

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht 2018

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht **2018**

Inhalt

Vorwort	2
I. Statistik	7
1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens	8
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung	14
II. Ausgewählte Beschwerdethemen	19
1. Medizinische Notwendigkeit	20
2. Gebührenrechtliche Streitigkeiten	23
3. Beitragsanpassungen	25
III. Beispielfälle	29
1. Baby ohne Versicherungsschutz	30
2. Nicht gleich volles Risiko	31
3. Leistungen aus der Pflegeversicherung für eine Modernisierung des Badezimmers	32
4. Krankentagegeld und „Hamburger Modell“	34
5. Missverständnis beim Tarifwechsel	35
IV. Sonstiges	39
1. Fachlicher Austausch	40
2. Hinweise auf strukturelle Hindernisse	40
3. Online-Streitbeilegung	40
V. Anhang	43
1. Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung	44
2. Mitgliedsunternehmen	52
3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten	59
4. Kontaktdaten	60

Vorwort

Dieser Tätigkeitsbericht des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung umfasst den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2018.



Er gibt Auskunft über die Zahlen, z. B. konkret über die Anzahl der eingegangenen Anträge, untergliedert nach den Sparten und Themenbereichen. Über die statistischen Daten hinaus enthält er zudem einen Überblick über jene Themen, die für die Versicherten am häufigsten Anlass gaben, sich an den Ombudsman als Schlichtungsstelle zu wenden. Einen kleinen und hoffentlich etwas unterhaltsamen Einblick in unsere Arbeit möchte ich durch die Darstellung einiger Beispielfälle geben.

Die Arbeit der Schlichtungsstelle wird, beginnend mit der Erfassung und Aufarbeitung des Beschwerdegrundes, insbesondere der betroffenen rechtlichen Fragen, vor allem durch die Referentinnen und Referenten geleistet, die als spezialisierte Volljuristen die Schlichtungsmöglichkeiten ausloten und dabei möglichst die einzelne Beschwerde vom Eingang bis zum Abschluss betreuen. Gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen des Sekretariats, die den ständigen Aktenfluss organisieren und im Lauf halten, sorgen sie als Team für das gute Funktionieren unserer Schlichtungsstelle. Dafür möchte ich mich bei allen ganz herzlich bedanken!

Im Berichtsjahr 2018 gab es im Vergleich zu den Vorjahren einen Anstieg von Schlichtungsanträgen und Anfragen. Nach 6.084 (2016) und 6.708 (2017) wurden nunmehr insgesamt 7.348 Eingänge verzeichnet. Zur Einordnung dieses Anstiegs muss berücksichtigt werden, dass allein in den letzten 10 Tagen des Jahres 1.177 Anträge, die sich auf die Frage der Berechtigung von Beitragsanpassungen beziehen, eingegangen sind. Näheres zu diesem Thema ist bei Ziff. II 3. im Text ausgeführt.

Insgesamt kann wie in den Vorjahren festgestellt werden, dass eine Beschwerdequote von weit unter 0,02 % – bezogen auf die Zahl von insgesamt mehr als 40 Millionen Verträgen in der Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung – äußerst gering ist. Auf die vielfache Zahl der Abrechnungs- und Erstattungsverfahren

berechnet ist die Quote noch wesentlich geringer. Es besteht nach wie vor eine sehr hohe Zufriedenheit der Kunden mit ihrer privaten Krankenversicherung und auch mit dem Beschwerdemanagement der Unternehmen. Und wie in den vergangenen Jahren kann ich wieder über eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Versicherungsunternehmen berichten.

Die Schlichtungsstelle ist nach unseren Eindrücken auch bekannter geworden. Das liegt wohl zum einen an den erweiterten Informationspflichten aufgrund einer Neuregelung im Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) und zum anderen an den vermehrten Hinweisen in den Medien auf unsere sowie weitere Schlichtungs- bzw. Ombudsstellen.

Für viele Versicherte ist es offensichtlich ein Bedürfnis, sich bei einer Streitigkeit mit ihrem Versicherungsunternehmen vergewissern zu wollen, ob alles „mit rechten Dingen“ zugeht. Ohne großen eigenen Aufwand und kostenlos können sie hierzu das Schlichtungsverfahren in Gang setzen.

Bisweilen wird die Aufgabe des Ombudsmanns allerdings auch missverstanden. Wenn Versicherte ihn als „Betreuer“ oder „Dienstleister“ in Versicherungsfragen in Anspruch nehmen möchten, müssen wir sie enttäuschen, weil dies nicht die Aufgabe einer Schlichtungsstelle ist. Es geht eben ausschließlich um die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen den Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen bzw. Versicherungsvermittlern.

Leider ist es im vergangenen Jahr auch zu längeren Bearbeitungszeiten gekommen als es nach den Vorgaben des Statuts der Schlichtungsstelle vorgesehen ist. Zwar gibt es keine Fristberechnung ab Eingang der Beschwerde und keine Vorgabe für die Gesamtdauer eines Schlichtungsverfahrens. Es soll aber ab der Feststellung, dass die Beschwerdeakte vollständig ist, der Abschluss des Verfahrens binnen 90 Tage erfolgen. Dies war leider in zu vielen Fällen nicht einhaltbar. Obwohl kurz vor dem Berichtszeitraum eine Personalaufstockung erfolgt war, gingen aufgrund von mehreren unvorhersehbaren bzw. nicht planbaren Umständen oder zeitlichen Verzögerungen bei Neubesetzungen von Stellen die real vorhandenen Personalressourcen so weit zurück, dass eine zeitnahe Bearbeitung aller Fälle nicht mehr möglich war.

Die Reduzierung der Bearbeitungszeiten konnte bereits in Angriff genommen werden. Es gilt allerdings auch zu bedenken: Zu Recht erwartet jeder Versicherte für seinen Fall eine zügige Bearbeitung, um Klarheit über die Rechtslage und bestenfalls ein positives Ergebnis zu erhalten. Allerdings darf dies nicht dazu führen, dass ein möglichst schnelles Verfahren zu Lasten der Qualität geht. Jeder Antrag wird weiterhin gründlich und gewissenhaft geprüft und bearbeitet.

Auch wenn in den vergangenen Jahresberichten schon wiederholt erwähnt, sei hier nochmals auf das Ärgernis der Vielzahl von Gebührenstreitigkeiten hingewiesen, die an den Ombudsmann herangetragen werden. Das Verhältnis zwischen dem Versicherten und seiner Versicherung wird belastet, weil Leistungserbringer (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Heilpraktiker, Physiotherapeut usw.) Forderungen für berechtigt halten, die der Versicherer als unbegründet oder überzogen ablehnt. Der Versicherte befindet sich nach wie vor zwischen den Fronten. Daher auch in diesem Jahr wieder einmal der dringende Appell an alle Beteiligten, die Renovierung der überalterten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu einem Abschluss zu bringen. Ärzte, Patienten, Versicherungen, Gerichte und nicht zuletzt der Ombudsmann und seine Mitarbeiter/-innen werden es Ihnen danken!

Berlin, im Januar 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Heinz Lanfermann', with a long, sweeping horizontal stroke at the end.

Heinz Lanfermann
Ombudsmann



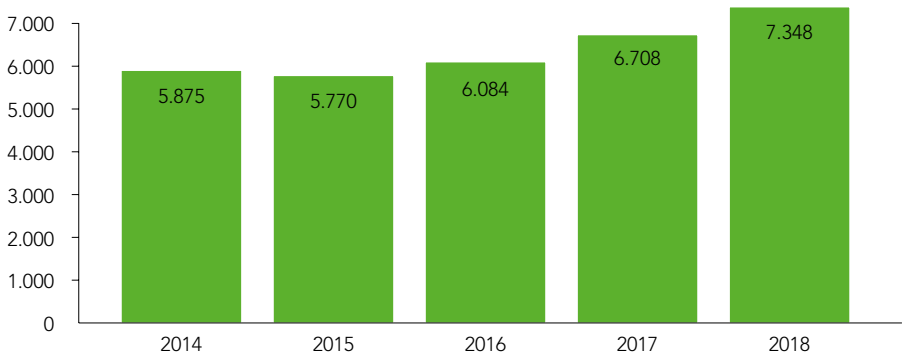
- I. Statistik**
- II. Ausgewählte Beschwerdethemen
- III. Beispielfälle
- IV. Sonstiges
- V. Anhang

Statistik

1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

Im Berichtszeitraum 2018 ist die Zahl der Schlichtungsanträge erneut gestiegen.

Beschwerdeaufkommen in den letzten fünf Jahren



Unter Berücksichtigung der knapp über 43 Millionen bestehenden Verträge¹ in der Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung, für die der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist, errechnet sich eine Beschwerdequote von rund 0,015 %. Hochgerechnet auf die einzelnen Leistungsfälle pro versicherter Person wird diese Zahl noch weitaus kleiner. Weiter ist zu berücksichtigen, dass sich einige Beschwerden gar nicht auf die Private Krankenversicherung bezogen und bereits aus diesem Grund unzulässig waren.

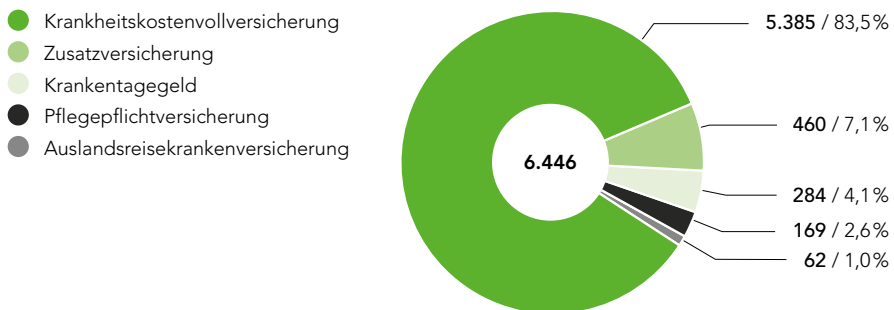
Die geringe Beschwerdequote macht deutlich, dass die Versicherten offenbar größtenteils mit ihrer Krankenversicherung zufrieden sind.

