

OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung

TÄTIGKEITSBERICHT

2004

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines	4
– Sitz	4
– Erreichbarkeit	4
– Verfahren	4
– Verfahrensdauer	5
– Rundschreiben an die Versicherungs- unternehmen	6
– FIN-NET	6
Tätigkeitsschwerpunkte	7
– Arzt / Zahnarzt-Honorare	7
– Vergütung für Physiotherapeuten und Psychotherapeuten	8
– Medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen	8
– Abgrenzung Krankenhaus- / Sanatoriums- behandlung (Gemischte Anstalten)	9
– Beitragsanpassungen	10
– Rücktritt / Kündigung	11
– Krankentagegeld	12
– Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	13
– Zimmerzuschläge Krankenhaus	13
Beschwerdezahlen im Einzelnen	14
Schlichtungserfolge	20

Fälle aus der Ombudsmannpraxis	24
– Zahnsanierung	24
– GKV-Kooperation	24
– Bewegungstrainer	25
– Fehler des Versicherers	26
– Gemischte Anstalten	27
– Kündigung im hohen Alter	27
– Implantate	28
– Organspende	29
– Fußpflegerin	30
– Stundenweise Tätigkeit	30
– Versicherungsschutz im Rentenalter	31
– Doppelter Versicherungsschutz	32
– Selbstmedikation	32
– Insolvenzrisiko	33
Liste der Mitgliedsunternehmen	34
Statut	40

Allgemeines

Sitz Sitz der Schlichtungsstelle für die private Krankenversicherung ist Berlin, Leipziger Straße 104. Alle Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes nehmen an dem Ombudsmannverfahren teil (Mitgliedsverzeichnis am Ende des Berichts).

Erreichbarkeit Der Ombudsmann kann sowohl schriftlich als auch telefonisch erreicht werden, wobei das eigentliche Ombudsmannverfahren schriftlich erfolgt. In Ausnahmefällen besteht die Möglichkeit, das Anliegen persönlich vorzutragen. Die Vertretung durch Anwälte nimmt zu, spielt aber mit etwas über 10 % der Fälle nur eine geringe Rolle. Über das Internet ist der Ombudsmann unter www.pkv-ombudsmann.de zu erreichen.

Verfahren Das Ombudsmannverfahren beginnt mit Eingang der schriftlichen „Beschwerde“ des Versicherten. Juristen in der Ombudsstelle bearbeiten die Vorgänge. In einer Vorprüfung wird zunächst festgestellt, inwieweit es sich um eine echte Beschwerde handelt oder nur um eine allgemeine Anfrage zum privaten Krankenversicherungsschutz. Die vielen Fälle, in denen die Versicherten nur „um Hilfe“ bitten, werden wie Beschwerden behandelt. Liegt eine solche vor, wird geprüft, ob die Verfahrensvoraussetzungen nach dem Statut des Ombudsmanns gegeben sind. Bejahendenfalls erhalten die Einsender eine Eingangsbestätigung, in der sie über den weiteren Verfahrensablauf informiert werden. Danach werden die Mitgliedsunternehmen um Stellungnahme gebeten. Liegt diese vor, erfolgt die rechtliche Prüfung des Sachverhalts. Der Abschluß des Verfahrens erfolgt stets 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 an; der Ombudsmann teilt dies dem Beschwerdeführer mit und schließt das Verfahren ab.
- Das Versicherungsunternehmen unterbreitet – oft auf Anregung des Ombudsmannes – einen Kompromissvorschlag. Der Ombudsmann leitet diesen Vorschlag an den Beschwerdeführer weiter und empfiehlt seine Annahme.
- Der Ombudsmann spricht eine unverbindliche Empfehlung gemäß § 7 Abs. 1 des Ombudsmannstatuts aus (Statut als Anlage zum Bericht).

Die Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche des insbesondere für die Sach- und Lebensversicherungen zuständigen Versicherungsombudsmanns e.V. und des PKV-Ombudsmanns läuft weiterhin problemlos. Auffallend wenige Beschwerden betreffen Sachverhalte, die sowohl in die Kompetenz des Versicherungsombudsmanns e.V. als auch des PKV-Ombudsmanns fallen.

Verfahrensdauer Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer im Jahr 2004 war mit 28 Wochen unverhältnismäßig hoch. Bis zur Mitte des Berichtsjahres war die Ombudsstelle personalmäßig unterbesetzt, was zu einem Bearbeitungsstau geführt hatte. Seit Mitte 2004 ist mit einer ausreichenden Personalbesetzung ein Abbau der Rückstände in die Wege geleitet.

Allgemeines

Rundschreiben an die Versicherungsunternehmen Mit dem Ziel, die Zahl der Eingaben zu verringern, versandte der Ombudsmann auch im Jahre 2004 ein Rundschreiben an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, in dem auf neuralgische Punkte, die immer wieder zu Beschwerden führen, hingewiesen wurde. Damit soll erreicht werden, dass die Unternehmen vorbeugend handeln und es in kritischen Fällen gar nicht erst zu Eingaben an den Ombudsmann kommt. Der Ombudsmann misst den Erfolg seiner Tätigkeit auch daran, ob es gelingt, die Zahl der Beschwerden nicht weiter ansteigen zu lassen.

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

Tätigkeitsschwerpunkte

Anstieg der Eingaben In den zwölf Monaten des Berichtsjahres sind mehr Fälle an den Ombudsmann herangetragen worden als im Vorjahr. Die stärkere Inanspruchnahme der Ombudsstelle ist darauf zurückzuführen, dass die Medien ausführlich über diese Beschwerdemöglichkeit berichtet haben. Auch einige Versicherungsunternehmen haben in ihren Mitgliederzeitschriften auf die Beschwerdestelle Ombudsmann hingewiesen, ebenso die Verbraucherschutzinstitutionen.

Arzt- und Zahnarzthonorare

Fast ein Viertel aller Beschwerden betrafen Gebührenstreitigkeiten mit Ärzten und Zahnärzten. Hier ist ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. 47 % dieser Eingaben entfielen auf Gebühren der GOZ (Zahnärzte) und 53 % auf die GOÄ (Ärzte). Da die veralteten Gebührenordnungen dem medizinischen Fortschritt nicht mehr gerecht werden, hält es der Ombudsmann für dringend geboten, GOÄ und GOZ zu reformieren, um die sich ständig wiederholenden Streitpunkte über die richtige Anwendung und Auslegung der Gebührenordnungen auszuräumen.

