OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht
2015

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht
2015

Inhalt

Vorwort **2**

I. Die Schlichtungsstelle **5**

II. Organisation und Verfahren **9**
Verfahrensgarantien 12

III. Statistik **15**
1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens 16
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung 23

IV. Ausgewählte Beschwerdethemen **27**
1. Gebührenstreitigkeiten GOÄ 28
2. Beitragsanpassung 29
3. Tarifwechsel 31
4. Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn 32
5. EWR-Dienstleister 34
6. Alternativmedizin 35

V. Beispielsfälle **39**
1. Energie kostet 40
2. Ersatzbrille 41
3. Ambulante Psychotherapie nach Tarifwechsel in den Basistarif 41
4. Rezeptkosten im Notlagentarif 42
5. Hüftersatz und Notlagentarif 43
6. Augen auf bei Lidstraffung 44
7. Unterstützung bei vermeintlichem Behandlungsfehler 45
8. Unerwartete Krankheit 45
9. Teure Behandlung in der Schweiz 46
10. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 47

VI. Ausblick **49**

VII. Anhang **53**
1. Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung 54
2. Mitgliedsunternehmen 61
3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten 68
4. Kontaktdaten 70

Vorwort

Für die Schlichtungsstelle der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung stand auch das Jahr 2015 wieder im Zeichen großer Kontinuität. Der leichte Rückgang der Beschwerden und die geringen Verschiebungen bei den Beschwerdethemen sind im Statistikteil dieses Berichts im Einzelnen dargelegt. Die Beschwerdequote – bezogen auf die Zahl von fast 43 Millionen Verträgen in der Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung – liegt nur noch bei ca. 0,013 % und ist nach wie vor als sehr gering zu bezeichnen.

Aus diesen Zahlen spricht nicht nur eine hohe Zufriedenheit der Kunden mit ihrer privaten Krankenversicherung, sie belegen sicher auch ein gutes Beschwerdemanagement der Versicherer. Bei den naturgemäß immer wieder einmal vorkommenden Meinungsverschiedenheiten gibt es eben nicht nur die eindeutigen Fälle, in denen Ansprüche abgewiesen werden (müssen). Und dies nicht nur mit Blick auf die Bilanz, sondern auch im Sinne der Versicherten und der Stabilität ihrer Beiträge. Es gibt auch die Fälle, in denen es für den Versicherer durchaus sinnvoll sein kann, einvernehmliche Lösungen herbeizuführen, bevor ein Streit das doch auf lange Dauer und möglichst große Zufriedenheit des Kunden angelegte Vertragsverhältnis belastet und der Versicherte entweder den Ombudsmann anruft oder gar vor Gericht zieht. So mag der Ombudsmann auch prophylaktisch wirken und sich zugunsten vieler Versicherter auszahlen, die ihn gar nicht anrufen bzw. benötigen.

Bedauerlich ist der weitere Anstieg der Gebührenstreitigkeiten, die an den Ombudsmann herangetragen werden. Dabei handelt es sich um eine Belastung des Verhältnisses zwischen dem Versicherten und seinem Versicherungsunternehmen, die ausgehend von einem anderen Vertragsverhältnis, nämlich zwischen einem Leistungserbringer (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Heilpraktiker, Physiotherapeut usw.) und dem Versicherten als Patienten, entstanden ist. Die Rechnungssteller halten natürlich ihre Forderungen für berechtigt, die Versicherer lehnen sie als unbegründet oder überhöht ab. Der Versicherte selbst kann die Abrechnun-

gen nicht bewerten und bittet den Ombudsmann um Unterstützung.

Mit diesem Problem beginnen im Kapitel IV die ausgewählten Beschwerdethemen, die ich Ihnen besonders zur Lektüre empfehle. Dort ist auch das Thema Tarifwechsel behandelt und in diesem Zusammenhang möchte ich positiv erwähnen, dass ein Großteil der Versicherer die Tarifwechsel-Leitlinien des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. seit dem 01.01.2016 umsetzt.

Wie in den Vorjahren verlief die Zusammenarbeit mit den Versicherungsunternehmen auch im Jahr 2015 nahezu reibungslos. Wiederum wurde allen Schlichtungsvorschlägen Folge geleistet.

Im Jahr 2016 wird in Berlin wieder ein intensiver Meinungsaustausch mit den Mitarbeitern der Unternehmen stattfinden, die an dem Ombudsmannverfahren beteiligt sind. Bei dieser Konferenz werden auch die Auswirkungen des Gesetzes über die alternative Streitbeilegung in Verbrauchersachen (Verbraucherstreitbeilegungsgesetz – VSBG) besprochen werden, das ab dem 01.08.2016 für den Ombudsmann wirksam wird. Näheres hierzu finden Sie am Ende des Berichts unter Kapitel VI Ausblick.

Zum Abschluss darf ich mich wieder ganz herzlich bei meinem Team für die hervorragende Unterstützung meiner Arbeit bedanken. Neben der Bearbeitung und Organisation der Beschwerden, den vielen Schreiben und Gesprächen mit den Verfahrensbeteiligten sowie vielen internen Beratungen haben meine Mitarbeiter auch schon zusätzlich umfangreiche Vorbereitungen getroffen, um die Arbeitsabläufe an die neuen gesetzlichen Vorgaben anzupassen und weiterhin eine erfolgreiche Schlichtungstätigkeit anbieten zu können

Berlin, im Mai 2016

Heinz Lanfermann

I. Die Schlichtungsstelle

II. Organisation und Verfahren
III. Statistik
IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
V. Beispielsfälle
VI. Ausblick
VII. Anhang

Die Schlichtungsstelle

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern auf der einen Seite und Versicherungsunternehmen bzw. Versicherungsvermittlern und Versicherungsberatern auf der anderen Seite. Die Schlichtungsstelle ist als solche gemäß § 214 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vom Bundesministerium der Justiz anerkannt.

Person des Ombudsmanns

Seit dem 01.01.2014 übt Heinz Lanfermann das Amt des Ombudsmanns aus. Heinz Lanfermann war von 1996 bis 1998 beamteter Staatssekretär des Bundesministeriums der Justiz. Im Rahmen seiner langjährigen Tätigkeit als Abgeordneter des Deutschen Bundestages und des nordrhein-westfälischen Landtages war er regelmäßig auch mit den Fragen des Gesundheitswesens befasst. Bereits während seiner beruflichen Zeit als Richter hat er sich mit dem Medizinrecht beschäftigt.

Aufgabe

Aufgabe des Ombudsmanns ist es, als Streitschlichter zwischen den Versicherten und den Unternehmen sowie Versicherungsvermittlern und -beratern zu vermitteln. Insbesondere erläutert der Ombudsmann den Versicherten die rechtlichen Hintergründe der jeweiligen Sachverhalte und legt seine Entscheidung transparent und verständlich dar. Dadurch hat er in wachsendem Maße dazu beigetragen, Klarheit für die Versicherten in das komplexe Versicherungswerk zu bringen und so auch zukünftigen Streitigkeiten vorzubeugen.

FIN-NET

Der Ombudsmann ist Mitglied im FIN-NET, dem grenzüberschreitenden Beschwerdenetzwerk für außergerichtliche Streitschlichtung der Europäischen Kommission in Finanzdienstleistungsangelegenheiten. Es ermöglicht den Mitgliedern, Beschwerden unbürokratisch an die zuständige nationale Schlichtungsstelle weiterzuleiten. Das FIN-NET wird immer dann eingeschaltet, wenn sich die Beschwerden gegen europäische Versicherer wenden, die nicht Mitglied im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sind und ebenfalls dem FIN-NET angeschlossen sind. Durch die Zusammenarbeit der Schiedsstellen unter dem Dach von FIN-NET erhalten die Verbraucher Zugang

zu außergerichtlichen Schiedsverfahren in grenzüberschreitenden Streitfällen.

II. Organisation und Verfahren

Organisation und Verfahren

Sitz der Schlichtungsstelle

Sitz der Schlichtungsstelle für die Private Kranken- und Pflegeversicherung ist Berlin. Sämtliche Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. nehmen am Ombudsmannverfahren teil. Bei seiner Schlichtungsarbeit wird der Ombudsmann derzeit von sieben Volljuristen/innen sowie von fünf Mitarbeiterinnen im Sekretariat unterstützt. Ein Verzeichnis der Mitgliedsunternehmen und sämtliche Kontaktdaten des Ombudsmanns finden sich im Anhang des Berichts.

Einreichung der Beschwerde

Eine Beschwerde muss grundsätzlich schriftlich eingereicht werden. Neben der postalischen Einsendung existiert dafür auch die Möglichkeit, die Beschwerde per Fax oder online über die Internetseite des Ombudsmanns einzureichen. Die Juristen stehen den Beschwerdeführen auch telefonisch für allgemeine Informationen und Auskünfte zur Verfügung.

Das Ombudsmannverfahren ist für die Versicherungsnehmer kostenlos. Lediglich die Auslagen für die Einreichung der Beschwerde (Porto etc.) sowie etwaige Kosten für einen beauftragten Rechtsanwalt sind vom Beschwerdeführer selbst zu tragen.

Im Verfahren vor dem Ombudsmann wird zunächst die Zulässigkeit der Beschwerde geklärt, bevor die eigentliche Beschwerdeprüfung beginnen kann.

Zulässigkeitsprüfung

Bei Eingang der Beschwerde wird geprüft, ob sich die eingereichte Beschwerde auf den Bereich der Kranken- und/oder Pflegeversicherung bezieht. Betrifft die Beschwerde einen anderen Versicherungszweig, wird sie an den dafür zuständigen Versicherungsombudsmann e. V. weitergeleitet. Darüber hinaus muss die Frist zur Eingabe eingehalten werden: Beschwerden sind innerhalb eines Jahres nach der Entscheidung des Versicherers, welche Gegenstand des Beschwerdeverfahrens sein soll, einzureichen. Eine verspätete Beschwerde kann nicht mehr überprüft werden. Gleiches gilt, wenn die Beschwerde bereits Gegenstand eines gerichtlichen Verfahrens oder Mahnverfahrens ist. Auch Bagatellsachen (Streitwert bis zu 50 Euro) können im Ombudsmannverfahren nicht behandelt werden.

