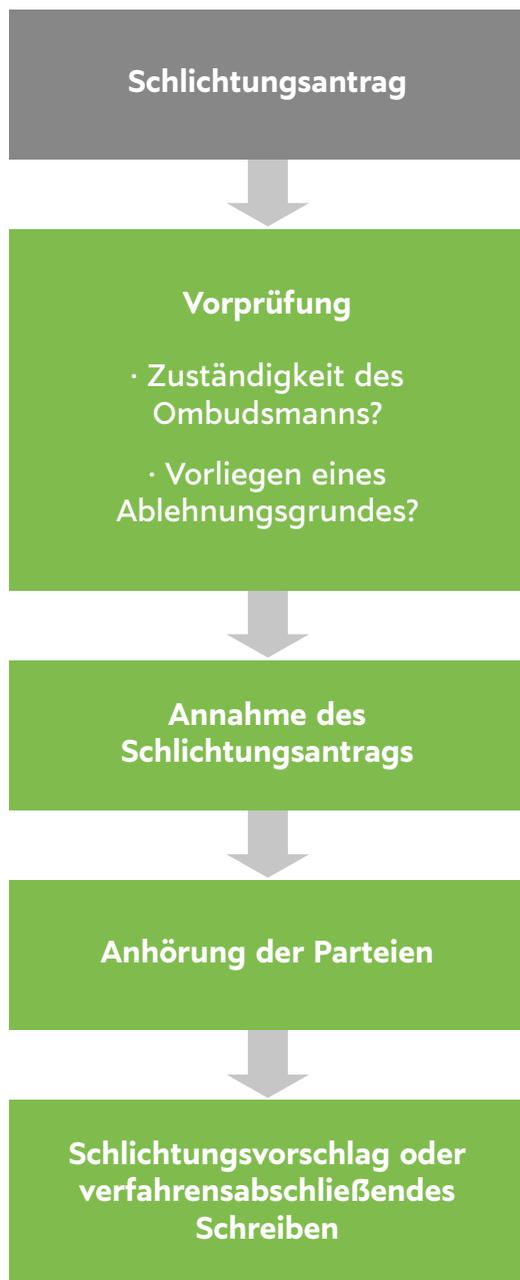
Die Verjährung eines Anspruchs wird im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gehemmt. Es gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

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 Krankenversicherung 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 29 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 Versicherte 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 (VStGB) zum 01.08.2016 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 dem 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)
01.01.2014 – 21.06.2024:	Heinz Lanfermann
22.06.2024 – 31.10.2024:	Dr. h.c. Wilhelm Schluckebier (als stellvertretender Ombudsmann)
seit dem 01.11.2024:	Prof. Dr. Rainer Schlegel

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 gleichermaßen 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



Behandlungsleitlinien
Cannabistherapie
Pflegebedürftigkeit
Marine Fischhaut

THEMENSCHWERPUNKTE

Medizinische Notwendigkeit

„Medizinisch möglich ist nicht gleich medizinisch notwendig.“

Die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung ist ein häufiges Thema 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 folgende 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.