Diese Streitigkeiten vergiften zunehmend die Atmosphäre zwischen Versicherern und Versicherungsnehmern, aber auch zwischen Ärzten, Zahnärzten und den Versicherern. Da der Ombudsmann mangels einheitlicher Rechtsprechung oft nicht in der Lage ist, über die richtige Auslegung der Gebührenordnungen zu entscheiden, tritt er dafür ein, dass die Versicherer ihre Versicherungsnehmer aus diesem Konflikt möglichst heraus halten, indem sie nach Vollmachtserteilung oder Abtretungserklärung die Verhandlungen mit den Be-

Tätigkeitsschwerpunkte

handlern selbst führen, gegebenenfalls auch gerichtlich gegen diese vorgehen.

Vergütung für Physio- und Psychotherapeuten

In diesem Bereich kommt es ebenfalls zu Streitigkeiten über die Vergütungshöhe, weil keine Gebührenordnungen bestehen. Die Anzahl der Beschwerden ist allerdings deutlich zurückgegangen.

Medizinische Notwendigkeit

Ein Problemfeld mit häufigen Eingaben an den Ombudsmann ist die Frage der medizinischen Notwendigkeit. Dahinter verbirgt sich die vielen Versicherungsnehmern nicht bewusste Tatsache, dass nach dem Versicherungsvertrag Leistungen für Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel nur zu erbringen sind, wenn sie „medizinisch notwendig“ sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur für den Einzelfall bestimmen und stellt sich als ein weites Feld mit großem Auslegungsspielraum dar, das auch juristisch schwer zu konkretisieren ist.

Der Ombudsmann verfügt nicht über ausreichend Sachverstand, um medizinische Streitfragen zu klären. Externe medizinische Gutachten fordert er nicht an, da dieses im kostenfreien Ombudsmannverfahren zu aufwendig und das Ergebnis eines solchen Gutachtens für beide Seiten nicht verbindlich wäre. Wenn eine einvernehmliche Lösung nicht zustande kommt, verweist der Ombudsmann den Beschwerdeführer auf den ordentlichen Rechtsweg.

Zum Komplex der medizinischen Notwendigkeit gehört ebenfalls die Frage, ob bestimmte Behandlungen stationär oder ambulant durchzuführen sind. Bedingt durch die demographische Entwicklung (mehr ältere und alleinstehende Bürger) ist ein Trend zur stationären Behandlung festzustellen. Die Versicherer müssen aus Kostengründen darauf achten, dass das, was ambulant behandelt werden kann, auch ambulant behandelt wird.

Abgrenzung Krankenhaus- / Sanatoriumsbehandlung

„Gemischte Anstalten“

Die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung kann zu Streitigkeiten bei Behandlungen in Krankeneinrichtungen führen, die nicht ausschließlich Akutbehandlungen durchführen, sondern auch Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Häuser werden in der privaten Krankenversicherung 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. Während sich die Versicherten in der Vergangenheit nicht immer bewußt waren, bei welchen Kliniken sie eine solche Leistungszusage benötigen, hat sich die Anzahl der Beschwerden über diese Problematik nunmehr deutlich verringert. Der Ombudsmann hatte die Krankenversicherer gebeten, ihre Kunden besser über das Problemfeld Gemischte Anstalten zu informieren. Außerdem versandte er Listen mit den Namen aller Gemischten Anstalten an die Beschwerdeführer.

Tätigkeitsschwerpunkte

Die Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, dass ein Versicherter vor Aufnahme in eine Gemischte Anstalt die Zustimmung des Versicherers einholen muss, ist rechtlich eindeutig, aber in der praktischen Durchführung problematisch. Oft ist die gesundheitliche Situation des Versicherten so, dass ihm die Einholung der Zustimmung kaum zugemutet werden kann, teilweise ist Eile geboten. 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 tariflichen Leistungen.

Beitragsanpassungen

Bei den Beschwerden wegen Beitragsanpassungen ist eine deutliche Entspannung festzustellen. Im Jahr 2004 betrafen nur 4,1 % aller Eingaben diese Problematik (gegenüber 9,3 % in 2003). Neben der Tatsache, dass die Erhöhungen zum Jahreswechsel 2003/2004 moderater ausfielen als im Vorjahr, scheint die Einsicht zu wachsen, dass Beitragsanpassungen unabwendbar sind. Viele Telefonanrufer, die sich über eine Beitragsanpassung beschwerten wollten, erhielten über die Ombudsstelle Erläuterungen über das Zustandekommen und das Verfahren bei Beitragsanpassungen. Nach Auskunftserteilung unterblieb oftmals eine Beschwerde.

Rücktritt / Kündigung

Eine wachsende Bedeutung hatten im Berichtsjahr 2004 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, den Vertrag rückwirkend zu beenden (§ 16 Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

Ein weiterer Beendigungsgrund sind Kündigungen des Versicherungsvertrages wegen Nichtzahlung der Beiträge (§ 39 VVG). Gelegentlich kommt es auch vor, dass Versicherungsnehmer aus einer Verärgerung heraus ihren Versicherungsvertrag spontan kündigen und später feststellen, dass sie wegen Alters oder Krankheit keine Möglichkeit haben, bei einem anderen Versicherer einen Krankenversicherungsvertrag abzuschließen oder in die gesetzliche Krankenversicherung zu wechseln. Sie wenden sich an den Ombudsmann und bitten um Hilfe.

Die genannten Beendigungsgründe sind in aller Regel formalrechtlich in Ordnung, stellen aber für die Betroffenen oft 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 den Schlichtungsbemühungen.

Tätigkeitsschwerpunkte

Besonders problematisch sind die Rücktrittsfälle, bei denen unabhängige 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. Erschwert wird die Situation dadurch, dass der Vermittler ein Provisionsinteresse am Zustandekommen des Vertrages hat und deshalb alles vermeidet, was die Polizierung des Antrages verhindern könnte.

Die Versicherungsvermittler sind dem Ombudsmannverfahren nicht angeschlossen, sodass der Ombudsmann wenig helfen kann. Aufgrund einer bevorstehenden Neugestaltung des Versicherungsvermittlerrechts wird es aber in absehbarer Zeit möglich sein, die Vermittler in das Ombudsmannverfahren einzubeziehen.

