

Ombudsstelle

Krankenversicherung

Jahresbericht '17

Vorwort der Ombudsfrau



Die Ombudsfrau Morena Hostettler Socha und ihr Team

Geschätzte Lesende und Versicherte

Im vorliegenden Jahresbericht finden Sie verschiedene Informationen zu unserer Tätigkeit in Form von Statistiken. In Kapitel 4 sind die Voraussetzungen angegeben, die erfüllt sein müssen, damit wir intervenieren können. Ab Kapitel 5 stellen wir Ihnen wie jedes Jahr eine Auswahl von Fällen vor, die uns im Laufe des Jahres 2017 beschäftigt haben. Die Themen sind wie immer vielfältig. Es geht um die Wahl von besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die Berechnung der Kostenbeteiligung und Leistungen nach KVG, sowie um den Abschluss von Zusatzversicherungen nach VVG, Spitalzusatzversicherungen, Taggeldversicherungen nach VVG. Zudem haben wir auch einige Fälle mit Auslandbezug gewählt, da deren Anzahl von Jahr zu Jahr steigt.

Ich hoffe, der Jahresbericht 2017 findet Ihr Interesse.

Abschliessend möchte ich den Krankenversicherern für die gute Zusammenarbeit und „last but not least“ auch meinem hochmotivierten Team für dessen Einsatz ganz herzlich 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, 18. April 2018

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 Wahl einer besonderen Versicherungsform**
 - 5.2 Berechnung der Kostenbeteiligung**
 - 5.3 Leistungen**
- 6. Aus der Praxis der Zusatzversicherungen nach VVG**
 - 6.1 Abschluss von Zusatzversicherungen**
 - 6.2 Spitalzusatzversicherungen**
 - 6.3 Taggeldversicherung nach VVG**

- 7. Fälle, in denen beide Rechtsgebiete betroffen sind
Verwirkung und Verjährung von Leistungsansprüchen**
- 8. Aus der Praxis der Fälle mit Auslandbezug**
 - 8.1 Erwerbortprinzip oder Wohnortprinzip?**
 - 8.2 Leistungsbezug im EU-Land**

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

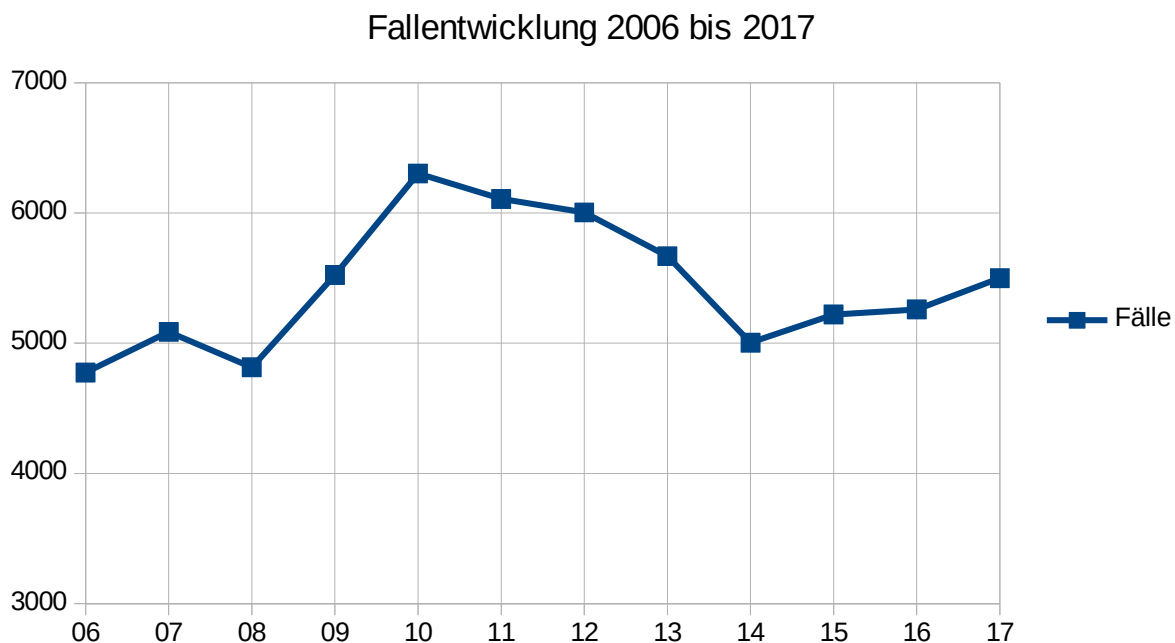
1 Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle in Luzern wurde im Berichtsjahr von der Ombudsfrau (lic. iur. Morena Hostettler Socha, RA), ihrem Stellvertreter (Fürsprecher Thomas Schmutz), sechs juristischen Mitarbeiterinnen (Isabelle Gottraux, Barbara Wörtsching-Würmli, Jasmin Schmid, Fabienne Fellmann, Lorena Tronto und Silvia Bucher) und von zwei Krankenversicherungsexperten (Charles Lorétan und Eliane Brechbühl) betreut. Per 31. Dezember 2017 betrug der Personalbestand 6,2 Stellen.