Beschwerdeprüfung

Ist die Beschwerde zulässig, wird sie an das jeweilige Versicherungsunternehmen mit der Bitte um Stellungnahme weitergeleitet. Richtet sich die Beschwerde (auch) gegen einen Versicherungsvermittler, wird dieser ebenfalls um eine Stellungnahme gebeten. Anhand der jeweiligen Stellungnahmen sowie der eingereichten Unterlagen des Beschwerdeführers wird die Beschwerde dann in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht geprüft. Als Grundlage für die Prüfung dienen die Gesetze, die Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie die einschlägige Rechtsprechung, wobei die Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls berücksichtigt werden. Dabei sind folgende Ergebnisse möglich:

Empfehlung

Als Streitschlichtungsstelle wirkt der Ombudsmann auf eine gütliche Streitbeilegung hin und versucht, ein Vermittlungsergebnis zu erreichen, um so einen möglichen Rechtsstreit zu vermeiden. Im Idealfall können sich beide Parteien auf einen Kompromiss einigen, welchen der Ombudsmann im Verfahren unterbreitet. In Fällen, in denen das Versicherungsunternehmen den Anspruch des Beschwerdeführers ganz oder teilweise anerkennt, teilt der Ombudsmann dem Beschwerdeführer das Ergebnis mit und erklärt die Hintergründe.

Verfahrensabschluss

Ist die Beschwerde nach Auffassung des Ombudsmanns unbegründet, wird dem Beschwerdeführer die tatsächliche und rechtliche Situation in einem verfahrensabschließenden Schreiben erläutert.

In den Fällen, in denen es um eine medizinische Fragestellung geht, können im Rahmen des kostenfreien Ombudsmannverfahrens zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts keine medizinischen Gutachten Dritter eingeholt werden. Hier beschränkt sich die vermittelnde Tätigkeit darauf, nochmals eine Überprüfung durch medizinische Sachverständige anzuregen oder in Härtefällen eine Kulanzlösung vorzuschlagen.

Förmliche Empfehlung

Sind der Ombudsmann und das jeweilige Versicherungsunternehmen unterschiedlicher Auffassung und kommt eine gütliche Einigung nicht zustande, spricht der Ombudsmann eine förmliche Empfehlung gemäß § 7 Abs. 1 des Statuts aus (Statut als Anlage zum Bericht). Den Beteiligten ist es freigestellt, diesen Schiedsspruch anzunehmen oder nicht. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Versicherer der förmlichen Empfehlung in der Regel folgen.

Verfahrensgarantien

1. Unparteilichkeit

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

2. Qualifikation des Ombudsmanns

Der Ombudsmann verfügt 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, arbeiten oder dort irgendeine Stellung bekleiden. Auch vor diesem Hintergrund ist die Neutralität des Ombudsmanns gewährleistet.

3. Verjährungshemmung

Die Verjährung eines Anspruchs ist vom Beginn des Tages gehemmt, an dem die Beschwerde beim Ombudsmann eingeht. Die Hemmung endet am Ende des Tages, an welchem dem Beschwerdeführer die Mitteilung über die Beendigung des Beschwerdeverfahrens zugeht.

4. Prüfungskompetenz

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

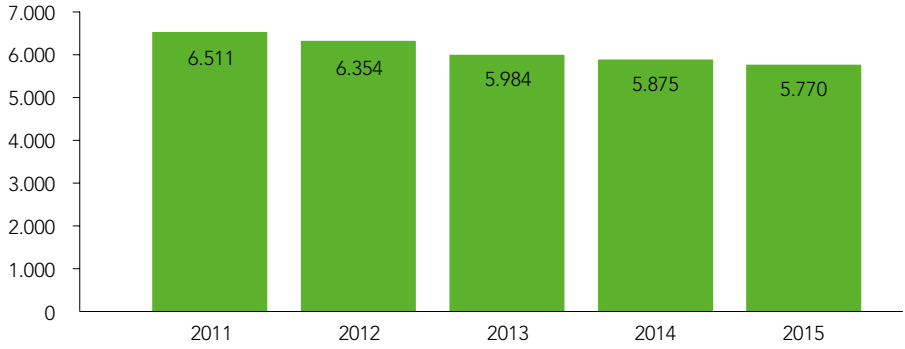
I. Die Schlichtungsstelle
II. Organisation und Verfahren
III. Statistik
IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
V. Beispielsfälle
VI. Ausblick
VII. Anhang

Statistik

1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

Im Berichtszeitraum 2015 ist die Zahl der Anfragen beim Ombudsmann im vierten Jahr in Folge leicht gesunken. Insgesamt gingen beim Ombudsmann 5.770 Schlichtungsanfragen ein und damit 1,8 % weniger als in 2014. Einen Überblick über die Beschwerdeentwicklung in den letzten fünf Jahren bietet die nachfolgende Grafik.

Beschwerdeaufkommen in den letzten fünf Jahren



Unter Berücksichtigung der knapp 43 Millionen bestehenden Verträge[1] in der Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung, für die der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist, errechnet sich eine Beschwerdequote von rund 0,013 %. Hochgerechnet auf die einzelnen Leistungsfälle pro versicherte 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.

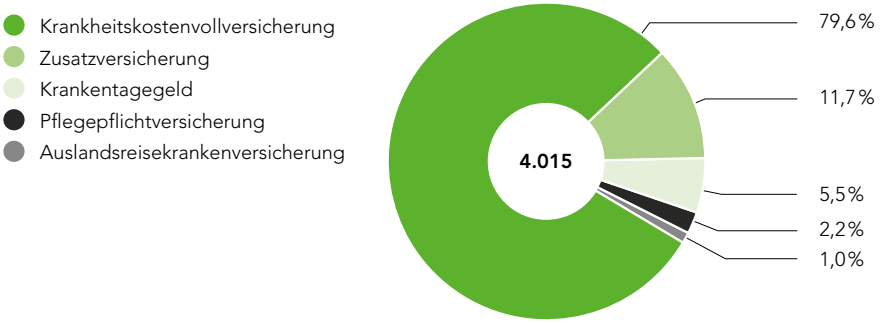
1 Stand: 31.12.2015

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

Die Institution des Ombudsmanns wird von den Versicherten als kompetente und vertrauensvolle Anlaufstelle wahrgenommen und akzeptiert.

Von den im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden waren 4.015 und damit 69,6 % zulässig. 84 Verfahren wurden nachträglich eingestellt, da sich das Beschwerdeanliegen, z. B. durch zwischenzeitliche Einigung mit dem Krankenversicherer, außerhalb des Ombudsmannverfahrens erledigt hatte.

Verteilung der zulässigen Beschwerden nach Art des Versicherungsvertrages 2015



Verteilung des Beschwerdeaufkommens

Hinsichtlich der Verteilung der Beschwerden auf die einzelnen Themengebiete gab es eine leichte Verschiebung von der Krankheitskostenvollversicherung zu der Zusatzversicherung. 79,6 % entfielen auf die Krankheitskostenvollversicherung, 11,7 % auf Zusatzversicherungen. Bei letzteren handelt es sich überwiegend um Ergänzungsversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Verhältnis zum Jahr 2014 ist das Beschwerdeaufkommen bei den Zusatzversicherungen um 0,4 Prozent gestiegen. Lediglich leicht hat sich auch das Beschwerdeaufkommen in Bezug auf die Krankentagegeldversicherung, das im Jahr 2015 bei 5,5 % gelegen hat, erhöht. Ebenfalls mit nur kleinen Veränderun-

gen werden an den Ombudsmann Beschwerden im Zusammenhang mit der Pflegepflichtversicherung (2,2 %) und der Auslandsreisekrankenversicherung (1,0 %) herangetragen.

Krankheitskostenvollversicherung

Medizinische Notwendigkeit

Unverändert haben sich die Versicherten im Jahr 2015 am häufigsten mit Fragen hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen an den Ombudsmann gewandt (22,4 %). 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 (insgesamt 13,4 %). 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 bei der Einschätzung besteht ein gewisser Auslegungsspielraum. In den letzten Jahren ist die Zahl der Beschwerden zu diesem Themenkomplex gestiegen. 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.

Gebührenstreitigkeiten

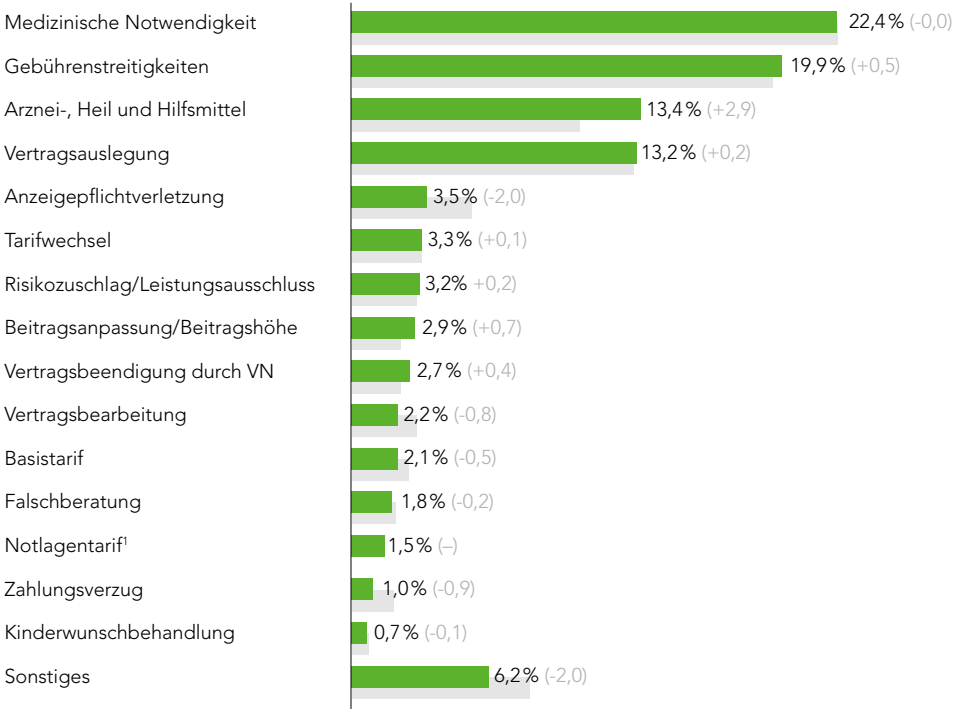
Im Berichtszeitraum wurden erneut häufiger Gebührenstreitigkeiten an den Ombudsmann herangetragen (19,4 %). Gebührenstreitigkeiten beschäftigen den Ombudsmann - nach den Fragen im Zusammenhang mit der medizinischen Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen - am zweithäufigsten. Als Grund sieht der Ombudsmann die konsequenten Rechnungsprüfungen der Unternehmen und die zum Teil hochgegriffenen Abrechnungen durch die Ärzte und Zahnärzte. Nach der letzten Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zum 01.01.2012, gibt es bereits intensive Verhandlungen zwischen der Privaten Krankenversicherung und der Bundesärztekammer über eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Allerdings ist die Überarbeitung derzeit noch nicht abgeschlossen, so dass für die ärztlichen Abrechnungen weiterhin die bisherige GOÄ gilt. Aufgrund des Alters der aktuellen GOÄ wird oftmals argumentiert, dass diese die ärztlichen Leistungen nicht mehr angemessen honoriere. Aller-

