

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

2006



Inhaltsverzeichnis

Allgemeines	4	Schlichtungserfolge	21
– Sitz	4	Fälle aus der Ombudsmannpraxis	24
– Erreichbarkeit	4	– Gleichbehandlung eines Beamten	24
– Verfahren	4	– Vater oder Stiefvater	25
– Verfahrensdauer	6	– Im Standardtarif billiger	25
– Vermittlerbeschwerden	6	– Streichung eines Risikozuschlags	27
– Rundschreiben an die Versicherungs- unternehmen	6	– Kündigung wegen Pflichtversicherung	28
– FIN-NET	7	– Bestrafung	29
		– Physikalische Dauertherapie	29
Tätigkeitsschwerpunkte	8	– Stationäre psychotherapeutische Behandlung	30
– Medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen	8	– Empfohlener Zahnersatz	30
– Abgrenzung Krankenhaus- / Sanatoriums- behandlung (Gemischte Anstalten)	9	– Leistungsausschluss und Risikozuschlag	31
– Beitragsanpassungen und Beitragshöhe	11	– Beitragsrückerstattung bei ruhendem Vertrag	32
– Arzt / Zahnarzt-Honorare	11	– Bereitschaftsdienst der Hebamme	32
– Vergütung für Physio- und Psychotherapeuten	12	– Orthopädische Schuhe	33
– Rücktritt / Kündigung	12	– Mikroortanlage	33
– Zahnbehandlung und Zahnersatz	13		
– Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	14	Liste der Mitgliedsunternehmen	34
– Krankentagegeld	14	Statut	40
– Sonstiges	15		
Beschwerdezahlen im Einzelnen	16		

Allgemeines

Der Bericht für das Jahr 2006 stellt den Abschluss einer fünfjährigen Tätigkeit des Ombudsmannes für die Private Kranken- und Pflegeversicherung dar. In ihm werden nicht nur die Vorkommnisse des Jahres 2006 wiedergegeben, sondern auch die statistischen Entwicklungen des Beschwerdeaufkommens und der Erfolgsquote innerhalb des 5-Jahreszeitraums.

Sitz Sitz der Schlichtungsstelle für die private Krankenversicherung war in den Anfangsjahren Berlin, Leipziger Straße 104, seit 01.09.2005 befindet sich der Sitz in Berlin, Kronenstraße 13. 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 im schriftlichen Verfahren stattfindet. 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 Ombudsmannes fest, ob es sich um eine Beschwerde handelt oder um eine allgemeine Anfrage zum Versicherungsschutz, ob die Eingabe zulässig ist und die Verfahrensvoraussetzungen nach dem Statut des Ombudsmannes gegeben sind. Nach dieser Vorprüfung erhalten die Einsender eine Eingangsbestätigung, in der sie über den weiteren Verfahrensablauf informiert werden. Da-

nach 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 anzunehmen oder nicht.

Allgemeines

Der Tätigkeitsbereich des PKV-Ombudsmannes erstreckt sich auf Fragen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Abgrenzungsprobleme zu dem für die übrigen Versicherungsbereiche zuständigen Versicherungsombudsmann e.V. bestehen nicht. Auch im Jahr 2006 hat es keine Beschwerden gegeben, die sowohl in die Kompetenz des Versicherungsombudsmanns e.V. als auch des PKV-Ombudsmanns fielen.

Verfahrensdauer Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Eingaben lag 2006 bei ca. 25 Wochen. Eilige Fälle wurden sofort erledigt, nicht so dringliche Fragen mussten bis zu einem Jahr auf die abschließende Bearbeitung warten. Die durchschnittlich zu lange Bearbeitungszeit der Eingaben war ein Problem, das die Ombudsstelle in den vergangenen Jahren ständig begleitete. Alle Bemühungen, eine vertretbare Bearbeitungsdauer zu erreichen, wurden dadurch unterlaufen, dass Jahr für Jahr höhere Beschwerdezahlen registriert wurden.

Vermittlerbeschwerden Im Jahre 2006 ist die EU-Vermittlerrichtlinie in deutsches Recht umgesetzt worden. Dabei wurde vorgesehen, dass der Ombudsmann auch für die Schlichtung von Vermittlerstreitigkeiten zuständig sein soll. Ab Inkrafttreten (voraussichtlich im Jahre 2007) wird die Ombudsstelle damit zusätzliche Aufgaben im Bereich der Vermittlerschlichtung übernehmen.

Rundschreiben an die Versicherungsunternehmen Auch im Jahre 2006 versandte der Ombudsmann ein Rundschreiben an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, in dem auf neuralgische Punkte, die immer wieder zu Beschwerden führen, hingewiesen wurde. Seit

Bestehen der Ombudsstelle wurden fünf solcher Rundschreiben versandt. Mit ihnen soll erreicht werden, dass die Unternehmen vorbeugend handeln und es in kritischen Fällen gar nicht erst zu Eingaben an den Ombudsmann kommt.

Dem gleichen Zweck diene zusätzlich eine Konferenz in Berlin im April 2006, bei der die Beschwerdesachbearbeiter der Unternehmen mit dem Ombudsmann und seinen juristischen Mitarbeitern anstehende Probleme erörterten.

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://www.fin-net.org> zu finden.

Tätigkeitsschwerpunkte

Die bereits im Tätigkeitsbericht 2005 geschilderte Ausweitung des Gesundheitsmarktes hat sich im Berichtsjahr fortgesetzt. 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. Wunschbehandlungen im Krankenhaus, obwohl eine ambulante Behandlung ausgereicht hätte, nehmen zu, ebenso das Bestreben, Kurmaßnahmen über die Krankenversicherung abzurechnen. 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 ständiger 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.