¹ Stand: 30.04.2018

Die Zahl der von der Schlichtungsstelle zu bearbeitenden Schlichtungsanträge hat sich aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des VSBG deutlich erhöht. Ein Vergleich mit den Vorjahren zeigt, dass sich der Anteil der unzulässigen Anträge nahezu halbiert hat. Dies hat sich bereits im Jahr 2016 abgezeichnet, nachdem das Schlichtungsverfahren zum 01.08.2016 umgestellt wurde. Vorher sah das Schlichtungsverfahren vor, dass sich der Antragsteller zumindest einmal beim Unternehmen selbst beschwert haben musste, um sich an den Ombudsmann zu wenden. Das war durchaus sinnvoll, denn hierdurch hatten die Versicherer die Gelegenheit, die ursprüngliche Entscheidung noch einmal zu überprüfen. Nach den neuen Zulässigkeitsvoraussetzungen reicht es aus, wenn der Versicherte seinen Anspruch gegenüber dem Unternehmen einmal geltend gemacht hat. Auch der Umstand, dass nunmehr parallel eine Anfrage bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht in Frage kommt, erhöht die Zahl der zu bearbeitenden Fälle. Zuvor war die gleichzeitige Befassung durch die Versicherungsaufsicht ebenfalls ein Ablehnungsgrund.

Zur Bearbeitung angenommene Anträge

Die zur Bearbeitung angenommenen Anträge verteilen sich auf die jeweiligen Versicherungsverträge wie folgt:



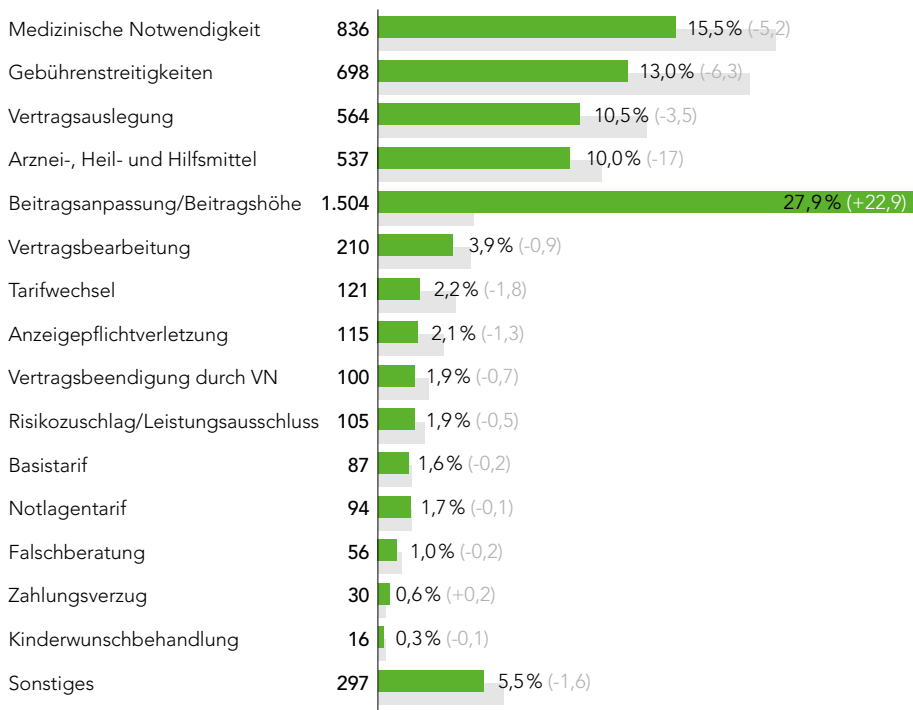
Krankheitskostenvollversicherung

Verteilung des
Beschwerde-
aufkommens

Die Verteilung der Beschwerden auf die einzelnen Themengebiete entspricht nahezu der der letzten Jahre, mit Ausnahme der Beitragsanpassungen.

Verteilung der Beschwerdethemen 2018 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in der Krankheitskostenvollversicherung: **5.385** (83,5%)



Beitrags-
anpassungen

Eine Besonderheit des Berichtszeitraums 2018 stellt die außergewöhnlich hohe Zahl von Beschwerden gegen Beitragsanpassungen dar. Hier wirkte sich deutlich bemerkbar aus, dass in diesem Zusammenhang verschiedene öffentlichkeitswirksam begleitete Rechtsstreitigkeiten bis zum Bundesgerichtshof (BGH) geführt wurden.

Medizinische
Notwendigkeit

Unverändert haben sich die Versicherten im Jahr 2018 sehr häufig mit Fragen hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit einzelner

Behandlungsmaßnahmen an den Ombudsmann gewandt. Darunter fallen alle Beschwerden, die sich auf die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungen und Krankenhausaufenthalten beziehen. Hierunter zählen im Ergebnis aber auch die Beschwerden im Zusammenhang mit Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln. Versicherungsschutz besteht nach den Versicherungsbedingungen, wenn die Maßnahmen „medizinisch notwendig“ und im vereinbarten Versicherungsumfang enthalten sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im Einzelfall klären, und der Ombudsmann ist – da es sich um eine medizinische Frage handelt – auf eine summarische Prüfung beschränkt. In den letzten Jahren ist die Zahl der Beschwerden zu diesem Themenkomplex unverändert hoch. Dies mag auch daran liegen, dass die Versicherer eingereichte Rechnungen aufgrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen insgesamt kritischer prüfen und immer häufiger über die Frage der medizinischen Notwendigkeit diskutiert werden muss.

Im Berichtszeitraum wurden ebenfalls sehr häufig Anträge im Zusammenhang mit Gebührenstreitigkeiten an den Ombudsmann herangetragen. Als Grund sieht der Ombudsmann die konsequenten Rechnungsprüfungen der Unternehmen und die oftmals uneinheitlichen Auffassungen zu den einzelnen Abrechnungsmodalitäten. Nach der letzten Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zum 01.01.2012, dauern die Vorarbeiten zwischen der Privaten Krankenversicherung und der Bundesärztekammer über eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an. Da die Überarbeitung noch nicht abgeschlossen ist, gilt für die ärztlichen Abrechnungen weiterhin die bisherige GOÄ. Unter Verweis darauf, die aktuelle GOÄ sei überaltert, wird oftmals argumentiert, dass diese die ärztlichen Leistungen nicht mehr angemessen honoriere. Allerdings ist es dem Gesetzgeber vorbehalten, eine neue GOÄ zu erlassen. Daher sind bis zu einer Aktualisierung die derzeit gültigen Vorgaben einzuhalten. Auf der anderen Seite sind den Unternehmen zur Wahrung der Beitragsstabilität und der Gleichbehandlung der Versicherten eine großzügige Erstattung von Arztrechnungen oder Kulanzeleistungen häufig nicht möglich.

Relativ gering ist der Anteil der Beschwerden aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung bei Vertragsschluss. Eine solche liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer im Antrag unvollständige oder falsche Angaben bspw. zu Fragen nach dem Gesundheitszustand oder dem Zahnstatus gemacht hat. Die Anzeigepflicht

Gebühren-
streitigkeiten

Anzeigepflicht-
verletzung

ermöglicht es dem Versicherer, das zu versichernde Risiko im Vorfeld zu bewerten und zu entscheiden, ob die Aufnahme des Antragstellers eventuell von einem Risikozuschlag oder Leistungsausschluss abhängig gemacht oder der Antrag ganz abgelehnt werden muss. Dementsprechend knüpft das Versicherungsvertragsgesetz, abhängig vom Verschuldensgrad des Antragstellers, verschiedene Rechtsfolgen an die Verletzung der Anzeigepflicht: Diese reichen von der Vertragsanpassung, d.h. einer Fortführung des Vertrages mit Risikozuschlägen oder Leistungsausschlüssen für das zu versichernde Risiko, über die Kündigung bis zu einem Rücktritt vom Versicherungsvertrag. Davon unberührt besteht das Recht des Versicherers, den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten. Da der Vorwurf einer Anzeigepflichtverletzung regelmäßig mit großen finanziellen und sozialen Folgen verbunden ist, ist der geringe Beschwerdeanteil sehr erfreulich.

Tarifwechsel

Ebenfalls gering sind die Beschwerdezahlen im Zusammenhang mit Tarifwechseln. Ein Tarifwechsel ist in der Regel wegen der Möglichkeit, die Beitragshöhe zu senken, für die Versicherten bedeutsam. Jedoch ist eine Reduzierung der Beitragslast oftmals nur über eine Reduzierung des Versicherungsschutzes zu erreichen.

In diesem Zusammenhang sind die Tarifwechsel-Leitlinien des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zu berücksichtigen, die zum 01.01.2016 von einem Großteil der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung umgesetzt worden sind. Die Beschwerden beziehen sich daher regelmäßig auf Fragen wie etwa die nach der Notwendigkeit einer neuen Gesundheitsprüfung und eines eventuell damit verbundenen Risikozuschlages.

Basistarif

Der Anteil der Beschwerden im Zusammenhang mit dem Basistarif ist ebenfalls sehr gering. Insbesondere bislang nicht versicherte Personen finden Versicherungsschutz in diesem brancheneinheitlichen Tarif, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe mit denen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Die Beschwerden betreffen in der Regel Fragen der Leistungsbearbeitung, zum Beispiel in welchem Umfang der Versicherer zu einer Leistung verpflichtet ist.

