

Tätigkeitsbericht

2025



OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht

2025

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

INHALT

Vorwort.....	5
I. Jahresbericht 2025	7
Zahlen	8
Themen	9
Verfahren	9
II. Statistik	11
Schlichtungsanträge	12
Themen	13
Ergebnisse im Schlichtungsverfahren.....	16
III. Der Ombudsmann und das Ombudsmannverfahren	17
Ombudsmann	18
Organisation und Verfahrensablauf	19
Der PKV-Ombudsmann – eine Zeitreise.....	22
IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit	25
Vertragsauslegung / Versicherungsbedingungen	26
Medizinische Notwendigkeit	28
Stationäre Leistungen	30
V. Verfahrensordnung	33
Statut	34
Teilnehmende Versicherungsunternehmen	38
 Impressum	40

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.



Im November 2024 übernahm ich das Amt des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Dieses hatte nach dem Tod meines Vorgängers, Herrn Staatssekretär a. D. Heinz Lanfermann, der frühere Bundesverfassungsrichter Dr. h.c. Wilhelm Schluckebier vertretungsweise wahrgenommen. Herrn Dr. Schluckebier danke ich sowohl für seinen hervorragenden Einsatz in der Schlichtungsstelle als auch für seine äußert wertvollen Hinweise im Vorfeld der Übernahme des Amtes des PKV-Ombudsmanns. Die mir zuarbeitende Geschäftsstelle ist mit einem sehr engagierten Team von mittlerweile mehr als 20 Beschäftigten, davon elf Juristinnen und Juristen bestens aufgestellt. Bei ständig steigender Anzahl neu eingehender Verfahren ist sie stark ausgelastet, so dass 2025 erstmals die Zahl von 9.000 Schlichtungsanträgen überschritten wurde. Trotzdem gelingt es der Schlichtungs-

stelle des PKV-Ombudsmanns, die Verfahren in angemessener Zeit zu bearbeiten und zum Abschluss zu bringen. Dafür danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr herzlich.

Wir leben in bewegten Zeiten. Global, auf europäischer Ebene wie auch in Deutschland ist vieles, was wir jahrzehntelang für selbstverständlich hielten, nicht mehr selbstverständlich. Das, was auf internationaler Ebene als regelbasierte und vernunftorientierte Ordnung zu den Grundgewissheiten zählte, gerät zunehmend ins Wanken. Die Gefahr, auf komplexe Probleme einfache Antworten geben und sie mit einem Federstrich lösen zu wollen, ist groß. Verunsicherung macht sich breit, im Großen wie im Kleinen. Die wirtschaftliche Lage Deutschlands ist derzeit nicht rosig. Die gesetzlichen Systeme sozialer Sicherheit ringen um Reformen. Und die insoweit vor allem über Medien nicht immer sachlich geführten Diskussionen über die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme gehen auch an der Privaten Krankenversicherung nicht völlig spurlos vorüber. Allerdings steht die PKV im Hinblick auf Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit sowie die künftige Finanzierung ihrer Leistungsversprechen auf soliden Füßen. Die Kostensteigerungen im gesamten Gesundheits- und Pflegebereich machen jedoch auch vor der PKV nicht Halt. Die Schlichtungsstelle des Ombudsmanns, der dies in Eingaben der Versicherten gespiegelt wird, setzt alles daran, der allgemeinen Verunsicherung entgegenzuwirken. Sie erklärt die Zusammenhänge und räumt bei den Versicherten viele Missverständnisse aus. Denn das Eingehen auf den Einzelfall, die Erklärung der je maßgeblichen Fakten und der Rechtslage in einer verständlichen Sprache sowie das Ausloten von Kompromissen sind die Voraussetzung für das in den Vertragsbeziehungen zwischen den Versicherten und ihren Versicherern nötige Vertrauen.

Mit diesem Bericht erhalten Sie wie gewohnt einen Überblick über Zahlen, ausgewählte Themen und Beispiele 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 2026,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Schlegel".

Prof. Dr. Rainer Schlegel
PKV-Ombudsman

I. Jahresbericht 2025



Abrechnungsfragen
Gebührenordnungen
für Ärzte und Zahnärzte
Medizinische
Notwendigkeit

ZAHLEN

Im Jahr 2025 ist die Anzahl der bei der Schlichtungsstelle eingegangenen Anträge gegenüber dem Vorjahr deutlich angestiegen. So erreichten den Ombudsmann insgesamt 9.755 Anträge – 2.864 mehr als im Jahr 2024.

Für einen Teil sind die seit 2024 anhaltenden Auswirkungen eines Dienstleisterwechsels bei einem Unternehmen der Pflegepflichtversicherung maßgeblich, da in diesem Zusammenhang rund 800 Schlichtungsanträge beim Ombudsmann eingingen.

