

# **Ombudsstelle**

***Krankenversicherung***

**Jahresbericht '16**

# Vorwort der Ombudsfrau



Die Ombudsfrau Morena Hostettler Socha und ihr Team

## Geschätzte Lesende und Versicherte

Im vorliegenden Jahresbericht stellen wir Ihnen ausgewählte Fälle vor, die uns im Laufe des Jahres 2016 beschäftigt haben. Die Themen sind wie immer vielfältig. Es geht um Leistungen, Kostenbeteiligungen bei Mutterschaft, Aufklärungspflicht der Krankenversicherer gegenüber ihren Versicherten, Sistierung der Unfaldeckung, Kassenwechsel, Mahnverfahren im Bereich der Zusatzversicherungen, sowie um Fälle mit Auslandsbezug.

Zudem haben wir eine neue Statistik mit dem Titel „Interventionen der Ombudsstelle“ hinzugefügt, mit der wir den Lesern zeigen möchten, wie sachlich unsere Krankenkassen arbeiten. Gleichzeitig geht daraus hervor, wie erfolgreich die Ombudsstelle mit ihren Interventionen ist.

Ich hoffe, der Jahresbericht 2016 findet Ihr Interesse.

Abschliessend möchte ich den Krankenversicherern für die gute Zusammenarbeit danken.

Ihre Ombudsfrau

Morena Hostettler Socha

A handwritten signature in black ink that reads "M. Hostettler Socha". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Luzern, 17. Mai 2017

## **Inhaltsverzeichnis**

- 1. Geschäftsstelle**
- 2. Stiftungsrat**
- 3. Zahlen (Fallentwicklung)**
  - 3.1 Eingänge nach Materien**
  - 3.2 Eingänge nach Versicherungssparten**
  - 3.3 Eingänge nach Sprachen**
  - 3.4 Interventionen der Ombudsstelle**
  - 3.5 Entwicklung der Eingänge (Zusammenfassung)**
- 4. Erledigungsgrundsätze der Vermittlungstätigkeit**
  - 4.1 Wann ist die Ombudsstelle für einen Fall zuständig?**
  - 4.2 Wann kann die Ombudsstelle den Versicherten nicht helfen?**
  - 4.3 Wer kann die Dienste der Ombudsstelle in Anspruch nehmen und wie ist dabei vorzugehen?**
  - 4.4 Und wenn die versicherte Person eine Rechtsschutzversicherung hat oder von einem Rechtsanwalt vertreten wird?**
  - 4.5 Was können die Versicherten von der Ombudsstelle erwarten?**
  - 4.6 Kann die Ombudsstelle die Geschäftspolitik der Krankenversicherer beeinflussen?**
- 5. Aus der Praxis der Krankenversicherung nach KVG**
  - 5.1 Die Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG**
  - 5.2 Der Beitrag an die Transport- und Rettungskosten nach Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG**
  - 5.3 Die Aufklärungspflicht des Versicherers nach Art. 27 Abs. 1 ATSG**
  - 5.4 Die Sistierung der Unfaldeckung nach Art. 8 KVG**
- 6. Aus der Praxis der Zusatzversicherungen nach VVG**

- 6.1 Die Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung**
  - 6.2 Das Mahnverfahren gemäss Art. 20 und 21 VVG**
  - 6.3 Der Kassenwechsel**
- 7. Aus der Praxis der Fälle mit Auslandsbezug**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Jahresbericht nur die männliche Form verwendet.

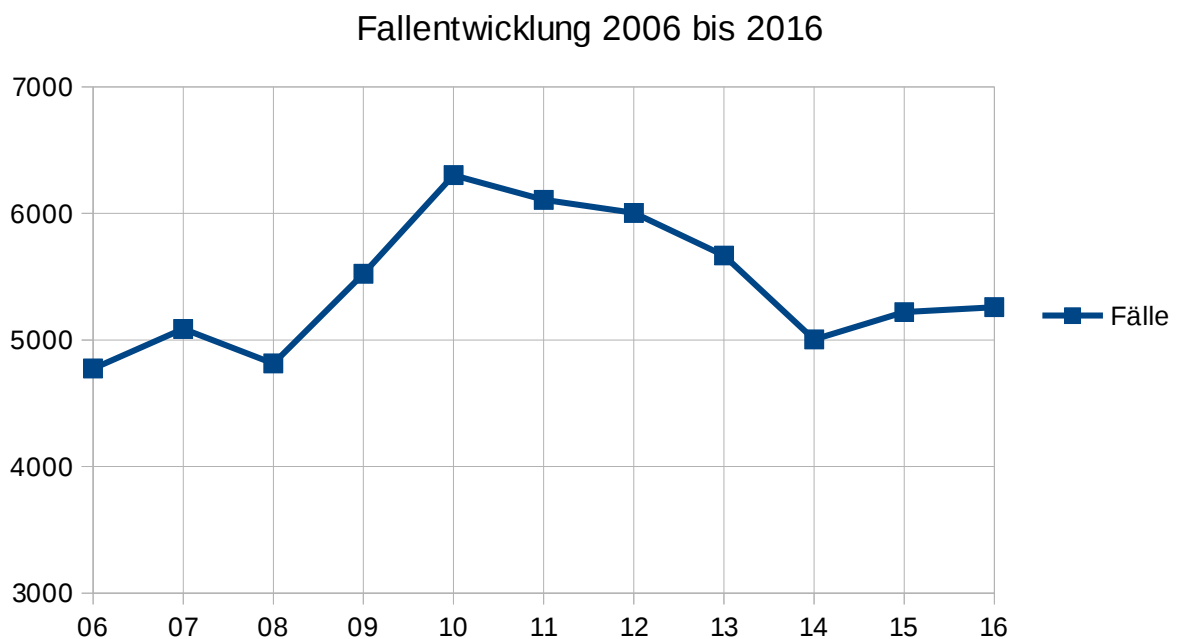
## 1 Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle in Luzern wurde im Berichtsjahr von der Ombudsfrau (lic. iur. Morena Hostettler Socha, RA), ihrem Stellvertreter (Fürsprecher Thomas Schmutz), fünf juristischen Mitarbeiterinnen (Isabelle Gottraux, Barbara Wörtsching-Würmli, Jasmin Schmid, Fabienne Fellmann, Lorena Tronto) und von zwei Krankenversicherungsexperten (Charles Lorétan und Eliane Liniger) betreut. Per 31. Dezember 2016 betrug der Personalbestand 6,0 Stellen.

## 2 Stiftungsrat

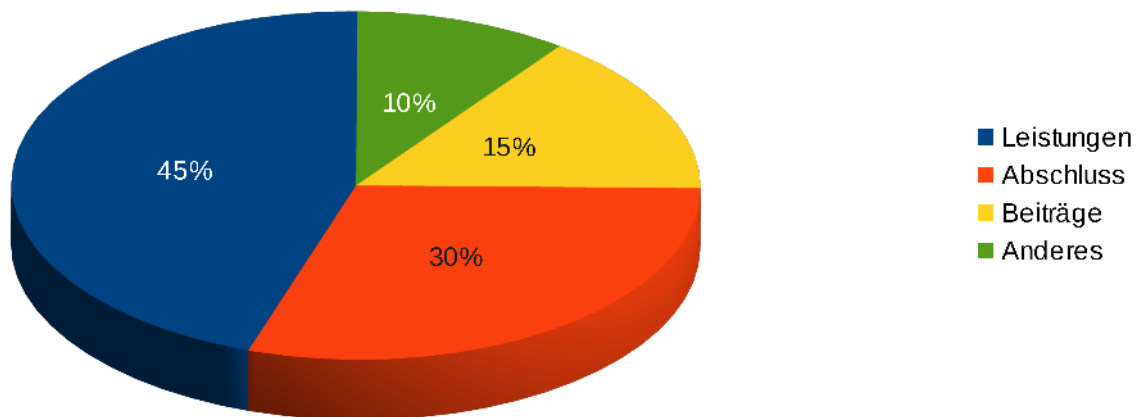
Der Stiftungsrat traf sich am 11. Mai 2016 zur Prüfung und Genehmigung der Jahresrechnung 2015 und zur Verabschiedung des Jahresberichts 2015. Am 15. November 2016 trat er zur Behandlung des Voranschlags 2017 und zur Erörterung des Geschäftsjahres zu einer weiteren Sitzung zusammen.

## 3 Zahlen



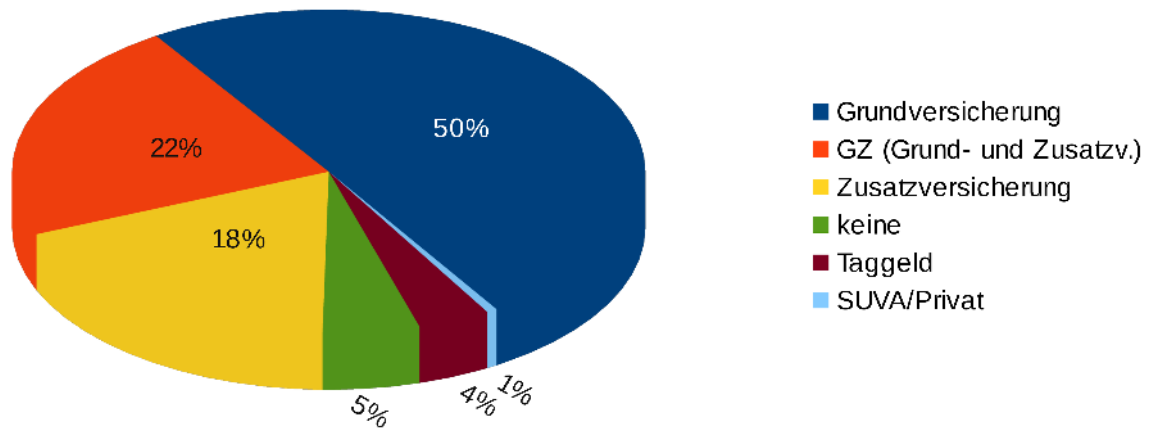
### 3.1 Eingänge nach Materien

Im Berichtsjahr 2016 sind bei der Ombudsstelle 5259 Fälle eingegangen (2015: 5221). Dies ergibt gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme von 0,72%. Die Aufteilung nach Materien ergibt folgendes Bild: 2388 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2015: 2678), 1517 im Bereich Abschluss oder Wechsel der Versicherung (2015: 1545) und 814 zum Thema Prämien/Beiträge (2015: 755). Die übrigen 540 Fälle betrafen Anderes (2015: 243).