Notlagentarif

In den relativ wenigen Beschwerden ging es den Versicherten um die Klärung von Fragen zur Umstellung in den Notlagentarif oder zu dessen Leistungsumfang. Mit Wirkung zum 01.08.2013 hat der

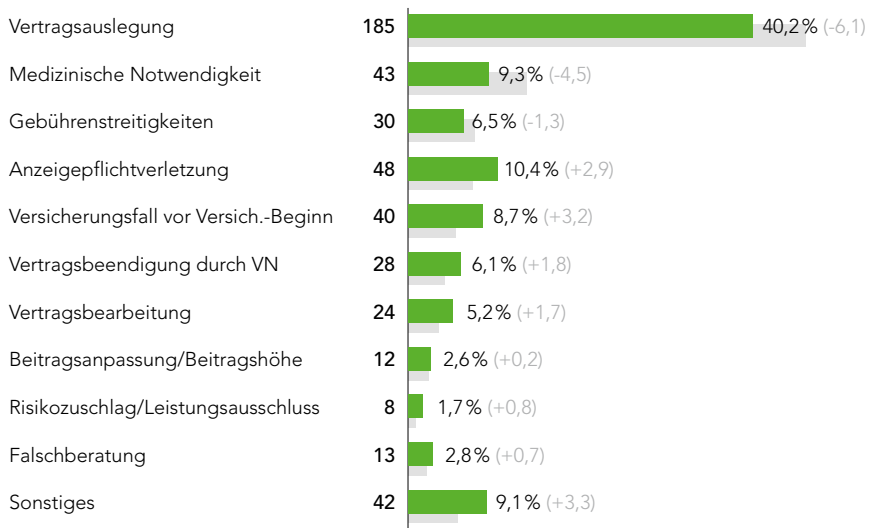
Gesetzgeber das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung eingeführt. Hierdurch sollen Versicherte entlastet werden, die ihre Beiträge für Tarife nicht zahlen können, mit denen die Pflicht zur Versicherung erfüllt wird. Der Versicherungsschutz ist in diesen Fällen im Notlagentarif zu führen, mit dem über einen reduzierten Beitrag den Versicherten der Abbau von Zahlungsrückständen erleichtert werden soll. Im Gegenzug bietet der Notlagentarif lediglich einen reduzierten Versicherungsschutz, der Leistungen einschließt, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Zusatzversicherungen

Im Jahr 2018 hat sich der Trend fortgesetzt, den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung durch eine private Vorsorge aufzustocken. Die Zahl der Zusatzversicherungen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen.

Verteilung der Beschwerdethemen 2018 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in Zusatzversicherungen: **460** (7,1%)



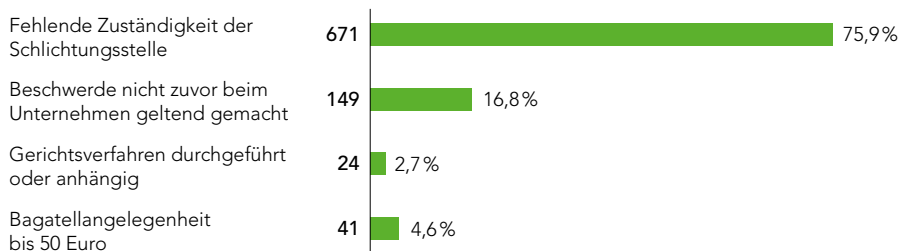
In der Vergangenheit wurde das Angebot durch die staatlich geförderte, ergänzende Pflegezusatzversicherung sogar noch erweitert, was von den Versicherten positiv angenommen wird.

Der Schwerpunkt der Beschwerden liegt mit auf der vertragsrechtlichen Ausgestaltung. Wie bei der Krankheitskostenvollversicherung besteht zwischen den Versicherten und den Unternehmen oft Uneinigkeit, in welchem Umfang Versicherungsleistungen zu erbringen sind. Da die Zusatzversicherungen häufig Leistungen anderer Kostenträger einbeziehen, sind die einzelnen Versicherungsbedingungen teilweise sehr komplex, so dass für die Versicherten oftmals erhöhter Erläuterungsbedarf besteht.

Abgelehnte Anträge

Die abgelehnten Anträge verteilen sich auf folgende Ablehnungsgründe:

Ablehnungsgründe 2018



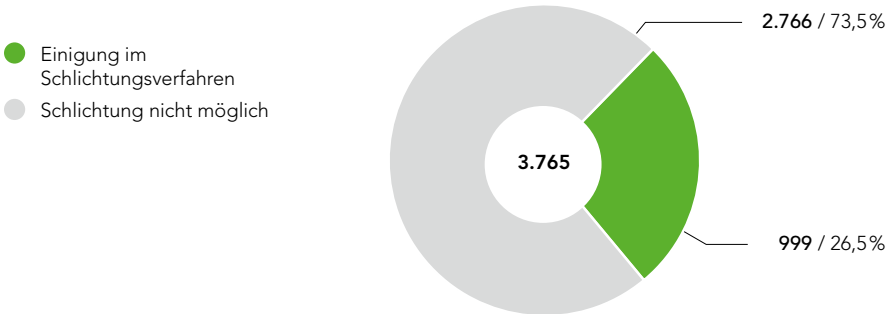
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung

Im Jahr 2018 hat die Ombudsstelle insgesamt 4.099 Schlichtungsanträge abgeschlossen.

In der Mehrheit der Fälle kann der Ombudsmann keine Einigung herbeiführen. Dies hat verschiedene Gründe: Aufgrund des sehr niedrighschwelligigen Angebots (kostenfrei, Schlichtungsantrag einfach zu stellen) werden zahlreiche Begehren an den Ombudsmann herangetragen, bei denen der Schwerpunkt der Tätigkeit des

Ombudsmanns im Ergebnis darin besteht, den Versicherungsnehmern ihren Versicherungsvertrag zu erläutern und Fehlvorstellungen aufzuklären. Auch hier wird selbstverständlich eine Schlichtung versucht, aber aufgrund der Anliegen ist eine solche in diesen Fällen regelmäßig nicht zu erzielen. Dem Ombudsmann bleibt in diesen Fällen nur, dem Versicherten die Entscheidung der einzelnen Unternehmen verständlich darzulegen und die Hintergründe zu erläutern. Dieser Dienst wird von den Versicherten durchaus positiv aufgenommen, die für ergänzende und vertiefende Erläuterungen dankbar sind.

Ergebnisse der zulässigen Beschwerden 2018



In einem relevanten Anteil der Schlichtungsanträge führte die Schlichtung zu einem Erfolg. Die Erfolgsquote lässt sich dabei aber nicht auf bestimmte Themengebiete eingrenzen. Sie ist vielmehr, verteilt auf die Beschwerdegebiete, etwa gleich hoch, sodass keine Tendenz erkennbar ist, dass Beschwerden in bestimmten Fragen vor dem Ombudsmann erfolgversprechender sind als andere. Ausnahmen sind z. B. Anfragen im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen, in denen der Ombudsmann in der Regel nur Aufklärung leisten kann.

War eine Unterstützung durch den Ombudsmann möglich, bedeutet dies jedoch nicht zwingend, dass die Versicherer sich rechtswidrig verhalten oder unzulässig Leistungen vorenthalten hätten. Denn gerade im Rahmen der Streitschlichtung haben alle Beteiligten erkannt, dass rein juristische Bewertungen wie „Entweder-oder-Entscheidungen“ selten zu einer Lösung der Streitfrage führen. Im

Aufklärungsarbeit
des Ombudsmanns

Bereich der Privaten Krankenversicherung ist eine exakte juristische Abgrenzung bestimmter Sachverhalte (z. B. medizinische Notwendigkeit, Auslegung der Gebührenordnungen) nur schwer möglich, so dass es häufiger auf ein „Sowohl-als-auch“ hinausläuft.

Die Krankenversicherer greifen hier das Ombudsmannverfahren auf und nutzen die Gelegenheit, einen vermittelnden Weg einzuschlagen und Kompromisse zu suchen, um gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und zu einem guten Einvernehmen zurückzukehren. Diese Schiedsfunktion der Ombudsstelle wird von allen Unternehmen akzeptiert. Noch ausgeprägter ist die Haltung bei den Antragstellern. Sie sind häufig zufrieden, wenn sie einen Teilerfolg erzielen oder ihnen die rechtlichen Zusammenhänge in verständlicher Form erklärt werden.

Um die Tätigkeitsschwerpunkte und besondere Themen direkt mit den Versicherungsunternehmen zu besprechen, findet etwa alle zwei Jahre eine Konferenz statt, in der der Ombudsmann auf die aus seiner Sicht problematischen Sachthemen aufmerksam macht.



- I. Statistik
- II. Ausgewählte Beschwerdethemen**
- III. Beispielfälle
- IV. Sonstiges
- V. Anhang

Ausgewählte Beschwerdethemen

1. Medizinische Notwendigkeit

Auch in diesem Berichtsjahr beschäftigte sich der Ombudsmann sehr oft mit der Frage der medizinischen Notwendigkeit. Es geht um Fälle, in denen Krankenversicherer eingereichte Kostenbelege nicht oder nur teilweise mit dem Hinweis auf eine fehlende medizinische Notwendigkeit der Behandlungsmaßnahme erstattet hatten.

Fragestellungen

Die Vielfalt der in den einzelnen Sachgebieten auftretenden Themen ist groß. Zur Veranschaulichung seien beispielhaft mögliche Fragestellungen aufgeführt:

Ambulante Behandlung

Im Rahmen ambulanter Behandlungen kann beispielsweise Streitig sein, ob für den Austausch der Linse bei einer Kataraktoperation eine spezielle Multifokallinse erforderlich ist oder ob bei dem Versicherten die Anwendung von Cannabis als Arzneimittel in Betracht kommt. Häufig ist zu klären, ob die technischen Möglichkeiten des angepassten Hörgerätes das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigen oder in welcher Frequenz krankengymnastische Behandlungen geboten sind.

