

OMBUDSMANN
Private Kranken- und Pflegeversicherung

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung: Arno Surminski
Kronenstraße 13 · 10117 Berlin
Telefon: 0 18 02 - 55 04 44 · Telefax: 0 30 - 20 45 89 31
Internet: www.pkv-ombudsmann.de



TÄTIGKEITSBERICHT

2005

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines	4
– Sitz	4
– Erreichbarkeit	4
– Verfahren	4
– Verfahrensdauer	6
– Rundschreiben an die Versicherungsunternehmen	6
– FIN-NET	6
Tätigkeitsschwerpunkte	7
– Medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen	7
– Abgrenzung Krankenhaus- / Sanatoriumsbehandlung (Gemischte Anstalten)	8
– Beitragsanpassungen und Beitragshöhe	9
– Arzt- / Zahnarzt-Honorare	10
– Vergütung für Physio- und Psychotherapeuten	11
– Rücktritt / Kündigung	11
– Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	13
– Krankentagegeld	13
– Sonstiges	14
Beschwerdezahlen im Einzelnen	15
Schlichtungserfolge	20

Fälle aus der Ombudsmannpraxis	24
– Arbeitsplatzunverträglichkeit	24
– Entbindungskosten aus der Reisekrankenversicherung	24
– Haarentfernung mit Laser	25
– Kinderwunschbehandlung	26
– Nicht angezeigte Schwangerschaft	27
– Brustvergrößerung bei Magersucht	28
– Anzeigepflicht bei Arbeitsunfähigkeit	28
– Hautpflegeprodukte	29
– Darmspiegelung unter Vollnarkose	29
– Alle Kinder oder keines	30
– Behandlung im Ausland	30
– Kinderwunsch im Alter	31
– Kinderbegleitperson während einer Kur	31
– Hausarzt	32
– Detektivkosten	33
Liste der Mitgliedsunternehmen	34
Statut	40

Sitz Sitz der Schlichtungsstelle für die private Kranken- und Pflegeversicherung ist Berlin, Kronenstraße 13. Alle Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) nehmen an dem Ombudsmannverfahren teil (Mitgliederverzeichnis am Ende des Berichts).

Erreichbarkeit Der Ombudsmann kann sowohl schriftlich als auch telefonisch erreicht werden, wobei das eigentliche Ombudsmannverfahren schriftlich durchgeführt wird. In Ausnahmefällen besteht die Möglichkeit, das Anliegen persönlich vorzutragen. Über das Internet ist der Ombudsmann unter www.pkv-ombudsmann.de zu erreichen.

Verfahren Das Ombudsmannverfahren beginnt mit Eingang der schriftlichen „Beschwerde“ des Versicherten. In einer Vorprüfung stellen die Mitarbeiter des Ombudsmanns fest, ob es sich um eine Beschwerde handelt oder um eine allgemeine Anfrage zum privaten Krankenversicherungsschutz, ob die Eingabe zulässig ist und die Verfahrensvoraussetzungen nach dem Statut des Ombudsmanns gegeben sind. Nach dieser Vorprüfung erhalten die Einsender eine Eingangsbestätigung, in der sie über den weiteren Verfahrensablauf informiert werden. Danach wird das betreffende PKV-Unternehmen um Stellungnahme gebeten. Liegt diese vor, erfolgt die abschließende Prüfung des Sachverhalts durch den Ombudsmann und seine Mitarbeiter. Der Abschluss des Verfahrens erfolgt danach in schriftlicher Form. Dabei sind folgende Ausgänge möglich:

- Der Ombudsmann teilt dem Beschwerdeführer mit, dass er der Beschwerde nicht abhelfen kann und begründet seine Entscheidung.
- Das Versicherungsunternehmen erkennt den Anspruch des Beschwerdeführers ganz oder teilweise an. Der Ombudsmann teilt dies dem Beschwerdeführer mit und schließt das Verfahren ab.
- Der Ombudsmann schlägt dem Unternehmen einen Kompromiss vor; das Unternehmen folgt diesem Vorschlag. Der Ombudsmann leitet den Kompromissvorschlag an den Beschwerdeführer weiter und empfiehlt seine Annahme.
- In den Fällen, in denen Ombudsmann und Unternehmen unterschiedlicher Meinung sind und ein Kompromiss nicht zustande kommt, spricht der Ombudsmann eine unverbindliche Empfehlung gemäß § 7 Abs. 1 des Ombudsmannstatuts aus (Statut als Anlage zum Bericht). Den Beteiligten ist es freigestellt, diesen Schiedsspruch des Ombudsmannes anzunehmen oder nicht.

Der Tätigkeitsbereich des PKV-Ombudsmanns ist klar definiert, Abgrenzungsprobleme zu dem für die übrigen Versicherungsbereiche zuständigen Versicherungsombudsmann e.V. bestehen nicht. Im Berichtsjahr hat es keine Beschwerden gegeben, die sowohl in die Kompetenz des Versicherungsombudsmanns e.V. als auch des PKV-Ombudsmanns fielen.

Verfahrensdauer Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer konnte im Jahr 2005 auf 24 Wochen verkürzt werden, war aber immer noch zu hoch. Dank einer besseren Personalausstattung gelang es zwar, die Rückstände abzubauen, eine Zunahme der Beschwerdezahlen machte diesen Erfolg aber wieder zunichte.

Rundschreiben an die Versicherungsunternehmen Auch im Jahre 2005 versandte der Ombudsmann ein Rundschreiben an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, in dem auf Punkte, die immer wieder zu Beschwerden führen, hingewiesen wurde. Seit Bestehen der Ombudsstelle wurden vier solcher Rundschreiben versandt. Mit ihnen soll erreicht werden, dass die Unternehmen vorbeugend handeln und es gar nicht erst zu Eingaben an den Ombudsmann kommt.

FIN-NET Der Ombudsmann ist Mitglied im sogenannten FIN-NET. Das FIN-NET ist ein grenzüberschreitendes außergerichtliches Beschwerdenetzwerk der Europäischen Kommission in Finanzdienstangelegenheiten. 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. Weitere Informationen zum FIN-NET sind im Internet unter der Adresse <http://finnet.jrc.it/en/> zu finden.

Die Versicherer sehen sich einem Trend zur Ausweitung von Behandlungen ausgesetzt. Die Einnahme von Arzneimitteln als Dauerzustand, ebenso ständige psychotherapeutische oder physiotherapeutische Sitzungen werden immer mehr als Teil der normalen Lebensführung angesehen. Der boomende Gesundheitsmarkt jenseits des medizinisch Notwendigen (Wellness, Kuren, alternative Medizin) führt zunehmend zu Abgrenzungsschwierigkeiten und erhöht das Konfliktpotential im Verhältnis Versicherer / Versicherungsnehmer. Durch das Bemühen einiger Behandler, ihre Patienten zu umfassender Behandlung anzuhalten (Mengenausweitung), wird dieser Trend noch verstärkt. Die Versicherer versuchen, dem medizinischen Anspruchsdenken und der Ausweitung in die Menge mit strengeren Prüfungen zu begegnen, was naturgemäß zu Konflikten zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer, aber auch mit Ärzten und Zahnärzten führt. Zu einer großzügigen kulantem Regulierungspraxis sehen sie sich nicht mehr in der Lage, da dies zu überproportionalen Beitragserhöhungen führen müsste.

Im Mittelpunkt der Ombudsmann Tätigkeit standen folgende Sachverhalte:

Medizinische Notwendigkeit

Das Problemfeld mit den häufigsten Eingaben (20 %) ist die Frage der medizinischen Notwendigkeit. Nach dem Versicherungsvertrag sind Leistungen für Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel nur zu erbringen, wenn sie „medizinisch notwendig“ sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im

Tätigkeitsschwerpunkte

Einzelfall bestimmen und stellt sich als ein weites Feld mit großem Auslegungsspielraum dar. Zu diesem Komplex gehört auch die Frage, ob bestimmte Mittel und alternative Verfahren medizinisch notwendig sind.

Ein Unterfall der medizinischen Notwendigkeit gewinnt in der Beschwerdepraxis an Bedeutung. Dabei geht es um die Frage, ob eine Erkrankung stationär oder ambulant zu behandeln ist. Die Versicherer lehnen zunehmend die Kostenübernahme für die teurere stationäre Behandlung ab, wenn ihrer Meinung nach eine ambulante Behandlung ausgereicht hätte. Sie wollen damit einem Trend begegnen, wonach vor allem alleinstehende alte Menschen eine stationäre Behandlung bevorzugen, auch wenn sie nicht unbedingt medizinisch notwendig ist.