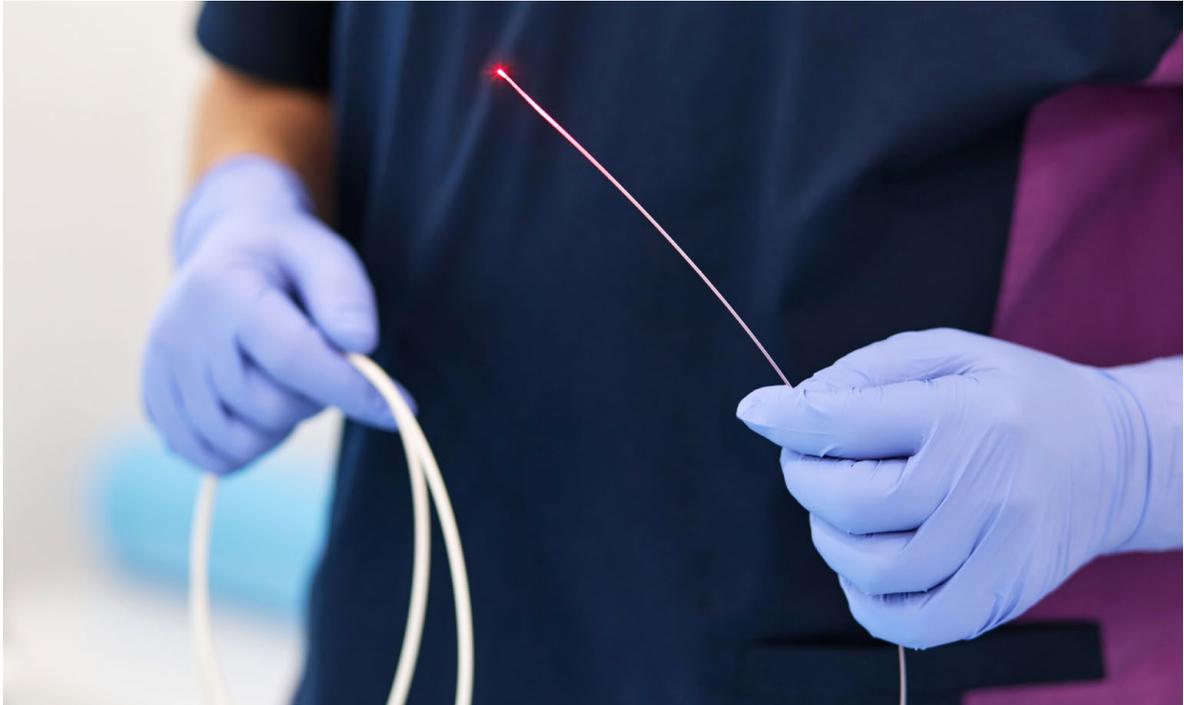
Voraussetzung ist zum einen die Geeignetheit der Behandlung, den angestrebten Behandlungserfolg zu erreichen. Zum anderen muss die Behandlung erforderlich sein. Das heißt, bei mehreren geeigneten Behandlungsmaßnahmen besteht die Leistungspflicht nur für diejenige, die mit dem geringsten medizinischen 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.

„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. Hintergrund dessen ist, dass im kostenlosen Ombudsmannverfahren keine kostenintensiven ärztlichen Gutachten eingeholt werden können. Selbst wenn dies möglich wäre, würde es sich hierbei auch nur um eine weitere Fachmeinung ohne Bindungswirkung handeln.

Der Ombudsmann prüft daher, ob dem Antragsteller willkürlich Leistungen vorenthalten wurden oder ob die Entscheidung des Versicherers auf sachfremden Erwägungen beruht.



Beispiel: Laserbehandlung

Der Antragsteller hatte sich einer transkutanen Lasertherapie zur Behandlung von Krampfadern unterzogen. Eine Kostenerstattung lehnte der Versicherer mangels medizinischer Notwendigkeit ab. Daraufhin wandte sich der Antragsteller an den Ombudsmann. Der Ombudsmann konnte im Rahmen der ihm möglichen summarischen Prüfung ebenfalls keine medizinische Notwendigkeit für die bei dem Antragsteller durchgeführte transkutane Laserbehandlung erkennen.

Im Rahmen der transkutanen Lasertherapie wird die Haut einem kurzen, hochenergetischen Laserimpuls ausgesetzt, der an die darunterliegenden kleinen Gefäße abgegeben wird. Die so erzeugte Hitze soll die Durchblutung in den betreffenden Gefäßen stoppen, sodass die Gefäße zugrunde gehen und vom Körper abgebaut werden können. In der Regel wird die transkutane Lasertherapie überwiegend bei kleinen Besenreisern oder netzartigen Venen eingesetzt. Besenreiser gelten jedoch überwiegend als unbedenklich und müssen nicht zwingend entfernt werden. Eine dennoch durchgeführte Behandlung wäre folglich nicht medizinisch notwendig, sondern würde allenfalls ästhetischen Zwecken dienen. Eine Leistungs-

pfllicht des Versicherers besteht für derartige Behandlungen grundsätzlich nicht.

Hinzu kommt, dass der S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Varikose (Krampfader) keine Empfehlung für die transkutane Lasertherapie entnommen werden kann.

Leitlinien sind systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen, die Ärzte und Patienten bei der Entscheidungsfindung über die angemessene Behandlung einer Krankheit unterstützen. Sie geben den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der in der Praxis bewährten Verfahren wieder.

In der Leitlinie wird eine endovenöse Lasertherapie ausschließlich für die Therapie der Varikose von Vena saphena magna und Vena saphena parva thematisiert. Bei der endovenösen Lasertherapie führt der Arzt über kleine Punktionen die Laserfaser in die Vene ein. Diese wird durch den Laser erwärmt und entsprechend geschädigt. Eine solche Behandlung wurde jedoch beim Antragsteller nicht durchgeführt. Auch waren weder die

Vena saphena magna noch die Vena saphena parva betroffen.