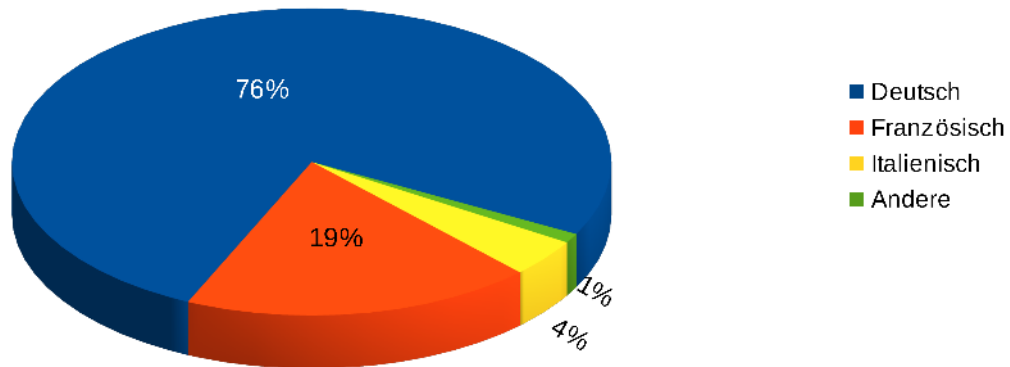


### 3.2 Eingänge nach Versicherungssparten

2689 Fälle betrafen allein die Grundversicherung (2015: 2710), 950 Fälle nur die Zusatzversicherung (2015: 885), 1144 Fälle beide Versicherungssparten (2015: 1117). Die Taggeldversicherung war in 192 Fällen angesprochen (2015: 256). In 28 Fällen mussten wir die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verweisen. Die übrigen 256 Fälle betrafen Fragestellungen allgemeiner Art, teils ohne Zusammenhang mit der Krankenversicherung (2015: 253).



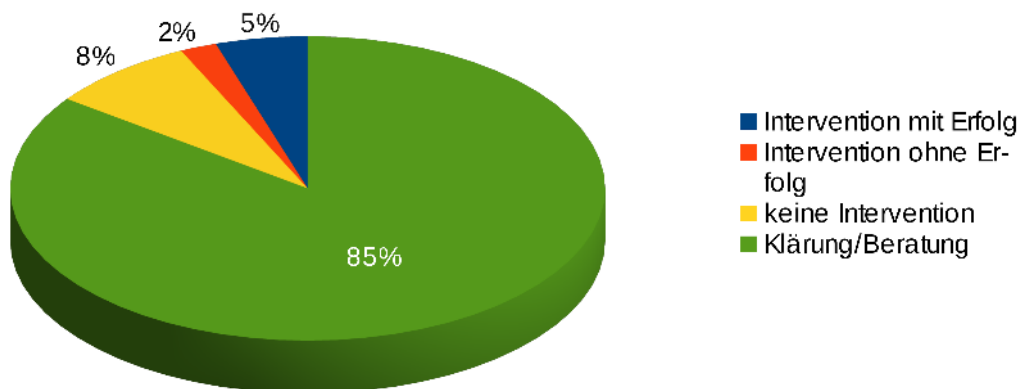
### 3.3 Eingänge nach Sprachen



4043 Eingänge entfielen auf Deutsch (2015: 4114), 994 auf Französisch (2015: 860) und 192 auf Italienisch (2015: 178). Andere Sprachen (Englisch und Spanisch) 30 (2015: 69).



### 3.4 Interventionen der Ombudsstelle



Mit dieser im Berichtsjahr neu eingeführten Statistik möchten wir den Lesern zeigen, wie gut unsere Krankenkassen arbeiten. In 85% der Fälle bestand die Aufgabe der Ombudsstelle darin, den Entscheid des Versicherers zu bestätigen oder diesen der versicherten Person zu erläutern. Gleichzeitig geht daraus hervor, dass die Ombudsstelle bei einem Versicherer nur interveniert, wenn es nötig ist. In der Tat ist sie in insgesamt 7% der Fälle mit einem Antrag vorstellig geworden und war dabei in 5% der Fälle erfolgreich, was einer Erfolgsquote von über 71% entspricht. In 8% der Fälle ist es zu keiner Intervention gekommen, das heisst, der Krankenkasse ist kein Antrag gestellt, sondern sie ist lediglich um Unterlagen gebeten worden, die wir von den Versicherten wegen sprachlichen oder altersbedingten Problemen nicht erhielten.

### 3.5 Entwicklung der Eingänge (Zusammenfassung)

Nachdem sich die Fallzahlen im Jahre 2014 auf einem langjährigen Durchschnittsniveau eingependelt hatten, stiegen sie im Jahr 2015 um 4,33 % und im Berichtsjahr um weitere 0,72% an. Diese Zunahme ist im Jahr 2016 insbesondere in den Bereichen „Prämien/Beiträge“ und „Anderes“ auszumachen.

In Bezug auf den Bereich „Prämien/Beiträge“ fällt auf, dass mehr Anfragen im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung, insbesondere bei Mutterschaft, eingegangen sind. Der seit 1. März 2014 neu in Kraft getretene Art. 64 Abs. 7 KVG hat offenbar zu Missverständnissen bei der Umsetzung geführt (vgl. Kapitel 6).

Die sprunghafte Erhöhung der Fallzahlen im Bereich „Anderes“ ist hingegen auf die Tatsache zurückzuführen, dass unsere Ombudsstelle immer öfter von

Schuldenberatungsstellen, Sozialämtern und Ärzten um Rat gebeten wird und zwar in Bereichen, für die wir nur zum Teil oder gar nicht zuständig sind (wie z. B. Invalidenversicherung, Prämienverbilligung, Sperrliste, Haftpflichtfälle, usw.). Bei solchen Anfragen beschränken wir uns auf eine kurze telefonische oder E-Mail-Beratung mit Hinweisen, an wen man sich gegebenenfalls wenden kann. Auf eine Intervention bei der Krankenkasse verzichten wir, weil dies unsere zeitlichen und personellen Ressourcen sprengen würde.

## 4 Erledigungsgrundsätze der Vermittlungstätigkeit

Auch dieses Jahr möchten wir die Aufgabe und die Tätigkeit der Ombudsstelle nochmals darstellen. Diese Wiederholung drängt sich auf, da sich immer noch Personen mit Anliegen an die Ombudsstelle wenden, die nicht in ihren Aufgabenbereich fallen. So halten Versicherte sie fälschlicherweise für eine unentgeltliche Rechtsvertretung, der sie Weisungen erteilen können, oder aber verwechseln sie mit einer Gerichtsinstanz, deren Anrufung laufende Fristen unterbricht. Leistungserbringer, aber auch andere Institutionen und Interessenvertreter, sehen sie als Rechtsauskunfts- oder Gutachterstelle, deren Meinungsäusserungen sich auch politisch nutzen lassen. Selbst Mitarbeitern der Krankenkassen ist offenbar nicht immer klar, in welchen Fällen sie ihre Versicherten an die Ombudsstelle verweisen können und in welchen nicht.

Gemäss der Stiftungsurkunde und dem dazugehörigen Reglement besteht die Hauptaufgabe der Ombudsstelle darin, Missverständnisse zwischen den Versicherten und ihren jeweiligen Versicherern zu beheben und bei Meinungsverschiedenheiten Lösungen zu vermitteln. In diesem Rahmen berät die Ombudsstelle die Versicherten in Fragen der Krankenversicherung und informiert sie über die geltende Gesetzgebung und die Rechtsprechung des Bundesgerichts. Dabei erteilt sie in erster Linie auf den Fall bezogene Auskünfte. Bei Anfragen ausserhalb ihres Zuständigkeitsbereichs verweist sie auf andere Beratungsstellen und Hilfsorganisationen. Schliesslich interveniert die Ombudsstelle bei einem Krankenversicherer nur dann, wenn die Hilfesuchende Person die notwendigen Unterlagen zur Verfügung stellt.

Die Ombudsstelle hat das Ziel, den Versicherten kostenlos und auf unbürokratische Art und Weise bei der Lösung ihrer Probleme mit ihrer jeweiligen Krankenkasse behilflich zu sein.

### 4.1 Wann ist die Ombudsstelle für einen Fall zuständig?

Sie ist zuständig, wenn ein Versicherungsvertrag aus dem Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und/oder der Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vorliegt, und wenn es sich bei den involvierten Parteien um eine versicherte Person und eine gemäss Art. 11-13 KVG anerkannte Krankenkasse mit Sitz in der Schweiz handelt.

**Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** nach KVG sind es vor allem folgende Themen, welche die Versicherten beschäftigen:

- Versicherungspflicht (Beitritt, Befreiung, Sistierung),
- besondere Versicherungsformen (wählbare Franchisen, Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, usw.),
- Kassenwechsel,

- Leistungen (bei Krankheit, Unfall [nur subsidiär], Mutterschaft),
- Leistungen im Ausland,
- Zahnbehandlungen,
- Prämien und Kostenbeteiligungen,
- Inkasso,
- freiwillige Taggeldversicherung,
- Datenschutz (Mitwirkungspflicht, Akteneinsicht), usw.