Abgrenzung Krankenhaus- / Sanatoriumsbehandlung

„Gemischte Anstalten“

Zum Komplex der „medizinischen Notwendigkeit“ im weiteren Sinne gehört auch die Frage stationärer Behandlungen in Krankenhauseinrichtungen, die nicht ausschließlich Akutbehandlungen durchführen, sondern auch vom Versicherungsschutz nicht umfasste Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Häuser werden als Gemischte Krankenanstalten bezeichnet. Um Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von klassischen Krankenhausbehandlungen zu Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, enthalten die Versicherungsverträge die Vorgabe, dass Leistungen bei Behandlungen in Gemischten Krankenanstalten nur erfolgen, wenn die Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt haben. Der Ombudsmann hat die Krankenver-

sicherer gebeten, ihre Kunden besser über das Problemfeld Gemischte Anstalten zu informieren. Außerdem versendet er Listen mit den Namen dieser Anstalten an die Beschwerdeführer. Damit ist es gelungen, die Eingänge zu diesem Konfliktfeld zu verringern.

Die Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, dass ein Versicherter vor Aufnahme in eine Gemischte Anstalt die Zustimmung des Versicherers einholen muss, ist rechtlich eindeutig, kann aber in der praktischen Durchführung problematisch sein. Der Ombudsmann hat die Versicherer gebeten, in den Fällen, in denen keine Zustimmung eingeholt wurde – also kein Versicherungsschutz bestand – nachträglich anhand der Krankenunterlagen zu prüfen, ob eine Zustimmung erteilt worden wäre, wenn der Versicherungsnehmer sie rechtzeitig beantragt hätte. Kommt diese Prüfung zu dem Ergebnis, dass tatsächlich keine Kur- oder Rehabilitationsbehandlung, sondern eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung stattfand, erbringt der Versicherer die versicherten Leistungen.

Beitragsanpassungen und Beitragshöhe

Bei den Beschwerden wegen Beitragsanpassungen ist im Jahr 2005 leider keine Entspannung eingetreten. Es scheint die Einsicht zu wachsen, dass Beitragsanpassungen unabwendbar sind. Der Ombudsmann vermag in diesen Beschwerdefällen nur eingeschränkt zu helfen. Die einzige Hilfe besteht darin, dem Beschwerdeführer Wege aufzuzeigen, wie er die Beitragsbelastung durch Umstellungen des Versicherungsschutzes vermindern kann.

Tätigkeitsschwerpunkte

Möglicherweise gibt es bei den Beschwerden wegen Beitragsanpassung auch eine Verlagerung hin zur Versicherungsaufsichtsbehörde (BaFin). Diese berichtet nämlich von einem hohen Beschwerdeaufkommen im Bereich Beitragsanpassung.

Arzt- und Zahnarztthonorare

Die Auseinandersetzungen über die richtige Gebührengestaltung der Ärzte und Zahnärzte haben nach wie vor ein großes Gewicht. Sie sind ein besonders unerfreulicher Teil der Ombudsmann Tätigkeit, da die Gebührenordnungen komplex und Gerichtsentscheidungen, wenn sie denn vorliegen, sehr unterschiedlich sind und der Ombudsmann aus eigenem Sachverstand kaum entscheiden kann. Da die veralteten Gebührenordnungen dem medizinischen Fortschritt nicht mehr gerecht werden, hält es der Ombudsmann dringlicher denn je für geboten, GOÄ und GOZ zu reformieren, um die sich ständig wiederholenden Streitpunkte über ihre richtige Anwendung und Auslegung auszuräumen.

Diese Streitigkeiten belasten zunehmend die Atmosphäre zwischen Versicherern und Versicherungsnehmern, aber auch zwischen Ärzten, Zahnärzten und den Versicherern. Der Ombudsmann tritt dafür ein, dass die Versicherer ihre Versicherungsnehmer aus dem Gebührenkonflikt möglichst heraus halten, indem sie nach Vollmachtserteilung oder Abtretungserklärung die Verhandlungen mit den Behandlern selbst führen, gegebenenfalls auch gerichtlich gegen diese vorgehen. Mehr kann er für die Versicherten nicht tun. Diese Praxis, dass die Versicherer stellvertretend den Konflikt mit den Behandlern lösen, bringt die Versicherten allerdings in die

Zwangslage, sich gegen den Arzt ihres Vertrauens entscheiden zu müssen. In der Regel stehen sie auf Seiten des Behandlers. Die Schwierigkeiten im Dreiecksverhältnis Patient-Behandler-Versicherer lassen sich nur mit eindeutigen Regelungen in den Gebührenordnungen ausräumen.

Vergütung für Physio- und Psychotherapeuten

In diesem Bereich kommt es ebenfalls häufig zu Streitigkeiten über die Vergütungshöhe, weil keine Gebührenordnungen bestehen. Die meisten Versicherer orientieren sich zur Ermittlung der nach bürgerlichem Recht gerechtfertigten üblichen Vergütung an den Beihilfesätzen, die über den Sätzen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Bei den Beschwerden an den Ombudsmann geht es in der Regel um die Frage, ob Privatversicherer höhere Vergütungen für Physio- und Psychotherapeuten als die Beihilfe erstatten müssen.

Rücktritt / Kündigung

Eine große Rolle spielten im Berichtsjahr 2005 wieder die Beschwerdefälle wegen eines Rücktritts oder wegen einer Kündigung des Versicherungsvertrages. Beim Rücktritt geht es vor allem um vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen, die der Versicherer zum Anlass nimmt, um den Vertrag rückwirkend zu beenden (§ 16 Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

Ein weiterer Beendigungsgrund sind Kündigungen des Versicherungsvertrages wegen Nichtzahlung der Beiträge (§ 39 VVG).

Tätigkeitsschwerpunkte

Auch Streitigkeiten um den richtigen Zeitpunkt einer Kündigung und die Einhaltung der Kündigungsfrist beschäftigen zunehmend die Ombudsstelle.

Beendigungen des Versicherungsvertrages stellen für die Betroffenen einen schweren Eingriff dar. Der Ombudsmann bemüht sich, in den Fällen, in denen ein Versicherungsnehmer ohne jeden Krankenversicherungsschutz dastehen würde, eine Fortsetzung des Vertrages beim privaten Krankenversicherer zu erreichen, gegebenenfalls mit Leistungsausschlüssen oder Risikozuschlägen. Die meisten PKV-Unternehmen haben erkannt, dass es zu sozialpolitischen Konflikten kommen könnte, wenn eine wachsende Zahl von bisher Privatversicherten keinen Versicherungsschutz besitzt und folgen diesen Schlichtungsbemühungen.

Besonders problematisch sind die Rücktrittsfälle, bei denen Vermittler den Versicherten betreuen und sich die von den Versicherten angeblich umfassend genannten Gesundheitsdaten nicht im Antragsformular wiederfinden. Die Versicherung wird poliziert, später werden die unvollständigen Angaben im Antrag bemerkt, und es kommt zum Rücktritt vom Vertrag. Der Versicherungsnehmer behauptet, dem Vermittler alle Angaben gemacht zu haben, der Vermittler bestreitet das.

Der Ombudsmann hat nicht die Möglichkeit, im Wege der Zeugenvernehmung und Beweiswürdigung die „Wahrheit“ herauszufinden.

Häufiger wird der Ombudsmann auch mit Eingaben konfrontiert, in denen der Versicherungsfall schon vor Abschluss der Versicherung eingetreten ist, also vom Versicherungsvertrag

nicht gedeckt wird. Typisch sind Fälle im Bereich Zahnersatz, wenn ein Zahnarzt dem Patienten sagt, es sei an der Zeit, das Gebiss zu sanieren. Damit ist, was die meisten Versicherten nicht wissen, der Versicherungsfall Zahnsanierung bereits eingetreten. Wenn der Patient erst dann eine Versicherung beantragt, um die anstehende „Zahnsanierung“ erstattet zu bekommen, läuft er Gefahr, keine Leistung zu erhalten. Auch kann der Versicherer unter Umständen vom Vertrag zurücktreten.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Hier geht es im Wesentlichen um die vielen noch nicht erprobten Mittel und Verfahren, die von der Krankenversicherung nicht bezahlt werden. Die Abgrenzung zwischen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln sowie die Erstattungsfähigkeit kosmetischer Präparate spielt in der Ombudsmannpraxis eine wachsende Rolle. Auffallend häufig geht es um die Erstattung von Potenzmitteln.

Bei den Hilfsmitteln ist der Umstand, dass die Leistung auf bestimmte, in den Tarifen aufgeführte Gegenstände beschränkt ist und neue in der Liste nicht genannte Hilfsmittel ausgeschlossen sind, ständiges Thema bei den Ombudsmannbeschwerden.