Im Mittelpunkt der Ombudsmann Tätigkeit standen die folgenden Sachverhalte:

Medizinische Notwendigkeit

Das Problemfeld mit den häufigsten Eingaben ist die Frage der medizinischen Notwendigkeit. Nach dem Versicherungsvertrag sind Leistungen für Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel und Heil- und Hilfs-

mittel nur zu erbringen, wenn sie „medizinisch notwendig“ sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im 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 immer mehr 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.

Als medizinischer Laie kann der Ombudsmann Streitfälle zur medizinischen Notwendigkeit nicht kompetent entscheiden. Seine vermittelnde Tätigkeit beschränkt sich darauf, nochmals eine Überprüfung durch ärztliche Sachverständige anzuregen oder in Härtefällen eine Kulanzlösung vorzuschlagen.

Abgrenzung Krankenhaus-/Sanatoriumsbehandlung

„Gemischte Anstalten“

Die Frage stationärer Behandlungen in Krankeneinrichtungen, die nicht ausschließlich Akutbehandlungen durchführen, sondern auch nicht vom Versicherungsschutz umfasste Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen vornehmen, hat seit Beginn der Ombudsmann Tätigkeit eine gleichbleibende Rolle gespielt. Um Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von klassischen Krankenhausbehandlungen zu Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, enthalten die Versicherungsverträge die Vorgabe, dass Leistungen bei Be-

Tätigkeitsschwerpunkte

handlungen in Gemischten Krankenanstalten nur erfolgen, wenn die Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt haben. Der Ombudsmann hat die Krankenversicherer gebeten, ihre Kunden besser über das Problemfeld Gemischte Anstalten zu informieren. Außerdem versendet er Listen mit den Namen aller Gemischten Anstalten an die Beschwerdeführer. Wünschenswert wäre es, wenn auch Ärzte und Krankenhäuser die Patienten über die Problematik der gemischten Anstalten besser aufklärten, damit die Versicherten keine Behandlung beginnen, ohne sich vorher des Versicherungsschutzes vergewissert zu haben.

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 zu Härtefällen führen. 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 gewünschten Leistungen. Diese vom Ombudsmann angeregte Verfahrensweise ist von allen Versicherern akzeptiert worden.

Beitragsanpassungen und Beitragshöhe

Die Beschwerden wegen Beitragsanpassungen spielten in den vergangenen fünf Jahren eine große Rolle. Im Jahre 2006 ist allerdings eine abnehmende Tendenz festzustellen. Es scheint die Einsicht zu wachsen, dass Beitragsanpassungen unabwendbar sind. Der Ombudsmann vermag in diesen Beschwerdefällen auch nur eingeschränkt zu helfen. Die einzige Hilfe besteht darin, dem Beschwerdeführer Wege aufzuzeigen, wie er die Beitragsbelastung durch Umstellungen des Versicherungsschutzes vermindern kann.

Arzt- und Zahnarzthonorare

Die Auseinandersetzungen über die richtige Gebührengestaltung der Ärzte und Zahnärzte haben von Jahr zu Jahr an Bedeutung zugenommen. Sie sind ein besonders unerfreulicher Teil der Ombudsmannstätigkeit, da die Gebührenordnungen komplex und Gerichtsentscheidungen, wenn sie denn vorliegen, sehr unterschiedlich sind und der Ombudsmann aus eigenem Sachverstand kaum entscheiden kann. Der Ombudsmann begrüßt es, dass im Rahmen der Gesundheitsreform auch die veralteten Gebührenordnungen reformiert werden sollen, damit die sich ständig wiederholenden Streitpunkte über ihre richtige Anwendung und Auslegung ausgeräumt werden.

Die Gebührenstreitigkeiten belasten 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

Tätigkeitsschwerpunkte

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.

Vergütung für Physio- und Psychotherapeuten

In diesem Bereich kommt es ebenfalls häufig zu Streitigkeiten über die Vergütungshöhe, weil keine Gebührenordnungen bestehen. Die Versicherer orientieren sich hier 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. Auch hier wären verbindliche Gebührenordnungen hilfreich, um Streitigkeiten zu vermeiden.

Rücktritt / Kündigung

Weiter eine große Rolle spielen die Beschwerdefälle wegen eines Rücktritts oder wegen einer Kündigung des Versicherungsvertrages seitens des Versicherers. Beim Rücktritt geht es vor allem um vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen, die der Versicherer zum Anlass nimmt, um den Vertrag rückwirkend zu beenden (§ 16 Versicherungsvertragsgesetz – VVG). In Ausnahmefällen, wenn dem Versicherungsnehmer ein arglistiges Verhalten vorgeworfen wird, kommt es auch zur Anfechtung des Vertrages.

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

Bei Kündigungen seitens des Versicherungsnehmers geht es häufig um die Frage, ob die Kündigung zum richtigen Zeitpunkt erfolgt und er die Kündigungsfrist eingehalten hat. Beendet der Versicherer den Versicherungsvertrag, kann das für den Betroffenen einen schweren Eingriff darstellen. 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 folgen diesen Bemühungen, um zu verhindern, dass eine wachsende Zahl von bisher Privatversicherten keinen Versicherungsschutz besitzt.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Streitigkeiten bei Zahnbehandlungen und Zahnersatz haben seit Beginn der Ombudsmann Tätigkeit eine wachsende Rolle gespielt. Bei ihnen geht es ebenfalls um relativ hohe Beträge. Häufig werden die von den Versicherten eingereichten Heil- und Kostenpläne vom Versicherer nur mit Abstrichen anerkannt. Streit gibt es auch um die Frage, ob herkömmlicher Zahnersatz oder Implantate angebracht sind. Weiter ist die Verblendung von Zähnen – hier leisten die Versicherer nur für Zähne im sichtbaren Frontbereich – immer wieder Gegenstand von Beschwerden.