1 Versicherungsnehmer

dings muss es dem Gesetzgeber überlassen bleiben, eine neue GOÄ zu erlassen. Auch wenn einige Ärzte die GOÄ großzügig anwenden, 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 Kulanzleistungen häufig nicht möglich.

Verteilung der Beschwerdethemen 2015 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in der Krankheitskostenvollversicherung: **3.197** (79,6 %)



Anzeigepflicht-verletzung

Erneut rückläufig ist der Anteil der Beschwerden aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung bei Vertragsschluss (3,5 %). Eine solche liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer im Antrag unvollständige oder falsche Angaben bspw. zu Fragen nach dem Gesund-

1 2015 erstmals erfasst

heitszustand oder dem Zahnstatus gemacht hat. Die Anzeigepflicht 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 ein Rückgang der Beschwerdezahlen sehr erfreulich.

Beitragsanpassungen

Eingaben, mit denen sich die Versicherten gegen Beitragsanpassungen ihres Versicherers wenden, sind im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (2,9 %). Die Beiträge blieben in der Privaten Krankenversicherung jedoch auch im Jahr 2015 größtenteils stabil, notwendige Anpassungen fielen moderat aus.

Tarifwechsel

Nahezu konstant sind die Beschwerdezahlen im Zusammenhang mit Tarifwechseln (3,3 % gegenüber 3,2 % im Jahr 2014). Ein Tarifwechsel ist für die Versicherten bedeutsam, da dies eine Möglichkeit ist, die Beitragsverpflichtung zu senken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Reduzierung der Beitragslast oftmals nur über eine Reduzierung des Versicherungsschutzes erreicht werden kann. Die positive Entwicklung bei Fragen im Zusammenhang mit Tarifwechseln macht deutlich, dass die Versicherten ihren Tarifwechselanspruch realisieren können. Dabei ist ein weiterer Rückgang der Beschwerden im Zusammenhang mit Tarifwechseln durch die Tarifwechsel-Leitlinien des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zu erwarten, die zum 01.01.2016 von einem Großteil der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung umgesetzt worden sind.

Basistarif

Der Anteil der Beschwerden im Zusammenhang mit dem Basistarif hat sich leicht reduziert und beträgt nun 2,1 %. 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. Mittlerweile steht nicht mehr der Kontrahierungszwang zur Aufnahme im Basistarif im Vordergrund der Beschwerdebearbeitung, sondern die Leistungsbearbeitung, d. h. die Frage, in welchem Umfang der Versicherer zu einer Leistung verpflichtet ist.

Vertragsauslegung

Zunehmend werden an den Ombudsmann Beschwerden herangetragen, die sich auf die Auslegung und Anwendung der Versicherungsbedingungen beziehen (13,2 %). Der Umfang des Versicherungsschutzes wird über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife einschließlich der Tarifbedingungen definiert. Da sich die Leistungsvoraussetzungen in der Privaten Krankenversicherung nach dem individuell vereinbarten Versicherungsschutz richten, kommt es hier oft zu Auslegungsfragen bei den Versicherungsbedingungen.

Notlagentarif

Neu im Jahr 2015 wurden Beschwerden im Zusammenhang mit dem Notlagentarif erfasst (1,5 %). 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. Mit den relativ wenigen Beschwerden ging es den Versicherten um die Klärung von Fragen zur Umstellung in den Notlagentarif aber auch zum Leistungsumfang.

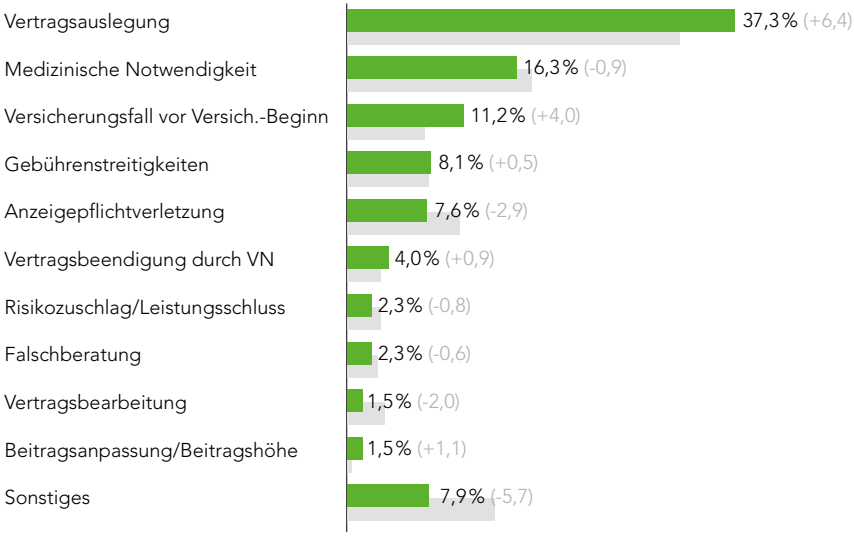
Zusatzversicherungen

Im Jahr 2015 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. 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 37,3 % 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 Erläuterungsbedarf besteht.

Verteilung der Beschwerdethemen 2015

Insgesamt in Zusatzversicherungen: **472** (11,7 %)



Zahnzusatzversicherung

Gerade im Bereich von Zahnzusatzversicherungen entfallen neben der Frage der Auslegung der Versicherungsbedingungen verhältnismäßig viele Beschwerden auf die Ablehnung von Kostenerstattungen mit der Begründung, der Versicherungsfall sei vor Versicherungsbeginn eingetreten (11,2 %). Grundsätzlich kann Versicherungsschutz nur für Ereignisse gewährt werden, die in der Zukunft liegen und deren Eintritt ungewiss ist. Nicht versichert sind bereits eingetretene Versicherungsfälle. Andernfalls

wäre es dem Versicherungsnehmer möglich, zunächst eine ärztliche Diagnose und Beratung über mögliche Behandlungsformen einzuholen, sodann eine Krankenversicherung abzuschließen und nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartezeit die Heilbehandlung in Anspruch zu nehmen. In einem solchen Fall ist der Versicherungsfall jedoch bereits vor Vertragsschluss eingetreten und nicht mehr versicherbar.

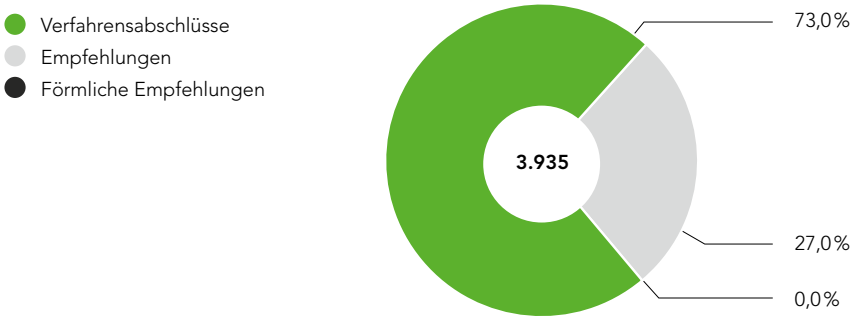
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung

Im Jahr 2015 hat die Ombudsstelle insgesamt 3.935 Beschwerden abgeschlossen. Überdies bearbeiten die Mitarbeiter des Ombudsmanns täglich ungefähr 30 telefonische Anfragen. Auf diesem Weg können bereits einige Fragestellungen geklärt werden. Die Maßgabe des in Kürze anzuwendenden Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes, wonach Beschwerden zukünftig innerhalb von 90 Tagen nach Eingang der vollständigen Beschwerdeakte abgeschlossen sein sollten, konnte der Ombudsmann 2015 weitestgehend erfüllen. Eilbedürftige Fälle wurden nach Möglichkeit schneller bearbeitet.

Bei 27,0 % der Abschlüsse konnte der Ombudsmann den Versicherten vollständig oder zumindest teilweise weiterhelfen. In 73,0 % der Fälle war eine Schlichtung durch den Ombudsmann nicht möglich. Im Berichtsjahr gab es keine Förmliche Empfehlung gemäß § 7 Absatz 1 des Statuts gegen einen Versicherer. Eine solche spricht der Ombudsmann nur dann aus, wenn der Versicherer seiner Empfehlung im Rahmen des Verfahrens nicht folgt. Dieser Umstand macht die große Akzeptanz und Wirksamkeit der Entscheidungen des Ombudsmanns deutlich (s. Grafik nächste Seite)

Die Erfolgsquote lässt sich 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.