**Im Bereich der Zusatzversicherungen nach VVG** geht es vorwiegend um nachfolgende Themen:

- Versicherungsantrag,
- Anzeigepflichtverletzung,
- Inkasso,
- Leistungen,
- Verjährung,
- Begründung des Versicherungsanspruchs,
- Taggeldversicherung,
- Schadenminderungspflicht,
- Doppelversicherung, usw.

#### **4.2 Wann kann die Ombudsstelle den Versicherten nicht helfen?**

Die Interventionsmöglichkeiten der Ombudsstelle sind beschränkt, das heisst, wenn der Krankenversicherer im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bereits eine **Verfügung** erlassen hat, ist der Rechtsweg eröffnet und eine Vermittlung durch die Ombudsstelle nicht mehr möglich. Demzufolge gibt sie auch keine Einschätzungen zu Prozessaussichten und auch keine Ratschläge zum weiteren Vorgehen in einem laufenden Rechtsverfahren ab.

**Nicht zuständig** ist die Ombudsstelle für folgende Fälle:

- Bei **Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und ihren Patienten**, wenn es zum Beispiel um Behandlungs- oder Haftpflichtfragen geht. Hier muss sie die Versicherten an die Ombudsstelle der Ärzte (in der Regel in ihrem Wohnsitzkanton) oder an eine Patientenorganisation oder einen spezialisierten Anwalt verweisen.

- Bei **Differenzen zwischen Amtsstellen und Bürgern** betreffend Prämienerbilligungen oder Ergänzungsleistungen. Je nach Kanton oder Stadt existieren öffentlich-rechtliche Ombudsstellen, an die sich die Bürger wenden können.
- Bei **Divergenzen zwischen einzelnen Amtsstellen** (beispielsweise Sozialdiensten), die sich über die Aufteilung von Prämienausständen nicht einig werden.
- Für die **Überprüfung von behördlich genehmigten Grund- oder Zusatzversicherungsprämien**. Die Krankenversicherer dürfen nur genehmigte und damit verbindliche Prämien anwenden, deren Berechnung die Ombudsstelle nicht hinterfragen kann. Sie kann nur intervenieren, wenn jemand innerhalb eines bewilligten Tarifs falsch eingestuft wird.
- Für das **Fehlverhalten von ungebundenen Versicherungsvermittlern**, für das der Versicherer selber nicht einstehen muss.

In all diesen Fällen beschränkt sich die Ombudsstelle auf kurze mündliche Auskünfte und Hinweise.

#### **4.3 Wer kann die Dienste der Ombudsstelle in Anspruch nehmen und wie ist dabei vorzugehen?**

In erster Linie wenden sich die Versicherten selbst an die Ombudsstelle. Sie tun dies meist telefonisch oder per Post, in zunehmendem Masse aber auch per E-Mail. Dieses Medium ermöglicht zwar eine rasche Kontaktaufnahme, ist aber für medizinische Daten nicht geeignet. Es führt auch dazu, dass viele Anfragen schlecht dokumentiert erfolgen und zu Rückfragen führen. Die Website der Ombudsstelle ([www.om-kv.ch](http://www.om-kv.ch)) enthält ein Kontaktformular und entsprechende Hinweise zur Datensicherheit.

Immer öfters wird die Ombudsstelle auch von Leistungserbringern und Sozialdiensten angerufen, die sich für ihre Patienten und Klienten verwenden, welche Probleme mit ihrem jeweiligen Krankenversicherer haben. Nur wenn die Patienten oder Klienten dies ausdrücklich wünschen, tritt die Ombudsstelle auch auf solche Anfragen ein. Es ist jedoch nicht ihre Aufgabe, anderen Organisationen die Arbeit abzunehmen oder sich in tarifpolitische Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern einzumischen. Dafür gibt es andere Stellen. Gegenüber Anfragen von Versicherten, die von Sozialdiensten betreut werden, reagiert die Ombudsstelle daher zurückhaltend und beschränkt sich auf mündliche Rechtsauskünfte. Von Interventionen beim Krankenversicherer sieht sie meist ab, weil sie nicht die Aufgaben staatlicher Stellen übernehmen kann.

Auffällig oft wird die Ombudsstelle auch immer wieder von Treuhändern in Namen ihrer Kunden kontaktiert. Auch hier übt sich die Ombudsstelle in Zurückhaltung. Schliesslich soll ihre unentgeltliche Dienstleistung den Versicherten selbst und nicht den Unternehmen zugute kommen, die mit Beratung ihr Geld verdienen.

#### **4.4 Und wenn die versicherte Person eine Rechtsschutzversicherung hat oder von einem Rechtsanwalt vertreten wird?**

Die Ombudsstelle wird nicht tätig, wenn Versicherte Ansprüche gegenüber einer Rechtsschutzversicherung haben oder bereits durch einen Anwalt vertreten sind. Leider kommt es häufig vor, dass Rechtsschutzversicherungen, statt die versicherte Leistung (Rechtsberatung und anwaltliche Vertretung) zu erbringen, die Versicherten direkt an die Ombudsstelle verweisen, damit diese ihnen unentgeltlich hilft. Diese Versicherten haben somit bei ihrer Rechtsschutzversicherung für eine Leistung Prämien bezahlt, die sie nun nicht erhalten. Zuständig für Streitigkeiten mit Rechtsschutzversicherungen ist die Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva in Zürich, der praktisch alle Rechtsschutzversicherungen angeschlossen sind.

#### **4.5 Was können die Versicherten von der Ombudsstelle erwarten?**

Versicherte erhalten eine Einschätzung ihrer Probleme und eine Hilfestellung, wenn sie mit ihrem Krankenversicherer nicht mehr zurecht kommen. Ihre Fragen werden detailliert geprüft. Gegebenenfalls wird direkt beim Krankenversicherer interveniert. Die Interventionen erfolgen in der überwiegenden Mehrzahl schriftlich und führen zu schriftlichen Stellungnahmen. Ist die Sache dringend, werden die Versicherer ausnahmsweise auch telefonisch kontaktiert. Die Ombudsstelle verfügt bei jedem Krankenversicherer über Ansprechpersonen, die ihre Anfragen direkt entgegen nehmen, intern prüfen und beantworten. Stellt die Ombudsstelle fest, dass die versicherte Person selber einem Irrtum unterliegt, dann erläutert sie ihr die gesetzlichen und die vertraglichen Bestimmungen. Zudem erklärt sie ihr das Versicherungssystem und gibt Verhaltenstipps zur Vermeidung weiterer Missverständnisse ab.

#### **4.6 Kann die Ombudsstelle die Geschäftspolitik der Krankenversicherer beeinflussen?**

Die Tätigkeit der Ombudsstelle erfolgt bezogen auf den Einzelfall und gestützt auf geltendes Recht. Sie ist keine Aufsichtsbehörde für die Krankenversicherer und kann diesen weder generell noch im Einzelfall Anweisungen erteilen. Ihre Aufgabe ist die Vermittlung, die das grundsätzliche Vertrauen der versicherten Person wie des jeweiligen Krankenversicherers voraussetzt.

Das Reglement berechtigt die Ombudsstelle dazu, die Dachverbände der Krankenversicherer oder sogar die Öffentlichkeit zu informieren, wenn sich in einem Sachbereich die Klagen der Versicherten häufen. Primär wendet sie sich jedoch an den betroffenen Krankenversicherer und regt direkt Verbesserungen an. Damit dient sie der Qualitätssicherung in der Branche und kann so in Teilbereichen tatsächlich Einfluss auf die Geschäftspolitik der Krankenversicherer nehmen.

Immer wieder nimmt die Ombudsstelle mit Geschäftsleitungen von Krankenversicherungen Kontakt auf und weist z.B. auf eine Häufung von Problemen hin. In der Regel begrüßen die Versicherer solche Interventionen und sind meist auch bereit, Hand zu unbürokratischen Lösungen zu bieten.

## 5 Aus der Praxis der Krankenversicherung nach KVG

Die Arbeitsweise und Wirkungskraft der Ombudsstelle soll im Folgenden veranschaulicht werden durch Berichte in Form von kurzen Zusammenfassungen ausgewählter Fallbeispiele, die häufige oder besondere Probleme und Fragestellungen betreffen. Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes werden Namen und Daten weggelassen oder geändert. Sachverhalt, Abklärungen und Erledigung sind vereinfacht dargestellt.

### 5.1 Die Kostenbeteiligung gemäss Art. 64 KVG

Auch im Berichtsjahr betrafen viele Anfragen die Kostenbeteiligung bei Mutterschaft. Die Anwendung der am 1. März 2014 in Kraft getretenen Gesetzesänderung sorgt immer noch für Unsicherheiten sowohl bei den Versicherten als auch bei den Mitarbeitern der Krankenkassen:

#### Fall 1

*Eine Versicherte erlitt eine Fehlgeburt in der 12. Schwangerschaftswoche und musste sich einer Ausschabung (Curettag) unterziehen. Die Krankenkasse erhob eine Kostenbeteiligung. Damit war die Versicherte nicht einverstanden.*

Gemäss Art. 64 Abs. 7 altKVG (gültig bis zum 28. Februar 2014) durfte der Versicherer keine Kostenbeteiligung bei Mutterschaft erheben. Die Abgrenzung zwischen den besonderen Leistungen bei Mutterschaft und den anderen Leistungen, welche von Gesetzes wegen nicht von der Kostenbeteiligung befreit waren, obwohl sie einen Zusammenhang mit der Schwangerschaft aufwiesen, führte zu einer Benachteiligung der Frauen, bei denen während der Schwangerschaft Komplikationen auftraten.