Vor diesem Hintergrund konnte der Ombudsmann die ablehnende Kostenentscheidung des Versicherers nachvollziehen. Da der Versicherer im Rahmen des Ombudsmannverfahrens bei seiner bisherigen Einschätzung blieb, war eine Schlichtung zugunsten des Antragstellers leider nicht möglich.

Beispiel: Cannabis-Therapie

Der Antragsteller wandte sich an den Ombudsmann, da sein Versicherer eine Erstattung der ihm ärztlich verordneten Cannabis-Therapie abgelehnt hatte. Der Versicherer wies – nach Einschaltung eines ärztlichen Gutachters – insbesondere darauf hin, dass durch die Behandlung mit cannabis-basierten Präparaten nur eine sehr geringe Wahrscheinlichkeit bestehe, chronische Schmerzen signifikant zu reduzieren. Nach aktueller Studienlage ließen sich bei allen Diagnosen inkonsistente Ergebnisse mit schwachen Effekten finden. Eine medizinische Wirksamkeit der Cannabis-Therapie sei danach nicht hinreichend belegt.

Der Antragsteller führte aus, dass er täglich unter den verschiedensten Schmerzen leide, die überwiegend auch chronisch seien.

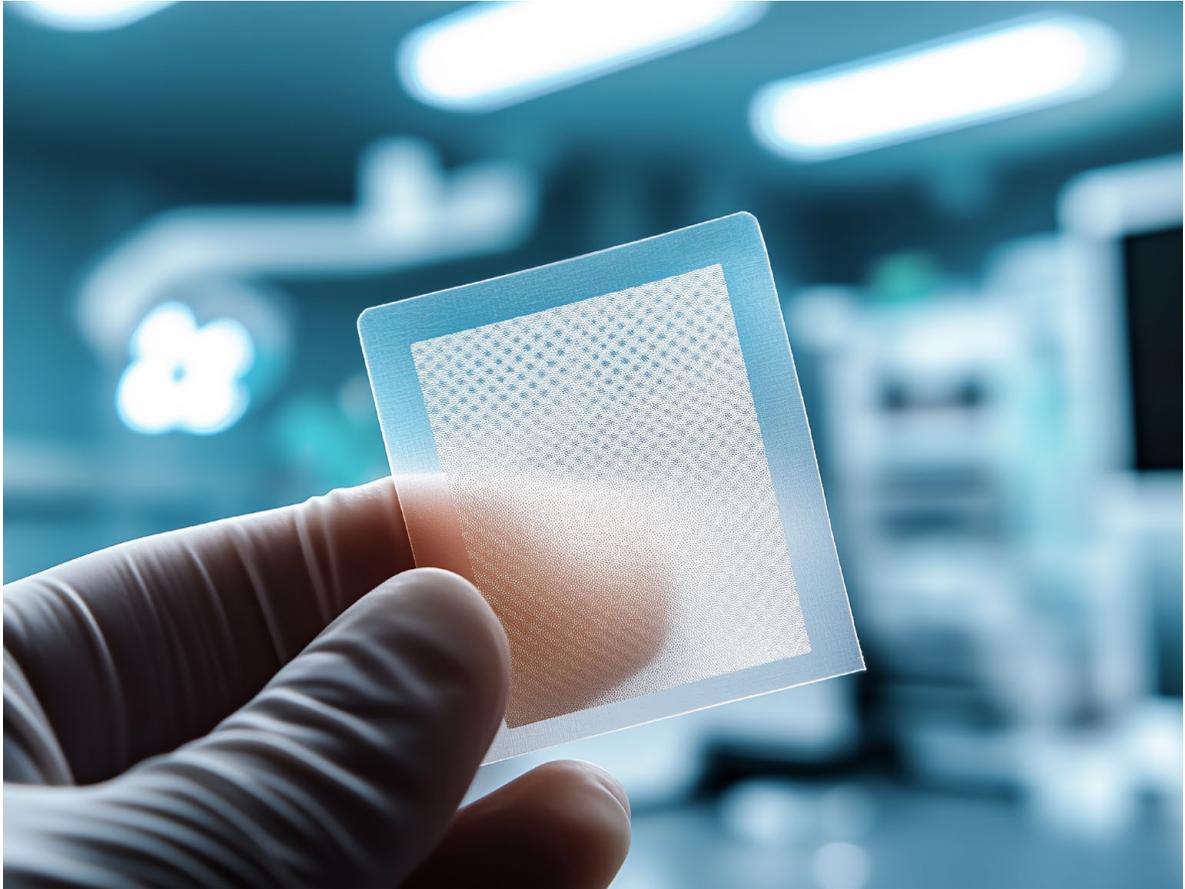
Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens blieb der Versicherer zunächst bei seiner bisherigen Entscheidung und lehnte eine Erstattung der Cannabis-Therapie mangels medizinischer Notwendigkeit ab. Problematisch erschien dem Ombudsmann in diesem Zusammenhang jedoch, dass der Antragsteller bereits mehrere Therapieversuche mit anderen Schmerzmitteln und auch Opiaten unternommen hatte, die allesamt erfolglos geblieben waren. Bei Opiaten bestand sogar eine Unverträglichkeit. Darüber hinaus erfolgten über mehrere Monate eine psychosoziale Betreuung, eine ambulante Psychotherapie sowie Infusionstherapien mit Vitaminen und Mineralstoffen. Sogar eine Akupunkturbehandlung hatte der Antragsteller durchführen lassen. Für den Ombudsmann stellte sich daher die Frage, welche Behandlungsmaßnahme dem Antragsteller bei