Krankentagegeld

In der Krankentagegeldversicherung, die eine Einkommensersatzversicherung ist, liegt der Schwerpunkt der Beschwerden bei der Frage, ob eine hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit tatsächlich vorliegt und rechtzeitig nachgewiesen wurde. Auch die Abgrenzung der Arbeitsunfähigkeit zur Berufsunfähigkeit spielt eine Rolle. Die vermittelnde Tätigkeit des Ombudsmannes besteht darin, eine erneute Begutachtung des Versicherten durch die Versicherungsunternehmen zu veranlassen oder die erforderlichen Nachweise bei den Beschwerdeführern selbst anzufordern.

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. In wirtschaftlich schwierigen Zeiten wächst die Neigung, Einkommensverluste über die Tagegeldversicherung auszugleichen.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Hier geht es im Wesentlichen um die Frage, ob die vielen neuen Mittel und Verfahren, die teils wissenschaftlich noch nicht erprobt sind, von der Krankenversicherung bezahlt werden müssen. Auch die Abgrenzung zwischen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln sowie kosmetischen Präparaten ist ein ständiges Thema in der Ombudsmannpraxis.

Bei den Hilfsmitteln haben die Versicherten wenig Verständnis, dass die Leistung auf bestimmte, in den Tarifen aufgeführte Gegenstände beschränkt ist. Werden die Tarife nicht regelmäßig angepasst, fallen alle neuen, in der Liste nicht genannten Hilfsmittel, aus der Leistungspflicht.

Zimmerzuschläge Krankenhaus

Die Auseinandersetzungen um die Höhe der Zimmerzuschläge in den Krankenhäusern, die in der Anfangszeit der Ombudsmann Tätigkeit eine gewisse Rolle gespielt haben, haben völlig an Bedeutung verloren. Der zwischen der Krankenhausgesellschaft und dem PKV-Verband geschlossene Vertrag, der Kriterien für die Ermittlung der Zuschläge festgelegt hat, ließ das Konfliktpotential völlig austrocknen.

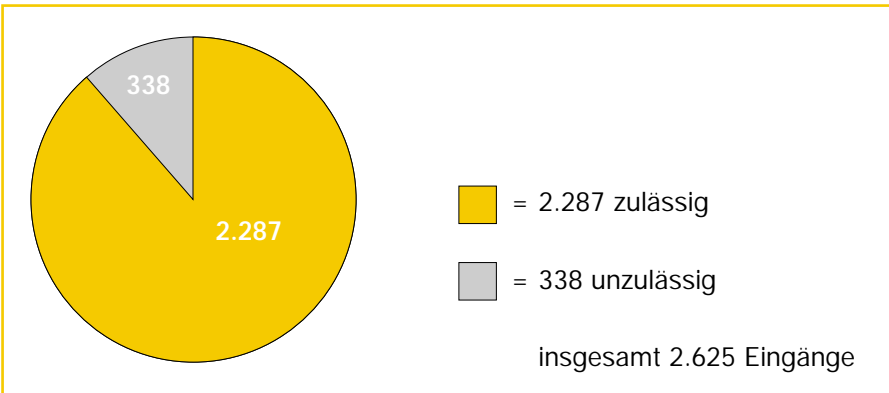
Beschwerdezahlen

Beschwerdezahlen im Einzelnen

Im Berichtszeitraum 2004 ist die Zahl der schriftlich eingegangenen Beschwerden gegenüber dem Kalenderjahr 2003 von 2208 auf 2625 spürbar angestiegen, also um rund 20 % (Vorjahreszahlen in Klammern). Die Eingänge erhöhen sich, wenn in den Medien auf die Institution Ombudsmann hingewiesen wird. Höchststrichterliche Entscheidungen zu Fragen der Krankenversicherung lassen die Beschwerdezahlen ebenfalls ansteigen, so das Fallpauschalenurteil des BGH vom 12.3.2003 und das BGH-Urteil vom 16.6.2004 zu den Modalitäten der Beitragsanpassung.

Die Erfahrungen mit der Beschwerdebearbeitung haben dazu geführt, dass die Ombudsstelle die Beschwerdeführer und ihre Beweggründe besser einordnen kann. Eine große Gruppe befindet sich in einer echten Notsituation und erhofft sich vom Ombudsmann Hilfe. Eine Kategorie fühlt sich vom Versicherer schlecht behandelt und möchte im Ombudsmannverfahren seinem Ärger Luft machen. Dann gibt es die Gruppe derer, die zur Ausnutzung ihrer Krankenversicherung neigt, nach dem Motto: Ich habe viel Beitrag gezahlt, ich will auch viel herausholen. Wenn dieses Vorhaben in direkten Verhandlungen mit dem Versicherer nicht gelingt, versuchen sie den Weg über den Ombudsmann. Schließlich gibt es eine Gruppe von Versicherungsnehmern, die nur um des „Rechthabenwillens“ das Ombudsmannverfahren einleitet und wegen geringfügiger Beträge einen umfangreichen Schriftwechsel führt. Um diesen Personenkreis von dem kostenaufwendigen Ombudsmannverfahren fernzuhalten, wird erwogen, eine Statutenänderung vorzunehmen, die es dem Ombudsmann erlaubt, Beschwerden wegen Geringfügigkeit nicht anzunehmen. Gering ist die Zahl der Fälle mit