Mit Inkrafttreten des neuen Art. 64 Abs. 7 lit. a und b KVG hat man diese Benachteiligung zum Teil beseitigt. Tatsächlich sind mit der neuen Bestimmung sowohl die besonderen Leistungen bei Mutterschaft nach Art. 29 KVG als auch die Leistungen nach Art. 25 und 25a KVG von der Kostenbeteiligung befreit, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

Eine Fehlgeburt (sog. Spontanabort) ist eine während der Schwangerschaft eingetretene Komplikation und somit keine besondere Mutterschaftsleistung im Sinne von Art. 29 Abs. 2 KVG. Wenn wegen dieser Komplikation eine medizinische Behandlung notwendig wird, wie z. B. eine Ausschabung, dann ist diese wie eine Krankheit nach Art. 25 und 25a KVG zu behandeln. Bis und mit der 12. Schwangerschaftswoche besteht für die Versicherte eine Kostenbeteiligungspflicht nach Art. 64 Abs. 1 und 2 KVG, ab der 13. Woche ist sie gemäss Art. 64 Abs. 7 lit. b KVG von dieser Pflicht befreit.



Im vorliegenden Fall wurde die Ausschabung in der 12. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Da der Gesetzgeber die Schwangerschaftskomplikationen erst ab der 13. Woche von der Kostenbeteiligungspflicht befreit hat, ist die vorliegend in Rechnung gestellte Kostenbeteiligung nicht zu beanstanden.

**Bemerkung:**

1. Wenn die Versicherte die Fehlgeburt zwischen der 13. und der 23. Woche erlitten hätte, dann wären die allfälligen Leistungen von der Kostenbeteiligung befreit gewesen.
2. Wenn die Versicherte die Fehlgeburt ab der 24. Schwangerschaftswoche erlitten hätte, dann würde man von einer Totgeburt sprechen. Diese gilt nach der 23. Schwangerschaftswoche als Niederkunft (Art. 105 Abs. 2 KVV). Die Versicherte hätte dann für die während der Niederkunft und die bis acht Wochen nach der Niederkunft erbrachten Leistungen keine Kostenbeteiligung zu bezahlen gehabt (Art. 64 Abs. 7 lit. b KVG).

**Fall 2**

*Der Vater einer Versicherten teilte uns mit, dass seine Tochter in der 12. Woche einen straflosen Abbruch der Schwangerschaft habe durchführen lassen. Er wollte von uns wissen, ob es stimme, dass bei einem straflosen Abbruch eine Kostenbeteiligung geschuldet sei. Zudem stellte er uns die Frage, ob im konkreten Fall sich an der Kostenbeteiligungspflicht etwas geändert hätte, wenn der Eingriff ab der 13. Schwangerschaftswoche stattgefunden hätte.*

Der Abbruch der Schwangerschaft ist gemäss Art. 119 des Strafgesetzbuches in zwei Fällen straflos:

1. Wenn der Eingriff nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.
2. Wenn der Abbruch innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode auf schriftliches Verlangen der schwangeren Frau, die geltend macht, sie befinde sich in einer Notlage, durch zur Berufsausübung zugelassene Ärzte vorgenommen wird. Die Ärzte haben persönlich mit der Frau vorher ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu beraten.

In beiden Fällen handelt es sich weder um eine besondere Mutterschaftsleistung noch um eine Schwangerschaftskomplikation, sondern um einen gewollten Abort.

Gemäss Art. 30 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG die Kosten für den straflosen Abbruch einer Schwangerschaft wie bei Krankheit.

Bei Krankheit sind die Versicherten verpflichtet, sich gemäss Art. 64 Abs. 1 und 2 KVG an die Kosten der bezogenen Leistungen zu beteiligen. Eine Befreiung von der Kostenbeteiligungspflicht wird gemäss Art. 64 Abs. 7 KVG nicht gewährt.

Im vorliegenden Fall lautet die Antwort auf die Frage des Vaters der Versicherten: Für den straflosen Schwangerschaftsabbruch muss die Versicherte immer eine Kostenbeteiligung bezahlen. Aus der Sicht der Krankenversicherung spielt es daher keine Rolle, wann der Eingriff durchgeführt wurde.

### **Fall 3**

*Eine schwangere Versicherte beschwerte sich darüber, dass die Krankenkasse ihr eine Kostenbeteiligung für die vom Gynäkologen während der ersten Schwangerschaftswochen angeordneten Laboranalysen in Rechnung gestellt hatte, mit der Begründung, es handle sich um eine Untersuchung, die vor der 13. Schwangerschaftswoche stattgefunden habe. Die Versicherte wollte von uns wissen, ob die besagten Laboranalysen tatsächlich erst ab der 13. Wochen von der Franchise befreit seien.*

Laut Art. 64 Abs. 7 KVG unterscheidet der Gesetzgeber zwischen den besonderen Mutterschaftsleistungen gemäss Art. 29 KVG, die mit wenigen Ausnahmen (vgl. Art. 13 KLV) an keine Frist gebunden sind, und den Pflichtleistungen nach Art. 25 und 25a KVG, die erst ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft von einer Kostenbeteiligung befreit sind.

Die besonderen Leistungen bei Mutterschaft umfassen u.a. die von Ärzten angeordneten Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 lit. a KVG). Bei einer normalen Schwangerschaft veranlasst der Gynäkologe während der Erstkonsultation und bei den späteren Kontrollen u.a. die notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL) (vgl. Art. 13 lit. a Ziff. 1 KLV). Diese Leistungen erfolgen zum Teil vor der 13. Schwangerschaftswoche; da es sich indes um besondere Mutterschaftsleistungen nach Art. 29 KVG handelt, sind sie gemäss Art. 64 Abs. 7 lit. a KVG von der Kostenbeteiligung befreit.

Die bei schwangeren Frauen im Rahmen der Kontrolluntersuchungen durchgeführten Laboranalysen dürfen nicht mit den in Art. 25 Abs. 1 lit. b KVG von Ärzten bei Krankheit verordneten Analysen verwechselt werden.

Da es sich um eine reine Mutterschaftsleistung handelte, konnten wir die Angelegenheit rasch durch eine Intervention zugunsten der Versicherten regeln.

## 5.2 Der Beitrag an die Transport- und Rettungskosten nach Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG

Ein weiteres Thema, das uns immer wieder beschäftigt, ist die Unterscheidung zwischen medizinisch notwendigen Transportkosten und Rettungskosten (Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG in Verbindung mit Art. 26 KLV und 27 KLV).

Laut Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG in Verbindung mit Art. 26 KLV übernimmt die Versicherung 50% der Kosten von medizinisch indizierten **Krankentransporten** zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand des Patienten den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von CHF 500.00 übernommen. Der Transport hat in einem den medizinischen Anforderungen des Falles entsprechenden Transportmittel zu erfolgen.

Ein medizinisch indizierter Transport ist gegeben, wenn die Person zum Zwecke der Durchführung notwendiger medizinischer Massnahmen zu einem Leistungserbringer gebracht werden muss, ohne sich indessen in der Notlage einer Rettungssituation zu befinden (Art. 26 KLV; BGE 130 V 424 E. 3.2). Der Transport muss jedoch zum Zwecke der Durchführung einer gesetzlichen Pflichtleistung erfolgen (SBVR Soziale Sicherheit – EUGSTER, Rz. 465).

Nach Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG in Verbindung mit Art. 27 KLV übernimmt die Versicherung für **Rettungen** in der Schweiz 50% der Rettungskosten. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von CHF 5'000.00 übernommen.

Rettung kann drei Tatbestände umfassen: Die Befreiung aus einer Gesundheit und Leben akut bedrohenden Lage oder die notfallmässige Zuführung zur medizinischen Versorgung oder beides. Rettung ist grundsätzlich organisierte Hilfe in ärztlicher Verantwortung und damit mehr als medizinischer Notfalltransport. Der Begriff der Rettungskosten beschränkt sich daher nicht auf die Kosten für Rettungstransporte, sondern umfasst alle Massnahmen, die zur Rettung der betroffenen Person notwendig sind (Art. 27 KLV, BGE 130 V 424 E. 3.3). Es geht darum, das Leben der versicherten Person zu retten, eine drohende Lebensgefahr als Folge einer sich rasch verschlechternden Gesundheit abzuwenden oder einen ernsthaften Gesundheitsschaden zu verhindern. Der Begriff der Rettung setzt mithin eine Notfallsituation voraus. Die Notwendigkeit einer Rettungsmassnahme bestimmt sich nach den Gegebenheiten im Zeitpunkt, in welchem die Hilfe gerufen oder angeordnet wird (SBVR Soziale Sicherheit – EUGSTER, Rz. 473 und 474).

Merkmal der Rettungsmassnahmen ist, dass sie in der Regel nicht planbar sind, im Gegensatz zu den Transporten nach Art. 26 KLV.

### Fall 4

*Eine junge Frau erlitt regelmässig Ohnmachtsanfälle auf der Strasse, was ihrer Familie hohe Kosten wegen der jedes Mal herbeigerufenen Ambulanz verursachte. Der Versicherer übernahm zwar mehrheitlich die medizinisch indizierten Transportkosten. Die dafür vorgesehenen CHF 500.00 pro Jahr wa-*

*ren indessen schnell einmal aufgebraucht. Die Eltern der Versicherten wandten sich an die Ombudsstelle und wollten wissen, ob der eine oder andere Transport nicht als Rettungskosten hätte abgerechnet werden müssen.*

Unsere Abklärungen ergaben, dass zwei der durchgeführten Transporte ins Spital fälschlicherweise als Transportkosten gemäss Art. 26 KLV, statt als Rettungskosten nach Art. 27 KLV abgerechnet wurden. In der Tat galt es in den beiden Fällen eine drohende Lebensgefahr als Folge einer sich rasch verschlechternden Gesundheit abzuwenden. Dies war im Protokoll des Rettungsdienstes auch entsprechend vermerkt. Auf Intervention der Ombudsstelle wurden die Leistungsabrechnungen korrigiert.