den vorliegenden chronischen Schmerzen noch zur Verfügung steht. Hierzu äußerte sich der seitens des Versicherers eingeschaltete Gutachter nicht. Zu berücksichtigen war zudem, dass der Antragsteller an einer die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung litt, welche mit den schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten bisher nicht behandelt werden konnte. Die Anforderungen an die Wirksamkeit bzw. Wissenschaftlichkeit einer nicht der Schulmedizin entsprechenden Behandlung seien daher – so der Ombudsmann – deutlich zu reduzieren. Es genüge in diesem Zusammenhang bereits die Wahrscheinlichkeit, dass die alternative Therapie – hier die Cannabis-Therapie – zur Beschwerdebesserung beitrage. Dies war aus Sicht des Ombudsmanns vorliegend der Fall. Der Antragsteller führte sogar ein Schmerztagebuch, in welchem er die Reduzierung der täglichen Schmerzen unter Einnahme der Cannabis-Präparate dokumentierte.

Der Ombudsmann teilte dem Versicherer seine Bedenken mit und bat um eine erneute Prüfung der Kostenerstattung. Der Versicherer konnte der Argumentation des Ombudsmanns grundsätzlich folgen und erklärte sich daraufhin entgegenkommend bereit, die Aufwendungen der Cannabis-Therapie bis Ende des Jahres zu erstatten. Sofern eine darüberhinausgehende Therapie medizinisch notwendig sein sollte, bat der Versicherer um die Übersendung eines ausführlichen ärztlichen Verlaufsberichts, damit die weitere medizinische Notwendigkeit der Cannabis-Therapie überprüft werden könne.

Beispiel: Marine Fischhaut

Eine Antragstellerin wandte sich, vertreten durch einen Arzt aus ihrem Bekanntenkreis, an den Ombudsmann, da der Versicherer die Kostenübernahme einer Wundbehandlung mit mariner Fischhaut ablehnte. Eingesetzt wurde die Fischhaut zur Behandlung einer Wunde im Bereich des Dekolletés nach Entfernung eines malignen Melanoms aus der Oberhaut. Der Versicherer hatte den Sachverhalt bereits vor Durchführung des Ombudsmannverfahrens gutachterlich durch zwei Ärzte prüfen lassen. Diese sprachen sich gegen eine Kostenübernahme aus.



Zunächst wurde die Durchführung des Schlichtungsverfahrens mit dem Ziel der Übersendung der Gutachten beantragt. Nachdem der Versicherer diesem Anliegen nachkam, argumentierte der für die Antragstellerin tätige Arzt medizinisch fundiert unter Bezugnahme auf die S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms und legte dar, dass aus seiner Sicht die Behandlung in diesem Einzelfall medizinisch notwendig gewesen sei. So habe sich in Fällen, in denen ein hohes Risiko einer insuffizienten und langwierigen Wundheilung bestehe, die Nutzung mariner Fischhaut bewährt.