Schriftliche Beschwerdeeingänge



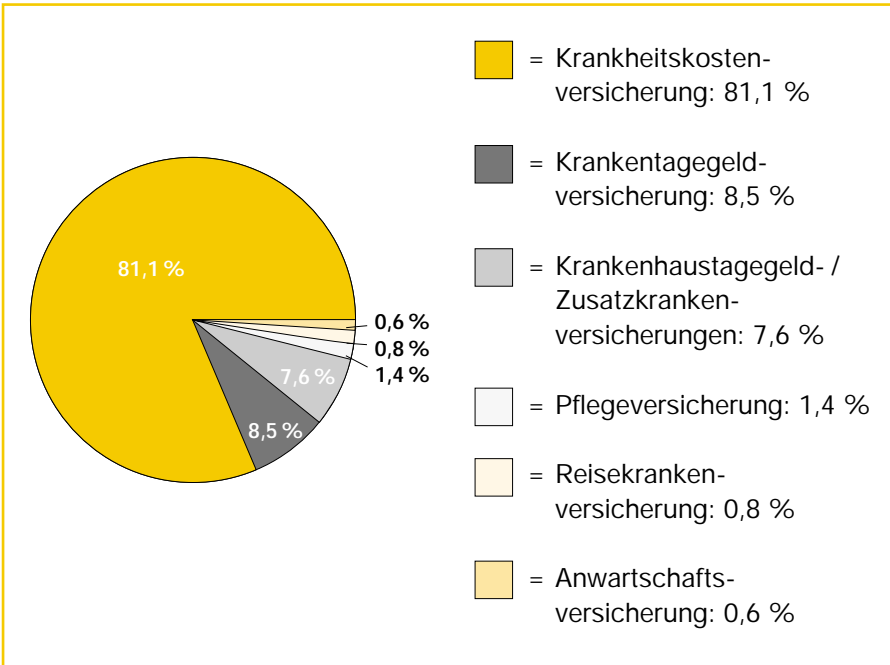
kriminellem Hintergrund. Hier spielen vor allem die Tagesgeldversicherungen und die Reisekrankenversicherungen eine Rolle.

Von insgesamt 2625 eingegangenen schriftlichen Beschwerden waren 2287 zulässig. Unzulässig sind Beschwerden, wenn der zugrundeliegende Sachverhalt 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 13,9 % ähnlich hoch wie im Vorjahr (14 %).

Die 2287 zulässigen Beschwerden verteilten sich in ähnlichen Größenordnungen in die unterschiedlichen Versicherungsarten auf wie im Vorjahr. So entfielen 81,1 % (78,3 %) aller Eingaben auf die Krankheitskostenvollversicherung,

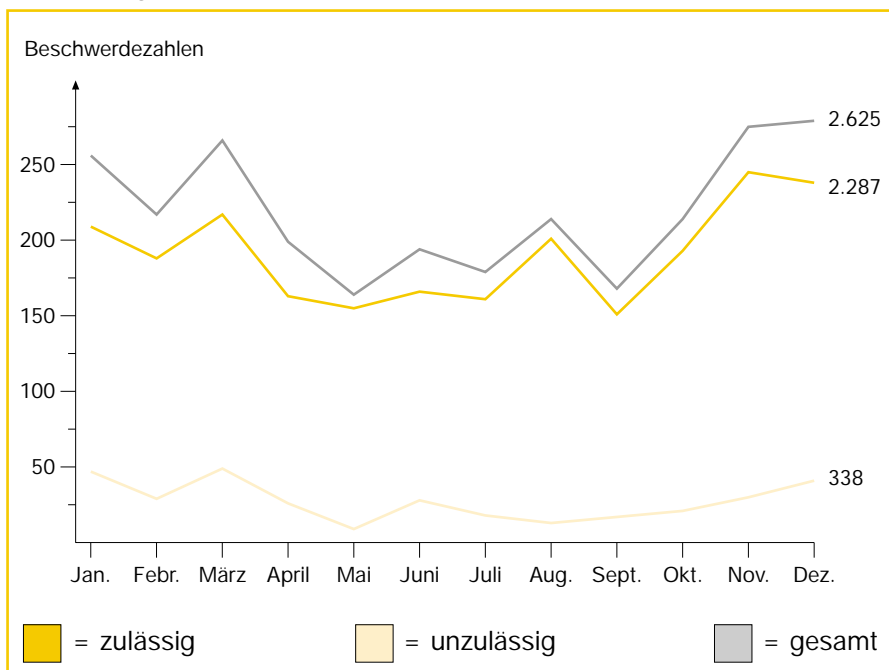
Beschwerdezahlen

Verteilung des Gesamtbeschwerdeaufkommens 2004



7,6 % (8,5 %) der Eingaben betrafen Krankenhaustagegeldversicherungen und Zusatzversicherungen und 8,5 % (7,2 %) die Krankentagegeldversicherung. Die übrigen Versicherungsarten wie Anwartschaftsversicherung, Reisekrankenversicherung und die Pflegepflichtversicherung waren mit insgesamt 2,8 % nur gering vertreten. Auffallend ist der geringe Anteil der Pflegepflichtversicherung, der von 2,0 % im Vorjahr auf 1,4 % weiter zurückgegangen ist.

Monatsvergleich



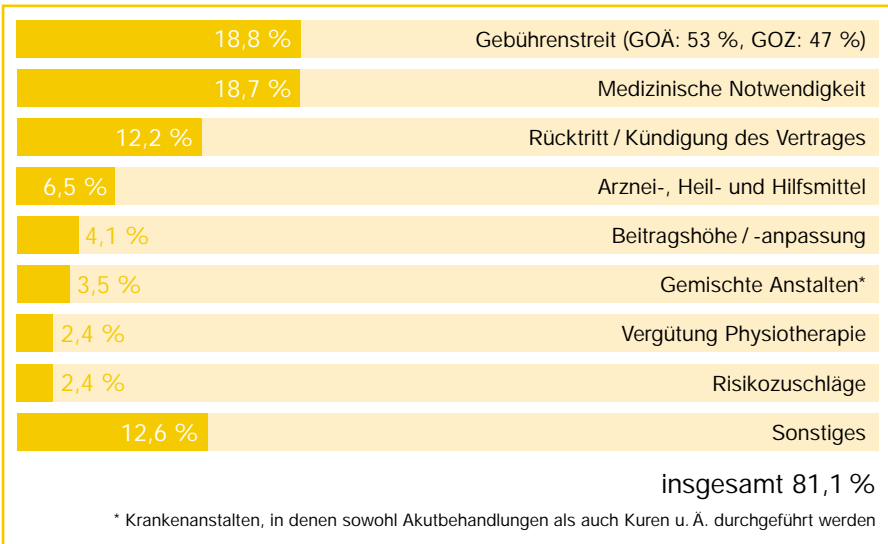
unerledigte Fälle Aus dem Jahr 2003 wurden 797 unerledigte Beschwerdefälle ins Berichtsjahr übernommen. Ins Jahr 2005 wurden 1047 Beschwerden aus 2004 übertragen.

Erstmals hat die Ombudsstelle einen Monatsvergleich durchgeführt. Daraus geht hervor, dass in der kälteren Jahreshälfte deutlich mehr Eingaben zu verzeichnen sind als in den Sommermonaten.