Krankentagegeld

In der Krankentagegeldversicherung, die eine Einkommensersatzversicherung ist, sind die Eingaben der Zahl nach zurückgegangen. Der Schwerpunkt liegt bei der Frage, ob eine hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit vorliegt und

rechtzeitig nachgewiesen wurde. Auch die Abgrenzung der Arbeitsunfähigkeit zur Berufsunfähigkeit spielt eine Rolle.

Ein weiteres Problemfeld in der Krankentagegeldversicherung betrifft die Höhe des versicherten Nettoeinkommens. Zahlreichen Versicherten ist nicht bewusst, dass sie das Krankentagegeld stets ihrem tatsächlichen Nettoeinkommen anpassen müssen.

Rücktritte vom Versicherungsvertrag wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung sind besonders häufig. Den Versicherern ist bewußt, dass bei dieser Versicherungsart das „Ausnutzungspotential“ besonders groß und die Flucht aus wirtschaftlichen Schwierigkeiten in die Krankheit (Krankentagegeldversicherung) eine ständige Versuchung ist. Deshalb wird dieser Bereich besonders kritisch geprüft.

Sonstiges

Trotz der Vielzahl der Zusatzversicherungen, die im Zuge der Kooperation privater Versicherer mit gesetzlichen Krankenkassen zustande kamen, hat es hier kaum Beschwerden gegeben. In der Anfangszeit der Kooperation wandten sich einige GKV-Versicherte beschwerdeführend an den Ombudsmann, weil ihnen die Aufnahme in die Zusatzversicherung – u. a. aus Risikogründen – verweigert worden war.

Streitigkeiten über die Höhe von Zimmerzuschlägen in den Krankenhäusern, die vor drei Jahren noch eine große Rolle spielten, haben völlig an Bedeutung verloren. Relativ häufig muss der Ombudsmann jedoch Fälle bearbeiten, in denen es um künstliche Befruchtung geht.

Beschwerdezahlen im Einzelnen

Im Berichtszeitraum 2005 ist die Zahl der schriftlich eingegangenen Beschwerden gegenüber dem Kalenderjahr 2004 von 2625 auf 2956 weiter angestiegen. Hinzukommen täglich etwa 25 telefonische Anfragen. Für die Zunahme der Beschwerden sieht der Ombudsmann mehrere Gründe:

Die Ombudsstelle ist durch Medienberichte in weiten Teilen der Bevölkerung bekannt geworden. Jede Erwähnung des Ombudsmannes in den Medien führt zu einem spürbaren Anstieg der Beschwerdezahlen.

Die Versicherer haben ihre Schadenregulierungspraxis geändert, Kulanzleistungen werden restriktiver gewährt. Das führt notwendigerweise zu Konflikten mit den Versicherten, die sich an frühere Großzügigkeiten gewöhnt haben.

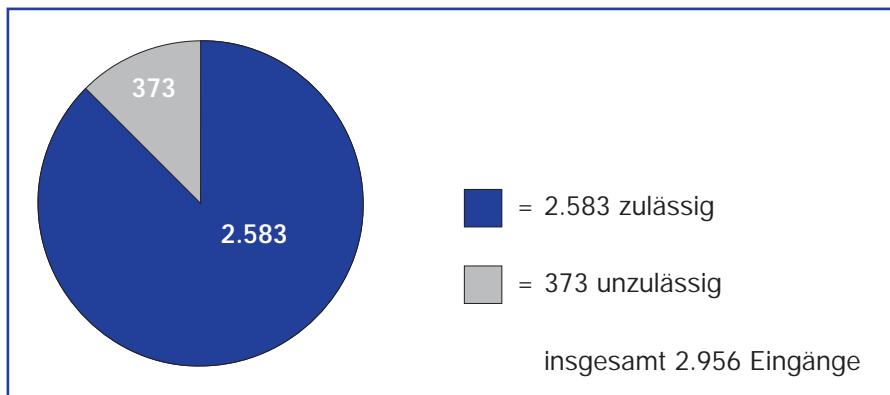
Die bereits auf Seite 10 erwähnte Gebührenrechtsproblematik hat sich weiter verschärft. Die Versicherer sind immer weniger bereit, von ihnen für falsch gehaltene Honorarrechnungen „um des lieben Friedens willens“ zu bezahlen.

Unzulässig sind Beschwerden dann, wenn die schriftliche Entscheidung des Versicherers bereits länger als ein Jahr zurückliegt, die Beschwerdeführer ein Verfahren vor der Versicherungsaufsicht angestrengt haben oder bereits eine gerichtliche Klärung der Angelegenheit stattfindet oder stattgefunden hat. Die Anzahl der unzulässigen Beschwerden war mit 12,6 % ähnlich hoch wie im Vorjahr.

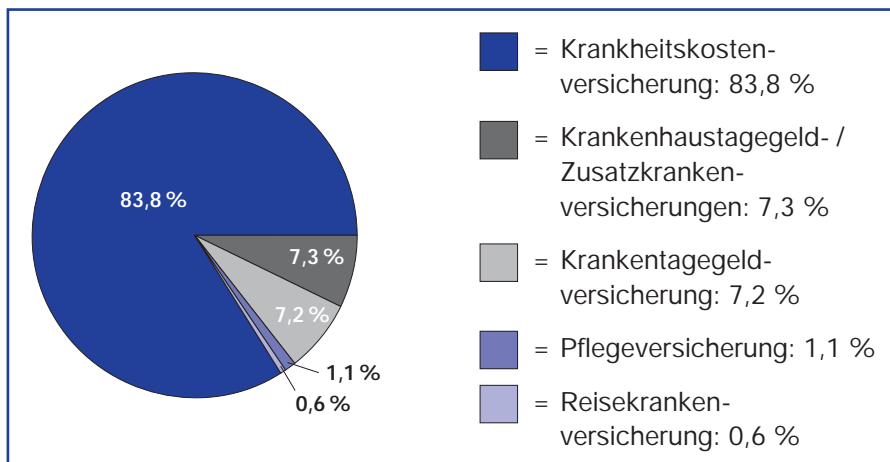
Die 2583 zulässigen Beschwerden verteilten sich in ähnlichen Größenordnungen in die unterschiedlichen Versicherungsarten auf wie im Vorjahr (Zahlen in Klammern). So ent-

Beschwerdezahlen

Schriftliche Beschwerdeeingänge

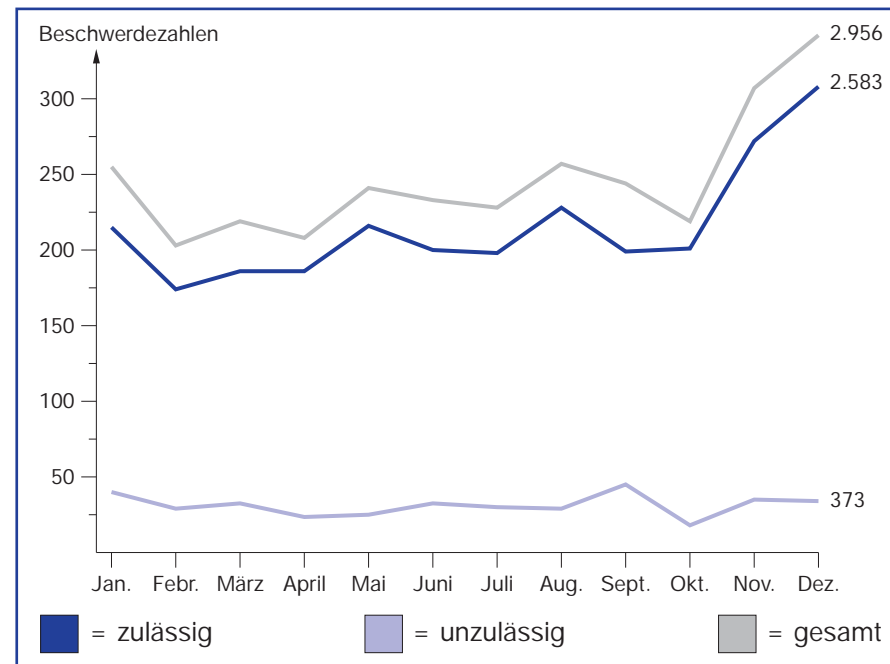


Verteilung des Gesamtbeschwerdeaufkommens 2005



fielen 83,8 % (81,1 %) aller Eingaben auf die Krankheitskostenvollversicherung, 7,3 % (7,6 %) der Eingaben betrafen Krankentagegeldversicherungen und Zusatzver-