Zahnbehandlung

Im Bereich der Kostenerstattung für eine Zahnersatzmaßnahme kann die Frage auftreten, ob das Einbringen von Implantaten mit Einzelkronen oder die Versorgung mit einer Brücke erforderlich ist. Bei kieferorthopädischen Behandlungen kann für eine Kostenübernahme durch den Versicherer ausschlaggebend sein, ob die Maßnahme aus ästhetischen oder aus medizinischen Gründen durchgeführt werden soll.

Stationäre Behandlung

Eine Kostenerstattung für eine Krankenhausbehandlung kann davon abhängig sein, ob es sich um eine akutstationäre Krankenhausbehandlung oder um eine Rehabilitationsmaßnahme gehandelt hat. Zudem kann unter Berücksichtigung des Vorrangs ambulanter Behandlungsmaßnahmen fraglich sein, ob bereits alle ambulanten Mittel ausgeschöpft wurden und eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist.

Bei der Prüfung des Leistungsanspruchs gilt grundsätzlich § 1 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Hier heißt es: „Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.“

Definition
Versicherungsfall

Wann ist also eine ambulante oder stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig?

Die Rechtsprechung führt hierzu aus: „Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.“ Die medizinische Notwendigkeit ist also aufgrund objektiver medizinischer Kriterien festzustellen.

Welche Behandlungen bzw. Heil- oder Hilfsmittel, alternative oder innovative Behandlungsformen medizinisch notwendig sind, lässt sich in der Praxis immer nur im Einzelfall bestimmen und erweist sich als ein vielfältiges Themengebiet mit großem Auslegungsspielraum.

Im Rahmen der Tätigkeit des Ombudsmannes fällt immer wieder auf, dass dem Versicherer eine Prüfung des Versicherungsfalls mangels Vorlage angeforderter Unterlagen nicht möglich war. Dabei ist der Versicherer grundsätzlich dazu berechtigt, das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Kostenerstattung eigenständig zu prüfen und hierfür die Unterlagen beim Versicherten anzufordern, die aus seiner Sicht für seine Entscheidung erforderlich sind. Dem Versicherten obliegt es, die erforderlichen Unterlagen beizubringen.

Rechtliche Prüfung

Im Schlichtungsverfahren prüft der Ombudsmann die Sach- und Rechtslage anhand der zur Verfügung gestellten Unterlagen unter Berücksichtigung der Darlegungs- und Beweislast. Bei offenen medizinischen Fragestellungen kann er zwar keine abschließende Sachaussage treffen, dies hindert ihn aber nicht an einer vermittelnden Tätigkeit. So regt er in Fragen der medizinischen Notwendigkeit regelmäßig beim Versicherer an, nochmals eine Überprüfung zu veranlassen oder einen medizinischen Sachverständigen zu beauftragen.

Je nach Fallgestaltung empfiehlt der Ombudsmann dem Versicherten, das Behandlungskonzept nochmals mit seinem Arzt bzw. den behandelnden Ärzten zu besprechen, um die medizinische Notwendigkeit darlegen zu können. In allen Fällen prüft der Ombudsmann, ob dem Versicherten willkürlich Leistungen vorenthalten wurden bzw. eine Entscheidung auf sachfremden Erwägungen beruht. In Härtefällen schlägt der Ombudsmann eine Kulanzlösung (z. B. anteilige oder letztmalige Zahlung) vor.

Hinweis/Anregung

Die Versicherten sollten verstärkt die Möglichkeit nutzen, eine Kostenübernahme vorab zu klären.

Zwar ist in den Versicherungsbedingungen oftmals vorgesehen, dass für bestimmte Leistungen bereits vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage des Versicherers hinsichtlich der Kostenübernahme vorliegen muss. Aber auch in den Fällen, in denen diese Pflicht nicht besteht, kann es durchaus sinnvoll sein, sich vor Aufnahme einer Behandlung mit dem Versicherer in Verbindung zu setzen, um unter Einreichung eines Kostenvoranschlags die Kostenübernahme durch diesen zu klären und das eigene Kostenrisiko besser abschätzen zu können.

Auskunftsanspruch
des Versicherten

In § 192 Abs. 8 Versicherungsvertragsgesetz ist gesetzlich normiert, dass ein Versicherter vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, vom Versicherer schriftliche Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen kann.

2. Gebührenrechtliche Streitigkeiten

Wie in den Jahren zuvor waren auch 2018 Differenzen im Zusammenhang mit der Abrechnung von privatärztlichen bzw. privat Zahnärztlichen Leistungen Gegenstand von Streitschlichtungsverfahren beim Ombudsmann. Den Versicherten wurden in diesen Fällen die in Rechnung gestellten Behandlungskosten der Ärzte resp. Zahnärzte oder im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung berechneten Kosten des Chefarztes nicht oder nur teilweise erstattet.

Der Regelungsinhalt der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) ist häufig in verschiedene Richtungen auslegungsfähig, was zu Streitigkeiten zwischen Ärzten bzw. Zahnärzten und den Patienten bzw. deren Versicherern führen kann. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Entwicklung neuartiger Behandlungsmethoden sind unterschiedliche Auffassungen teilweise vorprogrammiert.

Oftmals stellt sich die Frage, wie die Leistungsinhalte der einzelnen Gebührensätze zu interpretieren sind. Es ist zum Beispiel zu klären, ob die Ziffer für die erbrachte Leistung berechnet werden kann, insbesondere ob deren Leistungsinhalt erfüllt ist. Gegebenenfalls kann es auch darauf ankommen, ob eine unzulässige doppelte Berechnung einer Leistungserbringung durch den Ansatz zweier Gebührensätze vorliegt. Gebührenrechtliche Fragen können sich ebenfalls darauf erstrecken, wie neue Behandlungsmethoden abzurechnen sind, die in das Gebührenverzeichnis noch nicht aufgenommen wurden. Auch die Höhe der berechneten Gebührensätze kann streitig sein.

Die Versicherten befinden sich bei solchen Streitigkeiten quasi zwischen den Fronten. Der Arzt bzw. Zahnarzt versichert seinem Patienten die Richtigkeit seiner Abrechnung, der Versicherer hält diese für fehlerhaft. Zudem können die Versicherten die zumeist komplizierten Regelungen zu den medizinischen Sachverhalten häufig nicht einschätzen. Eine eigene Bewertung ist ihnen trotz umfangreicher Begründungen ihrer Ärzte/Zahnärzte und Krankenversicherer zu den von ihnen vertretenen Positionen oftmals nicht möglich.

Fragestellungen

Der Versicherte
zwischen den
Fronten

Rechtliche Prüfung

Der Ombudsmann prüft den Sachverhalt unter Berücksichtigung der Sach- und Rechtslage dahingehend, ob den Versicherten willkürlich Leistungen vorenthalten wurden bzw. die Erstattungspraxis objektiv und eindeutig falsch ist. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Schlichtungsverfahren zur Klärung der den Gebührenstreitigkeiten zugrundeliegenden medizinischen Fragen keine Sachverständigengutachten eingeholt werden können. Diese Vorgehensweise bleibt den Gerichten vorbehalten.

Der Ombudsmann spricht sich dafür aus, dass die Krankenversicherer in diesen Streitfällen ihre Versicherten aus den Auseinandersetzungen mit dem Arzt/Zahnarzt, der ihnen die Gebührenscheine berechnet hat, nach Möglichkeit heraushalten. In Betracht käme eine Übernahme des Prozessrisikos. Die Krankenversicherer raten ihren Kunden, die Rechnung zunächst nur in Höhe der erhaltenen Kostenerstattung zu bezahlen. Sollte der Versicherte von seinem Arzt/Zahnarzt auf Zahlung des strittigen (Rest-)Betrages gerichtlich in Anspruch genommen werden, unterstützt der Versicherer ihn bei der Prozessführung und trägt das Risiko des Unterliegens.

Alternativ kann dem Versicherten auch eine Zahlung gegen Abtretung des Rückforderungsanspruchs angeboten werden. Hierdurch erhält der Versicherte die ausstehende Kostenerstattung. Die Forderung geht auf den Krankenversicherer über, wodurch dieser die Möglichkeit hat, die zu Unrecht in Rechnung gestellten Kosten vom Arzt bzw. Rechnungssteller selbst zurückzufordern.

Der Ombudsmann begrüßt diese Unterstützung der Krankenversicherer, da die Versicherten auf diese Weise nicht mehr das finanzielle Risiko tragen. In beiden Fällen geht der Ombudsmann davon aus, dass unter den Vertragsparteien eine sachliche Trennung von Behandlungs- und Kostengesichtspunkten möglich ist.

Hinweis/Anregung

Damit Versicherte vor der Rechnungsstellung über die zu erwartende Kostenerstattung informiert sind, bietet es sich auch hier an, vorab einen Kostenvoranschlag bei dem Versicherer einzureichen. Sollten sich aus dem Kostenvoranschlag gebührenrechtliche Bedenken ergeben, könnten diese Fragen bereits vor Behandlungsbeginn geklärt werden. Ein Auskunftsanspruch des Versicherten ergibt sich (wie unter Punkt 1 ausgeführt) aus § 192 Abs. 8 Versicherungsvertragsgesetz.

Eine ausdrückliche Zahlung unter Vorbehalt erleichtert es dem Ombudsmann zudem, beim Versicherer auf eine Zahlung an den Versicherten gegen Abtretung des Rückforderungsanspruchs hinzuwirken. Bei vorbehaltloser Zahlung kann sich die Rückforderung unberechtigter Forderungen gegenüber dem Leistungserbringer durch den Versicherer nach Abtretung schwierig gestalten.