Der Ombudsmann wird mit Eingaben konfrontiert, in denen der Versicherungsfall schon vor Abschluss der Versicherung eingetreten ist, also vom Versicherungsvertrag nicht gedeckt wird. Wenn ein Zahnarzt dem Patienten sagt, es sei an der

Tätigkeitsschwerpunkte

Zeit, das Gebiss zu sanieren, ist damit, 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. Zusätzlich kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Diesem Irrtum unterliegen häufig gesetzlich Versicherte, die für eine zu erwartende Zahnsanierung eine private Zusatzversicherung abschließen.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Hier gehen die Auseinandersetzungen 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.

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, geht es in der Regel um größere Beträge. Die Zahl der möglichen Komplikationen ist beträchtlich. Es ist einmal zu klären, ob eine hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ob das letzte Einkommen des

Versicherten dem vereinbarten Tagegeld entspricht und ob der Versicherte berufsunfähig ist. Auch die rechtzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit und ihr Nachweis durch ärztliches Zeugnis führt immer wieder zu Streitigkeiten.

Den Versicherern ist bewusst, dass bei dieser Versicherungsart das „Ausnutzungspotenzial“ besonders groß und die Flucht aus wirtschaftlichen Schwierigkeiten in die Krankheit (Krankentagegeldversicherung) eine ständige Versuchung ist. Deshalb wird dieser Bereich besonders kritisch geprüft. Rücktritte wegen Anzeigepflichtverletzungen und Kündigungen seitens des Versicherers kommen häufiger vor.

Sonstiges

Im Jahr 2006 hat es aus den vielen Zusatzversicherungen, die im Zuge der Kooperation privater Versicherer mit gesetzlichen Krankenkassen zustande kamen, unwesentlich mehr Beschwerden gegeben.

Mehr und mehr Versicherte wenden sich wegen der Problematik der Alterungsrückstellungen an den Ombudsmann. Die im Zuge der Gesundheitsreform geführte öffentliche Diskussion über die Mitgabe der Alterungsrückstellung hat die Versicherten für dieses Thema offenbar sensibilisiert

Relativ häufig hat der Ombudsmann im Jahr 2006 Fälle bearbeitet, in denen es um künstliche Befruchtung ging. Hier sind die Privatversicherten insofern im Vorteil, als ihnen alle Kosten erstattet werden – wenn die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind –, während GKV-Versicherte nur die Hälfte der Kosten erstattet bekommen.

Beschwerdezahlen

Beschwerdezahlen im Einzelnen

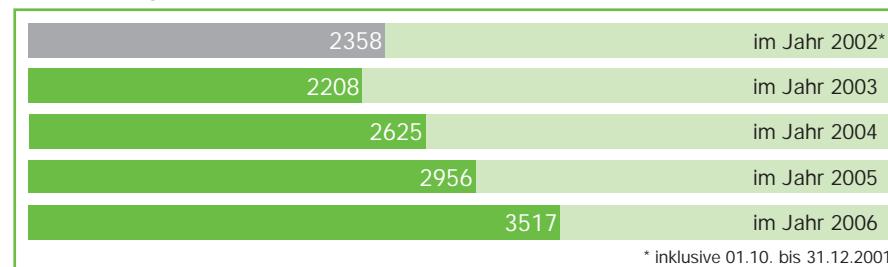
Im Berichtszeitraum 2006 ist die Zahl der schriftlich eingegangenen Beschwerden erneut angestiegen. Insgesamt wurden 3.517 (Vorjahr: 2965) Eingänge registriert, einschließlich der unzulässigen Beschwerden. Die telefonischen Anfragen befinden sich weiterhin mit 25 täglichen Anrufen auf hohem Niveau. Unzulässig waren 422 Eingaben (Vorjahr: 373).

Unzulässig sind Beschwerden insbesondere, wenn die schriftliche Entscheidung eines 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.

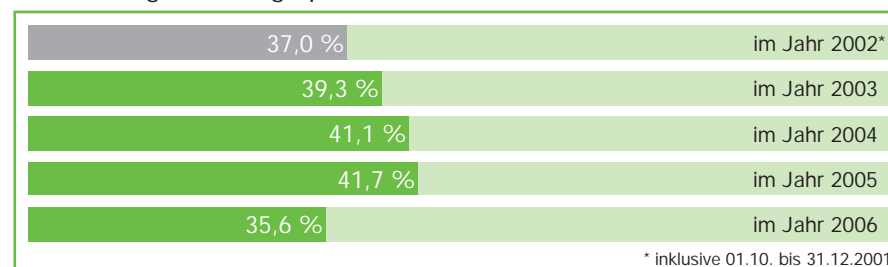
Die Zahl der zulässigen Beschwerden überschritt erstmalig die 3.000. Mit 3.095 wurden rund 20 % zulässige Beschwerden mehr registriert als im Vorjahr.

Die Krankheitskostenversicherung stand nach wie vor im Mittelpunkt des Geschehens. Auf sie entfielen 81 % (Vorjahr: 83,8 %) aller Eingaben. 9,0 % (7,3 %) der Eingaben betrafen Krankenhaustagegeldversicherungen und Zusatzversicherungen zur GKV. Die Krankentagegeldversicherung war mit 8,0 % (7,2 %) vertreten. Die übrigen Versicherungsarten wie Anwartschaftsversicherung, Reisekrankenversicherung und die Pflegepflichtversicherung traten nur wenig in Erscheinung.