Monatsvergleich



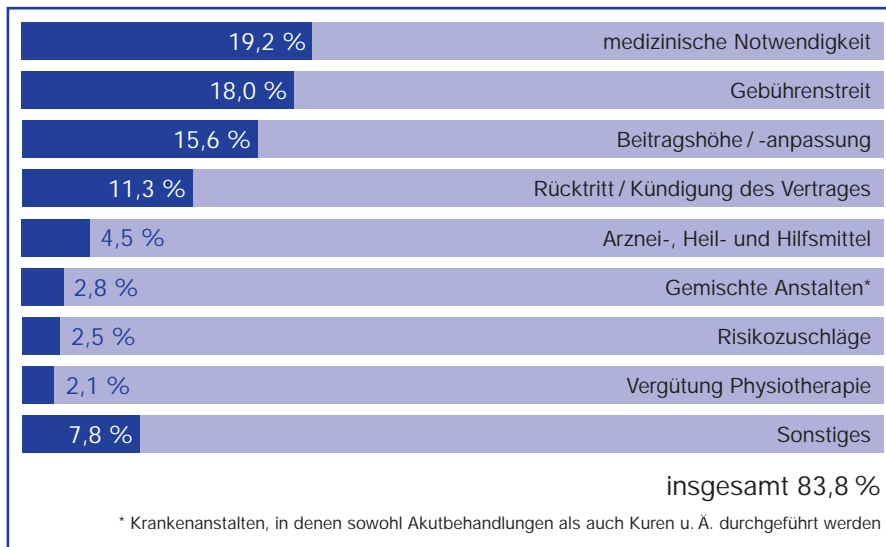
sicherungen und 7,2 % (8,5 %) die Krankentagegeldversicherung. Die übrigen Versicherungsarten wie Anwartschaftsversicherung, Reisekrankenversicherung und die Pflegepflichtversicherung waren nur gering vertreten. Beschwerden zur Pflegepflichtversicherung sind nun schon im 3. Jahr hintereinander rückläufig. 2005 betrafen nur 29 Eingänge die Pflegepflichtversicherung.

Aus dem Jahr 2004 wurden 1047 unerledigte Beschwerdefälle ins Berichtsjahr übernommen. Ins Jahr 2006 wurden 988 Beschwerden aus 2005 übertragen.

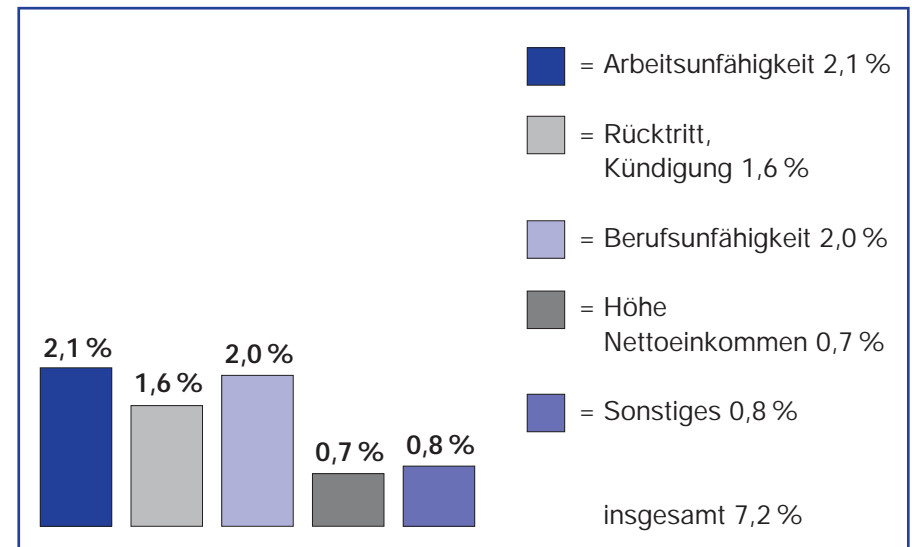
Beschwerdezahlen

Prozentuale Verteilung der zulässigen Beschwerden

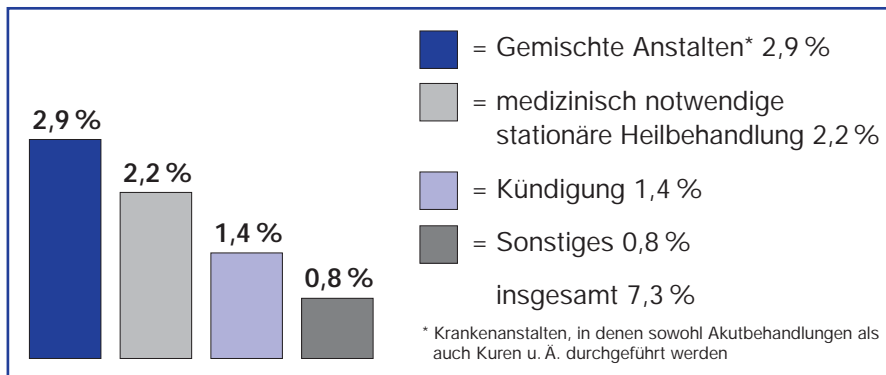
Krankheitskostenversicherung



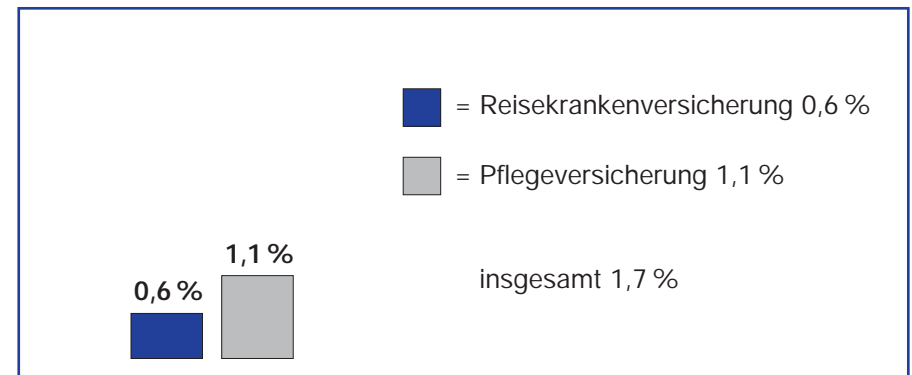
Krankentagegeldversicherung



Krankenhaustagegeldversicherung / Zusatzkrankenversicherung



Sonstige Versicherungen



Schlichtungserfolge

Kompromisse zu suchen und die streitenden Parteien zu versöhnen, sieht der Ombudsmann als seine Hauptaufgabe an. Während des gesamten Verfahrens ist der Ombudsmann bemüht, eine tragfähige Lösung für beide Parteien zu erreichen. Dabei versteht er sich nicht als klassischer Verbraucherschützer, der nur die Interessen der Versicherten im Auge hat, sondern als neutrale Institution, die die Belange beider Seiten berücksichtigt. Die Vertretung der Interessen der Versicherer ist übrigens auch, was vielfach übersehen wird, Verbraucherschutz. Geschützt werden die Interessen Vieler gegen überzogene Ansprüche Einzelner.

Es ist keine Überraschung und entspricht auch den Erfahrungen anderer Ombudsleute und der Beschwerdestelle der Versicherungsaufsicht, dass die meisten Beschwerdefälle im Sinne der Unternehmen erledigt werden. Ihr Verhalten ist in der Regel rechtlich fundiert.

Auch der Ombudsmann ist bei der Beurteilung der Eingaben an die Rechtslage gebunden. Im sensiblen Bereich der Krankenversicherung gibt es oft aber nicht nur Schwarz oder Weiß. In den Fällen, in denen die Rechtslage nicht eindeutig ist, spielen Billigkeitserwägungen und der Grundsatz von Treu und Glauben eine größere Rolle. In diesem Bereich bewegt sich der Ombudsmann, wenn er Kompromisse anstrebt und die Versicherer zu einem Entgegenkommen zu bewegen sucht.