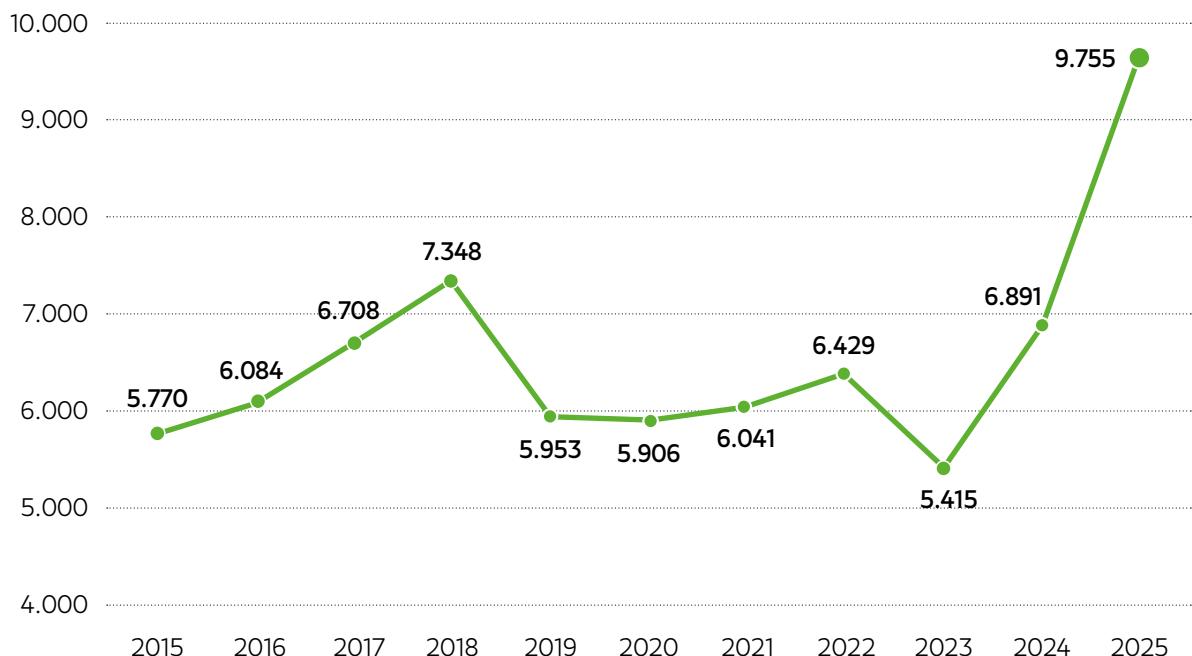
Im Übrigen konnten keine auffälligen Einzelereignisse oder spezifische Ursachen für die o. g. Entwicklung festgestellt werden. Über die Gründe des Anstiegs kann nur gemutmaßt werden. Eine Rolle vermag die vermehrte Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) spielen. Es zeigte sich, dass bei einer entsprechenden Fragestellung zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung Hinweise zur und auf die Schlichtungsstelle erfolgen. Weiterhin liegt es nahe, dass durch

insgesamt finanziell eingeschränkte Spielräume bei allen Beteiligten ein höheres Konfliktpotential gefördert wird und die Versicherten insbesondere vermehrt den Weg zu der für sie kostenfreien Schlichtung gesucht haben.

Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Fälle, in denen ein Schlichtungsverfahren zur Vermittlung bei Meinungsverschiedenheiten angestrebt wurde, bei gerade einmal rund 0,02 % der über 40 Millionen bestehenden Verträge in der Krankheitskostenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung liegt. Wie in den Vorjahren spricht dies für eine weiterhin hohe Kundenzufriedenheit der Versicherten mit ihrer privaten Krankenversicherung und insbesondere auch für ein lösungsorientiertes Beschwerdemanagement der einzelnen Unternehmen.

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

Antragseingänge in den Jahren 2015 bis 2025



THEMEN

Wie in den Vorjahren wandten sich die Antragsteller auch im Berichtsjahr 2025 vorrangig mit der Bitte um Unterstützung bei der Erstattung von Rechnungen an den Ombudsmann. Grund der ausgebliebenen Kostenübernahme waren dabei regelmäßig Fragen bezüglich der medizinischen Notwendigkeit von Art und Umfang der Heilbehandlungen. Ebenso kam es häufig zu Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der korrekten Abrechnung (zahn-)ärztlicher Behandlungen, konkret dem ordnungsgemäßen Ansatz der

Leistungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ/GOZ).

Der Ombudsmann führte anhand der ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung eine eingehende Prüfung durch. Für den Fall, dass keine Schlichtung möglich war, erläuterte der Ombudsmann den Antragstellern die Rechtslage und seine Einschätzung.

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.

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.