Gleichzeitig stellte er Widersprüche der beiden Gutachten dar: So kritisierte der erste Gutachter die Nutzung der Fischhaut zur Wundbehandlung. Der Nutzen dieser Behandlung sei nicht ausreichend durch Studien belegt. Der zweite Gutachter kam hingegen zu dem Schluss, dass es sich grundsätzlich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handle, jedoch das medizinisch notwendige Maß überschritten sei.

Nach erneuter Prüfung des Sachverhalts im Rahmen des Ombudsmannverfahrens teilte der Versicherer erfreulicherweise mit, dass er sich unter Berücksichtigung der weiteren Ausführungen des Arztes dazu entschlossen habe, die Kosten der Therapie mit mariner Fischhaut im tariflichen Rahmen zu übernehmen. Der Ombudsmann drückte gegenüber den Beteiligten seine Freude darüber aus, dass hier eine Lösung gefunden werden konnte.

Private Pflegepflichtversicherung

„Ich bin permanent auf fremde Hilfe angewiesen. Das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist offenbar falsch.“

Der Ombudsmann führt ebenfalls Schlichtungsverfahren zu Streitigkeiten in Bezug auf die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) durch.

Die Leistungen aus der PPV ergeben sich aus gesetzlichen Vorgaben und sind mit den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung vergleichbar. Sie sind für alle privaten Versicherungsunternehmen einheitlich in den Musterbedingungen der Pflegepflichtversicherung (AVB/PPV) geregelt.

Im Versicherungsfall leistet der Versicherer im vertraglichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen.

Zentrale Voraussetzung für den Versicherungsfall in der PPV ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit:

Pflegebedürftig sind im Sinne der AVB/PPV Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – also für voraussichtlich mindestens sechs Monate – bestehen.

Das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit wird durch eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Privaten Pflegepflichtversicherung, der Medicproof GmbH, festgestellt. Dieser prüft den Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach pflegefachlich begründeten Kriterien. Danach erfolgt die Zuordnung zu einem von fünf Pflegegraden:

Pflegegrad 1:

Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit

Pflegegrad 2:

Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit

Pflegegrad 3:

Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit

Pflegegrad 4:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit

Pflegegrad 5:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Ein Teil der Schlichtungsanträge betrifft die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad. Der Ombudsmann überprüft die Entscheidung des Versicherers insbesondere im Hinblick darauf, ob das zugrundeliegende Gutachten unter Berücksichtigung der Ausführungen des Antragstellers schlüssig ist. Entsteht der Eindruck, der medizinische Dienst habe nicht alle Aspekte berücksichtigt oder sind neue Umstände hinzugegetreten, wirkt der Ombudsmann auf eine erneute Begutachtung hin. Oftmals geht es auch um konkrete Leistungsfragen wie die Erstattung von Pflegehilfsmitteln oder Leistungen für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.



Beispiel: Pflegebett

Der Antragsteller beehrte im Schlichtungsverfahren die Übernahme der Kosten eines Pflegebettes durch den Versicherer, welches er zur Pflege seiner Ehefrau erworben hatte. Der Versicherer lehnte die Erstattung der Aufwendungen ab und begründete dies mit dem Fehlen der Leistungsvoraussetzungen.

Erstattung von Pflegehilfsmittelkosten

Nach § 4 Abschnitt A Absatz 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (AVB/PPV) haben versicherte Personen gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur **Erleichterung der Pflege** oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Nr. 4 des Tarifs PV setzt voraus, dass das Hilfsmittel im Pflegehilfsmittelverzeichnis der Privaten Pflegepflichtver-

sicherung aufgeführt ist. Das im vorliegenden Fall bezogene Pflegebett verfügte nicht über eine solche **Hilfsmittelnummer**, weshalb der Versicherer die Kostenübernahme zunächst ablehnte.

Allerdings sind Aufwendungen für im **Pflegehilfsmittelverzeichnis** nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel im Einzelfall auch dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 Teil I AVB/PPV erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

Nach der genannten Regelung in den Vertragsbedingungen (gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 Teil I AVB/PPV) muss die Versorgung auch notwendig sein.

Hierauf war der Versicherer in seiner Stellungnahme nicht näher eingegangen. Für den Ombudsmann war insbesondere nicht ersichtlich, ob und in welchem Umfang eine Prüfung in medizinischer Hinsicht erfolgt war. Vor diesem

Hintergrund bat er den Versicherer um Ergänzung seiner Ausführungen sowie um Mitteilung, ob nicht doch eine gütliche Streitbeilegung möglich sei.