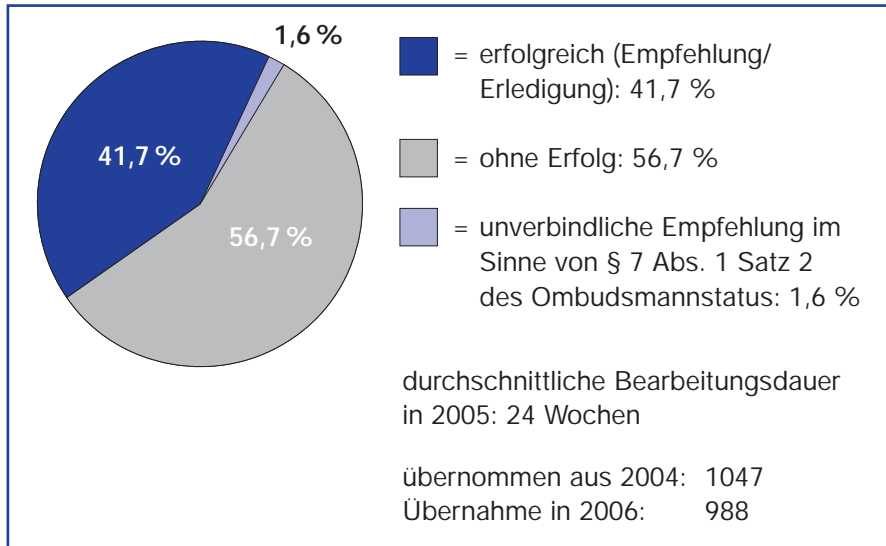
Juristische Entscheidungen sind in der Regel Entweder-Oder-Urteile. Sie sind oft unbefriedigend, da es in der Krankenversicherung häufiger auf ein Sowohl-als-auch

ankommt und eine exakte juristische Abgrenzung bestimmter Begriffe (z. B. medizinische Notwendigkeit, Auslegung der Gebührenordnungen) nur schwer möglich ist. Die Unternehmen können schwerlich von sich aus Vergleichslösungen anbieten, weil das nach einem Basarhandel aussehen würde. Hier eröffnet die Ombudsstelle den Unternehmen und den Versicherungsnehmern eine Plattform, mittlere Wege einzuschlagen und Kompromisse zu suchen, um gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und zu einem guten Einvernehmen zurückzukehren. Diese Schiedsfunktion der Ombudsstelle wird von den Unternehmen mehr und mehr akzeptiert. Generell ist in den Fällen, in denen der Ombudsmann um ein Entgegenkommen nachsucht, eine große Kompromissbereitschaft festzustellen. Noch ausgeprägter ist diese Haltung bei den Versicherungsnehmern. Sie sind schon zufrieden, wenn sie einen Teilerfolg erzielen oder ihnen die Zusammenhänge deutlich und in verständlicher Sprache erklärt werden.

Hohe Erfolgsquote 41,7 % aller erledigten Eingaben endeten 2005 mit einem vollständigen oder teilweisen Erfolg der Beschwerdeführer. Das ist ein überraschend hoher Anteil, der gegenüber dem Vorjahr (41,1 %) noch zugenommen hat. Die Erfolgsquote muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass der Ombudsmann der PKV keine Möglichkeit hat, verbindliche Entscheidungen zu treffen und dass mehrere Beschwerdebereiche (z. B. Beitragsanpassungen) von Natur aus „erfolglos“ bleiben müssen.

Schlichtungserfolge

Abgeschlossene Fälle in 2005: 2642
davon in %:



Die 41,7 % der für den Versicherungsnehmer erfolgreichen Fälle bedeuten nicht, dass sie stets Recht hatten, sie beruhen in erster Linie auf einem Entgegenkommen der Versicherungsunternehmen und dokumentieren damit deren Kooperationsbereitschaft. Selbst bei eindeutiger Rechtslage zugunsten der Versicherer werden gelegentlich entgegenkommende Angebote gemacht. Häufig geschieht das schon in der ersten Stellungnahme des Versicherers zur Beschwerde. Zu weiteren Kompromissangeboten kommt es dann auf Anraten des Ombudsmanns.

In der hohen Erfolgsquote verbergen sich auch viele kleine Teilerfolge. Wenn ein Unternehmen z. B. fünf Positionen einer Arztrechnung beanstandet, sich im Ombudsmannverfahren aber bereit findet, eine Position zu erstatten, ist das schon ein „Teilerfolg“.

Unverbindliche Empfehlungen

Die eigentlichen Konfliktfälle zwischen Ombudsmann und Versicherer sind die, die zu einer unverbindlichen Empfehlung des Ombudsmannes gemäß § 7 Abs. 1 des Statuts führen. Ihnen gehen Verhandlungen zwischen dem Ombudsmann und dem Versicherer voraus. Wenn dieser nicht bereit ist, den Vorstellungen des Ombudsmannes hinsichtlich eines Kompromisses zu folgen, kommt es zur unverbindlichen Empfehlung, die das Verfahren abschließt und die auch dem Versicherungsnehmer zugänglich und damit öffentlich wird. Die meisten unverbindlichen Empfehlungen werden vom Versicherer akzeptiert.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Arbeitsplatzunverträglichkeit

Ein Arbeitnehmer besaß eine Krankentagegeldversicherung, die ihm Leistungen für den Fall der Arbeitsunfähigkeit garantierte. Nachdem der Versicherungsnehmer längere Zeit Tagegeldleistungen erhalten hatte, überprüfte der Versicherer die Arbeitsunfähigkeit. Die Ärzte bestätigten, dass der Versicherungsnehmer an sich arbeitsfähig sei, nur am bisherigen Arbeitsplatz wegen der dort herrschenden Atmosphäre (Mobbing) eine sogenannte Arbeitsplatzunverträglichkeit bestehe. Der Versicherer verweigerte weitere Tagegeldleistungen, weil Arbeitsunfähigkeit nicht vorliege. Die Eingabe beim Ombudsmann hatte keinen Erfolg, da Arbeitsplatzunverträglichkeit kein Leistungskriterium der Krankentagegeldversicherung ist.

Entbindungskosten aus der Reisekrankenversicherung

Ein in München wohnender ungarischer Staatsbürger erhielt in der Zeit von Januar bis März 2004 Besuch von seiner Verlobten aus Budapest. Er schloss für sie eine Reisekrankenversicherung für die Dauer von 63 Tagen mit einer Prämie von 60 Euro ab. Die Verlobte war schwanger. Zehn Tage vor Ablauf der Reisekrankenversicherung entband sie ein Kind durch Kaiserschnitt. Der Versicherte verlangte vom Versicherer die Erstattung der Krankenhauskosten für die Entbindung. Der lehnte ab, weil in der Reisekrankenversicherung bedingungsgemäß Entbindungen nicht versichert waren, wohl aber Schwangerschaftsabbrüche, Frühgeburten und die Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen. Der Versicherungsnehmer wandte sich an den Ombudsmann. Zu klären war, ob es sich um eine normale, nicht

versicherte Entbindung handelte. Die Entbindung fand am 260. Tag der Schwangerschaft statt. Nach den medizinischen Lehrbüchern gelten als Frühgeburten alle Entbindungen vor dem 260. Schwangerschaftstag. Wäre die Geburt einen Tag früher erfolgt, hätte der Versicherungsnehmer aus der Reisekrankenversicherung Leistungen erhalten. Der Ombudsmann sah sich nicht in der Lage, dem Versicherer ein Entgegenkommen zu empfehlen. Offensichtlich war die Reisekrankenversicherung zu Missbrauchszwecken abgeschlossen worden; mit einer geringen Prämie sollten die Kosten einer Entbindung in Deutschland finanziert werden.

Haarentfernung mit Laser

Eine Versicherungsnehmerin hatte zur Haarentfernung an ihrem Körper in den Jahren 1998, 1999 und 2001 eine Lasertherapie durchgeführt. Der Versicherer hatte die Kosten dafür erstattet. Bei einer weiteren Laserbehandlung im Jahre 2004 stellte sich der Versicherer auf den Standpunkt, es handle sich um eine kosmetische Maßnahme, für die es an der medizinischen Notwendigkeit fehle. Dagegen richtete sich die Beschwerde der Versicherungsnehmerin. Auch der Ombudsmann zweifelte an der medizinischen Notwendigkeit der Laserbehandlung. Weil der Versicherer aber schon dreimal die Behandlung bezahlt hatte, ohne auf die Freiwilligkeit der Leistung hinzuweisen, konnte die Versicherungsnehmerin darauf vertrauen, auch weiterhin Leistungen zu erhalten. Der Ombudsmann empfahl dem Versicherer, auch für die vierte Laserbehandlung zu bezahlen, für weitere aber nach ausreichender Aufklärung der Versicherungsnehmerin nicht mehr. Das Versicherungsunternehmen folgte dieser Empfehlung.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Kinderwunschbehandlung

Ein Ehepaar stellte im Dezember 2004 einen Antrag auf Abschluss einer privaten Krankenversicherung. In dem Antrag gaben die Eheleute an, dass sie vor einem Jahr eine Kinderwunschbehandlung einschließlich künstlicher Befruchtung durchgeführt hätten, die auch zu einer Schwangerschaft geführt hatte. Allerdings musste die Schwangerschaft nach dem 5. Monat abgebrochen werden. Der Krankenversicherer ging davon aus, dass das Ehepaar seinen Kinderwunsch weiter verfolgen werde, was aus seiner Sicht ein erhöhtes Risiko darstellte. Er nahm den Krankenversicherungsantrag an, allerdings wurden Kinderwunschbehandlungen einschließlich künstlicher Befruchtung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Dagegen wandten sich die Eheleute im Ombudsmannverfahren. Der Ombudsmann hielt es grundsätzlich für bedenklich, einen Versicherungsantrag anzunehmen, aber Kinderwunschbehandlungen und künstliche Befruchtung vom Versicherungsschutz auszuschließen. Der Versicherer könne in solchen Fällen, wenn ihm das Risiko zu groß erscheine, nur den Antrag als Ganzes ablehnen; dann bliebe dem Ehepaar die Möglichkeit, bei einem anderen Versicherer Versicherungsschutz auch für Kinderwunschbehandlungen zu erhalten. Der Ombudsmann machte den Beteiligten den Schlichtungsvorschlag, den Versicherungsantrag ohne Ausschluss anzunehmen, aber für die Kinderwunschbehandlung der Ehefrau einen Risikozuschlag von 30 % des Beitrages zu zahlen. Beide Parteien akzeptierten den Vorschlag.