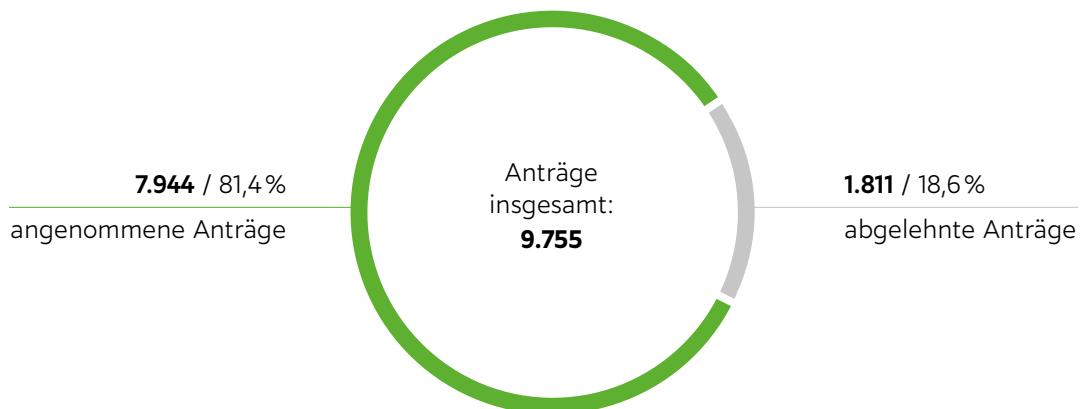
II. Statistik



Schlichtungsanträge
Themen
Einigungsquote

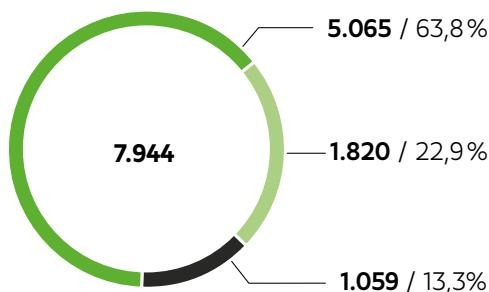
SCHLICHTUNGSANTRÄGE

Anzahl der eingegangenen Anträge 2025



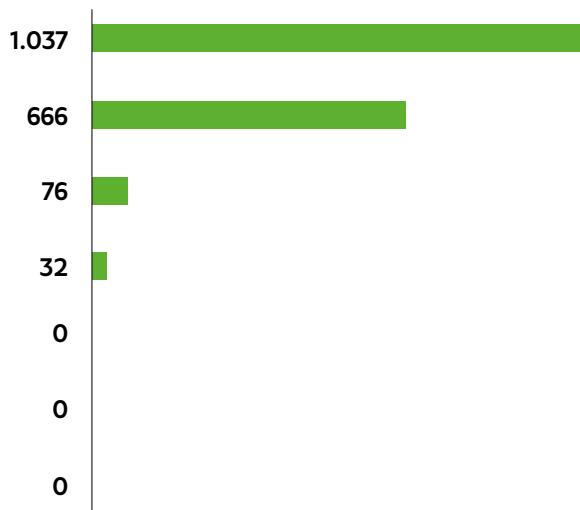
Verteilung der angenommenen Anträge nach der Art des Versicherungsvertrages

- Krankheitskostenvollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegepflichtversicherung



Verteilung der abgelehnten Anträge (insgesamt 1.811) nach Ablehnungsgrund

- die Streitigkeit fällt nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns
- der streitige Anspruch ist nicht zuvor gegenüber dem Antragsgegner geltend gemacht worden
- der Streitwert unterschreitet eine bestimmte Höhe
- der Gegenstand der Streitigkeit ist/wurde bereits gerichtlich geltend gemacht
- der Anspruch ist verjährt
- die Angelegenheit war/ist bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle
- die Streitigkeit ist bereits beigelegt

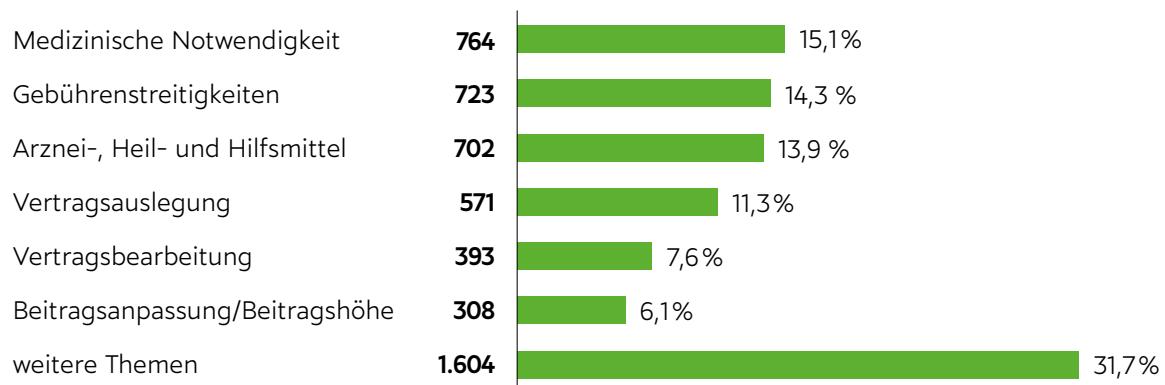


THEMEN

Krankheitskostenvollversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **5.065** (63,8%)



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 (764):



Auch **Gebührenstreitigkeiten** waren für die Versicherten ein wichtiges Thema (723):



Ähnlich häufig ging es Versicherten um die Erstattung von **Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln** (702).

Die **Vertragsauslegung** einzelner Versicherungsbedingungen wurde hingegen etwas seltener bei der Schlichtungsstelle vorgetragen, war gleichwohl ein regelmäßiges Anliegen der Versicherten (571).