Ergebnisse der zulässigen Beschwerden 2015



Aufklärungsarbeit des Ombudsmanns

Der hohe Anteil der „erfolglosen" Beschwerden spricht für die rechtskonforme Bearbeitung der einzelnen Krankenversicherer. 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 nachvollziehbare Erläuterungen dankbar sind.

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 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 Versicherungsnehmern. Sie sind häufig zufrie-

den, 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. Die letzte Konferenz wurde im Oktober 2014 durchgeführt. Für das Jahr 2016 ist die nächste Konferenz, insbesondere im Hinblick auf das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz, vorgesehen.

IV. Ausgewählte Beschwerdethemen

Ausgewählte Beschwerdethemen

1. Gebührenstreitigkeiten GOÄ

Auch im Jahr 2015 waren Auseinandersetzungen über die richtige Auslegung der GOÄ in vielen Fällen Gegenstand einer Beschwerde beim Ombudsmann.

GOÄ veraltet

Die mittlerweile veraltete GOÄ bildet aufgrund des rasanten medizinischen Fortschritts und neuer Behandlungsmethoden nicht mehr den aktuellen Stand der Medizin ab; erforderlich ist zum teil die Abrechnung über Analogien. Dieser Umstand führt zu unterschiedlichen Auffassungen zwischen Ärzten und Krankenversicherern. Die Versicherten geraten zwischen diese Fronten und sind bisweilen nicht in der Lage, die oftmals komplizierten Regelungen einzuschätzen und zu bewerten. Dies führt zu einer misslichen Situation für die Versicherten. Der Ombudsmann spricht sich daher seit Jahren nachhaltig dafür aus, das Gebührenrecht zu reformieren und an den aktuellen Stand der Medizin anzupassen, damit Streitigkeiten über die richtige Auslegung vermieden werden.

Zwar steht eine Novellierung der GOÄ in Aussicht, doch die bisherige GOÄ ist nach wie vor gültig. Die bestehenden Unsicherheiten gehen somit auch weiterhin zu Lasten der Versicherten. Diese fühlen sich oftmals hilflos bei dem Versuch, eine Kostenerstattung für eingereichte ärztliche Rechnungen zu erhalten, denn nachvollziehen können sie die unterschiedlichen Auffassungen zwischen Krankenversicherer und Arzt/Abrechnungsstelle nicht.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens ist die Überprüfung gebührenrechtlicher Streitigkeiten oft nicht einfach, da der Ombudsmann selbst weder Arzt ist, noch über medizinische Fachkenntnisse verfügt. Zudem können im kostenlosen Ombudsmannverfahren keine kostenintensiven Gutachten eingeholt werden. Diese Vorgehensweise bleibt den Gerichten vorbehalten.

Unterstützung durch den Ombudsmann

Der Ombudsmann versucht bei derartigen Streitfällen zu erreichen, dass die Krankenversicherer ihre Kunden aus der Auseinandersetzung mit dem rechnungsstellenden Arzt soweit wie möglich heraushalten. Da zwischen dem behandelnden Arzt und dem Krankenversicherer keine vertragliche Beziehung besteht, kann dies nur über eine sogenannte Abtretungserklärung erreicht werden. Durch eine solche wird der Krankenversicherer in die Lage versetzt, etwa zu Unrecht in Rechnung gestellte Kosten von dem Arzt bzw. Rechnungssteller zurück zu fordern. Dabei sollte der Arzt für Fragen hinsichtlich der Abrechnung durchaus offen sein. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird damit aus Sicht des Ombudsmanns nicht über Gebühr strapaziert.

Darüber hinaus empfehlen die Krankenversicherer den Versicherungsnehmern, den Rechnungsbetrag zunächst zurück zu stellen und erst die Kostenerstattung abzuwarten. Verbleibt es bei einem strittigen Teil, raten die Versicherer den Versicherten, diesen nicht zu zahlen und bieten gleichzeitig eine Übernahme des Prozesskostenrisikos an. Auch hierbei handelt es sich um eine Unterstützungsleistung, die der Ombudsmann begrüßt, da die Versicherten letztlich nicht mit dem finanziellen Risiko belastet werden.

2. Beitragsanpassung

Anpassungsbedarf in der Privaten Krankenversicherung

In der Privaten Krankenversicherung wird die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet. Dies bedeutet, dass eine Prämienänderung nicht allein aufgrund des Älterwerdens der Versicherungsnehmer erfolgen darf. Da aber auch andere Faktoren auf die Leistungen der Versicherer Einfluss nehmen, sieht das Gesetz bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Möglichkeit einer Beitragsanpassung vor. Denn im Bereich des Gesundheitswesens sind Kostensteigerungen nicht zu vermeiden. Ursächlich ist hierfür vor allem der fortwährende medizinische Fortschritt, der sich etwa in neuartigen Behandlungs- und Operationsmethoden, sowie neuen Medikamenten niederschlägt. Zudem nehmen die Versicherten mehr gesundheitliche Leistungen in Anspruch, schon weil die durchschnittliche Lebenserwartung fortwährend steigt. Darüber hinaus spielen die

Entwicklung der allgemeinen Inflation und längerfristige Änderungen des Zinsniveaus eine Rolle.

Jeder Versicherer ist daher verpflichtet, für nach Art der Lebensversicherung kalkulierte Tarife mindestens einmal pro Jahr einen Vergleich der erforderlichen mit den kalkulatorischen Versicherungsleistungen vorzunehmen. Gleiches gilt in Bezug auf die Sterbewahrscheinlichkeiten. Im Falle der nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung einer dieser für die Beitragskalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlagen (sog. auslösender Faktor) ist das Versicherungsunternehmen gesetzlich verpflichtet, alle Prämien der betroffenen Tarife anzupassen.

Voraussetzungen

Ergibt sich bei einem Vergleich der erforderlichen mit den kalkulatorischen Versicherungsleistungen und/oder Sterbewahrscheinlichkeiten, dass eine Abweichung von mehr als 10 % vorliegt, hat eine Beitragsanpassung zu erfolgen. Einige Unternehmen ziehen diese Grenze in gesetzlich zulässiger Weise schon bei niedrigeren Prozentsätzen. Diese Gegenüberstellung von Leistung und Beitrag erfolgt nicht für alle Versicherungsnehmer des Unternehmens gleichzeitig, sondern getrennt nach Personengruppen und Altersstufen eines bestimmten Tarifs. Dies kann dazu führen, dass in einigen Tarifgruppen keine oder nur minimale Beitragsanpassungen erfolgen, in anderen Tarifgruppen hingegen höhere.

Ergibt sich aufgrund einer Änderung des auslösenden Faktors die Pflicht zu einer Prämienanpassung, dann hat der Versicherer zugleich alle übrigen Rechnungsgrundlagen zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren.

Keine willkürliche Anpassung

Für die konkrete Berechnung der Beitragsanpassung, die auf Grundlage der rechtsverbindlichen Kalkulationsverordnung erfolgt, ist ein in der Versicherungsmathematik spezialisierter Aktuar des Versicherungsunternehmens verantwortlich. Dessen Berechnung wird jedoch erst wirksam, wenn sie durch einen unabhängigen Treuhänder überprüft wurde und dieser der Anpassung zugestimmt hat.

Sonderkündigungsrecht

Beitragsanpassungen sind insgesamt für alle Beteiligten unerfreulich. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Versicherer auch im eigenen Interesse sorgfältig darauf achten, die Beiträge nicht unnötig zu erhöhen. Denn jede Beitragsanpassung

hat auch Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens. Zwar hat der Gesetzgeber kein individuelles Widerspruchsrecht für den einzelnen Versicherungsnehmer gegen eine Beitragserhöhung vorgesehen. Jedoch steht dem Versicherten im Falle einer Prämienerhöhung ein Sonderkündigungsrecht zu. Die Frist hierfür beträgt zwei Monate nach Zugang der Änderungsmitteilung. Die Kündigung wirkt für den Zeitpunkt, zudem die Beitragserhöhung wirksam werden soll. Hier sollte der Versicherte aber vorher genau prüfen, ob ein Tarifwechsel innerhalb des Unternehmens nicht die sinnvollere Variante ist, die Beitragslast zu reduzieren.

3. Tarifwechsel

Tarifwechselrecht

Regelmäßig wenden sich die Versicherten mit dem Thema Tarifwechsel an den Ombudsmann, wenn es in diesem Zusammenhang aus ihrer Sicht Schwierigkeiten gibt. Dabei geht es in den Beschwerden um die Durchführung eines gewünschten Tarifwechsels, aber auch um danach auftretende Probleme, bspw. bei der Anrechnung von Selbstbehalten. Die Tarifwechselmöglichkeit ist in § 204 VVG geregelt. Hiernach kann der Versicherungsnehmer bei bestehendem Versicherungsverhältnis vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz annimmt. Grundsätzlich ist bei Tarifwechseln zu berücksichtigen, dass eine Beitragsersparnis in der Regel nur über einen Leistungsverzicht bzw. einen höheren Selbstbehalt zu erzielen ist.

Vielen Versicherten, die sich an den Ombudsmann wenden, sind das Tarifwechselrecht und die entsprechende gesetzliche Regelung zwar bekannt, nicht jedoch die konkreten Einzelheiten, so dass oftmals Irrtümer bzw. Missverständnisse auftreten. So fehlt beispielsweise das Bewusstsein, dass der Versicherer berechtigt ist, eine neue Gesundheitsprüfung durchzuführen, wenn der neue Tarif, gegenüber dem alten, höhere oder umfassendere Leistungen vorsieht. In diesen Fällen kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen.

In diesem Zusammenhang stellt sich für viele Versicherte die Frage, ob ein veranschlagter Risikozuschlag überhaupt in dieser Höhe gerechtfertigt ist, wenn sie sich selbst als gesund einschätzen. Hinzu kommt, dass sie nicht selten dabei Unterstützung von ihrem Arzt erhalten, indem dieser das rein medizinische Risiko als gering oder gar vernachlässigbar bezeichnet.