2 Stiftungsrat

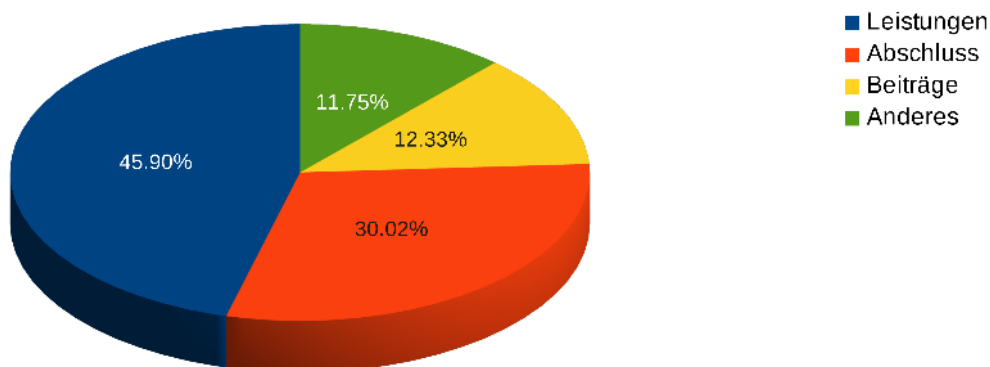
Der Stiftungsrat traf sich am 17. Mai 2017 zur Prüfung und Genehmigung der Jahresrechnung 2016 und zur Verabschiedung des Jahresberichts 2016. Am 10. November 2017 trat er zur Behandlung des Voranschlags 2018 und zur Erörterung des Geschäftsjahres zu einer weiteren Sitzung zusammen.

3 Zahlen



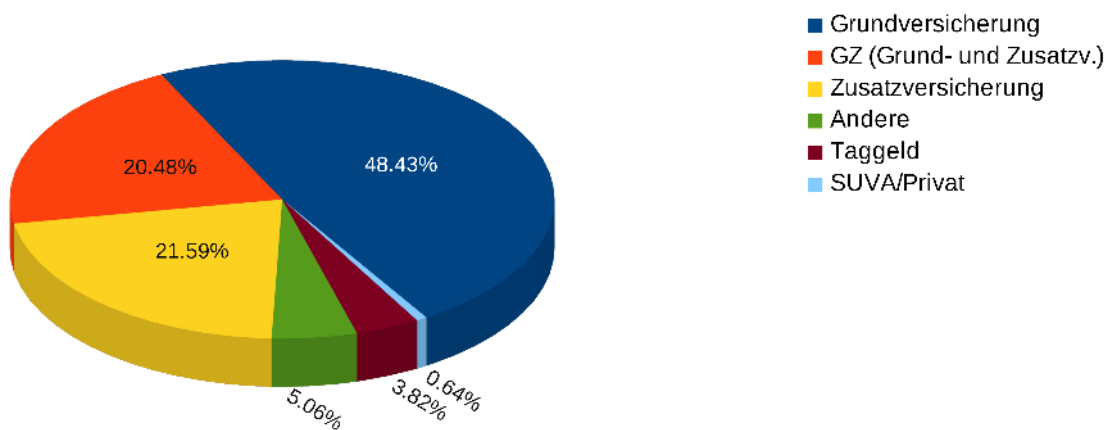
3.1 Eingänge nach Materien

Im Berichtsjahr 2017 sind bei der Ombudsstelle 5499 Fälle eingegangen (2016: 5259). Dies ergibt gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme von 240 Fällen bzw. von 4,56 %. Die Aufteilung nach Materien ergibt folgendes Bild: 2524 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2016: 2388), 1651 im Bereich Abschluss oder Wechsel der Versicherung (2016: 1517) und 678 zum Thema Prämien/Beiträge (2016: 814). Die übrigen 646 Fälle betrafen Anderes (2016: 540).

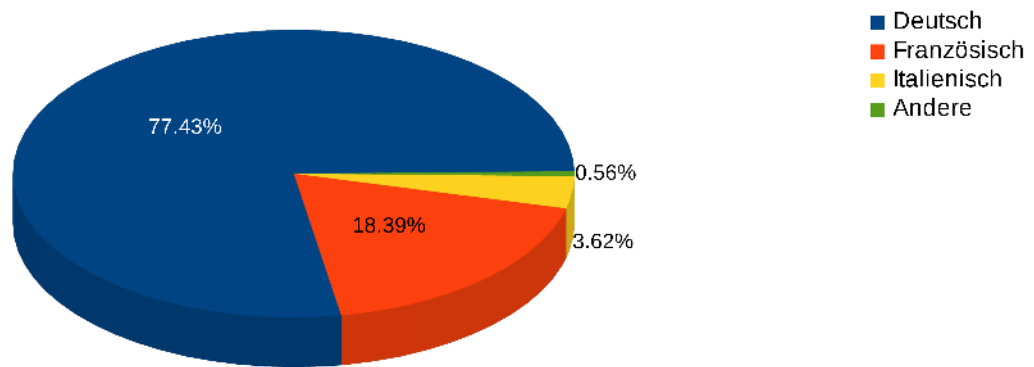


3.2 Eingänge nach Versicherungssparten

2663 Fälle betrafen allein die Grundversicherung (2016: 2689), 1187 Fälle nur die Zusatzversicherung (2016: 950), 1126 Fälle beide Versicherungssparten (2016: 1144). Die Taggeldversicherung war in 210 Fällen angesprochen (2016: 192). In 35 Fällen mussten wir die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verweisen (2016: 28). Die übrigen 278 Fälle berührten Fragestellungen allgemeiner Art, teils ohne Zusammenhang mit der Krankenversicherung (2016: 256).