Da ein Pflegebett mit Sitz-/Aufrichtfunktion im Rahmen der Begutachtung durch die Medicproof GmbH als pflegerisch notwendig erachtet wurde und das bezogene Pflegebett trotz fehlender Hilfsmittelnnummer die Pflege unterstützt, sagte der Versicherer nach erneuter Prüfung eine Kostenbeteiligung zu. Die Angelegenheit konnte damit im Sinne des Antragstellers geklärt werden.

Beispiel: Faltbarer Elektrorollstuhl

Ein Antragsteller wandte sich an den Ombudsmann, nachdem sein Versicherer die Erstattung der Kosten für einen faltbaren Elektrorollstuhl aus der Pflegepflichtversicherung abgelehnt hatte. Allerdings bejahte der Versicherer die medizinische Notwendigkeit eines Elektrorollstuhles in Standardausführung, hielt die Funktion der Faltbarkeit allerdings für ein Komfortmerkmal, welches seiner Auffassung nach nicht medizinisch notwendig sei. Der Antragsteller bat um eine Überprüfung der Entscheidung durch den Ombudsmann.

Wie bereits im vorherigen Beispielfall dargelegt, richtet sich die Erstattung von Pflegehilfsmitteln nach § 4 Abs. 7 der AVB/PPV und § 40 SGB XI. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Hilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

„Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel aus der Krankenversicherung?“

Ein Elektrorollstuhl ermöglicht dem Betroffenen eine selbständige Fortbewegung, ohne auf Unterstützung angewiesen zu sein. Es steht damit vor allem der Behinderungsausgleich im Vordergrund. Eine Kostenbeteiligung für den faltbaren Elektrorollstuhl aus der Pflegeversicherung lehnte der Versicherer daher ab.

Der Versicherer bejahte die medizinische Notwendigkeit der Versorgung mit einem nicht-faltbaren Elektrorollstuhl aus der Krankheitskostenversicherung. Denn Hilfsmittel i.S.d. Krankheitskostenversicherung sind vor allem technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Das Merkmal der Faltbarkeit war nach Auffassung des Versicherers nicht zum Ausgleich der Behinderung erforderlich. Darüber hinaus habe der bezogene, faltbare Elektrorollstuhl – im Gegensatz zum nicht-faltbaren Modell – den Nachteil, dass er bei einer Verschlimmerung der Beschwerden nicht umgerüstet werden könne. Der Versicherte sei damit schlechter bzw. unflexibler versorgt.

Aus den Ausführungen des Antragstellers war ersichtlich, dass das Merkmal der Faltbarkeit für ihn persönlich jedoch sehr wichtig war: Durch die Möglichkeit, den Elektrorollstuhl zu falten, sei dieser im Auto portabel, flexibler einsetzbar und leichter zu handhaben. Insbesondere ermögliche dies auch die Nutzung im weiteren Umkreis der Wohnung.

Der Ombudsmann wandte sich mit der Bitte um nochmalige Prüfung eines Entgegenkommens erneut an den Versicherer und regte an, zumindest diejenigen Kosten zu übernehmen, die für den Bezug eines nicht-faltbaren Elektrorollstuhles angefallen wären. Für den Fall, dass zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein individuell anpassbarer Elektrorollstuhl medizinisch notwendig werde, könne der Erstattungsbetrag auf die Leistung für einen individuell anpassbaren (nicht faltbaren) Elektrorollstuhl angerechnet werden.

Der Versicherer war mit dem Kompromissvorschlag einverstanden, den der Ombudsmann sodann dem Antragsteller unterbreitete. Dieser nahm das Angebot an, sodass erfreulicherweise eine Lösung gefunden werden konnte.