Es ist jedoch allein das versicherungsmedizinische Risiko relevant, d. h. ob eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, dass der Versicherer aufgrund der Vorerkrankung leistungspflichtig wird. In die Beurteilung fließen auch regelmäßige Kontrolluntersuchungen ein, auch wenn diese keinen Befund liefern. Denn in diesen Fällen sind bereits Kosten angefallen.

Es gibt allerdings auch Beschwerden, bei denen ein gewünschter Tarifwechsel, der den Beschwerdeführern ihrer Auffassung nach per Gesetz zustehe, schlicht nicht möglich ist. Das ist dann der Fall, wenn es dem Versicherten um eine Beitragsersparnis geht, er aber bereits im günstigsten Tarif versichert ist.

Tarifwechsel-Leitlinien

Seit dem 01.01.2016 werden die Tarifwechsel-Leitlinien des Verbandes Private Kranken- und Pflegeversicherung e. V. für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel von einem Großteil der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung umgesetzt. Diese sehen unter anderem vor, dass der Versicherer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine Tarifwechselanfrage beantwortet. Außerdem sind eine individuelle Beratung und die zügige Durchführung des Tarifwechsels garantiert. Ein Großteil der Versicherer – gemeinsam machen sie über 80 % des Marktes aus - ist den Leitlinien beigetreten.

4. Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn

Versicherungen sollen grundsätzlich vor den Folgen ungewisser Ereignisse schützen. § 2 Abs. 1 Satz 2 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) bestimmt: „Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.“

Beginn des Versicherungsfalls

In der Krankenversicherung stellt sich immer wieder die Frage, wann der Versicherungsfall in diesem Sinn eingetreten ist. Ist etwa auf das erste Auftreten von Symptomen abzustellen oder muss sich der Versicherte bereits in einer konkreten laufenden ärztlichen Behandlung befinden, damit von einem eingetretenen Versicherungsfall gesprochen werden kann?

Um dies beantworten zu können, ist zunächst zu klären, was der Versicherungsfall in der Privaten Krankenversicherung überhaupt ist. Nach § 1 Abs. 2 MB/KK gilt: „Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall."

Damit wird deutlich, dass es für den Eintritt des Versicherungsfalles nicht auf das Vorliegen einer Krankheit ankommt. Maßgeblich ist vielmehr der Beginn der Heilbehandlung. Allerdings ist auch damit kein eindeutiger Zeitpunkt umschrieben: Ist darunter schon ein Beratungsgespräch bei einem Arzt zu vagen Schmerzsymptomen zu verstehen oder muss es bereits konkrete „Heiltätigkeiten" gegeben haben?

Die entsprechende Konkretisierung hat die Rechtsprechung vorgenommen. Sie vertritt dabei ein recht weites Verständnis davon, was zur Heilbehandlung im Sinne des beginnenden Versicherungsfalls gehört. Der Bundesgerichtshof (BGH) führt in ständiger Rechtsprechung seit den späten 1970er Jahren aus: „'Heilbehandlung' ist jegliche ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf die Heilung oder Linderung der Krankheit abzielt, mag auch dieses Endziel erst nach Unterbrechungen oder mit Hilfe weiterer Ärzte erreicht werden. Die Heilbehandlung ‚beginnt' mit der ersten Inanspruchnahme einer solchen ärztlichen Tätigkeit." Der BGH ergänzte später, dass wohl der gesamte Vorgang, der bei einem Arzt einen Entscheidungsprozess mit Blick auf eine (möglicherweise erst viel später erfolgende) Behandlung auslöst, jedenfalls aber schon

die erste diagnostische Maßnahme eine „Heilbehandlung" in diesem Sinn darstellt. Hiernach ist als Beginn der Heilbehandlung die erste ärztliche Untersuchung, die auf ein Erkennen des Leidens abzielt, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist.

5. EWR-Dienstleister

Im Berichtsjahr beschäftigte sich der Ombudsmann vermehrt mit Beschwerden, in denen es um den alleinigen Abschluss einer privaten Pflegepflichtversicherung neben einem bereits bestehenden ausländischen Krankenversicherungsschutz ging.

Europäischer Versicherungsschutz

Den Beschwerdeführern wurde zunächst von einem Dienstleister aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bzw. der Europäischen Union (EU) ein ausländischer Krankenversicherungsschutz angeboten. Da dieser die private Pflegepflichtversicherung nicht einschloss, sollte diese bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden.

Kontrahierungszwang

Grundsätzlich besteht im Hinblick auf eine private Pflegepflichtversicherung ein sogenannter Kontrahierungszwang. Das bedeutet, dass ein in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassener privater Krankenversicherer einen Antrag auf Abschluss einer Pflegepflichtversicherung unter bestimmten Voraussetzungen annehmen muss. Welche Voraussetzungen dies sind, bestimmt § 23 i.V.m. § 110 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Hiernach muss der Antragsteller über einen Versicherungsvertrag verfügen, der der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) genügt.

Anforderungen an den Versicherungsschutz

Zu prüfen war in den beim Ombudsmann eingegangenen Beschwerdefällen daher, ob der bestehende ausländische Krankenversicherungsschutz den Anforderungen des § 193 Absatz 3 VVG entsprach. Dies ist u.a. dann der Fall, wenn die Krankheitskostenvollversicherung unbefristet abgeschlossen wird und mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Dabei darf sich der Versicherungs-

schutz nicht auf die Behandlung bestimmter Krankheiten beschränken oder die medizinisch notwendige Heilbehandlung gewisser Erkrankungen ausschließen.

Darüber hinaus müssen die für die tariflich vorgesehenen Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,00 Euro begrenzt sein. Solche Verträge, in denen eine höhere jährliche Selbstbeteiligung möglich ist, erfüllen die durch § 193 Absatz 3 VVG aufgestellten Anforderungen nicht.

Weiter bezieht sich § 193 Absatz 3 VVG auf die substitutive Krankenversicherung. Diese darf nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) in Deutschland nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden. In diesem Zusammenhang ist der Versicherer verpflichtet, sogenannte Alterungsrückstellungen zu bilden. Hinzukommt, dass das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist. Auch die Kündigung der Krankheitskostenvollversicherung aufgrund von Zahlungsrückständen ist nicht möglich.

Die genannten Voraussetzungen wurden in den beim Ombudsmann eingereichten Beschwerden nicht erfüllt. Insbesondere handelte es sich um Verträge, die weder eine Bildung von Alterungsrückstellungen vorsahen, noch über eine ausreichende Kostendeckung im Krankheitsfall verfügten. Darüber hinaus wurden die ausländischen Krankenversicherungsverträge überwiegend nur befristet für die Dauer von einem Jahr abgeschlossen und konnten durch den Versicherer einseitig wegen Zahlungsverzugs gekündigt werden.

Vor diesem Hintergrund waren die Beschwerdegegner nicht verpflichtet, eine private Pflegepflichtversicherung neben einem bestehenden ausländischen Krankenversicherungsschutz abzuschließen.

6. Alternativmedizin

Naturheilverfahren

Den Ombudsmann beschäftigen immer wieder Beschwerden aus dem Bereich der Alternativmedizin. Insbesondere Heilpraktiker aber auch Ärzte verordnen ihren Patienten Präparate aus

dem Bereich der Alternativmedizin und/oder wenden Naturheilverfahren an. Als solche werden Therapien bezeichnet, die sich nicht unmittelbar gegen den Krankheitsprozess selbst richten, sondern ihre Wirkung über eine Anregung der körpereigenen Heilkräfte entfalten. Außerdem gibt es den Begriff der Außenseitermethoden, die häufig auf spekulativen Ansätzen beruhen und für die der wissenschaftliche Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit fehlt.

Der Wunsch vieler Versicherter nach natürlicheren Behandlungsmethoden wird von einer zunehmend kritischen Haltung gegenüber der klassischen Schulmedizin mit Apparaten und Arzneimitteln begleitet. Doch nicht jedes verordnete Präparat oder alternativmedizinische Verfahren wird von den Versicherern erstattet. Für die Kostenerstattung sind vielmehr die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in Verbindung mit den Regelungen des versicherten Tarifs maßgeblich.

Spezielle Tarife

Mittlerweile bieten die Versicherer spezielle Tarife an, die ausdrücklich bestimmte alternative Behandlungsmethoden in den Versicherungsschutz einschließen. Hier ist transparent dargestellt, welche Behandlungsmethoden der Versicherer grundsätzlich erstattet, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Diese Tarife bieten sich für Versicherte an, die generell an Naturheilverfahren interessiert sind und diese der klassischen Schulmedizin vorziehen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass auch hier der konkrete Leistungsfall zu prüfen und die Erstattungsfähigkeit der Naturheilverfahren zu klären ist.

Leistungsvoraussetzungen

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen leisten die Versicherer zunächst für medizinisch notwendige Heilbehandlungen infolge Krankheit oder Unfallfolgen. Außerdem schließt der Versicherungsschutz Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel ein, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinische Methode zur Verfügung steht.

Maßgeblich für die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode erstattungsfähig ist oder nicht, sind demzufolge zuerst die wissenschaftlichen Erkenntnisse. Daneben kann unter bestimmten Voraussetzungen auch für andere Maßnahmen ein Leistungsanspruch gegeben sein, wenn für die konkrete Erkran-

kung keine erfolgversprechenden Heilmethoden der Schulmedizin vorhanden sind.

Außenseitermethoden

Im Einzelfall können darüber hinaus Außenseitermethoden erstattungsfähig sein. Das setzt voraus, dass für eine Behandlung weder schulmedizinische Behandlungsmethoden noch etablierte Naturheilverfahren zur Verfügung stehen. Diese Frage ist oft im Zusammenhang mit unheilbaren oder lebensbedrohenden Erkrankungen zu klären. Maßstab bleibt auch in diesen Fällen zunächst, ob die Behandlung medizinisch notwendig ist. Auch wenn eine unheilbare oder lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt, würde eine schrankenlose Erstattung jeglicher Außenseitermethoden, für die noch kein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis vorliegt, sowohl dem Versicherungsvertrag zuwider laufen als auch dem Interesse des Patienten an einer guten Behandlung widersprechen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist die objektive Vertretbarkeit einer Behandlung zu bejahen, wenn es nach medizinischen Erkenntnissen im Zeitpunkt ihrer Vornahme als wahrscheinlich angesehen werden kann, dass diese auf eine Verhinderung oder zumindest Verlangsamung der Erkrankung hinwirkt. Dabei reicht es aus, wenn die Erreichung des Behandlungsziels mit einer nicht nur ganz geringen Erfolgsaussicht möglich erscheint.