Im nächsten Fall geht es zwar um einen medizinisch notwendigen Transport, aber es handelt sich um einen Rücktransport, dessen Kosten in der Regel von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Tatsächlich übernimmt die Krankenkasse von Gesetzes wegen lediglich den Transport zum Leistungserbringer und nicht den Rücktransport. Es gibt indessen Ausnahmen:

## **Fall 5**

*Eine Versicherte wurde nach einem stationären Aufenthalt vom Spital ins Alters- und Pflegeheim zurück transportiert. Die Krankenkasse lehnte eine Beteiligung an den entstandenen Unkosten ab, da es sich um einen Rücktransport gehandelt habe und nicht um einen Transport zu einem zugelassenen Leistungserbringer. Mit dieser Entscheidung war der Ehemann der inzwischen verstorbenen Versicherten nicht einverstanden.*

Unsere Abklärungen haben ergeben, dass die Versicherte im Rollstuhl war und Sauerstoff benötigte. Der Transport konnte nur in Begleitung einer Drittperson erfolgen. Die Versicherte war daher nicht in der Lage, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen. Damit die Patientin trotz ihren gesundheitlichen Einschränkungen sicher an den Ort der Behandlung und wieder zurück gebracht werden konnte, war der Transport in beiden Richtungen medizinisch notwendig im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG in Verbindung mit Art. 26 KLV.

Auf Intervention unserer Ombudsstelle räumte die Krankenkasse ein, dass vorliegend eine Ausnahme von der Regel vorlag; sie zahlte ihren Beitrag auch an den Rücktransport aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

### **5.3 Die Aufklärungspflicht des Versicherers nach Art. 27 Abs. 1 ATSG**

Im nachfolgenden Fall stellte sich die Frage, ob eine Krankenkasse verpflichtet ist, einen Versicherten über seine Rechte aufzuklären, wenn er sie über

eine bevorstehende Behandlung schriftlich orientierte und ihr – auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin – auch noch eine Kopie der ärztlichen Verordnung zukommen liess:

## Fall 6

*Ein Versicherter liess sich von seiner Hausärztin neun Sitzungen Physiotherapie bei einer Therapeutin verschreiben. Bevor er die erste Behandlung antrat, erkundigte er sich schriftlich bei der Krankenkasse, ob diese eine Kopie der ärztlichen Verordnung benötige. Dies wurde ihm schriftlich bestätigt und er liess der Kasse die gewünschte Kopie am nächsten Tag ohne weiteren Kommentar zukommen. In der Folge liess sich der Versicherte von der Therapeutin behandeln und sandte nach Abschluss der neun Sitzungen die Rechnung seiner Krankenkasse zu. Diese lehnte die Kostenübernahme ab, mit der Begründung, es handle sich bei der besagten Therapeutin um keine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anerkannte Leistungserbringerin.*

*Der Versicherte war mit dieser Entscheidung nicht einverstanden. Er machte geltend, er habe der Krankenkasse vor Behandlungsantritt wunschgemäss eine Kopie der ärztlichen Verordnung zugestellt. Die Kasse hätte diese Kopie überprüfen und ihn über die Nichtanerkennung der Leistungserbringerin aufklären müssen. Dies habe sie indessen nicht getan. Die Kasse bestritt nicht, die Kopie der ärztlichen Verordnung erhalten zu haben. Sie hielt lediglich daran fest, dass der Versicherte keinen Anspruch auf Rückerstattung der Kosten habe.*

Die Ombustelle intervenierte bei der Krankenkasse und berief sich auf Art. 27 Abs. 1 ATSG, wonach die Versicherungsträger – zu denen auch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG gehört – verpflichtet sind, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereichs die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären.

Zudem verwies die Ombudsstelle auf den Grundsatz von Treu und Glauben, der den Bürger in seinem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten schützt. Er bedeutet u.a. auch, dass falsche Auskünfte von Verwaltungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen eine vom materiellen Recht abweichende Behandlung des Rechtssuchenden gebieten. Gemäss Rechtsprechung und Doktrin ist eine falsche Auskunft bindend,

1. wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat;
2. wenn sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn der Bürger die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte;
3. wenn der Bürger die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte;

4. wenn er im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können;
5. wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat;

(vgl. BGE 121 V 65, 66 E. 2).

Dabei hielt die Ombudsstelle in ihrer Argumentation zunächst fest, dass im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Krankenkassen als Staatsorgane handeln und somit als Behörde im Sinne der Rechtsprechung gelten.

Da es sich im konkreten Fall nicht um eine falsche, sondern um eine unterlassene Auskunft handelte, machte die Ombudsstelle gestützt auf ein bundesgerichtliches Urteil geltend, dass eine in Verletzung gesetzlicher Informationspflichten unterbliebene Auskunft der unrichtigen Auskunft gleichzustellen ist (s. unveröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts vom 10. Oktober 2001, B 27/00, E. 9 c.aa). Zudem verwies sie auf ein weiteres Urteil des Bundesgerichts, wonach der Schutz durch den Grundsatz von Treu und Glauben nicht nur im Zusammenhang mit einer falschen Auskunft greift, sondern auch ein Verhalten der Behörde beim Versicherten eine Erwartung wecken kann, welche geschützt wird (s. unveröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2005, K 107/05, E. 3.2).

Schliesslich hatte der Versicherte alles getan, um sicher sein zu können, dass die Kosten für die neun Sitzungen Physiotherapie von der Versicherung übernommen werden. Die Krankenkasse war hingegen ihrer Abklärungs- und anschliessenden Aufklärungspflicht gemäss Art. 27 Abs. 1 ATSG nicht nachgekommen.

Die Ombudsstelle konnte gegenüber der Krankenkasse erfolgreich belegen, dass im vorliegenden Fall alle Voraussetzungen für eine Leistungspflicht gemäss dem Grundsatz von Treu und Glauben erfüllt waren. Der Versicherte erhielt die geforderte Rückerstattung.

#### **5.4 Die Sistierung der Unfaldeckung nach Art. 8 KVG**

Viele Versicherte stören sich daran, dass die Sistierung der Unfaldeckung gemäss Art. 8 KVG in Verbindung mit Art. 11 Abs. 1 KVV, welche eine Prämienreduktion zur Folge hat, erst auf Antrag erfolgt. Wir erhalten immer wieder Anfragen dazu:

##### **Fall 7**

*Ein Zuzüger aus dem Ausland hatte sich rechtzeitig im dritten Monat ab Wohnsitznahme in der Schweiz bei einem zugelassenen Krankenversicherer versichern lassen. Er konnte erst beim Kassenbeitritt dem Versicherer mitteilen, dass er über den Arbeitgeber nach UVG voll gedeckt war. Für ihn war*

*nicht nachvollziehbar, weshalb die Sistierung der Unfaldeckung nicht wie die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Zeitpunkt der Wohnsitznahme in der Schweiz beginnen konnte.*

Wir erläuterten dem Versicherten zunächst Art. 8 KVG und Art. 11 Abs. 1 KVV, wonach die Sistierung auf schriftlichen Antrag des Versicherten zu erfolgen hat und frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats beginnt. Für die Sistierung gibt es somit keinen Automatismus.

Unsere Abklärungen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde ergaben zudem, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gestützt auf Art. 8 KVG und den klaren Wortlaut von Art. 11 Abs. 1 KVV jegliche Ausnahme für eine rückwirkende Sistierung der Unfaldeckung immer verneint hat. An dieser Praxis will es auch weiterhin festhalten, selbst wenn die versicherte Person die zeitliche Verzögerung nicht verschuldet hat (z.B. nach Aufnahme einer Lehre, nach Erhöhung des Beschäftigungsgrades, nach einem verzögerten Entscheid der Arbeitslosenversicherung). Im Sinne einer konstanten Praxis vertritt das BAG dieselbe Ansicht auch im vorliegenden Fall des Zuzügers aus dem Ausland, der rückwirkend versichert wird. Dies teilten wir ihm mit.

## 6 Aus der Praxis der Zusatzversicherungen nach VVG

### 6.1 Die Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung

In den allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen zu den Spitalzusatzversicherungen wird regelmässig auf eine Spitalliste hingewiesen, die man beim Versicherer einsehen kann. Dies bedeutet, dass der Krankenversicherer nur mit diesen Spitälern einen Vertrag abgeschlossen hat. Demzufolge besteht nur eine Kostendeckung in den auf der Liste aufgeführten Spitälern. Dies gilt nicht nur für die Versicherten, die eine Spitalzusatzversicherung für die allgemeine Abteilung ganze Schweiz abgeschlossen haben, sondern auch für jene, die eine private oder halbprivate Versicherungsdeckung haben. Viele dieser Versicherten sind sich dessen nicht bewusst, wie der nächste Fall zeigt:

#### Fall 8

*Eine Versicherte beklagte sich bei unserer Ombudsstelle, dass ihr Krankenversicherer ihr keine Kostengutsprache für einen geplanten Eingriff in einem bestimmten Spital erteile, mit der Begründung, der besagte Leistungserbringer stehe nicht auf seiner Liste der halbprivaten und privaten Spitalzusatzversicherung. Die Versicherte wollte von uns wissen, ob dies rechtens sei.*

Unsere Abklärungen haben ergeben, dass das besagte Spital ein neuartiges Verfahren bei Herzoperationen anwendet, welches den Patienten erlaubt, zwei Tage nach dem Eingriff wieder nach Hause zu gehen. Der Krankenversicherer konnte sich im Bereich der halbprivaten und privaten Spitalzusatzversicherung auf keinen Tarif mit dem Leistungserbringer einigen, weshalb er die Verhandlungen abbrach und dieses Spital nur im Bereich der allgemeinen Abteilung auf seiner Liste führte. Den Versicherten mit einer halbprivaten und privaten Spitalzusatzversicherung bot er an, sich entweder in einem anderen Spital nach der traditionellen Art operieren zu lassen (inkl. stationärer Aufenthalt von 14 Tagen auf der privaten oder halbprivaten Abteilung) oder sich im gewünschten Spital einem weniger invasiven Eingriff zu unterziehen (inkl. stationärer Aufenthalt von 2 Tagen auf der allgemeinen Abteilung). Im letzten Fall war er bereit, den Versicherten einen festgelegten Betrag pro Nacht als Entschädigung ausbezahlen.