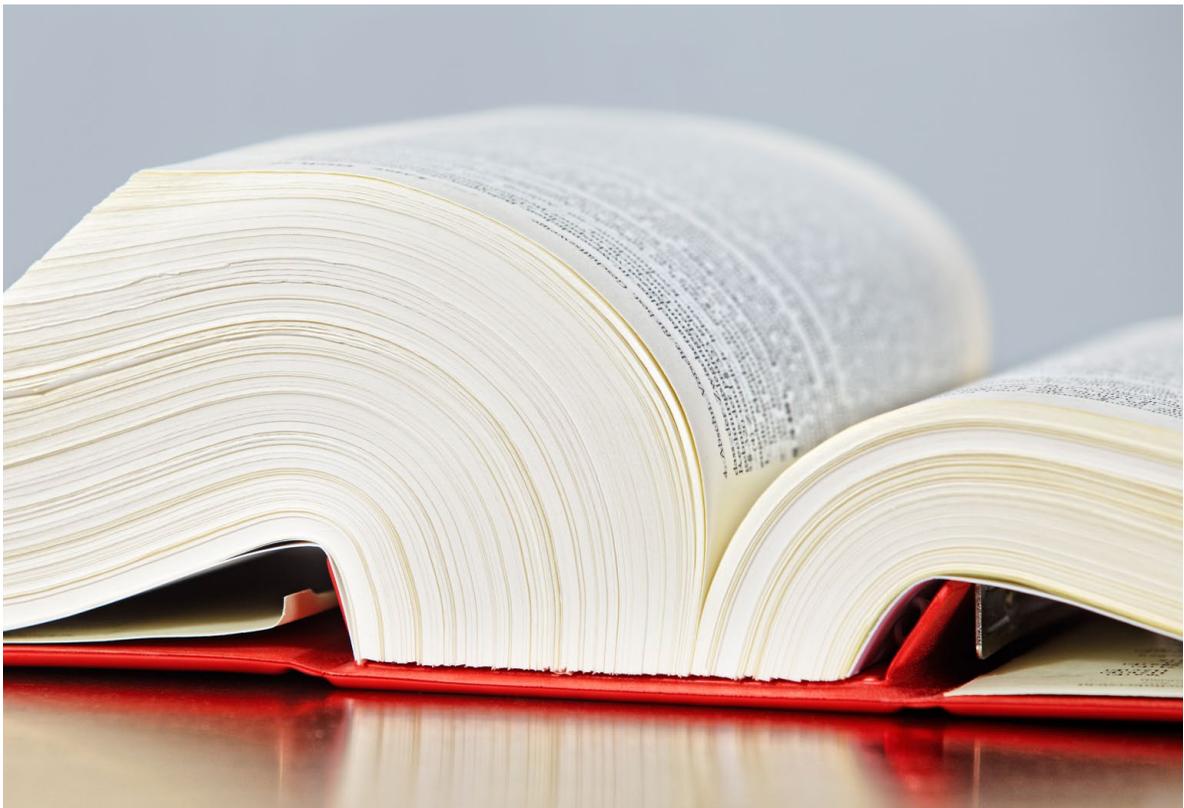
Sozialtarife in der PKV – Basistarif und Standardtarif

„Ich bin selbständig und finde keine private Krankenversicherung, da ich viele Vorerkrankungen habe. Muss mich ein Versicherer in den Basistarif aufnehmen?“

Der Ombudsmann behandelt im Schlichtungsverfahren auch Anliegen der Versicherten im Zusammenhang mit dem Basistarif und dem Standardtarif. Bei diesen Tarifen handelt es sich um brancheneinheitliche Sozialtarife in der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit unterschiedlichen Funktionen. Während der Basistarif seit der Einführung der Versicherungspflicht in Deutschland Versicherungsschutz für nicht versicherte Personen bietet, ist der Standardtarif für langjährig privat Krankenversicherte gedacht, die aus finanziellen Gründen einen Tarif mit einem niedrigeren Beitrag benötigen.

Dabei kann es um folgende Fragestellungen gehen:

- Zugang zum und Berechtigung auf Versicherungsschutz im Basis- oder Standardtarif; Pflicht des Versicherers zum Abschluss (Kontrahierungszwang)
- Wechsel in den Basis- oder Standardtarif
- Umfang des Versicherungsschutzes im Basis- oder Standardtarif
- Beitragshöhe



Basistarif

Mit der Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland zum 01.01.2009 besteht seither für die privaten Krankenversicherer die gesetzliche Verpflichtung, einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungen nach Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar sind. Dabei bedeutet vergleichbar nicht, dass die Leistungen mit denen der GKV identisch sind. In einigen Bereichen liegen die Leistungen unter dem Niveau der GKV, in anderen Bereichen gibt es verbesserte Zusatzleistungen, z.B. Kuren oder Krankentagegeld. Es besteht ein sog. Kontrahierungszwang oder Aufnahmewang, d. h. die Versicherer dürfen niemanden ablehnen, der sich in diesem Tarif versichern darf.