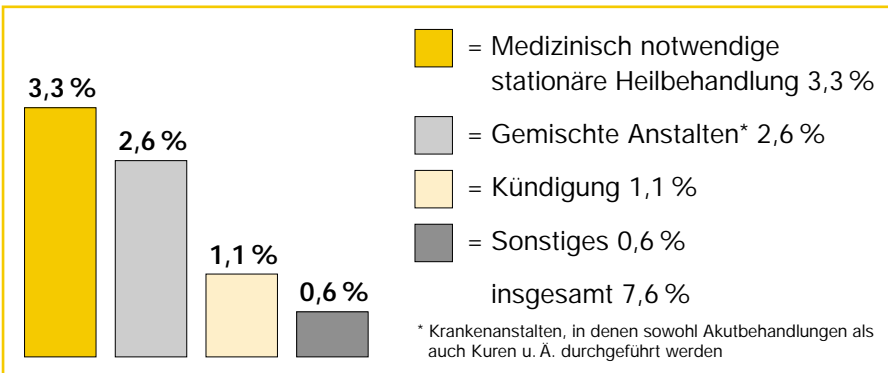
Beschwerdezahlen

Prozentuale Verteilung der zulässigen Beschwerden

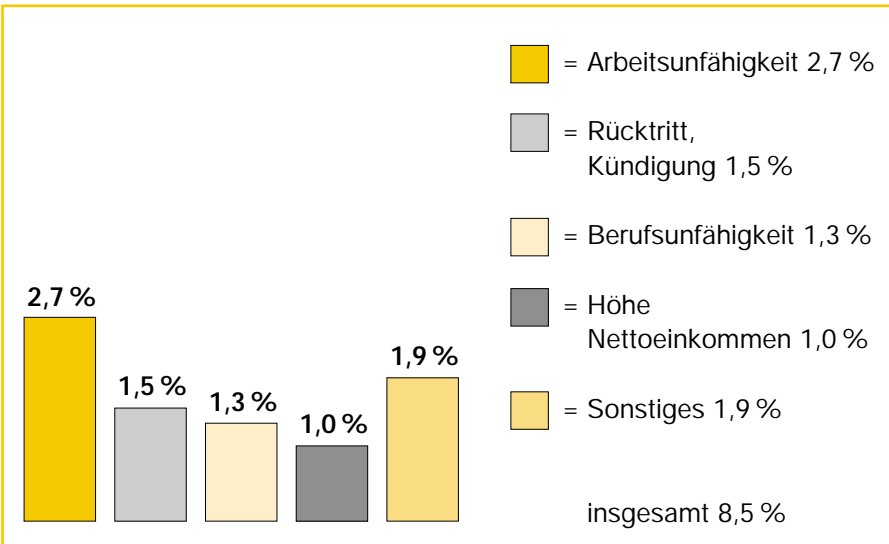
Krankenkostenversicherung



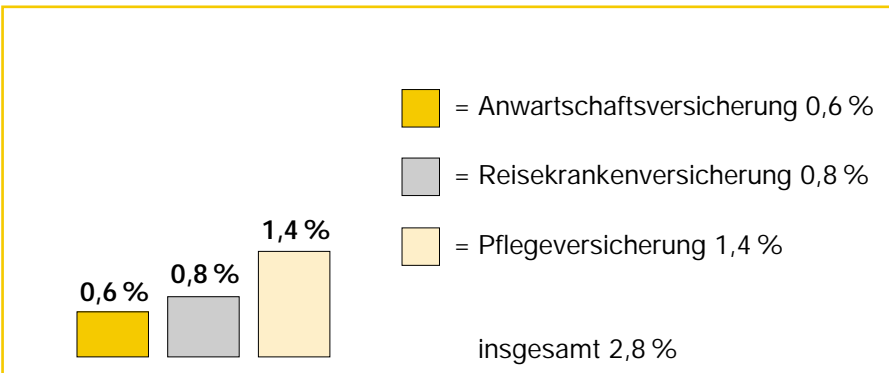
Krankenhaustagegeldversicherung / Zusatzkrankenversicherung



Krankentagegeldversicherung



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 sich der Ombudsmann nicht als klassischer Verbraucherschützer, der nur die Interessen der Versicherten im Auge hat, sondern als neutrale Institution, die die Belange beider Seiten berücksichtigt. Voraussetzung für einen Erfolg im Ombudsmannverfahren ist, dass eine Beschwerde rechtlich nicht völlig unbegründet ist, denn der Ombudsmann kann nicht den beschwerdeführenden Versicherten auf Kosten der übrigen Versicherten unberechtigte Leistungen zukommen lassen. Dies würde all diejenigen Versicherten benachteiligen, die sich in vergleichbaren Fällen nicht an den Ombudsmann wenden. Er kann die Versicherungsunternehmen auch nicht zu Kulanzleistungen zwingen, obwohl zahlreiche Schlichtungsverfahren mit einem Kulanzangebot abgeschlossen werden.

Es ist keine Überraschung und entspricht den Erfahrungen anderer Ombudsmänner und der Beschwerdestelle der Versicherungsaufsicht, dass die meisten Beschwerdefälle im Sinne der Unternehmen erledigt werden. Ihr Verhalten ist in der Regel rechtlich fundiert und bietet kaum Spielraum für Kompromisse zugunsten des Versicherungsnehmers.

Der Ombudsmann ist verpflichtet, sich an die Rechtslage zu halten. Allerdings berücksichtigt er auch Billigkeitserwägungen und den Rechtsgrundsatz von Treu und Glauben.