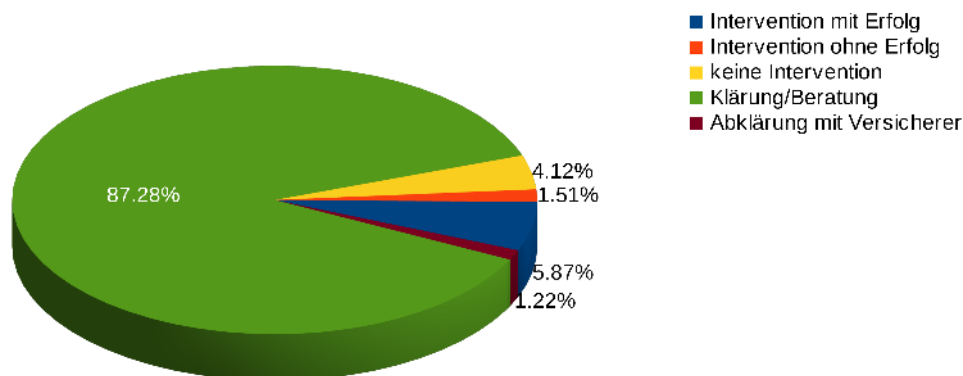


3.3 Eingänge nach Sprachen



4258 Eingänge entfielen auf Deutsch (2016: 4043), 1011 auf Französisch (2016: 994) und 199 auf Italienisch (2016: 192). Andere Sprachen (Englisch und Spanisch) 31 (2016: 30).

3.4 Interventionen der Ombudsstelle



In 4679 Fällen (= 86,39%) bestand die Aufgabe der Ombudsstelle darin, den Entscheid des Versicherers zu bestätigen oder diesen ohne Rücksprache beim Krankenversicherer der versicherten Person zu erläutern (2016: 85,48%). In insgesamt 400 Fällen (= 7,38%) ist die Ombudsstelle mit einem Antrag bei den jeweiligen Krankenversicherern vorstellig geworden (2016: 6,86%) und war dabei in 318 Fällen (= 5,87%) erfolgreich (2016: 5,3%), was einer Erfolgsquote von über 79,5% entspricht (2016: > 77%). In 223 Fällen (= 4,12%) ist es zu keiner Intervention gekommen (2016: 7,67%), das heisst, dem Versicherer wurde kein Antrag gestellt. In 66 Fällen (= 1,22%) haben wir die Krankenkasse lediglich um Unterlagen gebeten, die wir von den Versicherten wegen sprachlichen oder altersbedingten Problemen nicht erhielten. In 48 (= 0,89%) konnten wir die Versicherten über die Rechtslage derart aufklären, dass sie ihr Problem mit dem Krankenversicherer erfolgreich selber lösen konnten.

3.5 Entwicklung der Eingänge (Zusammenfassung)

Nachdem sich die Fallzahlen im Jahre 2014 auf einem langjährigen Durchschnittsniveau (ca. 5000 Fälle pro Jahr) eingependelt hatten, stiegen sie seit dem 2015 kontinuierlich an. Diese Zunahme ist im Jahr 2017 insbesondere in den Bereichen Versicherungsleistungen sowie Abschluss oder Wechsel von Versicherungen auszumachen.

Die anhaltende Erhöhung der Fallzahlen im Bereich „Anderes“ ist 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 nicht unserem Auftrag bzw. dem Stiftungszweck entspricht.

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 Hilfe suchende 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. 2 und 3 sowie Art. 4 und 5 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) 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 Prämienverbilligungen 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) 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 Versi-

cherten 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.

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

5 Aus der Praxis der Krankenversicherung nach KVG

5.1 Wahl einer besonderen Versicherungsform

Um Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu sparen, können die Versicherten unter verschiedenen Versicherungsformen wählen, u.a. indem sie die Franchise von CHF 300.00 (Standardmodell) bis auf CHF 2'500.00 hinauf setzen oder indem sie sich für eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers entscheiden, womit sie zum Beispiel auf die freie Arztwahl verzichten. Diese Versicherungsformen können auch kombiniert werden.

Die Erhöhung der Jahresfranchise wählen in der Regel Menschen, die bei guter Gesundheit sind. Leider sind sie sich nicht immer im klaren, was für Kosten auf sie zukommen können, wenn das versicherte Risiko wider Erwarten tatsächlich eintritt. Sie sind sich auch nicht bewusst, dass die Kündigung der gewählten Versicherungsform nicht ohne Weiteres möglich ist.

Fall 1

Eine Versicherte, von Beruf Hausfrau, zog sich Anfang Dezember mehrere Frakturen bei einem Verkehrsunfall mit dem Fahrrad zu. Sie wurde umgehend operiert. Die Nachbehandlungen zogen sich über das Neujahr hinaus. Die Versicherte hatte bei ihrer Krankenkasse eine Jahresfranchise von CHF 2'500.00 abgeschlossen. Sie wollte von uns wissen, ob sie dem Krankenversicherer die Kostenbeteiligung schulde, schliesslich handle es sich um einen Unfall, und wenn ja, ob sie diese für beide Jahre zahlen müsse, obwohl es sich um ein und dasselbe Ereignis handle.