Die Beschwerden, die den Ombudsmann in diesem Zusammenhang erreichen, betreffen häufig spezielle, von einzelnen Ärzten entwickelte, in der Regel sehr kostenträchtige Behandlungsansätze, für die kein Wirksamkeitsnachweis erbracht wurde. Häufig befinden sich die Therapien noch in einem experimentellen Stadium. Nicht selten führt dies zu unbegründeten Hoffnungen eines inkurabel erkrankten Patienten auf Heilung. Wenn jedoch die Leistungsvoraussetzungen nicht erfüllt sind, besteht auch kein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten gegen den Versicherer.

I. Die Schlichtungsstelle
II. Organisation und Verfahren
III. Statistik
IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
V. Beispielsfälle
VI. Ausblick
VII. Anhang

Beispielsfälle aus der Ombudsmannpraxis

1. Energie kostet

Der Beschwerdeführer benötigte aufgrund seiner gesundheitlichen Situation ein 24h-Beatmungsgerät, welches dauerhaft mit Strom betrieben wurde. Die Erstattung der so entstandenen Stromkosten machte er gegenüber seinem Versicherer geltend. Der Versicherer wies seinerseits darauf hin, dass eine Leistungspflicht nicht bestehe, da Stromkosten nicht unter den Versicherungsschutz fielen.

Auch der Ombudsmann konnte sich nicht für eine Erstattung der Stromkosten aussprechen. Zu den versicherten Leistungen gehörten u.a. die medizinisch notwendige Heilbehandlung sowie Hilfsmittel. Da es sich bei dem Beatmungsgerät um ein medizinisch notwendiges Hilfsmittel handelte, hatte der Versicherer diese Kosten erstattet. Die Stromkosten stellten jedoch weder eine medizinisch notwendige Heilbehandlung, noch ein Hilfsmittel dar. Ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten bestand somit nicht.

Der Beschwerdeführer führte in diesem Zusammenhang ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) an. Das BSG hatte sich mit der Frage beschäftigt, ob die Gesetzliche Krankenkasse für die Erstattung von Stromkosten für einen Elektrorollstuhl aufkommen muss und diese bejaht. Ebenso urteilte das BSG im Hinblick auf die Kosten für Batterien eines Hörgerätes. Derartige Urteile beruhen jedoch allein auf den Regelungen des Sozialgesetzbuches und können daher nicht ohne Weiteres auf die Private Krankenversicherung übertragen werden.

Der Ombudsmann hatte sich bei der Einschätzung auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) gestützt. In diesem wurde eine grundsätzliche Leistungspflicht des Privaten Krankenversicherers für Batterien verneint. Der BGH wies zu Recht darauf hin, dass die reinen Betriebskosten weder Kosten der ärztlichen Behandlung noch Reparaturkosten für Hilfsmittel darstellen. Da dieser Grundsatz auf die dem Beschwerdeführer im Zusam-

menhang mit dem Beatmungsgerät entstandenen Stromkosten übertragbar war, musste es bei der ablehnenden Entscheidung des Versicherers verbleiben.

2. Ersatzbrille

Der Beschwerdeführer benötigte eine neue Brille. Er erläuterte, er habe seine kurz zuvor bezogene Brille verloren und benötige daher einen Ersatz. Der Versicherer wollte sich an den Kosten jedoch nicht beteiligen, so dass der Beschwerdeführer den Ombudsmann um Unterstützung bat.

Die ablehnende Haltung des Versicherers konnte der Ombudsmann nicht beanstanden. Der Beschwerdeführer hatte Versicherungsschutz für die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Mit in den Versicherungsschutz eingeschlossen waren die erstattungsfähigen Hilfsmittel, zu denen grundsätzlich Sehhilfen zählen.

Zu berücksichtigen war, dass der Beschwerdeführer bereits kurz zuvor eine Brille bezogen hatte, deren Kosten von dem Versicherer im tariflichen Umfang übernommen wurden. Die danach gekaufte Ersatzbrille hatte identische Dioptrienwerte, sie war also nicht aus medizinischen Gründen erforderlich. Da der Beschwerdeführer mit der ersten Brille ausreichend versorgt war, bestand kein weiterer Anspruch gegen den Versicherer. Der Verlust der ersten Brille löste keinen Versicherungsfall in der Privaten Krankenversicherung aus, so dass dieser nicht über den Versicherungsschutz abgedeckt war.

3. Ambulante Psychotherapie nach Tarifwechsel in den Basistarif

Eine Beschwerdeführerin begab sich in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung und reichte die Rechnung bei ihrem Krankenversicherer zur Erstattung ein. Dieser verweigerte die Kostenerstattung jedoch mit dem Hinweis, dass die Voraussetzungen für eine Leistung aus dem Basistarif nicht erfüllt waren.

Nach dem brancheneinheitlichen Basistarif sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer zuvor im Rahmen eines Konsiliar- und Gutachterverfahrens die Leistungen schriftlich zugesagt hat. Die Beschwerdeführerin hatte die ambulante Psychotherapie weder vor Behandlungsbeginn bei ihrer Krankenversicherung beantragt, noch ein aktuelles Gutachten zur Prüfung eingereicht.

Die Beschwerdeführerin beanstandete die Entscheidung ihres Krankenversicherers und wandte ein, dass sie erst seit Kurzem im Basistarif versichert war und sie von den Leistungsvoraussetzungen für ambulante Psychotherapie keine Kenntnis hatte. Ihr ursprünglicher Versicherungsschutz in der Privaten Krankenversicherung für Studenten sah vergleichbare Leistungsvoraussetzungen für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie allerdings ebenfalls nicht vor.

Mit dem Wechsel in den Basistarif erhielt die Beschwerdeführerin einen Behandlungsausweis mit wichtigen Hinweisen zu den besonderen Leistungsvoraussetzungen – unter anderem bei der ambulanten Psychotherapie. Die Beschwerdeführerin hatte nach Auffassung des Ombudsmanns auch ausreichend Zeit, die Behandlung bei dem Versicherer gemäß den Regelungen des nun geltenden Basistarifs zu beantragen und ein Gutachten einzureichen. Da die besonderen Leistungsvoraussetzungen für eine ambulante Psychotherapie jedoch nicht erfüllt waren, konnte sich der Ombudsmann nicht für eine Kostenerstattung aussprechen.

4. Rezeptkosten im Notlagentarif

Der Beschwerdeführer litt an Diabetes und musste regelmäßig Insulin spritzen. Neben den Kosten für das Insulin entstanden in regelmäßigen Abständen auch Kosten für die Ausstellung von Rezepten, denn Insulin darf nur nach vorheriger ärztlicher Verordnung bezogen werden. Eine Erstattung der ärztlicherseits in Rechnung gestellten Rezeptkosten lehnte der Versicherer ab, da der Beschwerdeführer im sogenannten Notlagentarif versichert war.

Der ablehnenden Haltung des Versicherers schloss sich der Ombudsmann nicht an. Zwar umfasst der Notlagentarif grundsätzlich nur Leistungen für solche Aufwendungen, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Darüber hinaus gewährt der Notlagentarif Versicherungsschutz für chronische Erkrankungen, deren Nichtbehandlung in einem absehbaren Zeitraum zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit zu einer akuten Erkrankung führt. Vor diesem Hintergrund werden grundsätzlich auch die Aufwendungen der Insulintherapie von den privaten Krankenversicherern übernommen. Problematisch war allein, ob auch die angefallenen Rezeptkosten von dem Versicherer zu tragen waren. Der Ombudsmann bejahte diese Frage. Denn ohne die Ausstellung eines Rezepts war es dem Beschwerdeführer nicht möglich, das lebensnotwendige Insulin aus der Apotheke zu beziehen. Das Rezept gehört daher untrennbar mit dem Medikament Insulin und dessen Bezug zusammen. Der Versicherer schloss sich der Einschätzung des Ombudsmanns an und erstattete die Kosten für die Ausstellung der Rezepte nachträglich.

5. Hüftersatz und Notlagentarif

Die Beschwerdeführerin war aufgrund ihrer finanziellen Situation im Notlagentarif versichert. Sie litt unter einer stark fortgeschrittenen Coxarthrose, d. h. an einer degenerativen Erkrankung der Hüftgelenke. Sie begehrte die Kostenerstattung für eine stationär durchgeführte Operation, bei der das linke Hüftgelenk durch eine Endoprothese ersetzt wurde. Ein weiterer operativer Eingriff für die andere Seite war bereits geplant. Der Krankenversicherer lehnte eine Kostenzusage mit dem Hinweis ab, dass eine Schmerztherapie oder einhergehende konservative Behandlungsmethoden eine gleichwertige Maßnahme zum operativen Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks darstellen würden.

Der Notlagentarif sieht, wie bereits oben in Beispielsfall 4 erläutert, lediglich einen reduzierten Leistungsumfang vor. Es werden bspw. ausschließlich Aufwendungen für Leistungen erstattet, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen erforderlich sind.

Grundsätzlich wird bei einer Arthrose vor einem operativen Eingriff zur Schmerzreduktion eine längerfristige physiotherapeutische, sowie medikamentöse Behandlung vorgenommen. Im vorliegenden Fall war jedoch zu berücksichtigen, dass trotz physiotherapeutischer Behandlungen, Schmerzmedikationen, Akupunktur und Stoßwellentherapie auch nach mehreren Jahren keine Schmerzfreiheit bei der Beschwerdeführerin erzielt werden konnte. Ganz im Gegenteil: Die Gehstrecke reduzierte sich zuletzt auf wenige hundert Meter. Die Hüftoperationen waren notwendig, damit die Beschwerdeführerin zukünftig überhaupt laufen und stehen konnte. Daher erklärte sich der Versicherer im Rahmen des Ombudsmannverfahrens ausnahmsweise bereit, die Kosten der Operationen zu übernehmen.