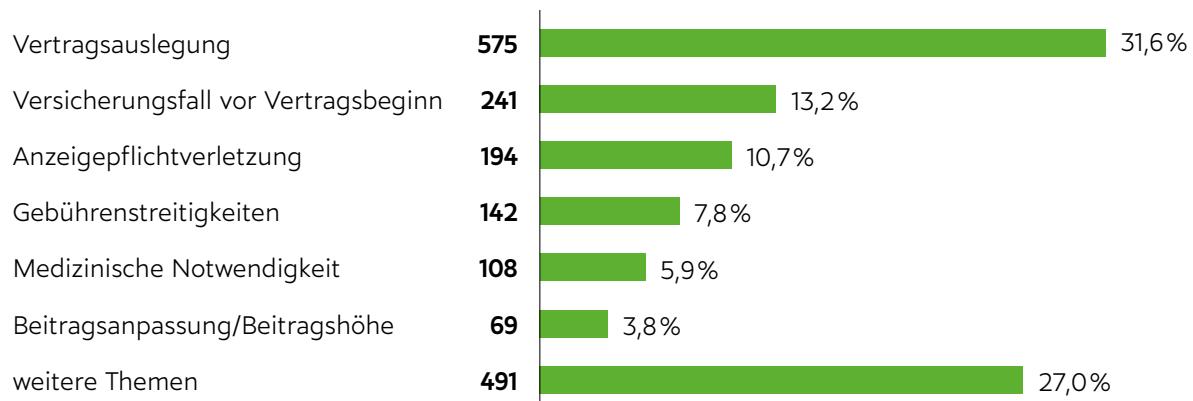


Anträge im Zusammenhang mit **Beitragsanpassungen** sind zum Vorjahr gestiegen und gehören zu den sechs Themen, zu denen sich die Versicherten am häufigsten an den Ombudsmann wenden.

Zusatzversicherungen

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **1.820** (22,9%)



Zu den Zusatzversicherungen gehören unter anderem: Krankentagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Pflegezusatzversicherung, Auslandsreisekrankenversicherung und Zahnzusatzversicherung.

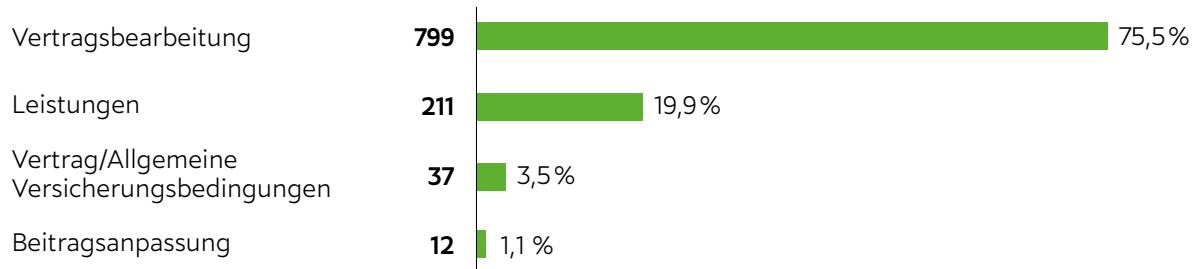
Die im Bereich der Zusatzversicherungen an den Ombudsmann gerichteten Schlichtungsanträge betrafen hauptsächlich die **Auslegung der Vertragsbedingungen**. Da die Leistungen der Versicherer in diesem Bereich häufig im Zusammenhang mit Vorleistungen anderer Kostenträger stehen, sind die einzelnen Versicherungsbedingungen 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: **1.059** (13,3%)

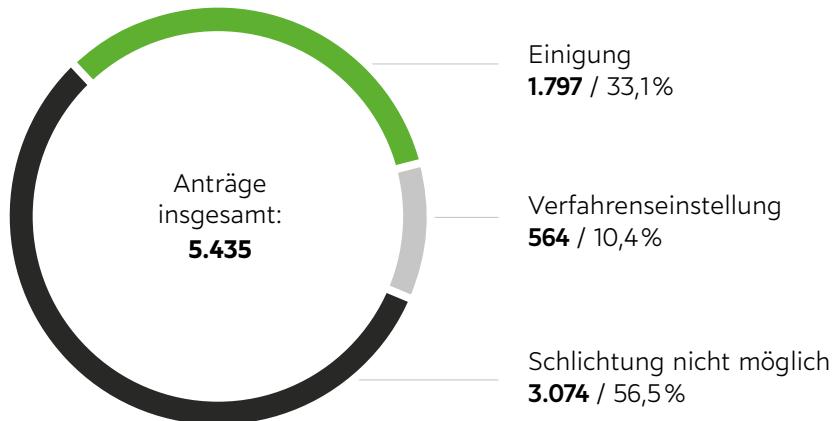


Im Vergleich zur Krankenvollversicherung erreichte den Ombudsmann eine weitaus geringere Anzahl an Schlichtungsanträgen betreffend die Pflegepflichtversicherung. Insgesamt stieg die Zahl der insoweit eingegangenen Anträge mit Blick auf das Vorjahr jedoch von 523 auf 1.059.