Nicht angezeigte Schwangerschaft

Anfang September beantragte ein Versicherungsnehmer für sich, seine Ehefrau und zwei Kinder den Abschluss einer Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Oktober. Mitte Oktober erfolgte die Annahme des Antrages durch den Versicherer. Einen Tag zuvor hatte die Ehefrau erfahren, dass sie schwanger sei. Die Schwangerschaft hätte der Antragsteller während des laufenden Antragsverfahrens nachmelden müssen. Da das nicht geschehen war, schloss der Versicherer die bevorstehende Entbindung vom Versicherungsschutz aus. Der Versicherungsnehmer akzeptierte diesen Ausschluss, wandte sich aber wegen des Vorgehens des Versicherers beschwerdeführend an den Ombudsmann. Seiner Meinung nach habe der Versicherer den Vertragsabschluss über Gebühr hinausgezögert. Wäre die Annahme in angemessener Frist erfolgt, wäre die Schwangerschaft nicht nachzumelden gewesen. Der Vertrag wäre mit Einschluss des Versicherungsschutzes für die Entbindung zustande gekommen.

Ein Leistungsanspruch für die Entbindung bestand nicht, da der Versicherungsnehmer den Ausschluss akzeptiert hatte. Andererseits hielt der Ombudsmann die Antragsbearbeitung durch den Versicherer für zu lang. Wäre der Antrag in angemessener Frist angenommen worden, hätte der Versicherungsnehmer für die bevorstehende Entbindung der Ehefrau uneingeschränkter Versicherungsschutz gehabt. Der Ombudsmann empfahl, als Entgegenkommen für die zeitliche Verzögerung beim Abschluss des Vertrages dem Versicherungsnehmer aus Anlass der Entbindung einen Pauschalbetrag zu zahlen.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Brustvergrößerung bei Magersucht

Eine zwanzig Jahre alte Frau litt unter Magersucht. Als Folge dieser Krankheit blieb ihre Brust unterentwickelt, was zu psychischen Störungen mit einem erhöhten Leidensdruck führte. Die Ärzte empfahlen ihr einen plastisch-chirurgischen Eingriff zur Brustvergrößerung. Der private Versicherer lehnte Leistungen für diesen Eingriff ab, da es sich nicht um eine medizinisch notwendige, sondern um eine kosmetische Maßnahme handelte. Der Ombudsmann sah keine Möglichkeit, der jungen Frau bei der Kostenerstattung für den chirurgischen Eingriff zu helfen, da in jedem Fall zunächst die psychische Störung hätte behandelt werden müssen.

Anzeigepflicht bei Arbeitsunfähigkeit

Bei einem Versicherungsnehmer wurde von einem Tag auf den anderen eine schwere Krebserkrankung diagnostiziert, es folgten Krankenhausaufenthalte und Chemotherapie. Schriftliche Nachweise über seine Arbeitsunfähigkeit legte er dem Versicherer erst 1 1/2 Jahre später vor. Ebenso reichte er auch erst zu diesem Zeitpunkt sämtliche Krankenhausrechnungen ein.

Der Versicherer verweigerte die Zahlung von Krankentagegeld wegen Verletzung der Anzeigepflicht bzw. Nichterfüllung der Nachweispflicht. Eine Überprüfung des Leistungsfalles sei wegen der verspäteten Meldung der Arbeitsunfähigkeit nicht nachholbar. Der Ombudsmann teilte die rechtliche Auffassung des Versicherers. Da die Arbeitsunfähigkeit wegen der schweren Krebserkrankung aber zweifelsfrei gegeben war, schlug er vor, im Vergleichs-

wege einen Teil des Krankentagegeldes (rund 10.000 Euro) für den fraglichen Zeitraum zu übernehmen. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Hautpflegeprodukte

Ein Versicherungsnehmer litt an starken Hautbeschwerden. Sein Arzt verordnete ihm dafür verschiedene Pflegeprodukte. Der private Krankenversicherer erstattete die Salben, Lotionen usw. nicht, da es seiner Meinung nach kosmetische Mittel waren, die grundsätzlich vom Versicherungsschutz nicht erfasst werden.

Da die Hautbeschwerden zweifelsfrei vorlagen, vertrat der Ombudsmann die Auffassung, dass hier die Behandlung einer Krankheit im Vordergrund stand und nicht die Hautpflege. Er schlug eine Erstattung der Pflegeprodukte vor, da der Versicherungsnehmer keine andere Möglichkeit hatte, seine Hautkrankheit zu lindern. Der Versicherer folgte der Empfehlung für einen Teil der verordneten Pflegeprodukte.

Darmspiegelung unter Vollnarkose

Ein Versicherungsnehmer unterzog sich einer Darmspiegelung. Diese wurde unter Narkose mit Sauerstoffmaske und Monitoring durchgeführt. Besondere Schwierigkeiten, die eine Vollnarkose gerechtfertigt hätten, wurden im Arztbericht nicht genannt. Der Versicherer erstattete die Kosten der Vollnarkose nicht, sondern statt dessen die bei Darmspiegelungen übliche intravenöse Verabreichung eines beruhigenden Medikaments.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Der Ombudsmann schloss sich der Ansicht des Versicherers an. Im Fall einer Darmspiegelung ist eine Vollnarkose laut Fachliteratur grundsätzlich medizinisch nicht notwendig, wenn keine besonderen Umstände vorliegen.

Alle Kinder oder keines

Eine Versicherungsnehmerin beantragte bei ihrem privaten Krankenversicherer für ihre drei Kinder, die bisher gesetzlich versichert waren, eine beihilfeergänzende Krankheitskostenversicherung.

Der Krankenversicherer führte bei allen Kindern die übliche Risikoprüfung durch. Sie ergab, dass zwei Kinder versichert werden konnten, das dritte Kind wegen einer bestehenden schweren Krankheit jedoch nicht.

Zwischenzeitlich war der bestehende Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung für alle drei Kinder gekündigt worden, sodass das kranke Kind ohne Krankenversicherungsschutz dastand. Obwohl der private Krankenversicherer rein rechtlich die Versicherung für das kranke Kind ablehnen durfte, erklärte er sich auf Empfehlung des Ombudsmanns bereit, auch das kranke Kind gegen Zahlung eines Risikozuschlags zu versichern.

Behandlung im Ausland

Eine in Deutschland privat krankenversicherte Frau begab sich zu einer Knieoperation in die Schweiz. Die ihr in Rechnung gestellten Kosten erstattete der Versicherer nur anteilig. Zwar sah der Versicherungsschutz Leistungen bei Aus-

landsaufenthalt vor, im Versicherungsvertrag war jedoch vereinbart, dass bei Behandlungen im Ausland nur Leistungen in Höhe der deutschen Gebührenordnungen und Krankenhauspflegesätze erstattet werden.

Diese Vertragsklausel ist von mehreren Gerichten als rechtswirksam bestätigt worden. Im Ombudsmannverfahren konnte für die Betroffene – über einen kleinen Kulanzbetrag hinaus – keine weitere Leistung erwirkt werden.

Kinderwunsch im Alter

Ein 59jähriger hatte sich als junger Mann sterilisieren lassen und wollte diesen Eingriff im Alter rückgängig machen. Er verlangte von seinem Krankenversicherer eine Kostenbeteiligung für eine Kinderwunschbehandlung. Der Versicherer lehnte dieses Ansinnen ab. Der Ombudsmann konnte dem Versicherungsnehmer nicht helfen. Nach den Richtlinien einer Fachkommission werden entsprechende Leistungen bei Männern ab dem 50. Lebensjahr wegen mangelnder Erfolgsaussicht abgelehnt. Außerdem war zweifelhaft, ob eine auf eigenen Wunsch herbeigeführte Sterilität als „Krankheit“ im Sinne der Krankenversicherung gelten konnte.