6. Augen auf bei Lidstraffung

Der Beschwerdeführer unterzog sich einer Augenlidstraffung in einer auf plastische Chirurgie spezialisierten Fachklinik. Die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme wurde mit einer ausgeprägten Blepharochalasis (Schlupflider) mit Gesichtsfeldeinschränkung begründet. Eine Erstattung der Lidstraffung lehnte der Versicherer jedoch ab, da es sich nach seiner Ansicht um eine rein kosmetische Maßnahme handelte.

Der ablehnenden Haltung des Versicherers hat sich der Ombudsmann angeschlossen. Es musste geklärt werden, ob eine Lidstraffung medizinisch notwendig im Sinne der einschlägigen Versicherungsbedingungen war. Von medizinisch notwendigen Behandlungen sind solche abzugrenzen, die aus rein kosmetischen Gründen durchgeführt werden. Diese sind nicht in den Versicherungsschutz der Privaten Krankenversicherung eingeschlossen, denn es steht nicht die Behandlung einer Krankheit im Vordergrund.

Eine Lidstraffung kann als medizinisch notwendig einzuordnen sein, wenn der Patient durch ein hängendes Augenlid in seinem Sichtfeld eingeschränkt wird.

In dem vorliegenden Fall konnte durch ein Gutachten jedoch keine Beeinträchtigung des Gesichtsfeldes festgestellt werden. Die Pupillen wurden durch die hängenden Augenlieder nicht

beeinträchtigt. Da ein Krankheitswert nicht nachgewiesen war, stand bei der Operation der kosmetische Aspekt im Vordergrund. Im Ergebnis konnte der Ombudsmann dem Versicherten nicht weiter helfen.

7. Unterstützung bei vermeintlichem Behandlungsfehler

Der Beschwerdeführer führte seit einigen Jahren einen Schadensersatzprozess gegen seinen behandelnden Arzt wegen eines vermeintlichen Behandlungsfehlers. Er bat seine private Krankenversicherung um finanzielle Unterstützung für eine Durchsetzung seiner Forderung.

Eine Verpflichtung des Versicherers war für den Ombudsmann aber nicht ersichtlich. Tatsächlich unterstützte der Versicherer den Beschwerdeführer aber schon seit mehreren Jahren auf freiwilliger Basis. So wurde dem Versicherten angeboten, den Vorwurf anhand der Patientenunterlagen zu prüfen und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Außerdem begleitete der Versicherer seinen Versicherten in Zusammenarbeit mit den Anwälten durch den Schadensersatzprozess. In diesem wurde zwischenzeitlich gutachterlich festgestellt, dass es keinerlei Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler gab. Auch die nach der Gebührenordnung für Ärzte erstellte Rechnung des Arztes konnte nicht beanstandet werden.

Trotzdem erklärte sich der Versicherer im Rahmen des Ombudsmannverfahrens zu einer weiteren medizinischen Prüfung anhand der gesamten Patientendokumentation durch seine beratenden Gesellschaftsärzte bereit. Der Ombudsmann begrüßte die freiwillige Unterstützung des Versicherten und empfahl diesem, das Angebot anzunehmen.

8. Unerwartete Krankheit

Die im Ausland lebende Beschwerdeführerin hatte für sich und ihre Familie eine Auslandsreisekrankenversicherung für einen Aufenthalt in Deutschland abgeschlossen. Ihr Kind litt an einer

besonderen Form der Epilepsie. Der letzte Anfall lag jedoch schon einige Zeit zurück. Nachdem die Beschwerdeführerin mit ihrem Kind nach Deutschland einreiste, bekam dieses einen Anfall. Der Versicherer verweigerte zunächst die Kostenerstattung, denn nach den vereinbarten Versicherungsbedingungen bestand Versicherungsschutz nur für unerwartet auftretende Krankheiten. Da das Kind aber bereits zuvor einen Anfall erlitten hatte, wäre die Krankheit nicht unerwartet aufgetreten.

Der Ombudsmann war anderer Ansicht. In der Vergangenheit hatte das Kind keine regelmäßigen Anfälle. Für die Beschwerdeführerin war der Eintritt des akuten Epilepsieanfalls gerade nicht vorhersehbar, so dass dieser durchaus unerwartet auftrat. Der Versicherer folgte im vorliegenden Fall dieser Argumentation des Ombudsmannes und zahlte die Versicherungsleistungen aus.

9. Teure Behandlung in der Schweiz

Eine Beschwerdeführerin bat den Ombudsmann wegen der Kostenerstattung für einen stationären Aufenthalt in einem Universitäts-Spital in der Schweiz um Unterstützung. Der Versicherer hatte nicht alle Kosten übernommen und berief sich auf eine Orientierung an der Kostenerstattung für Behandlungen in Deutschland.

In den Tarifbedingungen war hinsichtlich der Behandlung im Ausland geregelt, dass keine Leistungspflicht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland besteht, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung eigens ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten sollten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland gelten, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

Da die Versicherte sich zur Behandlung extra in die Schweiz begeben hatte, obwohl in ihrer Wohnortnähe andere Krankenhäuser zur stationären Behandlung zur Verfügung standen und es sich nicht um eine Notfalleinweisung gehandelt hatte, konnte der Ombudsmann die Abrechnung des Versicherers nicht beanstanden. Bei der Kostenerstattung hatte dieser sich zutreffend an den Kosten orientiert, die in Deutschland angefallen wären.

Im Ergebnis konnte der Ombudsmann der Beschwerdeführerin nicht weiter helfen.

10. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Der Beschwerdeführer verlangte die Erstattung der von seinem Arzt für das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Rechnung gestellten Kosten. Der Versicherer lehnte dies mit dem Hinweis ab, dass diese keine Kosten für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im versicherungsrechtlichen Sinn seien. Der Beschwerdeführer meinte, dass er durch das Ausstellen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die erforderliche Ruhe erfahre, um sich von der Krankheit zu erholen. Dies sei als Heilbehandlung zu werten.

Eine Heilbehandlung im versicherungsrechtlichen Sinn ist nach ständiger Rechtsprechung die ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist und unmittelbar auf Heilung, Besserung oder Linderung dieser abzielt. Dies ist nicht der Fall, wenn der Arzt nur dahingehend tätig wird, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen. Das stellt gerade keine Heilbehandlung dar und bewirkt auch nicht unmittelbar den beschriebenen Erholungseffekt. Dieser tritt vielmehr mittelbar ein, nämlich durch die an die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung geknüpften Rechtsfolgen gegenüber etwa dem Arbeitgeber. Der Erholungseffekt ist daher unmittelbare Folge der Ruhe, die hoffentlich zu einer Linderung, Besserung oder sogar Heilung der Krankheit führt. Der Ombudsmann konnte der Beschwerde nicht abhelfen.

I. Die Schlichtungsstelle
II. Organisation und Verfahren
III. Statistik
IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
V. Beispielsfälle
VI. Ausblick
VII. Anhang

Ausblick

Zum 01.04.2016 ist das Gesetz über die alternative Streitbeilegung in Verbrauchersachen (Verbraucherstreitbeilegungsgesetz - VSBG) in Kraft getreten. Nach Ablauf der maßgeblichen Überleitungsfrist wird das Gesetz für den Ombudsmann zum 01.08.2016 wirksam. Dieser gilt ab diesem Zeitpunkt als Verbraucherschlichtungsstelle nach dem VSBG.

Um den Anforderungen gerecht zu werden, wurde bereits eine Änderung der Verfahrensordnung auf den Weg gebracht. Die Änderungen betreffen insbesondere die Regelungen zu Berufung und Qualifikation des Ombudsmanns, zur Änderung des Statuts sowie Verfahrensdauer und zum Aufnahmeprozess einer Beschwerde. So werden zum Beispiel bei der Berufung oder bei einer Änderung des Statuts zukünftig anerkannte Verbraucherschutzverbände beteiligt. Auch wird festgelegt, dass ein Ombudsmann die Befähigung zum Richteramt besitzen oder zertifizierter Mediator sein muss.

Für die Verfahrensdauer ist vorgesehen, dass der Ombudsmann das Verfahren nach Eingang der vollständigen Beschwerdeakte innerhalb von 90 Tagen abschließt oder innerhalb dieser Frist einen Schlichtungsvorschlag unterbreitet. Dieser, sowie Regelungen zum Abschluss des Verfahrens, wurden neu in das Statut eingearbeitet. Die Änderungen gewährleisten ein Streitbeilegungsverfahren nach den Vorgaben des VSBG.

Nachdem die Arbeitsabläufe angepasst sind, wird der Ombudsmann unter Berücksichtigung der neuen gesetzlichen Bestimmungen ab dem 01.08.2016 den Versicherten der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung auch weiterhin als kompetente Schlichtungsstelle für Meinungsverschiedenheiten mit den Versicherern zur Verfügung stehen.

I. Die Schlichtungsstelle
II. Organisation und Verfahren
III. Statistik
IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
V. Beispielsfälle
VI. Ausblick
VII. 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 Allgemeines

(1) Es wird ein Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung berufen, nachfolgend als "Der Ombudsmann" bezeichnet. Der Ombudsmann, – der männlichen oder weiblichen Geschlechts sein kann –, 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 über die für die Ausübung des Amtes erforderliche Befähigung und über Erfahrungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung und im Gesundheitswesen verfügt. Der Ombudsmann darf nicht in der Krankenversicherungs-, Versicherungsvermittlungs- oder Versicherungsberaterbranche oder in einem Beruf, der die Erbringung von Leistungen im Gesundheitswesen zum Gegenstand hat, arbeiten. Über Ausnahmen im Einzelfall entscheidet der Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit dem Ombudsmann.

(3) Der Ombudsmann hat eine Geschäftsstelle. Deren Besetzung regelt er in Abstimmung mit der Geschäftsführung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.