3. Beitragsanpassungen

Im Vergleich zum Vorjahr erreichte die Schlichtungsstelle 2018 eine deutlich höhere Anzahl an Schlichtungsanträgen, die Beitragsanpassungen in der Privaten Krankenversicherung zum Gegenstand hatten.

Die Versicherten traten an den Ombudsmann heran, weil sie eine Beitragsanpassung als zu hoch ansahen bzw. deren Grund nicht nachvollziehen konnten. Sie stellten beispielsweise die Frage, warum sie von einer Beitragsanpassung betroffen seien, obwohl sie nur in geringem Maße Leistungen in Anspruch genommen hätten. Einige Versicherte monierten, dass sie erneut von einer Beitragsanpassung betroffen seien, obwohl bereits in der jüngeren Vergangenheit eine Anpassung erfolgt sei. Zudem wurde vorgetragen, dass die Beiträge anderer Versicherter in einem geringeren Maße angepasst wurden, sodass nicht verständlich sei, weshalb in ihrem Fall der Beitrag deutlich erhöht werden musste. Einzelne Anfragen bezogen sich in diesem Zusammenhang auch darauf, warum bereits angesammelte Alterungsrückstellungen nicht zu einer Vermeidung der Beitragsanpassung führen konnten.

Bei Beschwerden gegen eine Beitragsanpassung steht im Vordergrund der Tätigkeit des Ombudsmanns, die Versicherten über die Voraussetzungen und das Verfahren einer Beitragsanpassung aufzuklären. Es werden die rechtlichen Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung erläutert und im Einzelfall Bezug auf die gestellten Fragen genommen. Dabei bezieht der Ombudsmann die vom Versicherer im Rahmen des Verfahrens angeforderten detaillierten Ausführungen zu den Hintergründen der Beitragsanpassung umfassend mit ein, um so das Verfahren der

Fragestellungen

Schlichtung/
Nachvollziehbarkeit
durch Aufklärung

Beitragsanpassung den Versicherten nachvollziehbar zu erläutern.

Eine Überprüfung der durch die Versicherungsunternehmen erfolgten Kalkulation der Beiträge ist dagegen im Rahmen des Schlichtungsverfahrens nicht möglich, weil dies nur als Ergebnis einer Beweisaufnahme möglich wäre, die einem Gerichtsverfahren vorbehalten ist.

In vielen Einzelfällen werden Möglichkeiten erörtert, die zu einer Beitragsreduzierung führen können. Soweit noch nicht geschehen, werden Tarifwechsellmöglichkeiten innerhalb des Versicherungsunternehmens herausgestellt und es wird jeweils geklärt, ob im vorliegenden Fall ein Verzicht auf einzelne Leistungsbereiche oder eine Erhöhung des Selbstbehaltes mit dem Ziel einer Beitragssenkung sinnvoll ist. Außerdem verweist der Ombudsmann auf die Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen und insbesondere auf die Hinweispflicht zur Wechsellmöglichkeit in den Standardtarif. Dieser Tarif wurde für Versicherte im Rentenalter geschaffen und entspricht der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dabei darf dieser Tarif den in der GKV zu zahlenden Höchstbeitrag nicht überschreiten.

Daneben wandten sich viele Versicherte gegen eine konkrete kürzlich erfolgte oder anstehende Beitragsanpassung in dem vereinbarten Tarif, bezogen sich aber allgemein auf gerichtlich anhängige Verfahren, in denen über die Wirksamkeit von Beitragsanpassungen zu entscheiden war. Dabei griffen sie die in den Gerichtsverfahren streitigen Fragen auf, ob der zustimmende Treuhänder unabhängig war und die Beitragsanpassung vom Krankenversicherer ausreichend begründet wurde. Sie stellten infrage, dass die Beitragsanpassungen in der Vergangenheit rechtmäßig erfolgten.

BGH-Urteil zum
Treuhänderstreit

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 19.12.2018 (AZ: IV ZR 255/17) entschieden, dass die Unabhängigkeit nur die Voraussetzung für die Bestellung des Treuhänders nach den aufsichtsrechtlichen Vorschriften ist, aber keinen Einfluss auf die Wirksamkeit der nach seiner Bestellung abgegebenen Erklärungen hat. Demnach ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung eine vom Versicherer mit Zustimmung eines Treuhänders gemäß § 203 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz vorgenommene Bei-

tragsanpassung in der Privaten Krankenversicherung nicht allein wegen einer ggf. zu verneinenden Unabhängigkeit unwirksam.

Zur Entscheidung über die Frage, ob die Prämienanpassungen ausreichend begründet worden sind und ggf. die materiellen Voraussetzungen für die Prämienanpassung vorgelegen haben, hat der Bundesgerichtshof den Rechtsstreit an das Berufungsgericht zurückverwiesen. Hier bleibt die weitere Entwicklung der Rechtsprechung abzuwarten.



- I. Statistik
- II. Ausgewählte Beschwerdethemen
- III. Beispielfälle**
- IV. Sonstiges
- V. Anhang

Beispielfälle aus der Ombudsmannpraxis

1. Baby ohne Versicherungsschutz

Der Antragsteller wandte sich an den Ombudsmann, weil sein Versicherer das bestehende Versicherungsverhältnis für seine neugeborene Tochter aufgrund einer vermeintlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch Anfechtung bzw. Rücktritt beendet hatte.

Aufgrund von pränatalen Untersuchungen bestand der Verdacht einer Behinderung des Kindes, welcher sich bei den postnatalen Untersuchungen jedoch zunächst nicht bestätigte. Ein halbes Jahr nach der Geburt kam es allerdings zu krampfartigen Anfällen beim Kind. Nach Geltendmachung der Behandlungskosten überprüfte der Versicherer die bei Beantragung des Versicherungsschutzes vom Antragsteller gemachten Gesundheitsangaben und warf ihm vor, den gesundheitlichen Zustand seines Kindes nicht korrekt mitgeteilt zu haben. Zu den durchgeführten vor- und nachgeburtlichen Untersuchungen habe er arglistig keine Angaben gemacht.

Der Antragsteller widersprach den Ausführungen des Versicherers. Eine Aufklärungspflicht habe hinsichtlich der pränatalen Untersuchungen bereits grundsätzlich nicht bestanden, da die postnatalen Untersuchungen ohne Befund gewesen seien. Darüber hinaus habe er die für den Versicherer tätige Vermittlerin über alle erfolgten prä- und postnatalen Untersuchungen und deren Ergebnisse informiert. Die Vermittlerin sei der Auffassung gewesen, dass diese Angaben aufgrund der gut verlaufenen Geburt und der unauffälligen nachgeburtlichen Untersuchungen nicht gemacht werden müssten. Darauf habe er sich verlassen. Der Versicherer müsse sich jedenfalls das Wissen seiner Vermittlerin zurechnen lassen.

Nach eingehender Prüfung der Sach- und Rechtslage konnte der Ombudsmann kein arglistiges oder fehlerhaftes Verhalten des Antragstellers erkennen.

Grundsätzlich ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Verstößt er hiergegen, ist der Versicherer berechtigt, die Anfechtung zu erklären oder vom Vertrag zurückzutreten.

Hinreichende Anhaltspunkte für eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung waren vorliegend nicht gegeben. Dies insbesondere, da der Antragsteller die Vermittlerin des Versicherers in jeder Hinsicht vollumfänglich informiert hat. Aus diesem Grund hat sich der Ombudsmann unter Darlegung seiner Rechtsauffassung noch einmal an den Versicherer gewandt und um Überprüfung der Möglichkeit einer Weiterversicherung des Kindes gebeten.

Der Versicherer verblieb zwar grundsätzlich bei der von ihm vertretenen Rechtsauffassung, entschloss sich jedoch zu einem Entgegenkommen. Er erklärte sich – ohne Anerkennung einer Rechtspflicht – bereit, den beendeten Vertragsteil für die Tochter des Antragstellers fortzuführen.

2. Nicht gleich volles Risiko

Eine Versicherte bat den Ombudsmann um Unterstützung, weil der Versicherer die Erteilung einer Kostenzusage für eine Brustverkleinerungsoperation zur Behebung ihrer Rückenschmerzen abgelehnt hatte.

Der Versicherungsschutz umfasst die Kostenerstattung für medizinisch notwendige Heilbehandlungen und Unfallfolgen. Nach Prüfung der Sach- und Rechtslage konnte der Ombudsmann die Ablehnung des Versicherers nachvollziehen, da sich aus den vorgelegten medizinischen Unterlagen keine medizinische Notwendigkeit für den geplanten Eingriff ergab. Vielmehr seien die bestehenden Rückenschmerzen nach Einschätzung des Beratungsarztes des Versicherers zunächst konservativ mit Physiotherapie und geeigneten orthopädischen Schuheinlagen zur Verbesserung der Sensomotorik der Schulter- und Nackenmuskulatur zu behandeln. Erst wenn diese physiotherapeutischen oder orthopädischen Maßnahmen keine Linderung bringen,

könnte ein operativer Eingriff zur Behandlung der bestehenden Rückenschmerzen in Betracht gezogen werden. Vorliegend hatte die Versicherte diese Behandlungsmöglichkeiten nicht einmal begonnen geschweige denn ausgeschöpft. Hinzu kam, dass die geplante Operation unter Narkose im Verhältnis zu konservativ orthopädischen Behandlungsformen mit einem deutlich höheren medizinischen Risiko verbunden war.

Der Ombudsmann erläuterte der Antragstellerin seine Einschätzung und empfahl ihr, sich an den behandelnden Orthopäden zu wenden, um mit ihm ein Behandlungskonzept zu besprechen, bei dem zunächst die bestehenden konservativen Behandlungsformen ausgeschöpft werden.