Als Hausfrau ist die Versicherte keine Arbeitnehmerin und somit nicht über die obligatorische Unfallversicherung gedeckt (Art. 1a UVG). In diesem Fall kommt die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG für die Heilungskosten infolge des Unfalls auf (Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG). Gemäss Art. 28 KVG übernimmt die Krankenversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Da sich die Versicherten im KVG-Bereich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen beteiligen müssen (Art. 64 Abs. 1 und 2 sowie Abs. 5 KVG), ist die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt von 10% und Beitrag an die Kosten eines allfälligen Aufenthalts im Spital) auch bei einem Unfall geschuldet, wenn dieser über die Krankenversicherung gedeckt ist. Diese Regel gilt nur im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die obligatorische Unfallversicherung nach UVG kennt keine Kostenbeteiligung.

Wenn die Hausfrau den Schaden nicht auf den Unfallverursacher oder auf dessen Haftpflichtversicherer abwälzen kann, muss sie für sämtliche Kostenbeteiligungen selber aufkommen, und zwar für beide Jahre, über die sich die Behandlungen erstreckt haben, da für die Erhebung der Kostenbeteiligung das Behandlungsdatum massgebend ist und die Franchise pro Kalenderjahr geschuldet ist (Art. 103 Abs. 3 KVV).

Fall 2

Ein Versicherter wollte wegen eines bevorstehenden Eingriffs mitten im Jahr seine Franchise von CHF 2'500.00 auf CHF 300.00 herabsetzen. Seine Krankenkasse lehnte den Antrag ab. Er wollte von uns wissen, ob die Ablehnung korrekt sei.

Gemäss Art. 94 Abs. 2 KVV ist der Wechsel zu einer tieferen Franchise nur unter Einhaltung der im Gesetz festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich (vgl. Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG). Die Ablehnung des Antrages war somit korrekt.

Hätte der Versicherte von der niedrigsten zu einer höheren Franchise wechseln wollen, wäre er zwar nicht an die Einhaltung der im Gesetz festgesetzten Kündigungsfristen gebunden gewesen, aber die Erhöhung der Franchise hätte auch in diesem Fall erst auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen können (vgl. Art. 94 Abs. 1 KVV).

Fall 3

Eine Versicherte beantragte Anfang Dezember 2016 die Erhöhung ihrer Franchise von CHF 1'500.00 auf CHF 2'500.00 und gleichzeitig den Wechsel von einem Hausarztmodell in ein HMO-Modell per 1. Januar 2017. Der Krankenversicherer gewährte gestützt auf Art. 94 Abs. 1 KVV die Erhöhung der Franchise, lehnte indessen den Wechsel des Versicherungsmodells per 1. Januar 2017 wegen verspäteter Antragstellung ab (Art. 100 Abs. 3 KVV).

Im darauf folgenden November 2017 kündigte die Versicherte ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung und unterzeichnete die Beitrittserklärung bei einem neuen Krankenversicherer per 1. Januar 2018. Der bisherige Versicherer lehnte die Kündigung mit der sinngemässen Begründung ab, dass die Versicherte mit dem verspätetem Antrag auf Wechsel der Versicherungsform per 1. Januar 2017 eine verbindliche Beitrittserklärung auf den nächstmöglichen Termin bzw. per 1. Januar 2018 unterschrieben habe. Damit war die Versicherte nicht einverstanden.

In unserer Intervention wiesen wir den bisherigen Versicherer darauf hin, dass es sich u.E. beim Antrag auf Änderung des Versicherungsmodells nicht um eine neue Beitrittserklärung handelte, sondern um eine Vertragsänderung. Laut Art. 100 Abs. 3 KVV ist zwar eine Änderung der Versicherungsform nur unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich, diese Regelung schliesst indessen eine nach dem Antrag auf Vertragsänderung rechtzeitig erfolgte Kündigung nicht aus, ansonsten würde man der Versicherten das Recht auf Kündigung nach Mitteilung der neuen Prämie gemäss Art. 7 Abs. 2 KVG versagen. Eine solche übermässige Bindung an den Versicherungsvertrag wäre u. E. unzulässig.

Der Versicherer ist unserer Argumentation gefolgt und hat die Versicherte unter der Voraussetzung, dass die Nachversicherungsbestätigung des neuen Versicherers eintrifft und allfällige bis Ende November gemahnte Ausstände bezahlt sind, per 31. Dezember 2017 ziehen lassen.

5.2 Berechnung der Kostenbeteiligung

Fall 4

Ein Rentner erlitt unverschuldet einen Verkehrsunfall. Da er seit der Pensionierung nicht mehr über die obligatorische Unfallversicherung seines Arbeitgebers gegen Unfall gedeckt war, übernahm seine Krankenkasse die Heilungskosten und stellte ihm die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt von 10% und Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital) in Rechnung. In der Folge übernahm die Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers die gesamten Heilungskosten inkl. die dem Versicherten in Rechnung gestellten Kostenbeteiligungen. Zudem beglich sie auch den weiteren Schaden, der im Zusammenhang mit dem Unfall entstanden war (gebrochene Zahnbrücke, zerrissene Kleidung, kaputte Brille, usw.).

Der Versicherte wollte nun von uns wissen, ob er seiner Krankenkasse die Kostenbeteiligung für Leistungen einer nachfolgenden Krankheit schulde, da er doch wegen des Unfalls die jährliche Franchise und den Selbstbehalt von 10% bereits bezahlt hatte.