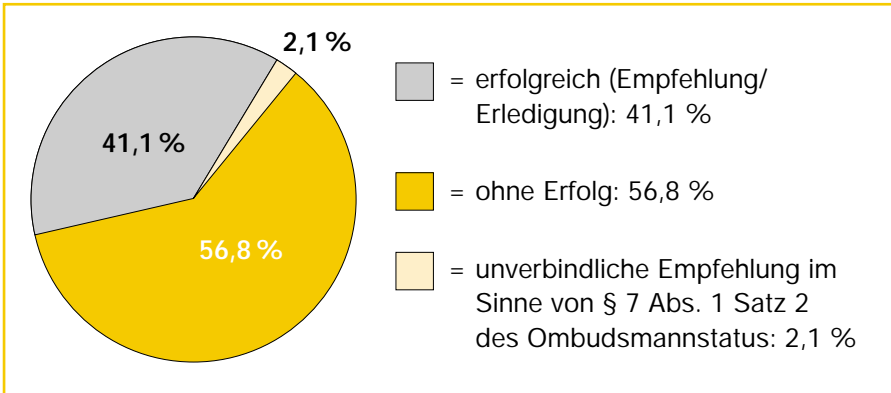
Gerade in der Krankenversicherung gibt es zahlreiche Fälle, in denen das formal Richtige im höheren Sinne bedenklich ist und einer Korrektur bedarf.

Juristische Entscheidungen sind in der Regel Entweder-Oder-Urteile. Sie sind oft unbefriedigend, da es in der Krankenversicherung häufiger auf Billigkeitserwägungen ankommt und eine exakte juristische Abgrenzung bestimmter Begriffe (z. B. medizinische Notwendigkeit, Auslegung der Gebührenordnungen) nur schwer möglich ist. Die Ombudsstelle eröffnet 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 Funktion der Ombudsstelle wird von den Unternehmen mehr und mehr akzeptiert. Generell ist in den Fällen, in denen der Ombudsmann um ein Entgegenkommen ersucht, eine große Kompromissbereitschaft festzustellen.

Hohe Erfolgsquote 41,1 % aller erledigten Eingaben endeten 2004 mit einem vollständigen oder teilweisen Erfolg der Beschwerdeführer. Das ist ein beachtlich hoher Anteil, der gegenüber dem Vorjahr (39,3 %) 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 2004: 2037
davon in %:



Die 41,1 % 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 entgegenkommende Angebote gemacht. Häufig geschieht das schon in der ersten Stellungnahme des Versicherers zur Beschwerde. Zu weiteren Kompromissangeboten kommt es dann auf Anraten des Ombudsmannes.

Rat und Anregungen

Die eigentlichen Konfliktfälle 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. Da ein großer Teil der unverbindlichen Empfehlungen vom Versicherer akzeptiert wird, können diese als „erfolgreich im Sinne des Versicherungsnehmers“ angesehen werden. In 2004 wurden 43 (2,1 %) unverbindliche Empfehlungen ausgesprochen gegenüber 22 (1,6 %) im Vorjahr.

Die Entwicklung der vergangenen Jahre lässt darauf schließen, dass der nunmehr nahezu flächendeckende Bekanntheitsgrad des Ombudsmanns und das wachsende Geschäft der Unternehmen, insbesondere bei Zusatzkrankenversicherungen, zu keinem Rückgang der Eingaben führen werden. Die hohen Erfolgsquoten der Jahre 2003 und 2004 dürften allerdings kaum noch zu erreichen sein. Da der Ombudsmann, um Beschwerden zu verhindern, die Unternehmen über Problembereiche und seine Haltung dazu in Rundschreiben unterrichtet, werden viele Fälle, die jetzt zu einem Erfolg für den Versicherungsnehmer geführt haben, gar nicht mehr Gegenstand eines Beschwerdeverfahrens werden.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Zahnsanierung

Ein Versicherungsnehmer hatte im Antragsformular auf die Frage nach fehlenden oder ersetzten Zähnen nach bestem Wissen die Zahl 11 eingetragen. Als der Versicherungsnehmer später eine Zahnsanierung vornehmen ließ, stellte sich heraus, dass tatsächlich 13 Zähne fehlten. Wegen dieser falschen Angabe trat der Versicherer vom Vertrag zurück und verweigerte die Kostenübernahme. Der Versicherungsnehmer wandte sich an den Ombudsmann. Der hielt die Falschangabe (11 statt 13 Zähne) für eine geringfügige Unkorrektheit und empfahl dem Versicherer, von dem Rücktritt abzuweichen und für die Zahnsanierung zu leisten. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

GKV-Kooperation

Ab Januar 2004 kooperieren gesetzliche Krankenkassen mit privaten Versicherern in der Weise, dass sie ihren Mitgliedern den Abschluss privater Zusatzversicherungen empfehlen. Das Mitglied einer großen Ersatzkasse hatte beim privaten Kooperationspartner den Abschluss einer ambulanten Zusatzversicherung und einer Zusatzversicherung für Zahnersatz beantragt. Im Antrag wurde angegeben, dass zur Zeit eine psychotherapeutische Behandlung stattfindet und dass bei dem Gebiss neun Zähne fehlten. Der Privatversicherer lehnte die Annahme des Antrages sowohl bei der ambulanten Zusatzversicherung als auch bei der Zahnersatzversicherung ab. Darüber beschwerte sich das GKV-Mitglied beim Ombudsmann. Der Ombudsmann klärte den

Beschwerdeführer darüber auf, dass in der Privatversicherung Vertragsfreiheit gilt und kein Unternehmen zur Annahme eines Antrages gezwungen werden kann. Der Beschwerde konnte nicht abgeholfen werden.

Bewegungstrainer

Ein 35-jähriger Mann war nach einem Skiunfall querschnittsgelähmt. Sein Krankenversicherer erbrachte Versicherungsleistungen von mehr als 200.000,00 Euro. In dem Bemühen, seinen Zustand zu verbessern und als Querschnittsgelähmter wieder im Betrieb seines Vaters mitarbeiten zu können, kam der Versicherungsnehmer auf einen Bewegungstrainer, der in der Schweiz hergestellt wird, in Deutschland aber noch nicht zugelassen ist. Er verlangte vom Versicherer die Übernahme der Kosten für dieses Gerät.