3. Leistungen aus der Pflegeversicherung für eine Modernisierung des Badezimmers

Der Versicherte wandte sich dagegen, dass der Versicherer die Auszahlung eines Zuschusses für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes aus der Pflegepflichtversicherung ablehnte.

Der medizinische Dienst der Privaten Pflegepflichtversicherung, die MEDICPROOF GmbH, hatte bei dem Versicherten eine Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad 1 festgestellt und zusätzlich die Anschaffung von verschiedenen Pflegehilfsmitteln, beispielsweise einem Duschsitz und einer Toilettensitzerhöhung, empfohlen. Aufgrund der Mobilitätseinschränkungen beim Gehen wurde darüber hinaus aus pflegefachlicher Sicht eine Nivellierung der Schwellen als notwendig angesehen, um die Stolpergefahr zu reduzieren und ein sicheres Gehen in der Wohnung zu ermöglichen.

Der Versicherer hatte für die empfohlenen Pflegehilfsmittel eine Zusage erteilt und gleichzeitig für „die Nivellierung der Schwellen in der Wohnung“ einen Zuschuss bis zu 4.000,- € in Aussicht gestellt. Nachdem der Versicherte Rechnungen für Wand- und Bodenfliesen im Bad, für einen Umbau der Dusche und Einbau einer bodenebenen Dusche sowie für die Lieferung und Montage einer Duschattrennung einreichte, lehnte der Versicherer

eine Kostenerstattung für den erfolgten Badumbau ab. Daraufhin wandte sich der Versicherte an den Ombudsmann. Aus seiner Sicht diene auch der Umbau des Bades, insbesondere der Einbau einer bodenebenen Dusche, einer Erleichterung im Alltag.

Nach seiner Prüfung konnte der Ombudsmann die Ablehnung der Kostenerstattung für den Badumbau nicht beanstanden. Nach § 4 Abs. 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV) können für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4.000,- € je Maßnahme nicht übersteigen.

Die Leistungspflicht des Versicherers bemisst sich dabei nach Art und Höhe nach den Feststellungen des medizinischen Dienstes der Privaten Pflegepflichtversicherung, der MEDICPROOF GmbH. Vorliegend hatte der medizinische Dienst bei seiner Begutachtung aufgrund der eingeschränkten Mobilität des Versicherten festgestellt, dass die Nivellierung der Schwellen in der gesamten Wohnung erforderlich ist. Der Gutachter hatte hingegen weder den Einbau einer ebenerdigen Dusche, noch sonstige Umbaumaßnahmen im Bad für erforderlich erachtet. Dass sich der Gutachter mit dieser Frage auseinandergesetzt hatte, war daran erkennbar, dass er als Pflegehilfsmittel einen „Duschsitz, an der Wand montiert“, eine Toilettensitzerhöhung und einen Toilettenrollstuhl empfohlen hatte. Aus pflegfachlicher Sicht war mit diesen Pflegehilfsmitteln und der Nivellierung der Schwellen in der Wohnung dem Pflegebedarf Rechnung getragen, der Badumbau dagegen nicht erforderlich.

Die Ablehnung der Kostenübernahme für Umbaumaßnahmen, die über den pflegerischen Bedarf hinausgingen, konnte der Ombudsmann nachvollziehen und nicht beanstanden. Eine Zahlung aus Kulanz hatte der Versicherer nicht angeboten, sodass dem Beschwerdebegehren des Versicherten nicht abgeholfen werden konnte.

4. Krankentagegeld und „Hamburger Modell“

Die Ehefrau des Antragsstellers nahm nach längerer Krankheit ihre berufliche Tätigkeit im Rahmen der Wiedereingliederung nach dem sog. „Hamburger Modell“ teilweise wieder auf. Das „Hamburger Modell“ zielt darauf ab, den Beschäftigten stufenweise unter ärztlicher Aufsicht wieder an die volle Arbeitsbelastung zu gewöhnen.

Der Versicherer verweigerte die weitere Auszahlung des Krankentagegeldes für die zweiwöchige Wiedereingliederung und vertrat die Ansicht, dass aufgrund der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit die Voraussetzung für die Auszahlung entfallen sei. Mit der Bitte um rechtliche Überprüfung dieses Sachverhalts wandte sich der Antragssteller in Vertretung seiner Ehefrau an den Ombudsmann. Der Ombudsmann konnte die Entscheidung des Versicherers jedoch nicht beanstanden.

Eine Krankentagegeldversicherung bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Dabei soll das Krankentagegeld in erster Linie die dem Versicherungsnehmer durch den Ausfall seiner Arbeitskraft entstandenen Verdiensteinbußen ausgleichen und ihn somit finanziell absichern.

Voraussetzung für die Auszahlung des Krankentagegeldes ist das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit. Diese liegt nach § 1 Teil I Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT) vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Erforderlich ist daher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bereits eine nur zum Teil vorliegende Arbeitsfähigkeit lässt den Anspruch auf Krankentagegeld entfallen.

Bei der Durchführung einer Wiedereingliederung übt der Arbeitnehmer jedoch seine bisherige Tätigkeit in zeitlich beschränktem Umfang wieder aus. Voraussetzung für eine Wiedereingliederung im Rahmen des „Hamburger Modells“ ist nach § 74 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), dass eine arbeitsunfähige Person nach ärztlicher Feststellung seine bisherige Tätigkeit teilweise

verrichten kann. Das bedeutet, dass zur Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell gerade keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegen darf.

Da die Ehefrau ihre berufliche Tätigkeit wieder ausübte, war der Versicherer nicht verpflichtet, während der Wiedereingliederung Krankentagegeld zu zahlen. Dazu hat der BGH in seinem Urteil vom 11.03.2015 (AZ: IV ZR 54/14) entschieden, dass dies sogar dann gilt, wenn die versicherte Person vom Arbeitgeber während der Wiedereingliederungsmaßnahme nicht entlohnt wird.

5. Missverständnis beim Tarifwechsel

Nach einer ausführlichen Beratung durch ihren Versicherer hatte die Versicherte von ihrem Tarifwechselrecht Gebrauch gemacht. Durch die Vereinbarung eines anderen Tarifs wollte sie erreichen, dass sich der Beitrag reduziert und gleichzeitig ein niedrigerer maximaler Selbstbehalt gilt.

Der Versicherer konnte einen Tarif vorschlagen, der diesen Vorstellungen gerecht wurde. Gleichzeitig beinhaltete der angebotene Tarif Leistungen, die in dem bisherigen Tarif nicht enthalten waren. Die Vertragsparteien einigten sich darauf, für diese Mehrleistungen einen Leistungsausschluss zu vereinbaren. In einer entsprechenden Erklärung zum Verzicht auf die Mehrleistungen führte der Versicherer die Mehrleistungen des Tarifs auf. Einen Hinweis darauf, dass auch die geringere Selbstbeteiligung des neuen Tarifs eine Mehrleistung darstellt, die von diesem generellen Mehrleistungsverzicht erfasst sein soll, enthielt die Erklärung allerdings nicht. Da sich mit diesem Tarifwechsel vermeintlich sämtliche Vorstellungen – geringerer Beitrag und niedrigere Selbstbeteiligung – verbinden ließen, erklärte sich die Versicherte mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Nachdem in den ersten beiden Jahren nach der Vertragsumstellung die geringere Selbstbeteiligung des neuen Tarifs berücksichtigt wurde, war die Versicherte überrascht, als sie vom Versicherer erfuhr, dass künftig der höhere Selbstbehalt aus dem Ursprungstarif weitergelten müsse. Versehentlich habe der Versicherer dies bisher nicht berücksichtigt, künftig gelte aber der höhere Selbstbehalt. Hiermit war die Versicherte nicht einverstanden und

forderte die Weitergeltung des geringeren Selbstbehaltes aus dem neuen Tarif – so wie es beim Tarifwechsel vereinbart wurde.

Im Rahmen der Prüfung durch den Ombudsmann stellte sich heraus, dass die Versicherte beim Tarifwechsel gerade nicht darüber aufgeklärt wurde, dass durch den Leistungsausschluss auch die höhere Selbstbeteiligung des Ursprungtarifs weitergilt. Grundsätzlich stellt eine geringere Selbstbeteiligung im neuen Tarif eine Mehrleistung gegenüber dem Ursprungstarif dar. Denn der Versicherer muss in einem höheren Umfang für erstattungsfähige Aufwendungen aufkommen. In der Erklärung zum Tarifwechsel war die geringere Selbstbeteiligung aber nicht als Mehrleistung aufgeführt. Auch der Versicherungsschein, der den Tarifwechsel dokumentierte, wies die geringere Selbstbeteiligung des neuen Tarifs aus. Somit lag aus Sicht des Ombudsmanns zwar eine Mehrleistung im Sinne des Tarifwechselrechts vor, die geringere Selbstbeteiligung wurde in diesem Fall aber nicht von dem ansonsten vereinbarten „generellen Mehrleistungsausschluss“ erfasst.

Im Schlichtungsverfahren erklärte sich der Versicherer dazu bereit, die geringere Selbstbeteiligung des neuen Tarifs ab dem Zeitpunkt der Vertragsumstellung anzuerkennen, sodass dem Beschwerdebegehren der Versicherten vollständig abgeholfen werden konnte.



- I. Statistik
- II. Ausgewählte Beschwerdethemen
- III. Beispielfälle
- IV. Sonstiges**
- V. Anhang

1. Fachlicher Austausch

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung hat auch im Jahr 2018 den fachlichen Austausch mit dem Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV), der BaFin sowie anderen Schlichtungsstellen fortgesetzt. Im Rahmen dieser mittlerweile zur Tradition gewordenen Schlichtertreffen nahmen die jeweiligen Streitschlichter und verschiedene Mitarbeiter der Schlichtungsstellen teil, um sich konstruktiv über die Schlichtungsarbeit auszutauschen. Daneben wurde an verschiedenen Informationsveranstaltungen und Diskussionen rund um die außergerichtliche Streitschlichtung teilgenommen.