Am häufigsten ging es um Fragen aufgrund von Vertragsbearbeitung, bspw. eine verzögerte Bearbeitung von Leistungsanträgen. Auslöser hierfür war ein Wechsel des Dienstleisters bei einem Unternehmen. Hier kam es leider zu Anlaufschwierigkeiten, da es zu Problemen bei der Übertragung des Versichertenbestandes und der entsprechenden Daten gegeben hatte. Im Laufe des Berichtsjahres zeichnete sich bereits eine Besserung der Arbeitsabläufe ab. Darüber hinaus 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.

ERGEBNISSE IM SCHLICHTUNGSVERFAHREN

Anzahl der 2025 abschließend bearbeiteten Anträge



Im Jahr 2025 konnten insgesamt 5.435 Schlichtungsverfahren abgeschlossen werden. Hiervon umfasst sind Verfahren, die in den Jahren 2024 und 2025 eingeleitet wurden.

Verfahrensdauer: Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug im aktuellen Berichtsjahr rund 65 Tage, nachdem die Verfahrenakte vollständig war. Damit gelang eine Bearbeitung deutlich unter der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungsfrist von 90 Tagen.

Einigung:

In 1.797 Fällen und damit in rund jedem dritten Verfahren konnte eine Einigung erzielt werden.

Schlichtung nicht möglich:

In 3.074 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 235 Schlichtungsverfahren der Fall.

Verfahrenseinstellung:

Im Übrigen wurden 564 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 Ombudsmanstellen eingerichtet, die als Alternative zu zeitraubenden und kostenintensiven Gerichtsverfahren eine effektive, schnelle und unbürokratische Erledigung von Streitfällen durch eine unabhängige Stelle anbieten. Die Versicherungsbüros, 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.

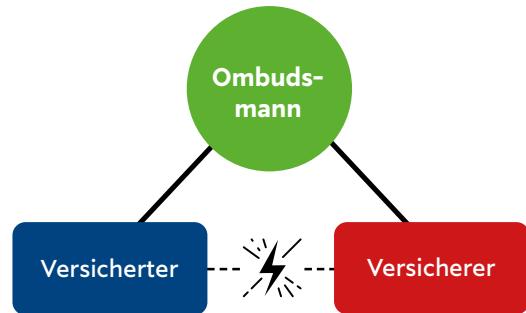
Stellvertretender Ombudsmann ist Dr. h.c. Wilhelm Schluckebier.

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 elf Volljuristen, sieben Sachbearbeitern und fünf Studenten unterstützt.

Verfahrensgarantien

1. Unparteilichkeit

Die Ausübung der Ombudsmanntätigkeit 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

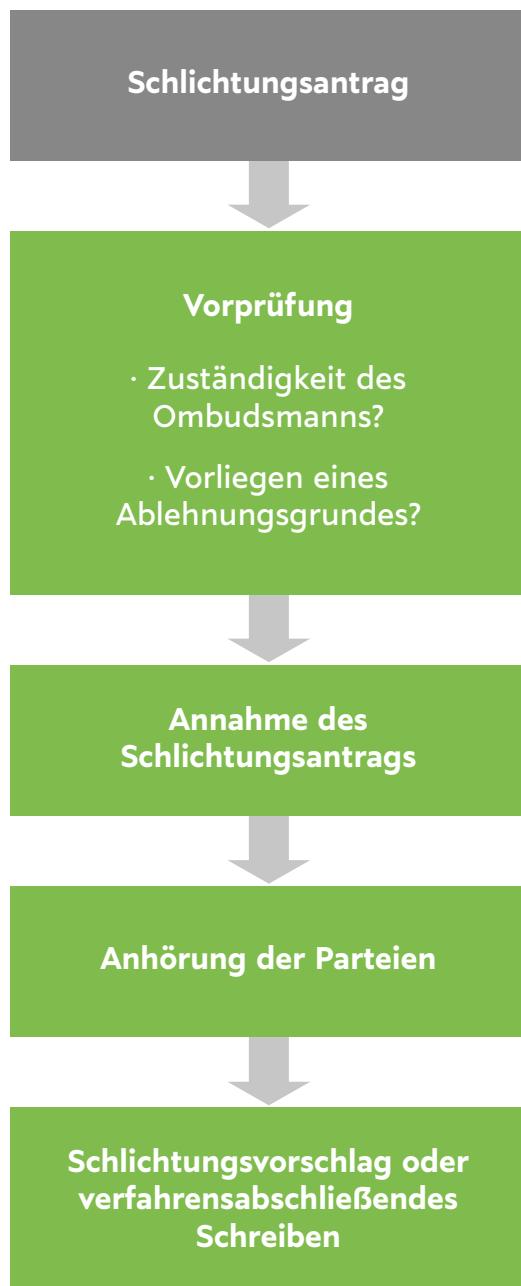
Die Verjährung eines Anspruchs wird im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gehemmt. Es gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