Die von einem Krankenversicherer zu erstattenden Hilfsmittel sind in einem sogenannten Hilfsmittelkatalog im Einzelnen aufgeführt. Ein Bewegungstrainer ist darin nicht enthalten. Ein Leistungsanspruch war also nicht gegeben. Der Ombudsmann empfahl dem Versicherungsunternehmen, einen freiwilligen Zuschuss zu den Kosten für den Bewegungstrainer zu zahlen. Dies lehnte das Versicherungsunternehmen mit Verweis auf die bisher erbrachten hohen Leistungen ab.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Fehler des Versicherers

Ein Versicherungsnehmer, der als Selbständiger tätig war, hatte seinem Versicherer zwei Konten für den Zahlungsverkehr benannt, ein Geschäftskonto und ein Privatkonto. Jahrelang überwies der Versicherer die Leistungen auf das Geschäftskonto. Ende 2003 bat der Versicherungsnehmer, Leistungen künftig nur auf das Privatkonto zu überweisen. Zu diesem Zeitpunkt befand er sich in wirtschaftlichen Schwierigkeiten, das Geschäftskonto war im Minus. Der Versicherer übersah diesen Wunsch des Versicherungsnehmers und überwies erneut Leistungen in Höhe von 400,00 Euro auf das Geschäftskonto. Der Versicherungsnehmer verlangte vergeblich die nochmalige Auszahlung des Leistungsbetrages auf das Privatkonto und beschwerte sich beim Ombudsmann.

Der Ombudsmann entschied, dass die Überweisung auf das Geschäftskonto des Versicherungsnehmers mit schuldbeitragender Wirkung erfolgt sei, der Versicherungsnehmer also rein rechtlich nicht noch einmal den Leistungsbetrag verlangen könne, weil er dann doppelt Leistungen erhalten hätte. Andererseits vertritt der Ombudsmann grundsätzlich den Standpunkt, dass, wenn der Versicherer einen Fehler gemacht hat, sich dieses in einem Entgegenkommen gegenüber dem Versicherungsnehmer niederschlagen sollte. Der Fehler bestand hier in der Nichtbeachtung des Wunsches auf Zahlung auf das Privatkonto. Der Ombudsmann schlug vor, die Hälfte des strittigen Betrages als Ausgleich für den Fehler zu zahlen. Der Versicherer folgte dem nicht.

Gemischte Anstalten

Ein Versicherungsnehmer hatte sich zwei (Bypass-)Operationen in einem Herzzentrum unterziehen müssen. Anschließend wurde er zur weiteren stationären Behandlung in eine sogenannte Gemischte Krankenanstalt verlegt. Eine schriftliche Leistungszusage seines Versicherers für diesen Aufenthalt hatte der Versicherungsnehmer nicht eingeholt. Der Versicherer verweigerte die Zahlung des vereinbarten Krankenhaustagegeldes mit der Begründung, dass nach dem Versicherungsvertrag für Aufenthalte in Gemischten Krankenanstalten nur dann Leistungspflicht bestehe, wenn vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage erteilt wird; werde keine Zusage erteilt oder von vornherein gar nicht eingeholt, bestehe keine Leistungspflicht.

Der Ombudsmann hielt diesen Standpunkt des Versicherers rein rechtlich für korrekt, empfahl aber dennoch, das strittige Krankenhaustagegeld entgegenkommend zu zahlen, da es dem Versicherungsnehmer nicht zuzumuten gewesen sei, unmittelbar nach zwei überstandenen Herzoperationen eine schriftliche Zusage für den nachfolgenden stationären Aufenthalt einzuholen. Aufgrund der gesundheitlichen Situation und der langen Versicherungszeit kam der Versicherer der Empfehlung des Ombudsmanns nach.

Kündigung im hohen Alter

Ein Versicherungsnehmer kündigte im hohen Alter von 89 Jahren seinen Krankenversicherungsvertrag, d. h. in ei-

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

nem Alter, in dem es fast unmöglich ist, anderweitig Krankenversicherungsschutz zu erhalten. Laut Attest seines behandelnden Arztes litt er schon seit einigen Jahren an fortschreitender Altersdemenz. Seiner Tochter hatte er eine Vorsorge- und Betreuungsvollmacht erteilt. Nachdem die Tochter bemerkte, dass ihr Vater die Krankenversicherung gekündigt hatte, bemühte sie sich umgehend um Wiederherstellung des Versicherungsschutzes. Der Versicherer lehnte dies mit der Begründung ab, dass der Vater nicht geschäftsunfähig sei und den Vertrag wirksam gekündigt habe.

Der Ombudsmann hielt es nicht für ausgeschlossen, dass der Versicherungsnehmer aufgrund seiner Altersdemenz nicht in der Lage gewesen war, die Folgen seines Handelns zu überblicken. Er empfahl dem Versicherer, den Versicherungsschutz wiederherzustellen. Wegen der langen Versicherungszeit des Versicherungsnehmers kam der Versicherer dem Vorschlag des Ombudsmanns nach.

Implantate

Ein Versicherter ließ sich von seinem Zahnarzt mehrere Implantate einsetzen. Nach dem Einsetzen wurden die Implantate sofort überkront. Der Versicherer hielt dieses Vorgehen für einen groben Verstoß gegen die Regeln der zahnmedizinischen Kunst. Implantate müssten einwachsen und dürften erst nach einer längeren Eingewöhnungsphase überkront werden. Der Versicherer verweigerte die Leistung für den gesamten Vorgang, für das Einsetzen der Implantate ebenso wie für das Überkronen. Dagegen richtete sich die Beschwerde des Versicherungsnehmers.

Der Ombudsmann hielt es nicht für sachgerecht, die beiden Vorgänge (Einsetzen der Implantate und Überkronung) als eine einheitliche Maßnahme anzusehen. Er empfahl, die Kosten für das Einsetzen der Implantate tarifgemäß zu erstatten, dagegen nicht die Kosten für das unsachgemäße Überkronen. Das Versicherungsunternehmen lehnte diesen Kompromissvorschlag ab.

Organspende

Eine Ehefrau spendete ihrem Mann eine Niere. Zu diesem Zweck begaben sich beide ins Krankenhaus. Die Frau blieb dort nach der Entnahme der Niere noch mehrere Tage in Behandlung. Sie hatte eine private Krankenhaustagegeldversicherung und verlangte von ihrem Versicherer die Auszahlung des Krankenhaustagegeldes für ihren Aufenthalt im Krankenhaus. Der Versicherer erklärte, dass eine Organspende auf Seiten des Spenders keine Krankheit sei, es liege keine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung vor. Er verweigerte die Zahlung des Krankenhaustagegeldes.