2. Hinweise auf strukturelle Hindernisse

Im Berichtszeitraum sind der Schlichtungsstelle keine Hinweise für strukturelle Hindernisse bekannt geworden.

3. Online-Streitbeilegung

Über die auf Grundlage der Verordnung über Online-Streitbeilegung (OS) in Verbraucherangelegenheiten vom 21.05.2013 eingerichteten OS-Plattform wurde dem Ombudsmann eine Beschwerde übermittelt.



- I. Statistik
- II. Ausgewählte Beschwerdethemen
- III. Beispielfälle
- IV. Sonstiges
- V. Anhang**

Anhang

1. 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 Ombudsmannstelle für Angelegenheiten der Privaten Krankenversicherung eingerichtet. Die Ombudsstelle ist auch für Beschwerden von Bürgern gegen Versicherungsvermittler 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 ein Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung berufen, nachfolgend als "Ombudsmann"¹ 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.

¹ Als Ombudsmann kann auch eine Frau berufen werden (Ombudsfrau). Zur besseren Lesbarkeit wird nachfolgend allein die Bezeichnung Ombudsmann verwendet.

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. Eine bis zu zweimalige erneute Berufung für einen Zeitraum von drei Jahren ist möglich. 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 Beschwerden zwischen Versicherungsnehmern/Versicherten und Krankenversicherungsunternehmen als Schlichter zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen. Das gleiche gilt für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler (Vermittlerbeschwerden) und Versicherungsberater (Beraterbeschwerden).

(2) Voraussetzung für sein Tätigwerden ist, dass der Beschwerdegegenstand 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 Beschwerden annehmen, es sei denn, einer der Beteiligten wünscht dies nicht. Beschwerden gegen Vermittler werden behandelt, wenn Beschwerdegegenstand eine erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen ist. Beschwerden gegen Versicherungsberater werden behandelt, wenn Beschwerdegegenstand eine Beratung im Zusammenhang mit einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist. Voraussetzung ist jeweils, dass das Krankenversicherungsunternehmen am Ombudsmannverfahren teilnimmt.

§ 4 Beschwerdeführer

(1) Beschwerden 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. Beschwerden können auch versicherte Personen in einer Gruppenversicherung in Bezug auf diese Versicherung einlegen.

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

§ 5 Ablehnung einer Beschwerde und Verfahrenseinstellung

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

- a) die Streitigkeit nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns fällt;
- b) der streitige Anspruch nicht zuvor gegenüber dem Beschwerdegegner geltend gemacht wurde;
- c) der Beschwerdegegenstand bereits durch ein Gericht in der Sache entschieden wurde oder bei einem solchen anhängig 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 des Versicherten bei Einlegung der Beschwerde verjährt ist und der Beschwerdegegner sich auf die Verjährung beruft;
- g) der Streitgegenstand 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 Beschwerdeführer 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 Beschwerdegegner mit dem Verfahren einverstanden ist oder in der Sache eine Stellungnahme abgibt.

(4) Der Ombudsmann setzt das Verfahren aus, wenn der Beschwerdegegner 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 Beschwerdegegner den streitigen Anspruch innerhalb der zwei Monate seit Geltendmachung vollständig anerkennt. Absatz 2 gilt entsprechend. Erkennt der Beschwerdegegner den Anspruch nicht innerhalb der zwei Monate vollständig an, wird das Verfahren nach Ablauf der zwei Monate fortgeführt.

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

§ 6 Antragstellung – Form, Vertretung, Kosten

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

(2) Der Beschwerdeführer kann sich zu jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens von einem Bevollmächtigten vertreten lassen; die ordnungsgemäße Bevollmächtigung ist auf Verlangen nachzuweisen.

(3) Die Beschwerdebearbeitung durch den Ombudsmann ist für die Beteiligten kostenlos. Kosten und Auslagen, die den Parteien im Rahmen des Beschwerdeverfahrens, z. B. durch Porto oder Beauftragung eines Bevollmächtigten entstehen, sind von ihnen selbst zu tragen.

§ 7 Verjährung

Die Verjährung eines Anspruches ist vom Beginn des Tages, an dem die Beschwerde bei dem Ombudsmann eingeht, bis zum Ende des Tages, an dem die Mitteilung über die Beendigung oder Ablehnung des Beschwerdeverfahrens dem Beschwerdeführer zugeht, gehemmt. Hierauf soll der Ombudsmann zu Beginn des Beschwerdeverfahrens hinweisen.

§ 8 Beteiligung der Parteien

(1) Hat der Ombudsmann eine Beschwerde 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 das Unternehmen 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 Beschwerdegegners wird in der Regel an den Beschwerdeführer übermittelt, es sei denn, erhebliche Gründe sprechen dagegen.

§ 9 Verfahrensdauer

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

(2) Liegt die vollständige Beschwerdeakte 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 einer Beschwerde durch den Ombudsmann sind der Inhalt des Versicherungsvertrages, das Gesetzesrecht sowie die dazu ergangene Rechtsprechung maßgeblich. Der Ombudsmann soll zu jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens eine gütliche Einigung der Parteien anstreben.

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

(3) Hilft der Beschwerdegegner der Beschwerde nicht ab und hält der Ombudsmann die Beschwerde vollständig oder teilweise für begründet, unterbreitet er einen Schlichtungsvorschlag. Der Ombudsmann unterbreitet auch einen Schlichtungsvorschlag, wenn der Beschwerdegegner nur teilweise dem Beschwerdeanliegen 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 die Beschwerde für unbegründet, teilt er dies den Beteiligten durch ein verfahrensabschließendes Schreiben mit. Absatz 3 Satz 8 gilt entsprechend.

§ 11 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

(1) Der Ombudsmann ist verpflichtet, die Identität Beteiligter am Beschwerdeverfahren 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.

2. Mitgliedsunternehmen (Stand: Ende 2018)



Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstraße 28, 80802 München
 Postanschrift: Postfach 11 30,
 85765 Unterföhring
 Tel.: (089) 38 00-10 00 / Fax: (0800) 4 40 01 03
www.allianzdeutschland.de
service.apkv@allianz.de



AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln
 Postanschrift: 50592 Köln
 Tel.: (01803) 55 66 22 / Fax: (0221) 1 48-3 62 02
www.axa-kranken.de
service@axa-kranken.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Theodor-Heuss-Straße 96, 49377 Vechta
 Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
 Tel.: (04441) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



Barmenia Krankenversicherung a.G.

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
 Postanschrift: 42094 Wuppertal
 Tel.: (0202) 4 38-00 / Fax: (0202) 4 38-28 46
www.barmenia.de
info@barmenia.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

Theodor-Heuss-Straße 96, 49377 Vechta
 Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
 Tel.: (04441) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Wargauer Straße 30, 81539 München
 Postanschrift: Maximilianstr. 53,
 81537 München
 Tel.: (089) 21 60-0 / Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de
service@vkb.de



ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München
 Postanschrift: Postfach 82 01 73,
 81801 München
 Tel.: (089) 41 24-02 / Fax: (089) 41 24-25 25
www.arag.de
service@arag.de



Gesundheit bewegt uns.

Central Krankenversicherung AG

Hansaring 40–50, 50670 Köln
 Postanschrift: 50593 Köln
 Tel.: (0221) 16 36-0 / Fax: (0221) 16 36-2 00
www.central.de
info@central.de



CONCORDIA

Krankenversicherungs-AG

Concordia Krankenversicherungs-AG

Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover
 Postanschrift: 30621 Hannover
 Tel.: (0511) 57 01-0 / Fax: (0511) 57 01-19 05
www.concordia.de
kv@concordia.de



Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
 Postanschrift: 44118 Dortmund
 Tel.: (0231) 9 19-0 / Fax: (0231) 9 19-29 13
www.continentale.de
info@continentale.de



Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18,
 56073 Koblenz
 Postanschrift: 56058 Koblenz
 Tel.: (0261) 4 98-0 / Fax: (0261) 4 14 02
www.debeka.de
info@debeka.de

DEVK

DEVK Krankenversicherungs- Aktiengesellschaft

Riehler Straße 190, 50735 Köln
 Postanschrift: 50729 Köln
 Tel.: (0221) 7 57-0 / Fax: (0221) 7 57-22 00
www.devk.de
info@devk.de



DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300, 50933 Köln
 Postanschrift: 50594 Köln
 Tel.: (0221) 5 78-0 / Fax: (0221) 5 78-36 94
www.dkv.com
kunden-center@dkv.com



Envivas Krankenversicherung AG

Gereonswall 68, 50670 Köln
 Tel.: (0800) 4 25 25 25 / Fax: (0221) 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de

ERGO Direkt

ERGO Direkt Krankenversicherung AG

Karl-Martell-Straße 60, 90344 Nürnberg
 Tel.: (0911) 1 48-01 / Fax: (0911) 1 48-17 00
www.ergodirekt.de
info@ergodirekt.de



FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG

Hansaallee 154, 60320 Frankfurt
 Postanschrift: Postfach 11 07 52,
 60042 Frankfurt
 Tel.: (069) 9 74 66-0 / Fax: (069) 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de

Gothaer

Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
 Postanschrift: 50598 Köln
 Tel.: (0221) 3 08-00 / Fax: (0221) 3 08-1 03
 www.gothaer.de
 info@gothaer.de



HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart
 Postanschrift: 70166 Stuttgart
 Tel.: (0711) 66 03-0 / Fax: (0711) 66 03-2 90
 www.hallesche.de
 service@hallesche.de



HanseMerkur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
 Postanschrift: 20352 Hamburg
 Tel.: (040) 41 19-0 / Fax: (040) 41 19-32 57
 www.hansemerkur.de
 info@hansemerkur.de