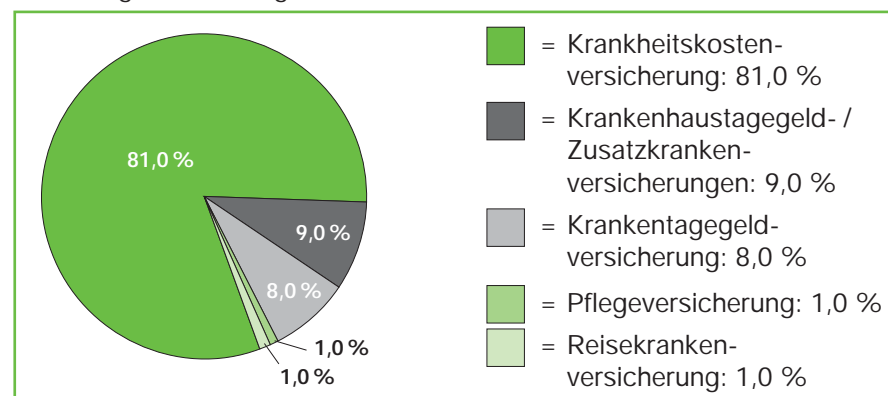
Entwicklung des Beschwerdeaufkommens



Entwicklung der Erfolgsquote

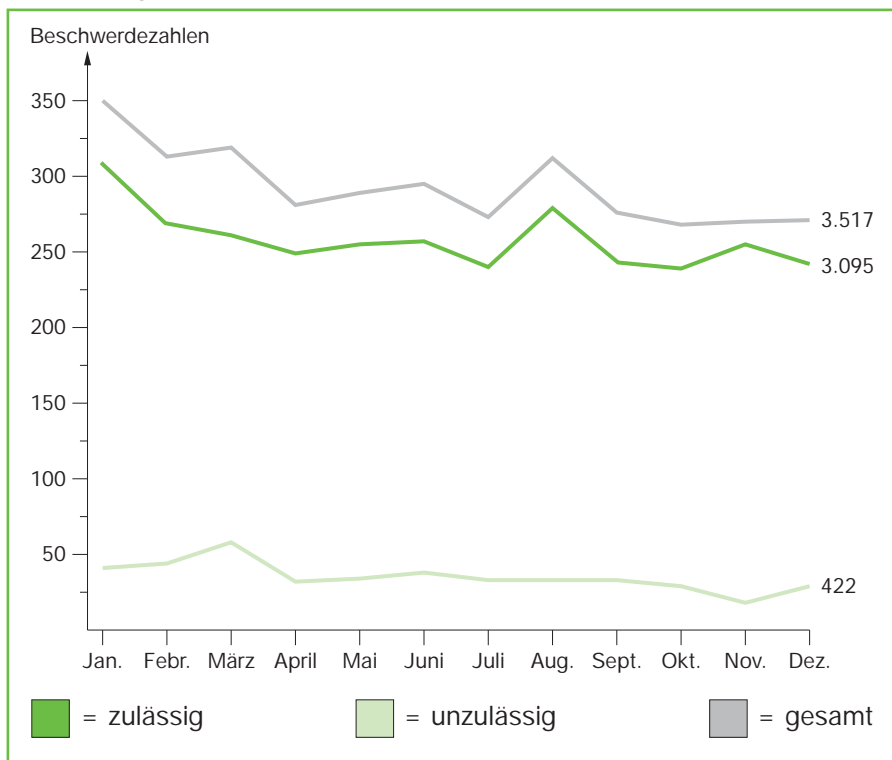


Verteilung des zulässigen Beschwerdeaufkommens 2006 (3.095 = 100 %)



Beschwerdezahlen

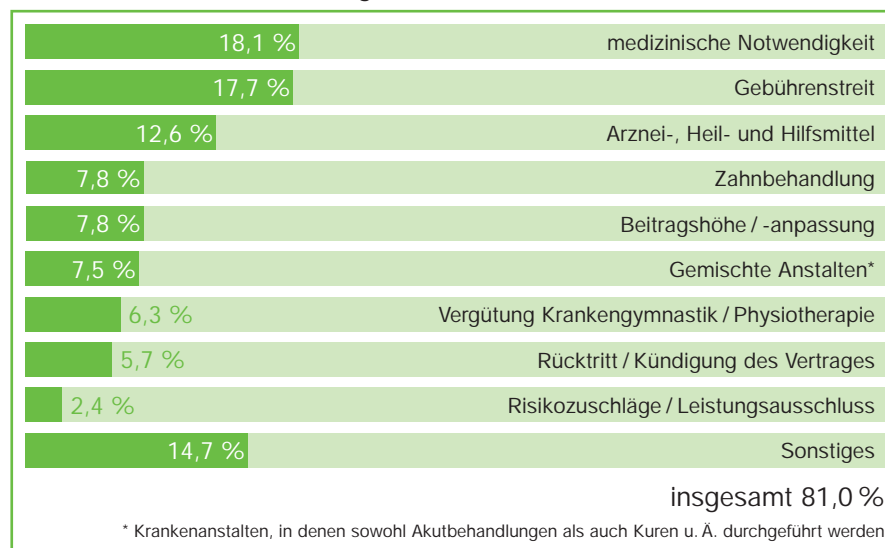
Monatsvergleich des Beschwerdeaufkommens in 2006



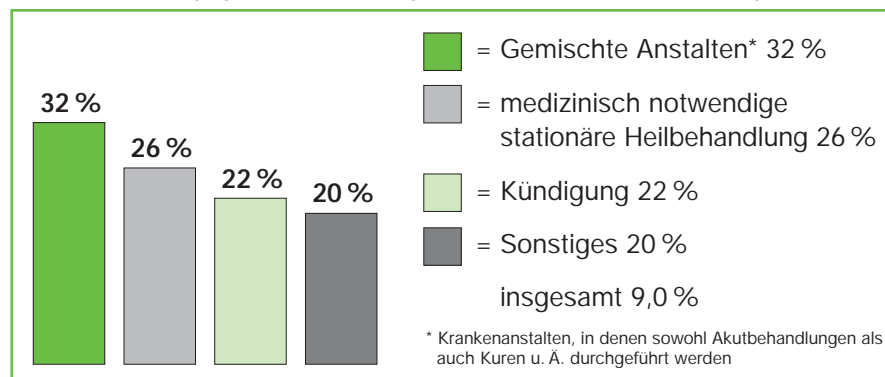
Aus dem Jahr 2005 wurden 988 unerledigte Beschwerdefälle ins Berichtsjahr übernommen. Ins Jahr 2007 wurden 1.036 Beschwerden aus 2006 übertragen.