Der Ombudsmann folgte dem Versicherer so weit, dass bis zur Entnahme der Niere tatsächlich keine medizinisch notwendige Heilbehandlung einer Krankheit vorgelegen habe. Das änderte sich jedoch mit dem Eingriff. Nun war eine Heilbehandlung zur Versorgung der Wunde notwendig. Der Ombudsmann empfahl dem Versicherer, die Krankenhaustagegeldleistung ab dem Tag der Organentnahme zu erbringen. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Fußpflegerin

Eine Versicherungsnehmerin nahm an einer Gymnastikgruppe in einem Turnverein teil. Außerdem ließ sie sich von einer Fußpflegerin wegen eines eingewachsenen Nagels behandeln. Die Kosten für die Fußpflegerin und den Beitrag für den Turnverein verlangte sie von ihrem privaten Versicherer erstattet. Dieser lehnte ab.

Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung kann die versicherte Person zwischen niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei wählen, außerdem auch Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch nehmen. Der Turnverein sowie die Fußpflegerin erfüllten diese Voraussetzungen nicht. Die Leistungsverweigerung war berechtigt. Der Ombudsmann konnte der Versicherungsnehmerin nicht helfen.

Stundenweise Tätigkeit

Ein Versicherungsnehmer erhielt wegen Arbeitsunfähigkeit Tagegeld aus seiner Krankentagegeldversicherung. Nach einer gewissen Zeit nahm er seine Tätigkeit stundenweise wieder auf, obwohl der Arzt weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte. Nach Bekanntwerden der stundenweisen Tätigkeit stellte das Versicherungsunternehmen die Tagegeldzahlung ein. Der Versicherungsnehmer verlangte die volle Leistung, da er immer noch zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben sei.

Der Ombudsmann konnte keine Empfehlung im Sinne des Versicherungsnehmers aussprechen. Eine Leistung aus der Krankentagegeldversicherung setzt voraus, dass die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Durch die stundenweise Arbeitsaufnahme war der Leistungsanspruch erloschen.

Versicherungsschutz im Rentenalter

Ein siebenzigjähriger Versicherungsnehmer hatte die Krankenversicherungsbeiträge für sich und seine Ehefrau über einen längeren Zeitraum nicht gezahlt, worauf der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigte. Die rückständige Beitragssumme forderte der Versicherer ein. Zur Erleichterung bot er dem Versicherungsnehmer eine Ratenvereinbarung an, die dieser nicht annahm.

Nachdem der Versicherungsnehmer festgestellt hatte, dass er und seine Frau ohne Krankenversicherungsschutz waren, bat er den Ombudsmann um Hilfe.

Der Ombudsmann bat den Versicherer, das betagte Ehepaar nicht ohne Versicherungsschutz dastehen zu lassen. Dieser erklärte sich bereit, die Eheleute im Standardtarif zu versichern, sobald die Beitragsschuld durch Ratenzahlung beglichen sei. Für die Zwischenzeit wurde eine Anwartschaftsversicherung vereinbart.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Doppelter Versicherungsschutz

Ein Versicherungsnehmer kündigte seine erst ein halbes Jahr bestehende private Krankenversicherung aufgrund einer Beitragsanpassung zum 31.12.03 und schloss für den Jahresbeginn 2004 eine neue Versicherung bei einem anderen Unternehmen ab. Die Kündigung aufgrund Beitragsanpassung erreichte den Versicherer nicht fristgemäß. Das hatte zur Folge, dass zwei Krankenversicherungen nebeneinander bestanden, der Versicherungsnehmer war doppelt versichert.

Der Ombudsmann schlug folgende einvernehmliche Lösung vor: Der neue Versicherer datiert den Beginn des Versicherungsvertrages ein halbes Jahr vor. Der alte Versicherer storniert den Vertrag ab diesem Zeitpunkt. Beide Versicherer folgten dieser Empfehlung.

Selbstmedikation

Ein Versicherungsnehmer unterhielt eine zeitlich befristete Reisekrankenversicherung und erkrankte während seines Auslandsaufenthaltes an Malaria. In der Hoffnung, die Erkrankung selbst in den Griff zu bekommen, therapierte er sich zunächst selbst mit mitgebrachten Medikamenten, allerdings erfolglos. Als der befristete Versicherungsschutz ausgelaufen war, nahm er ärztliche Hilfe in Anspruch und verlangte von der Reisekrankenversicherung Erstattung der Behandlungskosten mit der Begründung, der Versicherungsfall

habe bereits mit der Selbstmedikation begonnen, also zu einer Zeit, als der befristete Versicherungsschutz noch galt.

Der Ombudsmann konnte dem Versicherungsnehmer nicht helfen. Nach den Versicherungsbedingungen beginnt die Leistungspflicht mit Beginn der fachgerechten Heilbehandlung, d. h. zum Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme qualifizierter Hilfe durch einen Arzt oder Heilpraktiker. Zu diesem Zeitpunkt war die Versicherung aber bereits beendet.

Insolvenzrisiko

Ein Versicherungsnehmer bestellte eine aufwendige und teure Prothese bei einem Einzelhändler, der als Gesellschaft mit beschränkter Haftung agierte. Nachdem er den Kaufpreis bezahlt und sein Krankenversicherer die Kosten dafür erstattet hatte, wurde der Händler zahlungsunfähig. Die bezahlte Prothese wurde nicht geliefert. Der Versicherungsnehmer bestellte eine neue Prothese bei einem anderen Händler und verlangte die nochmalige Leistung des Krankenversicherers. Der lehnte die Zahlung ab.

Der Ombudsmann konnte keine Empfehlung im Sinne des Versicherungsnehmers aussprechen. Der Krankenversicherer hatte seine Leistungsverpflichtung mit Erstattung der angefallenen Kosten für die erste Prothese (Hilfsmittel) erfüllt. Eine erneute Leistung mußte er nicht vornehmen, denn das Insolvenzrisiko des Lieferanten ist nicht Gegenstand des Krankenversicherungsschutzes.

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

Wargauer 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.centraalkv.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

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

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: Bahnhofplatz, 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

Nürnbergstraße 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 Kranken-
versicherungs-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.**
Pettenkoflerstraße 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 KRANKEN-
VERSICHERUNG 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
Tanusstraße 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

Mitgliedsunternehmen

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

Anlaufstellen

Verbundene Einrichtung:

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

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 2005

Anlaufstellen für Versicherte:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – 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.

Ombudsmann

Private Kranken- und Pflegeversicherung: Arno Surminski
10117 Berlin · Leipziger Straße 104 · Telefon: 01 80 - 2 55 04 44
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