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 beigefügt 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 31 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 nahezu 25 Jahren. Zum Zeitpunkt ihrer Errichtung bestanden Zweifel, ob eine derartige Institution angesichts der bereits bestehenden Beschwerdemöglichkeiten inner- und außerhalb der Versicherungsunternehmen überhaupt nötig sei. Jedoch war es dem Gesetzgeber bereits im Jahr 1999 ein Anliegen – zunächst beschränkt auf den Finanzdienstleistungssektor – ein niedrigschwelliges, effektives und neutrales Angebot für die Verbraucher zu schaffen. Auch in der Versicherungsbranche wurde offenbar ein Bedarf gesehen, um die vorhandenen Anlaufstellen für die Versicherten sinnvoll zu ergänzen. 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. 6.500 Anträgen mehr als verdoppelt, was im Verhältnis zur Zahl der Versicherten aber weiterhin ein geringes Niveau darstellt.

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 23 Mitarbeitern, davon elf Juristinnen und Juristen, sieben Sachbearbeiterinnen, sowie fünf studentischen Mitarbeitern, 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 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 (VSBG) zum 01.08.2016 und der Anerkennung des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegversicherung 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.

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

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

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.

„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, mittlerweile jedoch wieder aufgenommen wurden und auf großen Zuspruch stoßen.

„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 mehr als 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



Diagnostik
Leistungserbringer
Laborkosten

THEMENSCHWERPUNKTE

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: Brustwarzenrekonstruktion

Einer Antragstellerin wurden aufgrund einer Brustkrebskrankung die Brustdrüsen entfernt und infolgedessen die Rekonstruktion der Brustwarze ärztlich angeraten. Da eine plastische Rekonstruktion nicht möglich war, wurde die Antragstellerin von den behandelnden Ärzten an ein Tattoo-Studio verwiesen, das sich auf derartige Nachbildungen, sog. Mikropigmentationen, spezialisiert hatte.

Der Versicherer lehnte eine volle Kosten-erstattung der Rechnung des Tattoo-Studios jedoch unter Verweis auf die vertraglich verein-barten Regelungen ab, wonach ausschließlich Ärzte und Heilpraktiker als Leistungserbringer aufgeführt sind, beteiligte sich an den Kosten der Behandlung jedoch entgegenkommend in Höhe der Aufwendungen, die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für eine Brustwarzenrekonstruktion vorgesehen sind. Dabei handelte es sich aber nur um einen Bruchteil der für die Tätowierung tatsächlich entstandenen Kosten. Die Antragstellerin wandte sich daher an den Ombudsmann mit dem Ziel, eine vollständige Kostenerstattung zu erreichen.

Gemäß § 4 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen,

dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

Diese Regelung dient der Sicherung der Behandlungsqualität, da Ärzte und Heilpraktiker berufsrechtlich verpflichtet sind, Vorrangsgesetze für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu treffen. Sie schränkt nicht den Versicherungsschutz ein, sondern übernimmt eine Schutzfunktion im Interesse der Versicherten.

Tätowierer gehören nicht zu den vom vereinbarten Versicherungsschutz umfassten Leistungs-erbringern. Allein aus diesem Grund besteht keine Leistungspflicht des Versicherers. Darüber hinaus fehlt es an der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung. Der Ombudsmann konnte die Vorgehensweise des Versicherers aus rechtlicher Sicht daher nicht beanstanden, auch wenn die fehlende Pigmentierung der Brustwarze unter kosmetischen Gesichtspunkten als problematisch anzusehen war.

Der Ombudsmann wandte sich im Rahmen des Schlichtungsverfahrens daher nochmals an den Versicherer und bat um Prüfung einer weiteren Kulanzzahlung – dies vor dem Hintergrund, dass es sich um ein Tattoo-Studio handelte, welches sich auf Brustwarzenrekonstruktionen spezialisiert hatte und damit über eine besondere Erfahrung auf diesem Gebiet verfügte. Der Versicherer erhöhte schließlich seine Leistungen entgegenkommend um einen weiteren Betrag.

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: Spezielle Diagnostik bei Prostatakarzinom-PSMA-PET/CT

Bei dem Antragsteller wurde ein Prostatakarzinom diagnostiziert. Der behandelnde Urologe empfahl zur weiteren Abklärung eine PSMA-PET/CT. Die Kosten für diese Untersuchung in Höhe von ca. 3.400 € übernahm der Versicherer mangels medizinischer Notwendigkeit nicht. Daraufhin wandte sich der Antragsteller an den Ombudsmann. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens konnte eine Einigung dahingehend erzielt werden, dass der Versicherer 30 % der Behandlungskosten entgegenkommend erstattete.

Die PSMA-PET/CT ist eine kombinierte nuklear-medizinische und radiologische Untersuchung zur Bildgebung von Prostatakarzinomen und deren Metastasen.

Das Kürzel PSMA steht dabei für prostataspezifisches Membranantigen. Hierbei handelt es sich um ein Eiweiß, das der Körper selbst herstellen kann und das in geringen Mengen auch auf der Oberfläche von gesunden Prostatazellen vorkommt. Deutlich mehr PSMA – nämlich etwa die 100- bis 1000-fache Menge – lässt sich auf Prostatakrebszellen und Metastasen nachweisen.