Prozentuale Verteilung der zulässigen Beschwerden

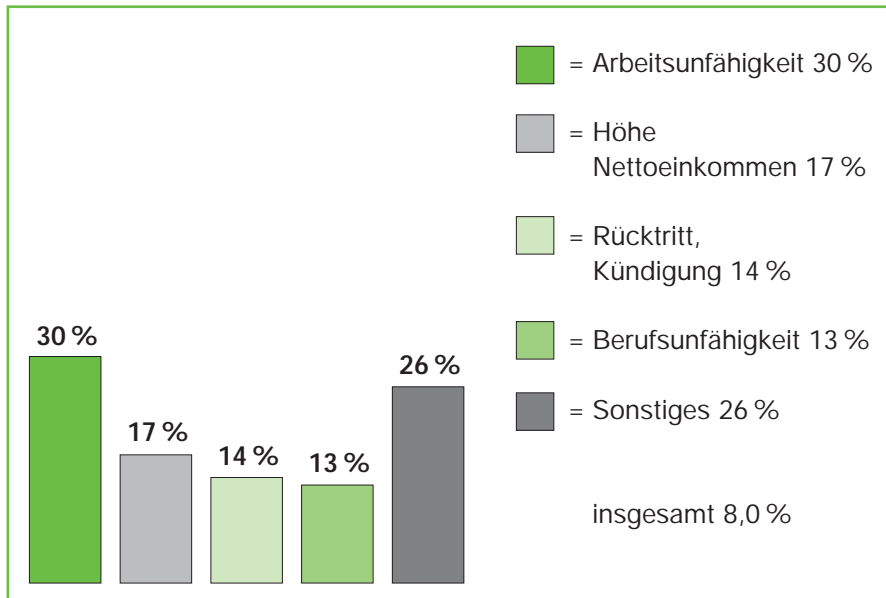
Krankheitskostenversicherung (2.507 = 100 %)



Krankenhaustagegeldversicherung / Zusatzkrankenversicherung (279 = 100 %)



Krankentagegeldversicherung (248 = 100 %)

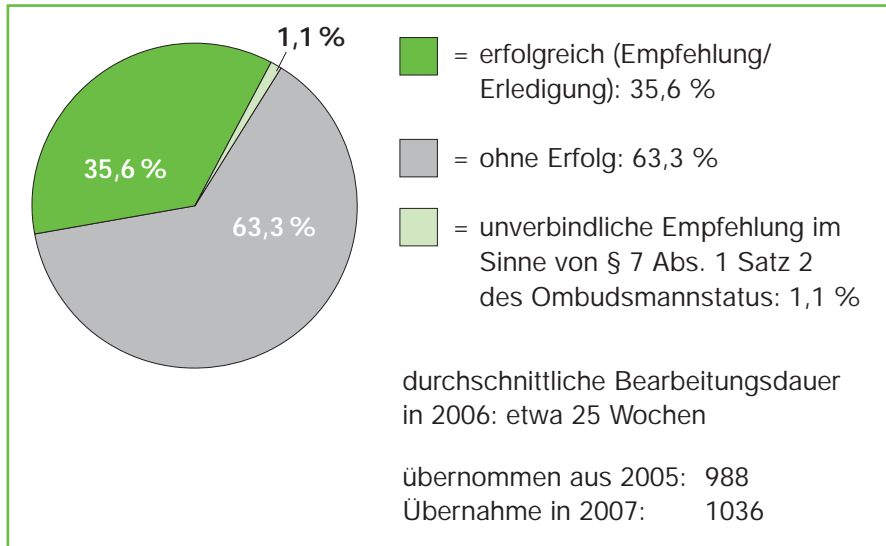


Während in den Anfangsphasen die rechtliche Prüfung der Eingaben im Vordergrund stand, hat sich die Ombudsmann-tätigkeit in letzter Zeit stärker darauf konzentriert, Streit zu schlichten und Kompromisse zu suchen. Auch dabei steht natürlich die juristische Vorprüfung an erster Stelle. Doch ist mit dem Ergebnis dieser Prüfung – in der Regel geht sie zugunsten des Versicherers aus – das Verfahren nicht abgeschlossen. Der Ombudsmann versucht, in jenen Fällen Kompromisse zu erreichen, in denen das formaljuristisch Richtige ihm unbillig erscheint.

Die Unternehmen tragen diese Sicht der Dinge mit. Auch sie haben erkannt, dass juristische Entscheidungen Entweder-Oder-Urteile sind und oft unbefriedigend ausfallen, 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. Da die Unternehmen oftmals nicht von sich aus Vergleichslösungen anbieten können, eröffnet die Ombudsstelle ihnen 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. 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.

Schlichtungserfolge

Abgeschlossene Fälle in 2006: 3047
davon in %:



Rückläufige Erfolgsquote 35,6 % aller erledigten Eingaben endeten 2006 mit einem vollständigen oder teilweisen Erfolg der Beschwerdeführer. Das ist ein deutlicher Rückgang gegenüber den 41,7 % des Vorjahres. Zahlreiche Sachverhalte sind im Laufe der Jahre zwischen Unternehmen und Ombudsmann abgeklärt worden. Hier kommt es gar nicht mehr zu Beschwerden, weil die Unternehmen sich von vornherein im Sinne des Ombudsmannes verhalten. Aus diesem Grunde ist mit einem weiteren Rückgang der Erfolgsquote zu rechnen. 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.

Die 35,6 % der für den Versicherungsnehmer erfolgreichen Fälle bedeuten nicht, dass sie stets Recht hatten. Häufig beruhen sie 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 Ombudsmannes.