Die monatlichen Beiträge des Basistarifs lagen im Jahr 2024 bei 843,52 EUR. Hinzu kommt der Beitrag zur Privaten Pflegepflichtversicherung. Im Falle einer Hilfebedürftigkeit im Sinne der sozialrechtlichen Regelungen reduziert sich die Prämie im Basistarif um die Hälfte. Falls auch bei dieser halbierten Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit ausgelöst wird, wird vom Träger der Grundversicherung bzw. der Sozialhilfe der zu entrichtende Beitrag bei der Bedarfsermittlung berücksichtigt. Die Hilfebedürftigkeit ist vom Versicherten bei dem gemäß Sozialgesetzbuch zuständigen Träger zu beantragen und von diesem zu bescheinigen.

Standardtarif

Der Standardtarif ist ebenfalls ein brancheneinheitlicher Tarif in der PKV, der seit seiner Einführung im Jahr 1994 eine soziale Schutzfunktion erfüllt.

Versicherte, die bereits vor dem 01.01.2009 bei ihrer aktuellen privaten Krankenversicherung krankheitskostenvollversichert waren, können in den Standardtarif wechseln, wenn sie seit mindestens zehn Jahren privat krankenversichert sind. Zudem müssen für einen Wechsel in den Standardtarif bestimmte Altersgrenzen und weitere

Voraussetzungen erfüllt sein. Die Leistungen des Standardtarifs sind ebenso wie beim Basistarif mit den Leistungen der GKV vergleichbar, wobei vergleichbar auch hier nicht identisch heißt.

Während der Standardtarif nur für Versicherte mit vor dem **01.01.2009** geschlossenen Verträgen in Betracht kommt, haben privat Versicherte mit nach diesem Zeitpunkt abgeschlossenen Verträgen die Möglichkeit, in den Basistarif zu wechseln.

Beispiel

Der Antragsteller beehrte zum 01.08.2024 einen Wechsel in den brancheneinheitlichen Standardtarif. Hierfür bezog er sich auf eine seit diesem Datum bestehende Altersteilzeit und das damit einhergehende reduzierte Jahreseinkommen. Dieser Zeitpunkt sei für die Berechnung seines zukünftigen Gesamteinkommens maßgeblich. Der Versicherer bot die Vertragsumstellung jedoch erst zum 01.01.2025 an. Hiermit war der Antragsteller nicht einverstanden und bat den Ombudsmann um Unterstützung. Dieser konnte sich nicht für einen unterjährigen Tarifwechsel aussprechen.

Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im Standardtarif sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif geregelt. So darf u.a. das jährliche Gesamteinkommen (§ 16 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV)) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V nicht übersteigen. Das Jahresarbeitsentgelt des Antragstellers lag 2024 aber noch über dieser Grenze. Denn maßgeblich war das Gesamteinkommen als Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Nach dem Einkommensteuergesetz ist die Einkommensteuer eine Jahressteuer und wird für das Kalenderjahr ermittelt. Eine prognostische Zugrundelegung des reduzierten Einkommens ab dem 01.08.2024 kam daher nicht in Betracht.

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 SA
www.europ-assistance.de



EUROPA Versicherung AG
www.europa.de



ERGO Krankenversicherung AG
www.ergodirekt.de



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



Gothaer Krankenversicherung AG
www.gothaer.de



HALLESCHER Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
www.hallesche.de



HanseMerkur
HanseMerkur Krankenversicherung AG
www.hansemerkur.de

HanseMerkur Speziale
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-AKTIENGESELLSCHAFT
Mecklenburgische
Krankenversicherungs-AG
www.mecklenburgische.de



Münchener Verein
Krankenversicherung a.G.
www.muenchener-verein.de



NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
www.nuernberger.de



ottonova Krankenversicherung AG
www.ottonova.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.stmartinusvvag.de



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
www.sdk.de



Union Krankenversicherung AG
www.ukv.de



uniVersa Krankenversicherung a.G.
www.universa.de



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



**Gemeinschaft privater
Versicherungsunternehmen**
www.gpv-pflege.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: 31.01.2025

Bildnachweis

Titel, S. 7, S. 13, S. 19, S. 27, S. 39: Andrey Yalansky/stock.adobe.com
S. 31: Valentyna/stock.adobe.com
S. 33: Cantarela/stock.adobe.com
S. 35: Eli Berr/stock.adobe.com
S. 37: Ingo Bartussek/stock.adobe.com