Kinder-Begleitperson während einer Kur

Aufgrund eines chronischen Nierenleidens wurde einem privat versicherten Mädchen eine Heilkur verordnet. Die Kosten dafür trug der Versicherer. Die Mutter begleitete das Kind und begehrte für ihren Aufenthalt ebenfalls Versicherungsleistungen. Das Versicherungsunternehmen lehnte Leistungen für die Mutter ab.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Das Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann führte zu keinem Erfolg, weil der Versicherungsvertrag nur Leistungen für verordnete Behandlungen bei der versicherten Person, also der Tochter, vorsah. Ein Tarif, der auch Kostenerstattungen für Begleitpersonen vorsieht, war hier nicht abgeschlossen.

Hausarzt

Ein Versicherungsnehmer hatte einen sogenannten Hausarzttarif abgeschlossen. Dieser Tarif sah 100%ige Leistungen für Behandlungen vor, wenn der Versicherte zunächst einen Hausarzt aufsuchte. Ging er gleich zu einem Spezialisten, erhielt er nur 80 % des Rechnungsbetrages erstattet. Der Versicherte fragte beim Versicherer an, ob seine Ärztin, die als Allgemeinmedizinerin und Internistin tätig sei, die Voraussetzungen des Hausarzttarifes erfülle. Der Versicherungsnehmer erhielt die gewünschte Zusage, dass die Frau als Hausärztin anerkannt werde. Kurz darauf widerrief der Versicherer diese Zusage mit der Begründung, die Ärztin habe in drei Jahren nur jeweils einen Impftermin für den Versicherungsnehmer wahrgenommen, könne also keine Hausärztin im Sinne des Tarifs sein.

Dagegen richtete sich die Beschwerde des Versicherungsnehmers. Der Ombudsmann empfahl dem Versicherer, die ursprüngliche Zusage, die die Hausarzteigenschaft der Ärztin anerkannt hatte, gelten zu lassen. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Detektivkosten

Ein selbständiger Versicherungsvertreter hatte für den Fall der Arbeitsunfähigkeit eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen. Im Frühling 2004 erkrankte er an einem Rückenleiden und sein Arzt bescheinigte ihm Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherer leistete das vereinbarte Tagegeld. Da die Arbeitsunfähigkeit über mehrere Monate anhielt, vermutete der Versicherer, der Versicherungsnehmer missbrauche die Versicherung, indem er die Tätigkeit als selbständiger Vertreter weiter ausübe, nebenher aber Krankentagegeld beziehe. Der Versicherer schaltete ein Detektivbüro ein, das klären sollte, ob der Versicherungsnehmer arbeitet. Das Detektivbüro inszenierte einige Anrufe bei dem Versicherungsnehmer, in denen Interesse am Abschluss einer Versicherung bekundet und der Vertreter gebeten wurde, zu einer Besprechung zu kommen. Darauf ging der Versicherungsnehmer ein. Damit war erwiesen, dass der Versicherungsnehmer während seiner Arbeitsunfähigkeit der Tätigkeit als Versicherungsvertreter nachgegangen war. Der Versicherer stellte die Krankentagegeldzahlungen ein und kündigte die Versicherung fristlos. Außerdem verlangte er, der Versicherungsnehmer sollte die Kosten des Detektivbüros mit rund 2.500 Euro erstatten. Dagegen richtete sich die Beschwerde des Versicherungsnehmers.

Der Ombudsmann hielt die Einschaltung eines Detektivs in diesem Fall für zulässig. Bedenken hatte er, ob das Detektivbüro ein Fehlverhalten des Versicherungsnehmers mit vorgetäuschten Anrufen provozieren durfte. Er empfahl dem Versicherer, auf die Erstattung der Detektivkosten zu verzichten. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Mitgliedsunternehmen

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München
Postanschrift: 80291 München
Tel.: (089) 67 85-0
Fax: (089) 67 85-65 23
www.gesundheit.allianz.de
service.apkv@allianz.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Moorgärten 12-14, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: (04441) 90 50
Fax: (04441) 90 54 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de

ARAG Krankenversicherungs-AG

Prinzregentenplatz 9, 81675 München
Postanschrift: Postfach 86 01 29,
81628 München
Tel.: (089) 41 24-02
Fax: (089) 41 24-25 25
www.arag.de
service@arag.de

ASSTEL Krankenversicherung AG

Wiener Platz 4, 51065 Köln
Postanschrift: 51175 Köln
Tel.: (0221) 96 77-6 77
Fax: (0221) 96 77-1 00
www.asstel.de
info@asstel.de

AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln
Postanschrift: 50592 Köln
Tel.: (0221) 1 48-1 25
Fax: (0221) 1 48-3 62 02
www.axa-kranken.de
service@axa-kranken.de

Barmenia Krankenversicherung a.G.

Kronprinzenallee 12-18, 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 Str. 30, 81539 München
Postanschrift: 81537 München
Tel.: (089) 21 60-0
Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de
service@vkb.de

BBV-Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München
Postanschrift: 81732 München
Tel.: (089) 67 87-0
Fax: (089) 67 87-91 50
www.bbv.de
krankenversicherung@bbv.de

CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT

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

CONCORDIA Krankenversicherungs- Aktiengesellschaft

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

Continental 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

DBV-Winterthur Krankenversicherung AG

Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65178 Wiesbaden
Tel.: (0611) 3 63-0
Fax: (0611) 3 63-40 15
www.dbv.de
info@dbv-winterthur.de

Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit

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 Krankenversicherungsverein a.G.

Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: (040) 35 99-0
Fax: (040) 35 99-22 81
www.deutscherring.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 Aktiengesellschaft

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.: (01802) 58 96 32
Fax: (0221) 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de

EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Piusstraße 137, 50931 Köln
Postanschrift: 50595 Köln
Tel.: (0221) 57 37-01
Fax: (0221) 57 37-2 01
www.europa.de
info@europa.de

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

Friedrich-Ebert-Anlage 3, 60327 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

Globale Krankenversicherungs-AG

Venloer Straße 47-53, 50672 Köln
Postanschrift: Postfach 10 15 52, 50455 Köln
Tel.: (0221) 57 93-46 72
Fax: (0221) 57 93-5 79
www.globale.de
globale@globale.de

Mitgliedsunternehmen

Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
Postanschrift: 50598 Köln
Tel.: (0221) 30 90-0
Fax: (0221) 30 90-30 99
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, 20352 Hamburg
Postanschrift: 20354 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, 20352 Hamburg
Postanschrift: 20354 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0
Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

Willi-Hussong-Straße 2, 96447 Coburg
Postanschrift: Bahnhofsplatz, 96444 Coburg
Tel.: (09561) 96-0
Fax: (09561) 96-36 36
www.huk.de
info@huk-coburg.de

INTER Krankenversicherung a.G.

Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim
Postanschrift: Postfach 10 16 62,
68016 Mannheim
Tel.: (0621) 4 27-4 27
Fax: (0621) 4 27-9 44
www.inter.de
info@inter.de

KarstadtQuelle Krankenversicherung AG

Nürnberger Straße 91-95, 90758 Fürth
Tel.: (0911) 1 48-01
Fax: (0911) 1 48-17 00
www.kqv.de
info@kqv.de

Kranken- und Sterbekasse „Mathilde“ Hainstadt VVaG

Ernst-Ludwig-Straße 6, 63512 Hainburg
Postanschrift: Postfach 45 00,
63509 Hainburg
Tel.: (06182) 47 29

Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

Karl-Wiechert-Allee 60 b, 30625 Hannover
Tel.: (0511) 912-16 80 oder 13 15
Fax: (0511) 912-16 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
http://web.lkh.de
info@lkh.de

LIGA Krankenversicherung katholischer Priester V.V.a.G.

Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
93055 Regensburg
Postanschrift: 93042 Regensburg
Tel.: (0941) 40 95-0
Fax: (0941) 40 95-1 15

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

Augusta-Anlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Tel.: (0621) 4 57-0
Fax: (0621) 4 57-42 43
www.mannheimer.de
service@mannheimer.de

Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG

Berckhusenstraße 146, 30625 Hannover
Postanschrift: Postfach 61 04 80,
30604 Hannover
Tel.: (0511) 53 51-0
Fax: (0511) 53 51-4 44
www.mecklenburgische.de
service@mecklenburgische.de

MÜNCHENER VEREIN

Krankenversicherung a.G.