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. Auch der Rückgang der unverbindlichen Empfehlungen von 42 im Jahr 2005 auf 34 im Jahr 2006 ist ein Indiz für die kompromissbereite Zusammenarbeit der Unternehmen mit dem Ombudsmann.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Gleichbehandlung eines Beamten

Im Jahr 2001 stellte ein freiwillig GKV-versicherter Beamter einen Aufnahmeantrag bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen. Der Versicherer verlangte aufgrund des Gesundheitszustandes des Antragstellers einen Risikozuschlag von 90 % zum Beitrag. Der Antragsteller akzeptierte das, der Vertrag kam zustande. Seit 01.01.2005 gibt es eine Öffnungsaktion der privaten Krankenversicherung für Beamte, die freiwillig gesetzlich versichert sind. Bei dieser Aktion wurde der höchstmögliche Risikozuschlag auf 30 % des Beitrages begrenzt. Der seit 2001 privat versicherte Beamte verlangte, den Kollegen, die aufgrund der Sonderöffnungsaktion von 2005 in die PKV eingetreten waren, gleichgestellt zu werden, also auch einen Höchsttrisikozuschlag von 30 % zu zahlen. Der Versicherer lehnte das ab. Der Ombudsmann konnte dem Beschwerdeführer nicht helfen. Der Vertrag war mit dem Risikozuschlag von 90 % abgeschlossen worden, die Öffnung ab 2005 (mit Risikozuschlag von höchstens 30 %) betrifft nur die Beamten, die zu dem Zeitpunkt gesetzlich krankenversichert waren. Die Bedingungen der Sonderöffnungsaktion waren mit dem Bundesinnenministerium und der Aufsichtsbehörde abgestimmt worden. Wenn es gewollt gewesen wäre, auch dem Bestand die Konditionen der Sonderöffnungsaktion zu verschaffen, hätten diese Institutionen bei Festlegung der Bedingungen der Sonderöffnungsaktion das ausdrücklich festlegen müssen.

Vater oder Stiefvater

Ein junger Mann hielt sich zu Ausbildungszwecken ein halbes Jahr in Schottland auf. Für diese Zeit hatte er beim privaten Krankenversicherer eine Reisekrankenversicherung abgeschlossen. Er erkrankte schwer, der Stiefvater des jungen Mannes, ein deutscher Arzt, reiste nach Schottland, behandelte ihn dort und veranlasste den Rücktransport nach Deutschland. Für die Behandlung erstellte er eine Rechnung über 1.900 Euro. Der Versicherer weigerte sich, die Rechnung zu begleichen. In den Bedingungen der Reisekrankenversicherung stand die Klausel: „Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder“. Nach Auffassung des Versicherers fiel die Behandlung durch den Stiefvater unter diese Klausel. Der Versicherungsnehmer war der Meinung, dass ein Stiefvater nicht unter diese Klausel fällt und reichte Beschwerde beim Ombudsmann ein. Der Ombudsmann vermochte nicht zu entscheiden, ob die Klausel im engeren Sinne nur die leiblichen Eltern umfasst oder im weiteren Sinne auch Stiefeltern, Pflegeeltern oder Großeltern. Um einen Prozess über diese Frage zu vermeiden, empfahl der Ombudsmann beiden Seiten eine Teilung des streitigen Betrages. Versicherer und Versicherungsnehmer akzeptierten diesen Schiedsspruch.

Im Standardtarif billiger

Ein Versicherungsnehmer unterhielt eine Krankheitskostenvollversicherung und reichte seinem Versicherer im September 2005 einen Heil- und Kostenplan für eine

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

umfangreiche Zahnsanierung ein. Der Versicherer bestätigte, Leistungen im Rahmen des Heil- und Kostenplans zu erbringen. Ein Teil der zahnärztlichen Leistungen wurde noch im Jahr 2005 erbracht und vom Versicherer tarifgemäß erstattet. Weitere im Heil- und Kostenplan vorgesehene zahnärztliche Leistungen erfolgten im Frühjahr 2006.

Im November des Jahres 2005 nahm der Versicherer eine Beitragsanpassung vor und teilte dem Versicherungsnehmer mit, welche Möglichkeiten zur Beitragseinsparung er habe, unter anderem durch einen Wechsel in den Standardtarif. Der Versicherungsnehmer beantragte zum 01.01.2006 den Wechsel in den Standardtarif. Als er die zahnärztlichen Rechnungen für die abschließenden Behandlungen im Jahr 2006 einreichte, teilte ihm der Versicherer mit, dass der ab 01.01.2006 geltende Standardtarif weit geringere Leistungen vorsehe als die bis zum 31.12.2005 geltende Krankheitskostenvollversicherung. Der Versicherer erstattet die Restkosten nach dem Leistungsumfang des Standardtarifs. Dagegen erhob der Versicherungsnehmer Beschwerde beim Ombudsmann und verlangte, dass die Gesamtkosten im Rahmen des ursprünglichen Heil- und Kostenplans erstattet würden. Der Ombudsmann stellte fest, dass die zahnärztlichen Behandlungen nach dem 31.12.2005 tatsächlich nach dem Standardtarif und nicht nach dem ursprünglichen Heil- und Kostenplan zu erstatten waren, allerdings hätte der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf bei der Umstellung in den Standardtarif ausdrücklich hinweisen müssen. Der Versicherungsnehmer hätte dann die Möglichkeit gehabt, die noch ausstehenden zahnärztlichen Behandlungen vor dem 01.01.2006 durchzuführen oder den Wechsel in den

Standardtarif zu einem späteren Zeitpunkt vorzunehmen. Wegen dieser unzureichenden Aufklärung empfahl der Ombudsmann den Beteiligten, den streitigen Kostenbetrag zu teilen.