§ 2 Aufgabe und Zuständigkeit des Ombudsmannes

(1) Der Ombudsmann hat die Aufgabe, im Fall von Beschwerden zwischen Versicherungsnehmern/Versicherten und Krankenversicherungsunternehmen (sowie in Ausnahmefällen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen) 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 Pflegekrankenversicherung einschließlich der Privaten Pflegepflichtversicherung. Das betreffende Krankenversicherungsunternehmen muss Mitglied im Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sein. Der Ombudsmann kann nach vorheriger Rücksprache mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. auch entscheiden, andere Beschwerden zur Bearbeitung anzunehmen, sofern er nicht davon ausgehen muss, dass einer der Beteiligten die Vermittlung nicht wünscht.

(3) Der Ombudsmann behandelt eine Beschwerde nicht, wenn

– der Beschwerdegegenstand bereits bei einem (Mahn-)Gericht anhängig ist, in der Vergangenheit anhängig war oder von dem Beschwerdeführer während des Schlichtungsverfahrens anhängig gemacht wird;

– die Streitigkeit durch außergerichtlichen Vergleich beigelegt ist;

– ein Antrag auf Prozesskostenhilfe abgewiesen worden ist, weil die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine Aussicht auf Erfolg bietet;

– die Angelegenheit bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Ombudsmannstelle oder ähnlichen Einrichtung oder der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

war oder während der Behandlung durch den Ombudsmann dort anhängig gemacht wird.

(4) Ergibt sich, dass neben oder anstatt des Ombudsmannes der Privaten Krankenversicherung eine andere Einrichtung mit vergleichbaren Aufgaben zuständig ist, so entscheidet der Ombudsmann über eine Weitergabe an die entsprechende Stelle. Die Weitergabe kann auch an eine andere Ombudsmannstelle ins Ausland erfolgen. Die Parteien werden darüber rechtzeitig informiert. Die Abgabe unterbleibt insbesondere, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Beschwerdeführer eine Weitergabe nicht wünscht.

§ 3 Beschwerdeführer

(1) Die in § 2 genannten 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. Beschwerden gegen Vermittler können nur behandelt werden, wenn nachgewiesen wird, dass es sich um eine erfolgte oder versuchte Vermittlung von Privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen handelt. Beschwerden gegen Versicherungsberater können nur behandelt werden, wenn es sich um eine erfolgte oder versuchte Beratung im Zusammenhang mit der Vermittlung von Privaten Kranken- und Pflegeversicherungen handelt.

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

(3) Der Ombudsmann befasst sich nicht mit Streitigkeiten, die sich zwischen Versicherungsunternehmen und Personen, die den Abschluss von Versicherungsverträgen vermitteln, aus dieser Vermittlungstätigkeit ergeben.

§ 4 Form, Vertretung, Kosten

(1) Beschwerden können nach vorheriger, erfolgloser schriftlicher Beschwerde gegenüber dem Krankenversicherungsunternehmen oder dem Versicherungsvermittler bzw. Versicherungsberater (Beschwerdegegner) dem Ombudsmann schriftlich vorgelegt werden. Ist seit Einreichung der Beschwerde bei dem Beschwerdegegner eine Frist von sechs Wochen ohne Entscheidung vergangen, oder erscheint die vorherige Beschwerde offensichtlich aussichtslos, kann auf die vorherige Durchführung verzichtet werden. Sie sollen eine kurze Sachverhaltsschilderung, einen konkreten Antrag und die notwendigen ergänzenden Unterlagen enthalten. Telefonische Beschwerden können nur entgegen genommen werden, wenn dafür ein triftiger Grund vorliegt. Der Beschwerdeführer kann in diesem Fall dazu aufgefordert werden, zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Bearbeitung seine Beschwerde nachträglich auch schriftlich einzureichen. 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 Behandlung von Beschwerden durch den Ombudsmann ist für die Beteiligten kostenlos. Kosten und Auslagen, die den Parteien im Rahmen des Beschwerdeverfahrens, z. B. durch Beauftragung eines Bevollmächtigten oder durch Reisen entstehen, sind von ihnen selbst zu tragen. Bei Vermittler- und Beraterbeschwerden kann die Ombudsstelle in begründeten Fällen von dem Vermittler oder Berater eine Aufwandsentschädigung verlangen, die 50 Euro nicht übersteigt.

§ 5 Fristen, Verjährung

(1) Die Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Ombudsmann beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit der Handlung oder Entscheidung des Beschwerdegegners, die Gegenstand der Beschwerde ist. Die Frist wird durch Einlegung einer vorherigen schriftlichen Beschwerde bei dem Beschwerdegegner bis zur Entscheidung des Beschwerdegegners, höchstens jedoch für sechs Wochen, gehemmt.

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

§ 6 Verfahrensgrundsätze

Das Ombudsmannverfahren ist grundsätzlich ein schriftliches Verfahren. Nach Einreichung der Beschwerde ermittelt der Ombudsmann von Amts wegen den Sach- und Streitstand. Er hat dabei auch die Parteien zu hören. Der Ombudsmann ist in der Beweiswürdigung der erhaltenen Auskünfte frei. Die Verweigerung einer Auskunft kann bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden.

§ 7 Einigung, Entscheidung

(1) Der Ombudsmann soll in jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens eine gütliche Einigung der Parteien anstreben. Hält der Ombudsmann die Beschwerde für begründet oder unterbreitet er den Parteien einen Schlichtungsvorschlag, ergeht eine Empfehlung. Kommt zwischen den Parteien keine gütliche Einigung zustande, hält der Ombudsmann die Beschwerde jedoch für begründet, entscheidet er durch förmliche Empfehlung, von der er die Beteiligten unverzüglich in Kenntnis setzt. Hält der Ombudsmann eine Beschwerde für unbegründet, teilt er dies den Beteiligten durch eine das Verfahren abschließende Stellungnahme mit.

(2) Für die Beurteilung einer Beschwerde durch den Ombudsmann ist der Inhalt des Versicherungsvertrages, das Gesetzesrecht sowie die dazu ergangene Rechtsprechung maßgeblich.

(3) Der Ombudsmann kann entscheiden, dass eine Beschwerde unzulässig oder offensichtlich unbegründet ist und aus diesem Grund keiner weiteren Behandlung bedarf. In diesem Fall teilt er diese Entscheidung den Beteiligten mit.

(4) In Bagatellsachen (Streitwert bis zu 50 Euro) kann der Ombudsmann die Annahme der Beschwerde ablehnen.

§ 8 Amtsausübung

Der Ombudsmann ist in seiner Amtsausübung unabhängig und an Weisungen nicht gebunden.

§ 9 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

(1) Der Ombudsmann ist verpflichtet, die Identität Beteiligter der 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 Speicherung personenbezogener Daten durch den Ombudsmann erfolgt nur, soweit dies zur Ausübung seiner Tätigkeit erforderlich ist.

§ 10 Amtszeit und Vertretung

(1) Die Berufung des Ombudsmannes erfolgt für einen Zeitraum von drei Jahren. Eine bis zu zweimalige erneute Berufung für den gleichen Zeitraum ist möglich. Eine Kündigung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. kann nur aus wichtigem Grund, insbesondere bei schwerwiegenden Verstößen gegen seine Amtspflichten, erfolgen. Der Ombudsmann muss gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einhalten.

(2) Bei länger als vier Wochen andauernder Krankheit oder Verhinderung des Ombudsmannes kann der Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. für die verbleibende Amtszeit einen Stellvertreter berufen. Gleiches gilt, wenn das Amtsverhältnis gemäß Abs. 1 gekündigt wird.

§ 11 Information der Öffentlichkeit

(1) Der Ombudsmann wird den Text dieses Statuts jedem, der ihn anfordert, kostenlos zur Verfügung stellen.

(2) Der Ombudsmann berichtet innerhalb von sechs Monaten nach Ende des Kalenderjahres schriftlich und in strukturierter

Form über seine Tätigkeit in diesem Jahr und die dabei gewonnenen Erfahrungen.

§ 12 Finanzierung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. trägt die Kosten, die bei der Durchführung dieser Statuten entstehen.

§13 Beginn der Tätigkeit

Die Ombudsmannstelle nimmt ihre Tätigkeit am 1. Oktober 2001 auf.

2. Mitgliedsunternehmen (Stand: Ende 2015)

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

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

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

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

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

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

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft
Warngauer 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

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
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

Deutscher Ring Krankenversicherungs-verein a.G.
Neue Rabenstraße 15–19, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: (040) 41 24-79 69 / Fax: (040) 41 24-76 78
www.deutscherring-kranken.de
service@deutscherring.de

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 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 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

HALLESCHE 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 Speziale 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
Bahnhofsplatz, 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
Friedenstraße 18, 93053 Regensburg
Postanschrift: Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3, 93055 Regensburg
Tel.: (0941) 40 95-2 01 / Fax: (0941) 40 95-2 09
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

Mannheimer Krankenversicherung AG
Augustaanlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Tel.: (0621) 4 57-51 00 / Fax: (0621) 4 57-42 43
www.mannheimer.de
service@mannheimer.de

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

Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung 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

Provinzial 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 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 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:

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

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

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 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-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:

Berlin Direkt Versicherung

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

PBeaKK Gesund versichert.

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

KVB

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 Versicherungszweige, 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: 0288 / 619-1870
www.bundesversicherungsamt.de

Für Beschwerden gegen jeglichen Versicherungszweig:

↗ **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (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:

↗ **Patientenbeauftragter der Bundesregierung**
Herrn Karl-Josef Laumann
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_market/fin-net/index_de.htm

4. Kontaktdaten

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

Telefon: 0800 2 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
Madeleine Engel
Dr. Sebastian Frühinsfeld
Franziska Große
Clemens Hof
Michelle Mahlke
Judith Vollmer

Sekretariat
Susanne Boelitz
Mirela Piplica
Cathleen Prüfig
Jana Renz
Katrin Schütz

Der Tätigkeitsbericht wird gemäß § 11 Abs. 2 des Statuts des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung veröffentlicht.

Stand: 31.05.2016

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Tel.: 0800 2 55 04 44
Fax: 030 20 45 89 31
www.pkv-ombudsmann.de