Die Ombudsstelle konnte der Versicherten nur bestätigen, dass der ablehnende Bescheid korrekt ist. In der Tat unterstehen die Spitalzusatzversicherungen dem Privatrecht. Wenn die Versicherer sich nicht mit den Leistungserbringern (in casu: den Spitälern) einigen können, kommen keine Tarifverträge zustande. Es kann vorkommen, dass der eine Versicherer sich mit einem bestimmten Spital einigen kann und der andere Versicherer nicht. Die Versicherten haben das Nachsehen. Sie können ihre Spitalzusatzversicherung altersbedingt oder aus gesundheitlichen Gründen nicht einfach wechseln.



Wir können den Versicherten nur empfehlen, sich vor einem geplanten Eingriff immer schriftlich zu erkundigen, ob sie mit ihrer bestehenden Versicherungspolice gedeckt sind oder eben nicht. Nur so können sie einen finanziellen Schaden abwenden.

## 6.2 Das Mahnverfahren gemäss Art. 20 und 21 VVG

Im Bereich der Zusatzversicherungen sind in Anbetracht der gravierenden wirtschaftlichen Folgen für die versicherte Person die Anforderungen an eine Mahnung hinsichtlich der Form und des Inhalts besonders streng. Wir stellen regelmässig fest, dass die massgeblichen Bestimmungen nicht immer korrekt angewendet werden. Manchmal führt selbst ein neues Bundesgerichtsurteil nicht zur Klärung des Problems, wenn es Raum für unterschiedliche Interpretationen lässt, wie der nachfolgende Fall zeigt:

### Fall 9

*Die Versicherte geriet in Zahlungsverzug und erhielt eines Tages von ihrer Krankenkasse eine Mahnung im Sinne von Art. 20 Abs. 1 VVG. Darin wurde sie aufgefordert innerhalb von 30 Tagen zu zahlen, ansonsten müsse sie nach Ablauf der Frist mit einer Leistungssperre und binnen zwei Monaten mit der Auflösung des Versicherungsvertrages von Gesetzes wegen (sog. Rücktrittsvermutung) rechnen. Da die Versicherte der Zahlungsaufforderung nicht innert Frist nachkam, erfolgte eine Leistungssperre. Damit war sie nicht einverstanden, weshalb sie sich an unsere Ombudsstelle wandte und um Hilfe bat.*

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 138 III 2 ff.) muss die schriftliche Mahnung die Beiträge nennen, für die Zahlung verlangt wird, und ebenso die Zahlungsfrist von 14 Tagen, wobei der Versicherer zugunsten der versicherten Person diese Frist auch auf 30 Tagen verlängern darf. Vor allem hat das Mahnschreiben ausdrücklich die Säumnisfolgen anzugeben, um diese in das Bewusstsein des Schuldners zu rücken. Die Androhung der Verzugsfolgen muss explizit, klar und umfassend erfolgen. **Sämtliche Säumnisfolgen sind zu nennen, mithin nicht nur das Ruhen der Leistungspflicht des Versicherers nach Art. 20 Abs. 3 VVG, sondern auch das Recht des Versicherers, vom Vertrag zurückzutreten, beziehungsweise die Vermutung des Rücktritts gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG** (BGE 128 III 186, 187 E. 2). Ein blosser Hinweis auf die (dem Mahnschreiben beigefügten) Gesetzesnormen von Art. 20 f. VVG reicht dabei ebenso wenig aus wie ein Verweis auf die entsprechenden Bestimmungen der Allgemeinen oder Besonderen Versicherungsbedingungen. Ungenügend ist ferner die Angabe, dass beim Versicherer zusätzliche Auskünfte über die Folgen der unterlassenen Zahlungen eingeholt werden können (BGE 138 III 2, 7 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

Unter Berufung auf BGE 138 III 2 ff. wiesen wir den Krankenversicherer darauf hin, dass sowohl in dem vom Bundesgericht behandelten Fall als auch in jenem, der uns vorgelegt wurde, lediglich zwei der drei erwähnten Säumnisfolgen im Mahnschreiben angegeben waren. Im Bundesgerichtsentscheid

fehlte der Hinweis auf die in Art. 21 Abs. 1 VVG festgehaltene Rücktrittsvermutung (bzw. -fiktion) (vgl. BGE 138 III 2, 8 E. 5.1) und in unserem Fall das Recht des Versicherers vom Vertrag zurückzutreten. Wir vertraten die Ansicht, dass in jedem Fall alle drei Säumnisfolgen zu erwähnen seien, damit das Mahnschreiben den bundesgerichtlichen Anforderungen genüge.

Wider Erwarten teilte der Versicherer unsere Meinung nicht und machte geltend, das Bundesgericht habe in seiner Aufzählung der Säumnisfolgen das Wort „beziehungsweise“ verwendet (1. Ruhen der Leistungspflicht nach Art. 20 Abs. 3 VVG, 2. Recht des Versicherers vom Vertrag zurückzutreten, beziehungsweise 3. Vermutung des Rücktritts nach Art. 21 Abs. 1 VVG), weshalb die Voraussetzungen für ein rechtsgültiges Mahnschreiben auch dann erfüllt seien, wenn lediglich die Rücktrittsvermutung genannt werde. Dem konnten wir nicht zustimmen. Das Wort „beziehungsweise“ darf u.E. in diesem Kontext nicht mit dem Wort „oder“ gleichgesetzt werden, sondern nur mit „und“, weil der Hinweis auf die Rücktrittsvermutung niemals fehlen darf.

Tatsächlich bildet den Hintergrund der unwiderlegbaren Rechtsvermutung nach Art. 21 Abs. 1 VVG das Bestreben des Gesetzgebers, zu verhindern, dass der Versicherer während längerer Zeit untätig bleibt und erst in einem späteren Zeitpunkt die rückständigen sowie mittlerweile fällig gewordenen Prämien einfordert, ohne aber für die Zwischenzeit leistungspflichtig zu werden. Der Versicherte soll rechtzeitig wissen, woran er ist, damit er gegebenenfalls anderswo Versicherungsschutz finden kann. Der Zweckgedanke liegt mit anderen Worten darin, Klarheit in Bezug auf die Weitergeltung des Vertrages zu schaffen. Die Aufhebung des Versicherungsschutzes bei (vorläufig) weiter bestehendem Vertragsverhältnis bewirkt einen Schwebezustand, der im Interesse des Versicherungsnehmers nicht lange andauern darf. Wird er bezüglich der Rücktrittsvermutung im Unklaren gelassen, ist für ihn ein stillschweigendes Zuwarten des Versicherers (ohne Einforderung des ausstehenden Prämien und ohne Erklärung des Rücktritts unmittelbar nach Ablauf der 14-tägigen Mahnfrist) nicht ohne Weiteres einzuordnen. Diese Rechtsunsicherheit gilt es mit einem klaren Hinweis im Mahnschreiben zu vermeiden.

Im Rahmen der von den Bundesrichtern gewünschten Klarheit in Bezug auf die Weitergeltung des Vertrages soll der Versicherte auch wissen, dass der Versicherer nach Ablauf der 14-tägigen Frist das Recht hat, vom Vertrag zurückzutreten. Demzufolge kann u.E. der Versicherer nicht zwischen den in der neuesten Rechtsprechung aufgezählten drei Säumnisfolgen wählen. Er muss sie alle drei in seinem Mahnschreiben aufführen, ansonsten ist dieses nicht rechtsgültig.

Im konkreten Fall hielt der Versicherer an seinem Standpunkt fest, weshalb wir die Mediation für gescheitert erklärten und es der Versicherten überlassen mussten, ob sie den Rechtsweg beschreiten wolle.

### **6.3 Der Kassenwechsel**

Viele Versicherte möchten die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG und die Zusatzversicherungen nach VVG beim gleichen Kranken-

versicherer beibehalten. Dabei sind sie sich nicht immer bewusst, dass die Kündigungsmodalitäten dieser beiden Versicherungen nicht die gleichen sind.

## Fall 10

*Ein Familienvater wollte mit seiner Familie per Ende 2015 den Krankenversicherer wechseln. Noch vor dem letzten Arbeitstag im November erreichte seine per Einschreiben versandte Kündigung fristgemäss den Versicherer. Dieser bestätigte ihm in einem Standard-Brief, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung aller Familienmitglieder per Ende Jahr aufgelöst werde. Für die Zusatzversicherungen sei die Kündigung indessen zum Teil zu spät erfolgt oder sie könnten erst in einigen Jahren aufgelöst werden, weil es sich um Zusatzversicherungen mit einer mehrjährigen Laufzeit handle. Der Familienvater ist verzweifelt, weil er im Zusatzbereich mit seiner Familie nun doppelt versichert ist, was ihm hohe Kosten verursacht. Er wollte von der Ombudsstelle wissen, wie man sein Doppelversicherungsproblem lösen könne.*

Die Ombudsstelle konnte ihn lediglich, wie folgt, aufklären:

Nach Erhalt der neuen Versicherungspolice im Oktober haben die Versicherten die Möglichkeit, ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG per Ende Jahr zu kündigen. Es handelt sich hierbei um ein ausserordentliches Kündigungsrecht, das den Versicherten von Gesetzes wegen zusteht, unabhängig davon, ob die neue Prämie gegenüber der bisherigen erhöht wurde oder nicht (vgl. Art. 7 Abs. 2 KVG).