Streichung eines Risikozuschlags

Bei Abschluss des Versicherungsvertrages 1985 hatte der Versicherungsnehmer bei den Gesundheitsfragen eine Schilddrüsenüberfunktion angegeben. Der Versicherer verlangte für diese Erkrankung einen Risikozuschlag, den der Versicherungsnehmer akzeptierte. Der Vertrag kam mit Risikozuschlag zustande. Zwanzig Jahre später wünschte der Versicherungsnehmer, den Risikozuschlag zu streichen. Er wies nach, dass die Schilddrüsenüberfunktion keine Rolle mehr spiele. Während der Versicherungszeit war der Versicherungsnehmer aber an weiteren teils schweren Leiden erkrankt, für die der Versicherer erhebliche Leistungen erbracht hatte. Der Versicherer meinte, der Gesamtgesundheitszustand habe sich so sehr verschlechtert, dass eine Beibehaltung des Risikozuschlages erforderlich sei.

Der Ombudsmann empfahl, den Risikozuschlag auf „Null“ herabzusetzen. Er hielt es nicht für zulässig, den ursprünglich für die Schilddrüsenüberfunktion vereinbarten Risikozuschlag nun auf andere, während der Versicherungszeit aufgetretene Erkrankungen zu übertragen. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Kündigung wegen Pflichtversicherung

Ein Krankheitskostenvollversicherter wurde zum 31.01.2006 versicherungspflichtig. Er befand sich gerade in zahnärztlicher Behandlung und wollte diese noch über seine Privatversicherung abwickeln. Darum kündigte er wegen Versicherungspflicht nicht zum 31.01.2006, sondern zum 28.02.2006. Der Versicherer bestätigte die Beendigung zum 31.01.2006; dagegen erhob der Versicherungsnehmer Beschwerde beim Ombudsmann.

Rechtlich ist es so, dass der Versicherte nicht die Wahl hat, sich den Beendigungszeitpunkt auszusuchen. Eine Kündigung wegen Versicherungspflicht kann nur zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht erfolgen. Der Ombudsmann hielt es aber für bedenklich, dass der Versicherer eine falsche Kündigung (zum 28.02.2006) kommentarlos zum richtigen Zeitpunkt (31.01.2006) bestätigt hatte. Der Versicherer hätte den Versicherungsnehmer auf den Fehler hinweisen müssen, auch auf die Möglichkeit einer späteren Kündigung wegen Versicherungspflicht zu einem in der Zukunft liegenden Zeitpunkt (§ 13 Abs. 3 S. 3 MB/KK). Der Ombudsmann sah in dem Unterlassen der Aufklärung ein Verschulden des Versicherers. Er empfahl, die private Krankheitskostenvollversicherung zum 28.02.2006 zu beenden. Die im Februar angefallenen Kosten waren tarifgemäß zu erstatten, der Versicherungsbeitrag für Februar noch zu entrichten. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung nicht.

Bestrafung

Ein Versicherer hatte dem Versicherungsnehmer jahrelang ein bestimmtes Präparat erstattet, stellte sich dann aber auf den Standpunkt, es handele sich um ein Nahrungsergänzungsmittel, das er künftig nicht mehr bezahlen wolle. Im Telefongespräch zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer bot letzterer an, noch einmal die Kosten zu 50 % zu erstatten, künftig aber nicht mehr. Daraufhin erklärte der Versicherungsnehmer, er wolle zunächst den Ombudsmann einschalten, um klären zu lassen, ob er tatsächlich keinen hundertprozentigen Anspruch habe. Der Versicherungsnehmer wandte sich an den Ombudsmann; der konnte nur bestätigen, dass das fragliche Mittel nicht vom Versicherungsschutz gedeckt war. Inzwischen erklärte der Versicherer, dass er sein Angebot, noch einmal 50 % der Kosten zu erstatten, nicht mehr aufrecht erhalte. Der Ombudsmann empfahl dem Versicherer, zu seinem ursprünglichen Angebot zurückzukehren und 50 % der Kosten zu erstatten. Es könnte sonst der Eindruck entstehen, der Versicherer habe seinen Kunden bestrafen wollen, weil er sich an den Ombudsmann gewandt habe. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Physikalische Dauertherapie

Eine Versicherungsnehmerin wünschte die Kostenübernahme für fortlaufende physiotherapeutische Behandlungen. Der Versicherer, der bereits erhebliche Leistungen in der Vergangenheit erbracht hatte, prüfte die medizinische Notwendigkeit der physiotherapeutischen Dauerbehandlung und

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

verneinte seine Leistungspflicht. Er behauptete, es lägen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, die die Wirksamkeit einer physiotherapeutischen Dauertherapie bei gleichbleibender Diagnose bestätigten. Grundsätzlich sei es so, dass nach fachkundiger Anleitung durch Krankengymnasten die entsprechenden Übungen vom Versicherten in Eigenregie durchgeführt werden müssten. Der Ombudsmann schloss sich der Auffassung des Versicherers an. Es gäbe zwar zeitliche Grenzfälle für die Erstattungsfähigkeit physiotherapeutischer Behandlungen, eine Dauerbehandlung als Teil der allgemeinen Lebensführung sei aber nicht versichert.

Stationäre psychotherapeutische Behandlung

Eine Versicherungsnehmerin beehrte Kostenerstattung für eine mehrwöchige stationäre psychotherapeutische Behandlung. Der Krankenversicherer lehnte eine Kostenübernahme ab und wies auf die ambulant zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Möglichkeiten hin. Diese müssten erst ausgeschöpft werden, bevor eine teure stationäre Behandlung erfolge. Der beschriebene psychologische Befund lasse kein Krankheitsbild erkennen, dass ausschließlich mit den Mitteln eines Krankenhauses und ständiger ärztlicher Rufbereitschaft behandelt werden könne. Der Ombudsmann schloss sich der Auffassung des Krankenversicherers an.