Pettenkofersstraße 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

Benrather Schlossallee 33, 40597 Düsseldorf
Postanschrift: Postfach 18 03 63,
40570 Düsseldorf
Tel.: (0211) 99 63-0
Fax: (0211) 99 63-1 63
www.pax-familienfuersorge.de
info@bruderhilfe.de

Provinzial Krankenversicherung Hannover AG

Schiffgraben 3, 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

Taunusstraße 1, 65193 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

**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
AKTIENGESELLSCHAFT**
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 07-15 74
www.universa.de
info@universa.de

**VICTORIA Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**
Victoriaplatz 2 / Eingang Fischerstraße 2,
40477 Düsseldorf
Postanschrift: 40198 Düsseldorf
Tel.: (0211) 4 77-0
Fax: (0211) 4 77-43 56
www.victoria.de
krankenversicherung@victoria.de

**Volksfürsorge Krankenversicherung
Aktiengesellschaft**
Besenbinderhof 43, 20097 Hamburg
Postanschrift: 20084 Hamburg
Tel.: (040) 28 65-0
Fax: (040) 28 65-25 15
www.volksfuersorge.de
info@volksfuersorge.de

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

Verbundene Einrichtungen:

**Krankenversorgung der Bundesbahn-
beamten**
Rödelheimer Straße 51, 60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53,
60606 Frankfurt
Tel.: (069) 2 47 03-1 11
Fax: (069) 2 47 03-1 99
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de

Postbeamtenkrankenkasse
Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart
Postanschrift: Postfach 30 08 66,
70448 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0
Fax: (0711) 13 56-33 95
www.pbeakk.de
pr@pbeakk.de

Stand: Januar 2006

Anlaufstellen für Versicherte:

**Bundesanstalt für Finanzdienst-
leistungsaufsicht – Bankenaufsicht und
Versicherungsaufsicht –**
Graurheindorferstr. 108, 53117 Bonn
Postanschrift: Postfach 1303,
53003 Bonn
Tel.: (0228) 41 08-0
Fax: (0228) 41 08-15 50
www.bafin.de
poststelle@bafin.de

**Bundesversicherungsamt
(für die gesetzliche Krankenversicherung)**
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Tel.: (0228) 6 19-0
Fax: (0228) 6 19-18 70
www.bundesversicherungsamt.de

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080 632
10006 Berlin
Tel.: (01804) 22 44 24 (24 Cent/Anruf)
Fax: (01804) 22 44 25
www.versicherungsombudsmann.de
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Statut für den Ombudsmann

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 und dieser die nachfolgenden Statuten gegeben:

§ 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- oder Versicherungsvermittlungsbranche oder in einem Beruf, der die Erbringung von Leistungen im Gesundheitswesen zum Gegenstand hat, arbeiten oder dort irgendeine Stellung bekleiden.

(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, Krankenversicherungsunternehmen (sowie in Ausnahmefällen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen) zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen.

(2) Voraussetzung für sein Tätigwerden ist, dass der Beschwerdegegenstand sich auf eine private Kranken- oder Pflegeversicherung und die sich bei ihrer Durch-

führung 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 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 (ehemals BAV) 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.

Statut für den Ombudsmann

§ 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.

(2) Ein privates Krankenversicherungsunternehmen kann den Ombudsmann im Streitfall 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 Beschwerde gegenüber dem Krankenversicherungsunternehmen dem Ombudsmann schriftlich vorgelegt werden. Ist seit Einreichung der Beschwerde bei dem Versicherer eine Frist von 6 Wochen ohne Entscheidung vergangen oder erscheint die vorherige Beschwerde beim Versicherer 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 entgegengenommen 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. Beschwerden sollen möglichst in deutscher Sprache eingereicht werden.

(2) Der Beschwerdeführer kann sich zu jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens von einem Rechtsanwalt vertreten lassen oder einen Rechtsanwalt beiziehen.

(3) Die Behandlung von Beschwerden durch den Ombudsmann ist für die Beteiligten kostenlos. Kosten, die den Parteien im Rahmen des Beschwerdeverfahrens, z. B. durch Einschaltung eines Rechtsanwalts oder durch Reisen, entstehen, sind von ihnen selbst zu tragen.

§ 5 Fristen, Verjährung

(1) Die Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Ombudsmann beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit dem Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers auf die Beschwerde, falls eine solche Entscheidung nicht erfolgt ist, sechs Wochen nach Einlegung der Beschwerde bei dem Versicherungsunternehmen. Ist jedoch der Versicherer nach § 12 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)(*) von der Verpflichtung zur Leistung frei, ist eine Beschwerde gegenüber dem Ombudsmann nicht möglich.

(2) Die Verjährung nach § 12 Abs. 1 VVG(*) und der Lauf der sechsmonatigen Klagefrist nach § 12 Abs. 3 VVG(*) sind vom Beginn des Tages, an dem die Beschwerde bei dem Ombudsmann eingeht, bis zum Ende des Tages, an dem dem Versicherungsnehmer die Mitteilung über die Beendigung des Beschwerdeverfahrens zugeht, gehemmt. Die Hemmung der genannten Frist endet jedoch spätestens sechs Monate nach Einlegung der Beschwerde. Hierauf soll der Ombudsmann zu Beginn des Beschwerdeverfahrens schriftlich hinweisen.

(*) § 12 VVG ist im Anschluss an dieses Statut abgedruckt.

Statut für den Ombudsmann

§ 6 Verfahrensgrundsätze

(1) Nach Einreichung der Beschwerde ermittelt der Ombudsmann den Sach- und Streitstand im schriftlichen Verfahren. Der Ombudsmann hat die Parteien zu hören. Er soll bei den Parteien und sonstigen Beteiligten die erforderlichen Auskünfte einholen, die er freier Beweiswürdigung unterzieht. Die Verweigerung einer Auskunft kann bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden. In Ausnahmefällen kann der Ombudsmann Parteien und sonstige Beteiligte zum persönlichen Gespräch einladen. Dessen wesentlicher Inhalt wird protokolliert. Ist die Abrechnung eines Behandlers oder eines Krankenhauses Grundlage der Beschwerde, so sollen diese Leistungserbringer in das Schlichtungsverfahren einbezogen werden.

(2) Wenn und soweit dies für eine sachgerechte Behandlung der Beschwerden notwendig ist, kann der Ombudsmann Sachverständige schriftlich oder mündlich befragen.

(3) Zum Zweck der Verfahrensbeschleunigung wirkt der Ombudsmann auf einen zügigen Ablauf hin.

§ 7 Einigung, Entscheidung

(1) Der Ombudsmann soll in jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens eine gütliche Einigung der Parteien anstreben. Kommt eine solche zustande, wird sie protokolliert und den Parteien übermittelt. Kommt zwischen den Parteien keine gütliche Einigung zustande, entscheidet der Ombudsmann in Form einer nicht bindenden schriftlichen Empfehlung, von der er die Beteiligten unverzüglich in Kenntnis setzt.

(2) Für die Beurteilung einer Beschwerde durch den Ombudsmann sind der Inhalt des Versicherungsvertrags, das Gesetzesrecht sowie die dazu ergangene Rechtsprechung maßgeblich. In Angelegenheiten der privaten Pflegepflichtversicherung berücksichtigt er außerdem die Auslegungshinweise des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.

(3) Der Ombudsmann kann entscheiden, dass eine Beschwerde offensichtlich unzulässig oder unbegründet ist und aus diesem Grund keiner weiteren Behandlung bedarf. In diesem Fall teilt er diese Entscheidung den Parteien mit. Eine solche Entscheidung ergeht insbesondere in den Fällen des § 2 Abs. 3 und 4, § 3 Abs. 3, § 4 Abs. 1 sowie § 5.

§ 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 und die Sachverständigen. Sachverständige verpflichten sich mittels schriftlicher Erklärung gegenüber dem Ombudsmann zur Beachtung der Geheimhaltungsverpflichtung.

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

(3) Der Ombudsmann wird, mit Ausnahme des Tätigkeitsberichts nach § 11, nichts veröffentlichen, was mit seiner Funktion im Zusammenhang steht.

Statut für den Ombudsmann

§ 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 dem Vorstand des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schriftlich und in strukturierter Form über seine Tätigkeit in diesem Jahr und die dabei gewonnenen Erfahrungen. Eine Veröffentlichung des Berichts durch den Ombudsmann erfolgt nicht vor Ablauf eines Monats nach dessen Übergabe. Eine Veröffentlichung kann auch durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. erfolgen.

§ 12 Vergütung

Der Ombudsmann erhält für seine Tätigkeit eine Vergütung. Die Festsetzung der Vergütung erfolgt durch den Vorstand des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.

§ 13 Finanzierung

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

§ 14

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

§ 12 Versicherungsvertragsgesetz

(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.