Diese Bestimmung aus dem Sozialversicherungsrecht gilt nicht für die Zusatzversicherungen nach VVG, die dem Privatrecht unterstehen. Die Zusatzversicherungen können nur bei tatsächlicher Erhöhung der Prämie gekündigt werden. Wenn also die Prämie der Zusatzversicherung für das neue Jahr nicht erhöht wurde, kann der Versicherte im November keine rechtsgültige ausserordentliche Kündigung per Ende Jahr einreichen.

Im Gegensatz zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht im Privatrecht kein Doppelversicherungsverbot. Daher kann der Familienvater vorliegend den neuen Versicherer lediglich bitten, die neuen Zusatzversicherungen – sofern eine Doppelversicherung besteht – zu sistieren, bis er die bisherigen Zusatzversicherungen im darauf folgenden Jahr ordentlich kündigen kann. Die Chancen für ein solches Entgegenkommen seitens des Versicherers stehen gut, wenn es sich um Zusatzversicherungen handelt, die tatsächlich im darauf folgenden Jahr gekündigt werden können.

Schwieriger wird es, wenn der Versicherte innerhalb von einem oder zwei Jahren sowohl beim bisherigen als auch beim neuen Versicherer Zusatzversicherungen mit mehrjähriger Laufzeit abgeschlossen hat. Dann besteht nur noch die Möglichkeit, bei Leistungsbezug gemäss Art. 42 VVG ausserordentlich zu kündigen. Diese ausserordentliche Kündigung gilt indessen nur für die Zusatzversicherung, die auch tatsächlich Leistungen erbracht hat.

Dabei ist zu beachten, dass bei Doppelversicherung der Versicherte verpflichtet ist, im Falle eines Leistungsbezugs beide Krankenversicherer über die bestehende Doppelversicherung zu orientieren und zwar aus Beweisgründen per Einschreiben, ansonsten sind die Krankenversicherer nicht an den Vertrag gebunden und schulden ihm keine Rückvergütung (vgl. Art. 53 VVG). Erfolgt keine Leistung, dann ist auch keine ausserordentliche Kündigung nach Art. 42 VVG möglich.

Die Ombudsstelle rät immer wieder zur Vorsicht, wenn die Versicherten ihre Zusatzversicherungen nach VVG kündigen möchten, und zwar nicht nur weil es leicht zu Doppel- oder gar Mehrfachversicherungen kommen kann, wenn man die Kündigungsfristen nicht einhält, sondern auch weil es zur Auflösung von Zusatzversicherungen kommen kann, die nicht mehr neu abgeschlossen werden können. Die Versicherten sind inzwischen zu alt oder gesundheitlich angeschlagen oder weisen bereits Leiden mit einer hohen Rückfallquote auf. Wobei unter Leiden nicht immer etwas Schmerzhaftes oder aktuell Behandlungsbedürftiges zu verstehen ist, es kann sich auch nur um eine Kieferfehlstellung bei Kindern handeln, die erst in einigen Jahren behandelt werden muss, wie der nachfolgende Fall zeigt:

#### **Fall 11**

Viele Zahnzusatzversicherungen beinhalten eine Deckung für kieferorthopädische Behandlungen.

*Eine Mutter teilte uns mit, sie habe einen Makler bei sich zu Hause empfangen, der sie zum Abschluss von Zahnzusatzversicherungen (inkl. kieferorthopädische Behandlungen) für ihre drei Kinder im Alter von 2, 4 und 7 Jahren überreden wollte, obwohl sie bereits eine solche Deckung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hatte. Die angebotenen Prämien erschienen ihr im Verhältnis zu jenen des bestehenden Versicherungsvertrages sehr verlockend. Es seien ihr indessen etliche Zweifel aufgekommen, als der Makler ihren Einwand, ihr Ältester weise schon teilweise eine Fehlstellung der Zähne auf, nicht ernst genommen habe und die Sache gar herunterspielte, weil der Bub noch Milchzähne habe. Die Mutter wollte von uns wissen, ob sie das Angebot annehmen und die bereits abgeschlossenen Zahnversicherungen kündigen solle.*

Unsere Ombudsstelle ermahnte die Mutter zunächst zur Vorsicht. Dazu muss man wissen, dass eine Zahnversicherung, die eine Deckung für kieferorthopädische Behandlungen mit beinhaltet, ohne Probleme abgeschlossen werden kann, aber nur solange das Kind das fünfte Lebensjahr noch nicht erreicht hat. Wenn man eine solche Zahnversicherung lediglich wechselt um einige Franken zu sparen, riskiert man den Verlust der bisherigen Versicherung. Gleichzeitig kann man keine neue mehr abschliessen, weil das Kind inzwischen zu alt geworden ist.

Im vorliegenden Fall stellt sich daher die Frage, ob das 7-jährige Kind für einen neuen Vertragsabschluss nicht schon zu alt ist. Auf jeden Fall sollte der behandelnde Zahnarzt vor Vertragsabschluss konsultiert werden. Dieser wird dann abklären, ob bereits eine Zahnfehlstellung absehbar ist, die zu einem späteren Zeitpunkt korrigiert werden müsste. Wenn dies der Fall ist,

sollte die Mutter von einem neuen Vertrag für dieses Kind Abstand nehmen, wenn sie nicht auf den hohen Zahnarztkosten, die sich bei Zahnspangen auf mehrere Tausend Franken belaufen können, sitzen bleiben möchte.

**Fazit: Zusatzversicherungen nach VVG sollte man nur kündigen, wenn man sie nicht mehr braucht oder sie sich nicht mehr leisten kann.**

## 7 Aus der Praxis der Fälle mit Auslandsbezug

Die Anzahl der Fälle mit Auslandsbezug (insbesondere mit der EU) steigen stetig, so auch im Berichtsjahr. Um was für Probleme es sich handeln kann, zeigen die beiden nachfolgenden Beispiele.

### Fall 12

*Eine Versicherte schrieb unserer Ombudsstelle, sie sei während ihrer Ferien auf Sardinien im Oktober 2006 für drei Tage wegen einer Nierenbeckenentzündung notfallmässig hospitalisiert worden. Sie habe sich damals mit der europäischen Versichertenkarte ausgewiesen und habe ihre Krankenkasse in der Schweiz über den Krankheitsfall informiert. Sie sei davon ausgegangen, dass alle Leistungen zwischen dem Spital und ihrem Krankenversicherer direkt über den aushelfenden Träger in Italien und jenem in der Schweiz (die Gemeinsame Einrichtung in Solothurn) abgerechnet würden. Vor Ort habe sie keinerlei Rechnung begleichen müssen.*

*Fast zehn Jahre später, am 26. Januar 2016, erhielt die Versicherte per Einschreiben eine Mahnung des italienischen Spitals (inkl. eine Rechnung des Leistungserbringers vom 31. Dezember 2008 von über 1'761.47 Euro). Die Versicherte reichte die Mahnung mit der Rechnung bei ihrem Krankenversicherer ein. Dieser lehnte gestützt auf Art. 24 ATSG eine Leistungsübernahme ab, mit dem Hinweis, die Spitalrechnung sei vom 31. Dezember 2008 datiert und somit verwirkt, da die Frist von 5 Jahren deutlich überschritten sei.*

Die Ombudsstelle intervenierte bei der Krankenkasse und wies sie auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hin, wonach die fünfjährige Verwirkungsfrist laut Art. 24 ATSG erst im Zeitpunkt des Eingangs der Spitalrechnung bei der versicherten Person zu laufen beginnt (BGE 139 V 244 ff., E. 3.1).

Wir machten geltend, dass die Versicherte erstmals mit der Mahnung vom 26. Januar 2016 Kenntnis von der Spitalrechnung erhalten hatte. Die Mahnung selbst war mit der korrekten Anschrift der Versicherten versehen, die Rechnung vom 31. Dezember 2008 enthielt indessen weder die Postleitzahl noch den Wohnort noch die Angabe des Landes, in der die Versicherte wohnte. Die Rechnung vom 31. Dezember 2008 war somit unzustellbar, weshalb man davon ausgehen konnte, dass die Versicherte erst mit der Zustellung der Mahnung vom 26. Januar 2016 Kenntnis von der Rechnung erhalten hatte. Gemäss der oben genannten Rechtsprechung des Bundesgerichts hatte die fünfjährige Verwirkungsfrist nach Art. 24 ATSG somit erst ab dem 26. Januar 2016 zu laufen begonnen. Die Versicherte hatte somit Anspruch auf die Rückvergütung. Der Versicherer bestätigte dies und zahlte ihr den Betrag (abzüglich der Kostenbeteiligung) aus.

## Fall 13

*Der Versicherte hielt sich geschäftlich in Zypern auf, als er mit heftigen Magenschmerzen und massivem Erbrechen auf der Strasse zusammenbrach. Da er grosse Mengen Blut erbrach, wurde er von Passanten in ein nahe gelegenes Privatspital gebracht. Das Erbrechen von Blut wurde durch Magenblutungen hervorgerufen, die eine sofortige Gastroskopie erforderlich machten. Der Belegarzt musste speziell für diese Operation herbeigerufen werden. Danach musste der Versicherte zur Beobachtung für zwei weitere Tage stationär in der Klinik verbleiben.*

*Da es sich bei der Privatklinik um einen im Versorgungssystem der sozialen Sicherheit von Zypern nicht zugelassenen Leistungserbringer handelte, wurde die Europäische Krankenversicherungskarte nicht akzeptiert und die Leistungsaushilfe zwischen Zypern und der Schweiz funktionierte nicht. Der Versicherte musste daher die Rechnungen der Klinik und des Belegarztes vor Ort mit der Kreditkarte selber bezahlen.*

*Zu Hause angekommen legte er seiner Krankenkasse zur Rückvergütung die Rechnungen von seinem Spitalaufenthalt in Zypern vor. Diese übernahm indessen nur einen geringen Anteil der Kosten, mit der Begründung, er sei für eine private Behandlung (Einbett-Zimmer, Belegarzt in Privatklinik) nicht gedeckt. Mit dieser Entscheidung wollte sich der Versicherte nicht zufrieden geben. Zu Recht und zwar aus nachfolgenden Gründen.*

Gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 2 KVV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

Für die bei Notfall erbrachten Leistungen wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden (Art. 36 Abs. 4 KVV).