Die Frage musste bejaht werden. In der Tat steht dem Krankenversicherer ein Rückgriffsrecht und dem Versicherten selbst ein Schadenersatzanspruch gegenüber dem Dritten zu, der für den Versicherungsfall haftet, bzw. gegenüber dessen Haftpflichtversicherer. Demzufolge ist weder dem Krankenversicherer noch dem Versicherten ein Schaden in Form von Heilungskosten, Kostenbeteiligungen, usw. entstanden. Das bedeutet, dass der Versicherte so gestellt wird, als ob der Unfall nie stattgefunden hat und er nie eine Kostenbeteiligung infolge des Unfalls bezahlt hätte. Auf diese Weise ist auch gewährleistet, dass alle Versicherten – unabhängig davon, ob sie im Zeitpunkt des Unfalls die jährlich geschuldete Kostenbeteiligung bereits entrichtet haben oder nicht – gleich behandelt werden.

Fall 5

Ein Versicherter hatte eine Jahresfranchise von CHF 300.00. Er kündigte seine obligatorische Krankenpflegeversicherung drei Monate im Voraus per Ende Juni 2017 und wechselte per 1. Juli 2017 zu einem neuen Versicherer. Dieser rechnete die Jahresfranchise neu ab, ohne die bereits beim bisherigen Krankenversicherer abgerechnete Kostenbeteiligung zu berücksichtigen. Damit war der Versicherte nicht einverstanden.

Zu Recht. Gemäss Art. 103 Abs. 4 KVV rechnet der neue Versicherer bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahres die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Notfalls muss der Versicherte dem neuen Versicherer die Leistungsabrechnung des bisherigen Krankenversicherers als Beweis vorlegen.

5.3 Leistungen

Im Rahmen der Kostenrückvergütung stellt sich immer wieder die Frage, ob es sich bei der zu beziehenden Leistung um eine kosmetische Operation oder um eine Pflichtleistung handelt. Im nachfolgenden Fall ging es um die Korrektur der abstehenden Ohren einer Jugendlichen.

Fall 6

Ein Vater gelangte an unsere Ombudsstelle und beklagte sich darüber, dass die Krankenkasse sich weigere, die Kosten für die Korrektur der abstehenden Ohren seiner Tochter über die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. Die Kasse habe ihren Entscheid damit begründet, dass ein solcher Eingriff nicht in der Krankenpflege-Leistungsverordnung aufgeführt sei, weshalb es sich nicht um eine Pflichtleistung der Grundversicherung handle. Aus diesem Grund sei sie gestützt auf die erhaltenen Angaben lediglich bereit, aus der Zusatzversicherung 50% der Kosten bis maximal CHF 1'500.00 (inkl. Vor- und Nachuntersuchungen, welche in direktem Zusammenhang mit der Operation stünden) an die beidseitige Ohrmuschelkorrektur zu vergüten. Der Vater der Versicherten wollte sich damit nicht zufrieden geben.

Normalerweise stellen Schönheitsfehler – wie abstehende Ohren – keine Krankheit im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 ATSG dar, soweit damit keine erheblichen Funktionsstörungen verbunden oder konkret zu erwarten sind. Massnahmen zu deren Korrektur sind daher nur dann als Pflichtleistungen von der Krankenkasse zu übernehmen, wenn das kosmetische Defizit körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht und Ziel des Eingriffs die Behebung dieser krankhaften Begleitumstände ist (BGE 121 V 213 E. 4 mit Hinweisen). Ob ein ästhetischer Mangel als entstellend zu bezeichnen ist, beurteilt sich grundsätzlich nach objektiven Kriterien (Urteile des EVG vom 17. Januar 2006, K 135/04, E. 2.3, vom 26. August 2004, K 15/04, E. 3.2.2, sowie Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_126/2008). Dazu gehört auch die gesellschaftliche Anschauung. Ebenfalls von Bedeutung ist, inwiefern sich der von der Norm abweichende Zustand aus ästhetischen Gründen negativ auf das Erwerbsleben auswirkt.

Unsere Abklärungen haben ergeben, dass die Versicherte bereits einen lang andauernden Leidensweg hinter sich hatte, als der Sozialdienst der Schule, welcher vom Klassenlehrer beigezogen wurde, mit ihr Kontakt aufnahm. Der Sozialdienst stellte im Laufe von über 20 Sitzungen die Anzeichen eines systematischen Mobbing, mit dem Ziel, die Jugendliche sozial abzuwerten, fest. Die Entwertungen wegen der abstehenden Ohren hatten schon ein bedenkliches Ausmass angenommen, und der Selbstwert der Versicherten war in einem besorgniserregenden Mass abgebaut. Der Sozialdienst führte in seinem Bericht aus, dass üblicherweise im Zusammenhang mit einem Mobbing eine Intervention innerhalb der Klasse mit dem Ziel einer Entlastung der Situation angestrebt werde. Im vorliegenden Fall war zum Schutze ihrer psychischen Gesundheit von einer weiteren Belastung der Versicherten abzusehen. Aufgrund der genannten Geschehnisse empfahl der Sozialdienst der Schulleitung eine sofortige Versetzung an einem neuen Schulstandort. Diese Empfehlung wurde von der Schulleitung getragen, und die Versicherte wurde innerhalb kürzester Zeit in eine andere Schule versetzt, wo sie das angebro-

chene Schuljahr beenden konnte. Gleichzeitig wurde den Eltern dringend angeraten, eine psychologische Begleitung für ihre Tochter zu organisieren, damit sie die gemachten einschneidenden Erfahrungen mit einer professionellen Begleitung verarbeiten kann.