HanseMerkur Spezial Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
 Postanschrift: 20352 Hamburg
 Tel.: (040) 41 19-0 / Fax: (040) 41 19-32 57
 www.hansemerkur.de
 info@hansemerkur.de



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
 Bahnhofplatz, 96450 Coburg
 Postanschrift: 96444 Coburg
 Tel.: (09561) 96-0 / Fax: (09561) 96-36 36
 www.huk.de
 info@huk-coburg.de



INTER Krankenversicherung AG

Erzbergerstraße 9–15, 68165 Mannheim
 Postanschrift: 68120 Mannheim
 Tel.: (0621) 4 27-4 27 / Fax: (0621) 4 27-9 44
 www.inter.de
 info@inter.de



Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

Karl-Wiechert-Allee 60 b, 30625 Hannover
 Tel.: (0511) 9 12-16 80 oder -13 15 /
 Fax: (0511) 9 12-16 82
 www.kuk-bf-hannover.de
 info@kuk-bf-hannover.de



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg
 Postanschrift: 21332 Lüneburg
 Tel.: (04131) 7 25-0 / Fax: (04131) 40 34 02
 www.lkh.de
 info@lkh.de



LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG

Weißenburgstraße 17, 93055 Regensburg
 Tel.: (0941) 70 81 84-0 / Fax: (0941) 70 81 84-79
 www.ligakranken.de
 service@ligakranken.de



LVM Krankenversicherungs-AG

Kolde-Ring 21, 48151 Münster
 Postanschrift: 48126 Münster
 Tel.: (0251) 7 02-0 / Fax: (0251) 7 02-10 99
 www.lvm.de
 info@lvm-krankenversicherung.de



Mecklenburgische KRANKENVERSICHERUNGS-AKTIEGESELLSCHAFT

Mecklenburgische

Krankenversicherungs-AG

Platz der Mecklenburgischen 1,
 30625 Hannover
 Postanschrift: 30619 Hannover
 Tel.: (0511) 53 51-0 / Fax: (0511) 53 51-4 44
 www.mecklenburgische.de
 service@mecklenburgische.de



MÜNCHENER VEREIN

Krankenversicherung a.G.

Pettenkoferstraße 19, 80336 München
 Postanschrift: 80283 München
 Tel.: (089) 51 52-0 / Fax: (089) 51 52-15 01
 www.muenchener-verein.de
 info@muenchener-verein.de



NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
 Postanschrift: 90334 Nürnberg
 Tel.: (0911) 5 31-0 / Fax: (0911) 5 31-32 06
 www.nuernberger.de
 info@nuernberger.de



ottonova Krankenversicherung AG

Ottostraße 4, 80333 München
 Tel.: (089) 12 14 07 12
 www.ottonova.de
 support@ottonova.de



Pax-Familienfürsorge Kranken- versicherung AG im Raum der Kirchen

Doktorweg 2–4, 32756 Detmold
 Tel.: (05231) 9 75-0 / Fax: (05231) 9 75-1 02
 www.vrk.de
 info@vrk.de



Provincial Krankenversicherung Hannover AG

Schiffgraben 4, 30159 Hannover
 Postanschrift: 30140 Hannover
 Tel.: (0511) 3 62-0 / Fax: (0511) 3 62-29 60
 www.vgh.de
 service@vgh.de



R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
 Postanschrift: 65181 Wiesbaden
 Tel.: (0611) 5 33-0 / Fax: (0611) 5 33-45 00
www.ruv.de
ruv@ruv.de



SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
 Postanschrift: 44121 Dortmund
 Tel.: (0231) 1 35-0 / Fax: (0231) 1 35-46 38
www.signal-iduna.de
info@signal-iduna.de



SONO Krankenversicherung a.G.

Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
 Tel.: (02041) 18 22-0 / Fax: (02041) 18 22-20
www.sonoag.de
info@sonoag.de



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

Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart
 Tel.: (0711) 60 07 38 / Fax: (0711) 6 07 44 12
www.stmartinusvvag.de
info@stmartinusvvag.de



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
 Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach
 Tel.: (0711) 57 78-0 / Fax: (0711) 57 78-7 77
www.sdk.de
sdk@sdk.de



Union Krankenversicherung AG

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
 Postanschrift: 66099 Saarbrücken
 Tel.: (0681) 8 44-70 00 / Fax: (0681) 8 44-25 09
www.ukv.de
service@ukv.de



uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Straße 1–7, 90489 Nürnberg
 Postanschrift: 90333 Nürnberg
 Tel.: (0911) 53 07-0 / Fax: (0911) 53 07-16 76
www.universa.de
info@universa.de



vigo Krankenversicherung VVaG

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
 Postanschrift: Postfach 10 33 64,
 40024 Düsseldorf
 Tel.: (0211) 35 59 00-0 / Fax: (0211) 35 59 00-20
www.vigo-krankenversicherung.de
service@vigo-krankenversicherung.de



württembergische

Der Fels in der Brandung.

Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
 Postanschrift: 70163 Stuttgart
 Tel.: (0711) 6 62-0 / Fax: (0711) 6 62-82 25 20
www.wuerttembergische.de
krankenversicherung@wuerttembergische.de

Außerordentliche Mitgliedsunternehmen:



die Bayerische

Versichert nach dem Reinheitsgebot

Bayerische Beamten Versicherung AG

Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München
 Tel.: (089) 67 87-0 / Fax: (089) 67 87-91 50
www.bbv.de
info@bbv.de

EUROPA

VERSICHERUNG PUR.

EUROPA Versicherung AG

Piusstraße 137, 50931 Köln
 Tel.: (0221) 57 37-01 / Fax: (0221) 57 37-2 01
www.europa.de
info@europa.de

DEUTSCHE 
Familienversicherung

DFV Deutsche Familienversicherung AG

Reuterweg 47, 60323 Frankfurt/Main
 Tel.: (069) 9 58 69 69 / Fax: (069) 9 58 69 58
www.dfv.ag
service@dfv.ag

janitor 

Janitos Versicherung AG

Im Breitspiel 2–4, 69126 Heidelberg
 Postanschrift: Postfach 10 41 69,
 69031 Heidelberg
 Tel.: (06221) 7 09-10 00 / Fax: (06221) 7 09-10 01
www.janitos.de
info@janitos.de

 **europ**
assistance
you live we care

Europ Assistance Versicherungs-AG

Adenauerring 9, 81737 München
 Tel.: (089) 5 59 87-0 / Fax: (089) 5 59 87-1 99
www.europ-assistance.de
info@europ-assistance.de

WGV  **Versicherungen**

WGV-Versicherung AG

Tübinger Straße 55, 70178 Stuttgart
 Postanschrift: 70164 Stuttgart
 Tel.: (0711) 16 95-17 20 / Fax: (0711) 16 95-11 00
www.wgv.de
kundenservice@wgv.de

WÜRZBURGER | DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG

Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg
Postanschrift: Postfach 68 29, 97018 Würzburg
Tel.: (0931) 27 95-0 / Fax: (0931) 27 95-2 95
www.wuerzburger.com
info@wuerzburger.com

Weitere Teilnehmer:



BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

Potsdamer Platz 10
10785 Berlin
Tel.: (030) 896 770 110 / Fax: (030) 896 770 113
www.berlin-direktversicherung.de
info@berlin-direktversicherung.de



Postbeamtenkrankenkasse

Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0 / Fax: (0711) 13 56-33 97
www.pbeakk.de
uk@pbeakk.de



Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Hauptverwaltung
Salvador-Allende-Straße 7,
60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53,
60606 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 2 47 03-1 11 / Fax: (069) 2 47 03-1 99
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de

3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten

Für Beschwerden gegen Versicherungs-
zweige, die nicht der Privaten
Krankenversicherung zuzuordnen sind:

- **Versicherungsombudsmann**
Postfach 080632
10006 Berlin

Tel.: 0800/3696000
Fax: 0800/3699000
www.versicherungsombudsmann.de

Für Beschwerdefälle aus dem Bereich
der Gesetzlichen
Krankenversicherung:

- **Bundesversicherungsamt**
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Tel.: 0228/619-0
Fax: 0228/619-1870
www.bundesversicherungsamt.de

Für Beschwerden gegen jeglichen
Versicherungszweig:

- **Bundesanstalt für Finanzdienst-
leistungsaufsicht (BaFin)**
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
bzw. Postfach 1253, 53002 Bonn

Tel.: 0228/4108-0
Fax: 0228/4108-1550
www.bafin.de

Für Fragen zum Recht der Patientinnen
und Patienten im medizinischen
Versorgungsalltag:

- **Die Beauftragte der Bundes-
regierung für die Belange der
Patientinnen und Patienten**
Frau Prof. Dr. Claudia Schmidtke
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

Tel.: 030/18441-3424
Fax: 030/18441-3422
www.patientenbeauftragter.de

Zur Beilegung von Finanzstreitigkeiten
in den Ländern des Europäischen
Wirtschaftsraums:

- **FIN-NET**
[http://ec.europa.eu/internal_mar-
ket/fin-net/index_de.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_de.htm)

4. Kontaktdaten

Herausgegeben vom
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Glinkastraße 40
10117 Berlin

Telefon: 08002 55 04 44

(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030 20 45 89 31

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Ombudsmann

Heinz Lanfermann

Referatsleiter

Nikolai Sauer

Referenten

Stefan Brachmüller

Franziska Große

Petra Herklotz

Clemens Hof

Katrin Langhans

Sandy Stephan

Judith Vollmer

Sachbearbeiter

Susanne Boelitz

Sabrina Müller

Mirela Piplica

Cathleen Prüfig

Katrin Schütz

Sophia Schulz

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

Stand: 31.01.2019

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Tel.: 08002 55 04 44

Fax: 030 20 45 89 31

www.pkv-ombudsmann.de