Laut Art. 36 Abs. 5 KVV bleiben vorbehalten die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe, wie z.B. das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits (nachfolgend FZA; SR 0.142.112.681).

Im konkreten Fall kommt das FZA nicht zur Anwendung, weil der Versicherte in einer Privatklinik behandelt wurde, die im Versorgungssystem der sozialen Sicherheit des Aufenthaltsstaats keine zugelassene Leistungserbringerin ist. In einem solchen Fall hat die Kostenrückerstattung durch den schweizeri-

schen Krankenversicherer im Rahmen von Art. 36 Abs. 2 und Abs. 4 KVV zu erfolgen (SBVR Soziale Sicherheit, 3. Auflage – EUGSTER, Rz 583).

Die Ombudsstelle intervenierte bei der Krankenkasse und bat diese um Rückvergütung der Kosten. Der Versicherer sollte dem Versicherten die in der Schweiz für ihn gültige Fallpauschale zu 45% (vgl. BGE 140 V 277) zum doppelten Ansatz entrichten (Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV). Die Krankenkasse stimmte dem zu.

Der Versicherte hatte das Glück, dass die gesamten Rechnungen der Klinik auf Zypern (stationärer Aufenthalt, Honorar des Belegarztes) so tief waren, dass sie mit dem doppelten Betrag der schweizerischen Fallpauschale gedeckt werden konnten. In anderen Ländern, wie z.B. USA, Kanada, Japan, wäre dies nicht möglich, weshalb eine zusätzliche Reiseversicherung, welche die Kosten einer stationären Behandlung im Ausland deckt, für jeden Reisenden zu empfehlen ist.

#### **Fall 14**

*Im Berichtsjahr fiel uns eine Krankenkasse auf, die offenbar ihre gesamten Versicherungsverhältnisse mit Auslandsbezug einer genauen Überprüfung unterzogen hatte.*

*Die Krankenkasse teilte ihren Versicherten im Ausland mit, dass sie verpflichtet sei, deren Versicherungsverträge per 31. Dezember 2016 aufzuheben, wenn sie weder einen zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz vorweisen könnten noch Grenzgänger nach der Schweiz oder ins Ausland entsandte Arbeitnehmer seien, noch eine AHV- oder IV-Rente aus der Schweiz beziehen würden. Gleichzeitig sei sie auch gezwungen, alle Zusatzversicherungen bis Ende 2016 zu annullieren.*

*Damit waren die betroffenen Versicherten (insbesondere die Kranken und die Alten) nicht einverstanden. Schliesslich hatten sie über Jahrzehnte ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG und die Zusatzversicherungen nach VVG – trotz fehlendem Bezug zur Schweiz – weiterführen können, und sich darauf verlassen, in ihrer neuen Heimat, die in der Regel keine obligatorische Krankenversicherung kennt, gut versichert zu sein. Sie wandten sich an unsere Ombudsstelle und baten um Hilfe. Zudem fragten sie uns, wo sie sich in ihrem Alter und/oder mit ihrem schlechten Gesundheitszustand überhaupt noch versichern lassen könnten.*

Spätestens seit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG per 1. Januar 1996 ist die Unterstellung unter dieses Gesetz an den zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz geknüpft (Art. 3 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVV). Demzufolge war und ist der Entscheid des Versicherers, die Versicherungsverhältnisse nach KVG zu beenden, nachvollziehbar, ebenso jener betreffend die Zusatzversicherungen nach VVG, da die allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Regel ebenfalls an den zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz anknüpfen.

Bei unseren Abklärungen erfuhren wir, dass diesem Krankenversicherer der ausländische Wohnort und somit der fehlende Bezug zur Schweiz seit Jah-



ren, wenn nicht gar seit Jahrzehnten, bekannt war. Es handelte sich nicht um Versicherte, die gegenüber dem Versicherer falsche Angaben gemacht hatten, um unrechtmässig in den Genuss von Leistungen einer schweizerischen Krankenversicherung zu gelangen. Unseres Erachtens konnten diese Versicherten aufgrund der langen Versicherungszeit nach Treu und Glauben davon ausgehen, dass ihre Versicherung zu Recht besteht. Sie mussten keine Kündigung ihres Versicherungsvertrages wegen des fehlenden Bezugs zur Schweiz befürchten. Wir wiesen die Krankenkasse darauf hin, dass sich die Versicherten in einem Alter und Gesundheitszustand befänden, der es ihnen praktisch unmöglich mache, einen neuen Versicherungsvertrag abzuschliessen, und wenn doch, dann nur mit Ausschlüssen. Den Betroffenen entstehe folglich ein grosser Schaden sowohl für laufende wie für zukünftige Krankheitsfälle. Für diesen habe der Versicherer u.E. aus Vertrauenshaftung aufzukommen. In besonders gravierenden Fällen solle der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers die Fortführung des Versicherungsvertrages anbieten.

Der Krankenversicherer hat sich für diese Lösung entschieden, wenn auch nur in einzelnen, ganz besonderen Fällen (sog. Härtefälle).

Bei jenen Versicherten, die von Anfang an nichts gegen eine Auflösung des Versicherungsvertrages hatten, stellte sich zunächst die Frage, welches Recht bei der Rückforderung der Prämien aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anwendbar sei, und dann, wie weit rückwirkend die ungerechtfertigt bezahlten Prämien zurück gefordert werden dürften.

Da im vorliegenden Fall die Versicherten zu keinem Zeitpunkt den Tatbestand der Unterstellung unter das Bundesgesetz über die Krankenversicherung erfüllten, sollte gemäss geltender Rechtsprechung für die Rückforderung der Prämien die Bestimmungen über die ungerechtfertigte Bereicherung gemäss Art. 62 ff. OR analog angewendet werden (vgl. BGE 127 V 211).

Art. 67 OR besagt dabei, dass der Rückerstattungsanspruch mit Ablauf eines Jahres verjährt, nachdem die Betroffenen von ihrem Anspruch Kenntnis erhalten haben. In jedem Fall aber verjährt der Anspruch mit Ablauf von zehn Jahren seit der Entstehung des Anspruchs. Danach hätten die Versicherten einen Anspruch auf Prämien-Rückerstattung bis zu zehn Jahren, abzüglich der in dieser Zeit bezogenen Leistungen. Art. 62 ff. OR wäre auch für den Bereich der Zusatzversicherungen nach VVG anwendbar (vgl. Art. 100 Abs. 1 VVG in Verbindung mit Art. 62 ff. OR).

Dieser Argumentation der Ombudsstelle kam die Krankenkasse nach und erstattete die Prämien abzüglich der bezogenen Leistungen.

Luzern, den 17. Mai 2017

*Morena Hostettler Socha, Ombudsfrau*

# STIFTUNG OMBUDSSTELLE KRANKENVERSICHERUNG

## Stiftungsrat (Stand 31.12.16):

<b>MOSER Markus</b>	Präsident, Dr. iur.; 3172 Niederwangen
<b>BRÄNDLI Christoffel</b>	Vizepräsident, mag. oec. HSG alt Ständerat 7302 Landquart
<b>D'ANDREA JÄGER Mariantonia</b>	Dr. med. Psychiatrie und Psychotherapie 3007 Bern
<b>DITTLI Nikolai</b>	CEO der CONCORDIA 6020 Emmenbrücke
<b>MONIGATTI Fabiola</b>	Lic. iur. LL.M; 7742 Poschiavo
<b>SCHWALLER Urs</b> (bis 30.06.2016)	Dr. iur., Ständerat, RA; 1700 Fribourg
<b>STEIERT Jean-François</b> (ab 15.11.2016)	Lic. phil. I, Staatsrat; 1700 Fribourg

## **Geschäftsstelle in Luzern (Stand 31.12.16):**

<b>HOSTETTLER SOCHA Morena</b>	<b>Ombudsfrau</b> lic. iur., Rechtsanwältin
<b>SCHMUTZ Thomas</b>	<b>Stellvertreter der Ombudsfrau</b> Fürsprecher
<b>FELLMANN Fabienne</b>	MLaw, Rechtsanwältin
<b>GOTTRAUX Isabelle</b>	lic. iur., Juristin
<b>LINIGER Eliane</b>	Krankenversicherungs-Fachfrau mit eidg. Fachausweis
<b>LORÉTAN Charles</b>	Krankenversicherungs-Fachmann mit eidg. Fachausweis
<b>SCHMID Jasmin</b>	MLaw, Juristin
<b>TRONTO Lorena</b>	MLaw, Juristin
<b>WÖRSCHING-Würmli Barbara</b>	MLaw, Juristin

# Kontakt

## **Schriftlich:**

Ombudsstelle Krankenversicherung  
Morgartenstrasse 9, PF 3565  
6002 Luzern

[www.om-kv.ch](http://www.om-kv.ch) (Kontaktformular)

## **Mündlich:**

**Telefonischer Auskunftsdienst von Montag bis Freitag zwischen 09.00 Uhr und 11.30 Uhr:**

Deutsch:	041 226 10 10
Französisch:	041 226 10 11
Italienisch:	041 226 10 12