Mithilfe der Positronenemissionstomografie, abgekürzt PET, gelingt es, Regionen im Körper sichtbar zu machen, deren Stoffwechsel besonders aktiv ist. Dies ist bei Krebszellen der Fall, da diese viel Energie zum Teilen und Vermehren benötigen.

Die PSMA-PET/CT ist somit eine sehr genaue Diagnosemethode, mit der beispielsweise bereits kleine Streuherde in Lymphknoten oder Knochen dargestellt werden können, die mit den klassischen bildgebenden Verfahren wie MRT oder CT noch nicht erkannt werden können. Insoweit ergänzt die PSMA-PET/CT die herkömmlichen bildgebenden Verfahren.

Die Frage ist, in welchen Fällen diese spezielle diagnostische Untersuchung medizinisch notwendig ist und somit die Kosten vom Versicherer zu erstatten sind. Der Versicherer hatte hierfür einen medizinischen Beratungsdienst hinzugezogen, um eine Prüfung des konkret vorliegenden Sachverhalts vorzunehmen. Sowohl

der Versicherer als auch der medizinische Berater verwiesen auf die S3-Leitlinie Prostatakarzinom, in der differenziert aufgeführt wird, welche Diagnostik in welchem Stadium nachgewiesen wirksam ist und damit empfohlen wird.

Danach ist die PSMA-PET/CT-Untersuchung insbesondere bei einem Hochrisiko-Prostatakarzinom indiziert, da bei diesem die Wahrscheinlichkeit von Metastasen erhöht ist. Das Risikoprofil der durchgeföhrten Erstdiagnose ergab jedoch, dass bei dem Antragsteller kein hohes Risikoprofil vorlag und somit eine weitere Diagnostik mittels PSMA-PET/CT nicht medizinisch notwendig war. Im Verfahren ließ sich nicht klären, ob der behandelnde Arzt seinen Patienten vor Behandlungsbeginn darauf aufmerksam gemacht hatte, dass die Kosten der Behandlung möglicherweise nicht vom Versicherer übernommen werden.

Vor diesem Hintergrund begrüßte der Ombudsmann die Entscheidung des Versicherers, in diesem Fall eine gütliche Einigung herbeiführen zu wollen und 30 % der angefallenen Kosten zu erstatten.

Stationäre Leistungen

„Nach meinem Tarif ist die stationäre Krankenhausbehandlung versichert. Ich verstehe nicht, warum der Versicherer die Rechnung des Krankenhausarztes nicht erstattet.“

Fragen zur Kostenübernahme für Leistungen im Rahmen einer stationären Heilbehandlung beschäftigen den Ombudsmann regelmäßig. Dabei geht es sowohl darum, welche Leistungen vom Versicherungsschutz umfasst sind, als auch um die Höhe der Erstattungsleistungen.

Denn der konkrete Umfang des Versicherungsschutzes für die stationäre Heilbehandlung kann variieren und ergibt sich aus den für den jeweiligen Versicherungsvertrag maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Häufig orientieren sich die tariflichen Regelungen dabei an den gesetzlichen Vorgaben für die Vergütung öffentlicher Krankenhäuser nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Hierbei wird grundsätzlich zwischen den allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen unterschieden.

Die allgemeinen Krankenhausleistungen umfassen nach § 2 Absatz 2 KHEntgG bzw. § 2 Absatz 2 BPfIV diejenigen Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind.

Die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt dabei über diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups) entsprechend dem DRG-Fallpauschalensystem.

Ergänzend besteht die Möglichkeit, mit dem Krankenhaus die Inanspruchnahme von **Wahlleistungen** zu vereinbaren, vgl. § 17 KHEntgG. Wahlleistungen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Diese können die Behandlung durch einen Wahlarzt (z. B. Chefarzt) oder eine bessere Unterbringung (z. B. Ein-Bett-Zimmer) umfassen. Die ärztlichen Leistungen werden nach GOÄ abgerechnet. Die Erbringung von Wahlleistungen muss vorab und schriftlich zwischen Krankenhaus und Patient vereinbart werden, damit diese zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen in Rechnung gestellt werden dürfen. Eine Erstattungsfähigkeit für Wahlleistungen muss im Krankenversicherungsvertrag ausdrücklich geregelt worden sein.

Insbesondere bei der Inanspruchnahme von **Privatkliniken** kann es zu Abweichungen zwischen den vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Kosten und den vom Versicherungsschutz umfassten Kosten kommen, da Privatkliniken im Gegensatz zu öffentlichen Krankenhäusern nicht an die gesetzlichen Vorgaben nach KHEntgG bzw. BPfIV gebunden sind.

Der Ombudsmann prüft, in welchem Umfang der Versicherungsschutz im Versicherungsvertrag vereinbart ist sowie ob die jeweils geltend gemachten Leistungen hiervon umfasst und korrekt abgerechnet sind.