Gestützt auf den Bericht des Sozialdienstes der Schule beantragten wir beim Krankenversicherer die Übernahme der Kosten des Eingriffs über die obligatorischen Krankenpflegeversicherung, da die Versicherte wegen der abstehenden Ohren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an psychischen Beschwerden mit Krankheitswert leide, weshalb die beidseitige Korrektur der Ohrmuscheln u. E. eine Pflichtleistung sei.

Der Krankenversicherer teilte unsere Meinung und übernahm die gesamten Kosten (abzüglich der gesetzlichen Kostenbeteiligungen) der operativen Ohrmuschelkorrektur beidseits aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Fall 7

Im Oktober 2016 hatte sich der jugendliche Versicherte die Frontzähne mit einem Trinkglas angeschlagen und beschädigt. Der Krankenversicherer verneinte für dieses Ereignis die Leistungspflicht, weil der Unfallbegriff nicht erfüllt sei. Die Mutter des Versicherten machte indessen geltend, dass ihrem Sohn beim Spielen mit Kollegen im März 2015 der linke Frontzahn teilweise abgebrochen war. Beim aktuellen Ereignis sei exakt das aufgebaute Stück des Zahnes abgebrochen. Es handle sich daher um einen Folgeschaden des Unfalls vom März 2015.

In unserer Intervention machten wir zwar geltend, dass man sich fragen könne, ob beim Ereignis vom Oktober 2016 nicht von einem Unfall im Rechtssinn ausgegangen werden könne (vgl. BGE 134 V 72: Auto-Scooter-Fall), liessen es aber dabei bewenden.

Wir stützten uns daher auf den Folgeschaden und zitierten Gebhard Eugster aus dem Kommentar SBVR Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Rz 505 in fine, worin dieser darauf hinweist, dass sich der Anspruch auf zahnärztliche Massnahmen nach einem Zahnunfall nicht auf eine einmalige zahnärztliche Versorgung beschränkt, sondern eine solche Notwendigkeit sich auch ergeben kann, wenn die erstmalige zahnmedizinische Versorgung (...) wegen eines Missgeschicks der versicherten Person schadhafte wird.

Wir argumentierten, wenn es sich beim Ereignis vom Oktober 2016 nicht um einen Unfall im Rechtssinne handle, wäre zumindest von einem Missgeschick des jugendlichen Versicherten auszugehen, als er sich das Trinkglas gegen die nach dem ursprünglichen Unfall reparierten Frontzähne schlug.

Der Krankenversicherer folgte unserer Argumentation und anerkannte den Folgeschaden.

6 Aus der Praxis der Zusatzversicherungen nach VVG

6.1 Abschluss von Zusatzversicherungen

Unsere Ombudsstelle befasst sich bereits seit über einem Jahrzehnt mit den Folgen von Beratungen durch Makler, deren Handeln massgeblich vom Erhalt der Provision bestimmt wird, wie dies aus dem nachfolgenden Fall gut ersichtlich ist.

Fall 8

Ein Asylsuchender bat uns um Hilfe. Ein Makler habe ihn in seiner Unterkunft aufgesucht und ihn zum Abschluss verschiedener Zusatzversicherungen überredet. In der Folge habe er die Prämien nicht bezahlen können und inzwischen sei er hoch verschuldet. Seine Gesuche um Annullierung der Versicherungsverträge seien vom Krankenversicherer allesamt abgelehnt worden.

Unsere Abklärungen ergaben, dass es sich beim betreffenden Makler um einen mit dem involvierten Krankenversicherer verbundenen Vermittler handelte. Bei der Adresse, welche auf dem Antrag zum Abschluss von Zusatzversicherungen nach VVG angegeben war, handelte es sich nachweislich um eine kantonale Asylunterkunft. Dort hatte der Makler den Asylsuchenden aufgesucht, um ihm verschiedene Zusatzversicherungen zu verkaufen, u.a. auch eine Reiseversicherung.

In unserer Intervention wiesen wir den Krankenversicherer zunächst darauf hin, dass bei zwei der sechs beantragten Zusatzversicherungen die 14-tägige Bindefrist gemäss Art. 1 Abs. 1 VVG abgelaufen sei, weshalb diese Versicherungsverträge nicht zustande gekommen seien. Zudem liessen wir den Versicherer wissen, dass es in unseren Augen verwerflich sei, dass ein Makler Asylsuchende in ihren Unterkünften aufsucht, um ihnen Zusatzversicherungen zu verkaufen, insbesondere in Anbetracht ihrer mangelnden Sprach- und Rechtskenntnisse sowie der meist schwierigen finanziellen Verhältnisse, in denen sie leben. Schliesslich sei es u. E. sinnlos, einem Asylsuchenden eine Reiseversicherung zu verkaufen, wenn dieser sich in einem laufenden Asylverfahren befindet und keine Reisen unternehmen darf.

Der Krankenversicherer zeigte Einsicht und annullierte rückwirkend sämtliche Versicherungsverträge. Zudem zog er die Betreibungen zurück und beantragte die Löschung der Einträge im Betreibungsregister.