Empfohlener Zahnersatz

Beim Abschluss einer Zahnzusatzversicherung verneinte der Versicherungsnehmer die Frage, ob eine Zahnbehandlung,

die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz oder eine Kiefer- / Zahnregulierung stattfindet, beabsichtigt oder angeraten sei. Acht Monate nach Vertragsbeginn reichte der Versicherungsnehmer einen Heil- und Kostenplan für eine umfangreiche zahnärztliche Gesamtsanierung ein. Bei der Prüfung der Leistungspflicht ergab sich, dass ein Jahr vor Antragstellung beim Zahnarzt ein „generalisiert sanierungsbedürftiges Gebiss“ festgestellt wurde. Der Versicherer lehnte eine Kostenübernahme ab, da der Versicherungsfall bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten war.

Die Beschwerde beim Ombudsmann hatte keinen Erfolg. Der Ombudsmann hielt die vom Zahnarzt vor Abschluss der Versicherung festgestellte Sanierungsbedürftigkeit des Gebisses für den Beginn des Versicherungsfalls.

Leistungsausschluss und Risikozuschlag

Der Versicherer war von einem Versicherungsvertrag wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung zurückgetreten, weil die Versicherte eine Behandlung wegen einer depressiven Verstimmung mit einhergehender kurzer Arbeitsunfähigkeit nicht angegeben hatte. Gleichzeitig bot der Versicherer eine Weiterversicherung mit einem Leistungsausschluss für psychotherapeutische Therapien und einem sehr hohen monatlichen Risikozuschlag für psychische oder psychosomatische Erkrankungen an. Der Ombudsmann hielt beide Erschwerungen nebeneinander – Risikozuschlag und Leistungsausschluss – für bedenklich und empfahl, auf eine Maßnahme zu verzichten. Bevor der Ombudsmann eine entsprechende Empfehlung aussprechen konnte, verzichtete

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

die Versicherungsnehmerin, empört über das Verhalten des Versicherers, auf die Versicherung und fand anderweitig privaten Versicherungsschutz.

Beitragsrückerstattung bei ruhendem Vertrag

Die privaten Krankenversicherer bieten ihren Kunden die Möglichkeit, durch Leistungsfreiheit eine Beitragsrückerstattung zu erhalten. Der Anspruch auf Rückerstattung setzt in der Regel voraus, dass der Vertrag während eines gesamten Versicherungsjahres bestand und leistungsfrei blieb. Eine Versicherte war zwar in einem Versicherungsjahr leistungsfrei geblieben, hatte aber den Versicherungsvertrag wegen eingetretener Versicherungspflicht für einige Monate unterbrochen. Sie begehrte trotzdem Beitragsrückerstattung. Der Ombudsmann konnte ihr nicht helfen, da die Tarifbedingungen eindeutig sind und das Bestehen des Versicherungsvertrages im ganzen Jahr verlangen.

Bereitschaftsdienst der Hebamme

Eine schwangere Versicherte schaltete eine Hebamme ein, die während der Tage vor der zu erwartenden Niederkunft Bereitschaftsdienst bei ihr leistete. Die Kosten des Bereitschaftsdienstes wollte sie vom privaten Versicherer erstattet haben. Der lehnte ab, weil nur die Kosten der eigentlichen Hebammenleistung bei der Entbindung zu erstatten seien. Die Beschwerde beim Ombudsmann führte zu keinem anderen Ergebnis, weil Bereitschaftsdienste von Hebammen grundsätzlich nicht in den Versicherungsschutz einbezogen sind.

Orthopädische Schuhe

Ein Versicherungsnehmer war auf orthopädische Schuhe angewiesen. Der versicherte Tarif sah einmal jährlich die Kostenerstattung für dieses Hilfsmittel vor. Für 2004 hatte der Versicherungsnehmer bereits zwei Paar Schuhe erstattet bekommen, mit der Maßgabe, für das Jahr 2005 keinen Anspruch mehr geltend zu machen. Nach einer Operation im Jahr 2005 benötigte der Versicherungsnehmer erneut ein Paar Schuhe und reichte die Rechnung zur Erstattung ein. Der Versicherer verwies auf die Vereinbarung, wonach ein Anspruch für 2005 durch den Doppelbezug in 2004 nicht mehr bestehe. Der Ombudsmann empfahl eine Erstattung mit der Maßgabe, dass es in 2006 keine Leistung für orthopädische Schuhe gäbe. Versicherungsnehmer und Versicherer akzeptierten diesen Kompromiss.

Mikroportanlage

Ein fünfjähriger Junge war schwerhörig und benötigte ein Hörgerät. Neben der normalen Versorgung, für die der Versicherer leistete, verordneten ihm die Ärzte eine Mikroportanlage, eine drahtlose Übertragungsanlage für Hörgeschädigte, bei der der Sprecher ein Mikrofon trägt und der Ton über einen Sender auf die bereits vorhandenen Hörgeräte übertragen wird. Der Versicherer lehnte die Kostenübernahme für das Mikroportgerät ab. Es handele sich um ein Zusatzgerät zu den bestehenden Hörgeräten, das nicht unmittelbar die Schwerhörigkeit ausgleiche und damit nicht medizinisch notwendig sei. Der Ombudsmann schloss sich dieser Einschätzung an.

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 AG

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

COMBINED Vereinigte Vericherungsgesellschaft von Deutschland

Frau Katrin Ruppert
Friedrich-Bergius-Str. 9
65203 Wiesbaden

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

DÜSSELDORFER VERSICHERUNG Krankenversicherungsverein a.G.

Konrad-Adenauer-Platz 12
40210 Düsseldorf
Tel.: (0221) 35 59 00-0
Fax: (0221) 35 59 00-20
www.duesseldorfer-versicherung.de

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

Mitgliedsunternehmen

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

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 aG

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 VVaG

Postanschrift: Postfach 45 00,
63509 Hainstadt
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.
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 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

Taunusstraße 1, 65193 Wiesbaden
Postanschrift: 65181 Wiesbaden
Tel.: (0611) 5 33-0
Fax: (0611) 5 33-45 00
www.ruv.de
ruv@ruv.de

Mitgliedsunternehmen

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 22-0

**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
AKTIENGESSELLSCHAFT**
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 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.