Beispiel: Laborkosten im Krankenhaus

Der Antragsteller wurde zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen. Das Krankenhaus veranlasste im Rahmen der Behandlung eine Blutuntersuchung und leitete das entnommene Blut zur Auswertung an ein externes Labor weiter. Das Labor rechnete die Kosten für die Blutuntersuchung direkt gegenüber dem Versicherten ab. Die Kosten für die stationäre Behandlung wurden seitens des Krankenhauses in Rechnung gestellt. Beide Rechnungen reichte der Antragsteller bei seiner privaten Krankenversicherung zur Erstattung ein. Der Versicherer erkannte eine Leistungspflicht ausschließlich für die Kosten der stationären Behandlung an und lehnte eine Erstattung der Laborleistungen ab. Damit war der Versicherte nicht einverstanden und wandte sich hilfesuchend an den Ombudsmann.

Die Entscheidung des Versicherers war in rechtlicher Hinsicht nicht zu beanstanden.

Nach den dem privaten Krankenversicherungsvertrag zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen hat der Versicherte Anspruch auf die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen.

§ 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntG: Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind.

Hierzu gehören auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, wie etwa Laboruntersuchungen. Denn das Krankenhaus trifft insofern eine Gesamtbehandlungsverantwortung. Es ist verpflichtet, die Patienten mit allen während der stationären Behandlung notwendigen Behandlungen zu versorgen. Die Leistung des hinzugezogenen externen Labors stellt sich daher als Leistung des Krankenhauses gegenüber dem Patienten dar. Das Krankenhaus darf insofern die im Zusammenhang mit der stationären Behandlung stehenden notwendigen Leistungen Dritter weder selbst zusätzlich in Rechnung stellen noch dem Patienten durch das externe Labor direkt in Rechnung stellen lassen.

Im Ergebnis hatte der Versicherer eine Erstattung der Kosten für die Laborleistungen daher zu Recht abgelehnt. Dennoch hatte der Ombudsmann den Versicherer auf die besondere Situation des Antragstellers hingewiesen. Dieser wurde

als Notfall in die Klinik eingeliefert und dürfte daher kaum in der Lage gewesen sein, die oben beschriebene Rechtslage zu durchschauen. Dies auch im Hinblick auf das fortgeschrittene Alter des Versicherten. Der Ombudsmann hatte daher angeregt, dass der Versicherer die Laborkosten auf freiwilliger Basis erstattet, sofern der Antragsteller eine entsprechende Abtretungserklärung unterzeichnet. Der Versicherer ist im Rahmen des

Ombudsmannverfahrens sogar darüber hinausgegangen und hat sich mit einer freiwilligen Zahlung ohne Erteilung einer Abtretungserklärung einverstanden erklärt. Eine Leistungspflicht des Versicherers bestand jedoch zu keiner Zeit. Vielmehr wäre das Krankenhaus in der Verantwortung gewesen, mit dem Labor Kontakt aufzunehmen und dieses um eine Stornierung der Rechnung gegenüber dem Patienten zu bitten.

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

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

§ 5 Ablehnungsgründe und Verfahrenseinstellung

(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 Verbrauchervertragsrechtsgesetz (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 Vorschages 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 Unterlassungsklagen-gesetz Gelegenheit, zu dieser Änderung Stellung zu nehmen.

TEILNEHMENDE VERSICHERUNGSSUNTERNEHMEN



Allianz Private Krankenversicherungs-AG
www.allianz.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



VERSICHERUNG AG
 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 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 PUR.
 EUROPA Versicherung AG
www.europa.de



ERGO Krankenversicherung AG
www.ergo.de



Generali Deutschland
 Krankenversicherung AG
www.generali.de



Gothaer Krankenversicherung AG
www.gothaer.de



HALLESCHE Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
www.hallesche.de



HanseMerkur

HanseMerkur Krankenversicherung AG
www.hansemekur.de

HanseMerkur Speziale
Krankenversicherung AG
www.hansemekur.de



HUK-COBURG
Aus Tradition günstig
HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
www.huk.de



IDEAL Versicherung
IDEAL Versicherung AG
www.ideal-versicherung.de



INTER Krankenversicherung AG
www.inter.de



janitos
Janitos Versicherung AG
www.janitos.de



LKH
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
ottonova Krankenversicherung AG
www.ottonova.de



VGH
Provinzial Krankenversicherung
Hannover AG
www.vgh.de



R+V Krankenversicherung AG
www.ruv.de



SIGNAL IDUNA 
Versicherungen und Finanzen
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.
www.signal-iduna.de



SONO Krankenversicherung a.G.
www.sonoag.de



SDK
Einfach für Ihr Leben da.
Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
www.sdk.de



UKV
Union Krankenversicherung AG
www.ukv.de



uniVersa Krankenversicherung a.G.
www.universa.de



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



vigo KRANKENVERSICHERUNG VVaG
vigo Krankenversicherung VVaG
www.vigo-krankenversicherung.de



WGV Versicherungen
WGV-Versicherung AG
www.wgv.de



Ihr Fels in der Brandung.

württembergische
Krankenversicherung AG
www.wuerttembergische.de



WÜRZBURGER | DIE VERSICHERUNG
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: 0800 2 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: 31.01.2026

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