6.2 Spitalzusatzversicherungen

Im Berichtsjahr waren die Tarifverhandlungen zwischen einem Krankenversicherer und einigen renommierten Spitälern gescheitert. Die Vertragsparteien konnten sich auf keinen Tarif in der privaten und halbprivaten Abteilung einigen. Der Versicherer informierte schriftlich die Versicherten, welche bei ihm die entsprechenden Spitalzusatzversicherungen abgeschlossen hatten, über den vertragslosen Zustand. Die Betroffenen wandten sich verunsichert an unsere Ombudsstelle, weil sie namhafte Leistungseinschränkungen befürchteten.

Fall 9

Der Ehemann einer Versicherten schrieb uns, dass seine Ehefrau vor etlichen Jahren eine halbprivate Spitalzusatzversicherung bei besagtem Krankenversicherer abgeschlossen habe. Sie habe ganz bewusst die freie Spitalwahl für die ganze Schweiz gewählt. Die Mitteilung der Krankenkasse, wonach bei einem stationärem Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung in drei renommierten Spitälern ihres Wohnsitzkantons keine volle Deckung mehr gegeben sei, habe sie schwer getroffen, zumal sie mit ihren 63 Jahren alters- und gesundheitsbedingt keine neue Spitalzusatzversicherung mehr abschliessen könne. Der Ehemann wollte von uns wissen, ob eine solche einseitige Vertragsänderung überhaupt rechtens sei und was seine Ehefrau nun tun könne. Schliesslich verwies er auf seine eigene Krankenkasse, die keine Tarifprobleme mit besagten Spitälern habe.

Die Zusatzversicherungen unterstehen dem Privatrecht, insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). In Ergänzung dazu sind die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen (sog. AVB und BVB oder ZVB) bei zu ziehen. Sie sind integrierender Bestandteil der Versicherungspolice. Es handelt sich hierbei um vertragliche Vereinbarungen.

In der Regel kann eine Vertragspartei ohne Zustimmung der anderen Partei keine einseitige Vertragsänderung anbringen. Es gibt indessen Ausnahmen, die in den AVB zu den Zusatzversicherungen schon vorgesehen sind, wie zum Beispiel die einseitige Erhöhung der Prämie durch den Krankenversicherer. Diese ist erlaubt, weil eine Versicherung immer kostendeckend sein muss. Die versicherte Person kann auf eine solche Prämienenerhöhung nur noch mit einer Kündigung des Versicherungsvertrages reagieren. Eine Kündigung wird sie indessen nicht leichtfertig vornehmen, da sie – je nachdem wie alt oder gesundheitlich angeschlagen sie ist – keine neue Zusatzversicherung mehr abschliessen kann. Ein weiteres Beispiel stellen die Hinweise in den AVB, ZVB oder BVB dar, wonach der Krankenversicherer Maximaltarife festlegen und Spitalisten aufstellen kann, die von ihm laufend angepasst werden können. Da diese Informationen weder in den AVB noch in den BVB oder ZVB enthalten sind, können die Versicherten die Maximaltarife und die Listen lediglich bei ihrer Krankenkasse einsehen oder einen Auszug davon verlangen. Insofern ist eine einseitige Vertragsänderung durchaus möglich und rechtmässig.

Im konkreten Fall haben unsere Abklärungen ergeben, dass die betroffenen Spitäler im Berichtsjahr auf der Spitalliste des Krankenversicherers „mit Höchsttarifen“ aufgeführt waren. Die „Höchsttarife“, welche im Jahr 2016 galten, wurden von der involvierten Krankenkasse weiterhin angewendet. Da die Kosten in den halbprivaten Abteilungen zwischen 2013 und 2016 angestiegen waren, war zu befürchten, dass der vom Versicherer angewendete Höchsttarif nicht ausreichen würde. Aus diesem Grund bat die Krankenkasse ihre Versicherten, sich vor jeder geplanten stationären Hospitalisation auf der privaten oder halbprivaten Abteilung in diesen Spitälern genau darüber zu erkundigen, welche Kosten auf sie zukommen würden, indem sie sowohl vom Spital als auch von den einzelnen Ärzten (Chirurg, Assistentenarzt, Anästhesist) einen Kostenvoranschlag einholen sollten.

Ein vertragsloser Zustand ist sowohl für die Versicherten als auch für die involvierte Krankenkasse unbefriedigend. Die Tarifpartner können indessen nicht gezwun-

gen werden, einen Vertrag abzuschliessen. Im Privatrecht herrscht Vertragsfreiheit. Erfahrungsgemäss sind Tarifverhandlungen für alle Parteien eine Herausforderung und nicht immer leicht zu gestalten. Auf der anderen Seite ist es im Interesse aller Versicherten, wenn die Krankenversicherer sich für gemässigte Preise bei den Leistungserbringern einsetzen. Dies wirkt sich auf die Höhe der Prämien der Spitalzusatzversicherungen aus, was den Versicherten zugute kommt.

Unsere Ombudsstelle hat den betroffenen Versicherten im Berichtsjahr empfohlen, die beim Spital für die private oder halbprivate Abteilung und bei den Ärzten eingeholten Kostenvoranschläge ihrer Krankenkasse zuzustellen mit der Bitte, ihnen eine schriftliche Kostengutsprache zu erteilen.

Eigentlich sollten alle Versicherten für sich bei ihrem Krankenversicherer eine Kostengutsprache beantragen, wenn sie einen stationären Spitalaufenthalt planen, und zwar unabhängig davon, ob ein vertragsloser Zustand vorliegt oder nicht. In der Tat genügt es in der Regel nicht, wenn die Versicherten im Besitz einer Kostengutsprache ihres Krankenversicherers an die Leistungserbringer sind. Es können immer noch ungedeckte Kosten anfallen. Aus diesem Grund sollten sie sich auch gegenüber ihrem Krankenversicherer absichern, um eine böse Überraschung zu vermeiden.

6.3 Taggeldversicherung nach VVG

Die Bearbeitung von Taggeldversicherungsfällen stellt für die Ombudsstelle immer wieder eine grosse Herausforderung dar, da wir über keine medizinischen Fachkenntnisse verfügen. Aus diesem Grund können wir uns lediglich darauf beschränken, den Entscheid des Krankentaggeldversicherers in Frage zu stellen, wenn der Versicherte und sein behandelnder Arzt uns glaubhaft darlegen können, dass ein Anspruch auf Leistungen besteht, oder wenn das vom Versicherer eingeholte Gutachten z.B. in sich widersprüchlich erscheint.

Fall 10

Der Krankentaggeldversicherer stellte die Auszahlung der Taggelder per Mitte Dezember 2016 mit der Begründung ein, dass gemäss der medizinischen Zweitmeinung von Dr. med. XY vom November 2016 die Versicherte in ihrem angestammten Beruf als Sekretärin wieder voll arbeitsfähig sei. Damit war die Versicherte nicht einverstanden.

Unsere Abklärungen ergaben zum einen, dass Dr. med. XY die fachliche Qualifikation fehlte, um den hier interessierenden medizinischen Sachverhalt zu beurteilen. Zum anderen ging Dr. med. XY in ihrem Bericht davon aus, die Versicherte sei bereits in einem IV-Programm eingegliedert. Uns lag indessen eine Kostengutsprache der IV-Stelle von Dezember 2016 vor, in welcher der Versicherten ein erst im Januar 2017 beginnendes Belastbarkeitstraining zugesprochen wurde. Dabei handelte es sich um eine Integrationsmassnahme in Form einer Massnahme zur sozialberuflichen Rehabilitation (vgl. Art. 14a Abs. 2 IVG; Art. 4^{quinquies} Abs. 1 IVV; Rz. 1010 des Kreisschreibens des BSV über die Integrationsmassnahmen). Diese Eingliederungsmassnahme setzt eine mindestens 50%-ige Arbeitsunfähigkeit voraus (Art. 14a Abs. 1 IVG). Die Invalidenversicherung ging somit im Gegensatz zum

Krankentaggeldversicherer bei weitem nicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus, weshalb u.E. eine Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne zusätzliche und vertiefte Abklärungen verneint werden durfte, was wir denn auch geltend machten.

Der Krankentaggeldversicherer erklärte sich in der Folge ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und zur Vermeidung von weiteren medizinischen Abklärungen bereit, die Taggelder noch bis Anfang April 2017 auszurichten, unter Berücksichtigung der Leistungen der IV.

7 Fälle, in denen beide Rechtsgebiete betroffen sind

Verwirkung und Verjährung von Leistungsansprüchen

Fall 11

Eine 60-jährige Dame stiess beim Umzug auf eine Kiste mit verschiedenen Arzt- und Zahnarztrechnungen, die ihre eigenen Behandlungen und die ihrer inzwischen erwachsenen Kinder betrafen. Sie hatte diese Rechnungen schon lange beglichen, aber vergessen, die Rückforderungsbelege bei der Krankenkasse einzureichen. Als sie sich telefonisch bei der Kasse erkundigte, ob ihr nach so langer Zeit – es waren mehr als zehn Jahre vergangen – die Kosten zurückerstattet würden, teilte man ihr mit, dass die Rechnungen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung inzwischen höchstwahrscheinlich verwirkt und jene betreffend die Zusatzversicherungen nach VVG verjährt seien.

Die Versicherte wollte von uns wissen, ob dies richtig sei. Sie habe noch nie gehört, dass die Rückforderungsansprüche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verwirken und jene aus den Zusatzversicherungen verjähren könnten. Das hätten weder die Krankenversicherer noch die Medien jemals mitgeteilt.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist eine Sozialversicherung, die dem öffentlichen Recht untersteht. Gemäss Art. 24 Abs. 1 ATSG erlischt der Anspruch auf ausstehende Leistungen fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war. Es handelt sich hierbei um eine Verwirkungsfrist. Diese Frist kann nicht unterbrochen werden. Wenn die fünf Jahre abgelaufen sind, geht der Anspruch unter. Sollte es zu einem Gerichtsverfahren kommen, hat das Gericht von Amtes wegen zu prüfen, ob ein Anspruch verwirkt ist.

Das Bundesgericht hat in einem Urteil vom 24. April 2013 festgehalten, dass im Rahmen der ambulanten Behandlungen, welche in der Regel im System des Tiersgarant abgerechnet werden (Art. 42 Abs. 1 KVG), die besagte fünfjährige Verwirkungsfrist gemäss Art. 24 Abs. 1 ATSG im Zeitpunkt des Eingangs der Rechnung des Leistungserbringers bei der versicherten Person zu laufen beginnt (BGE 139 V 244).

Im Bereich der Zusatzversicherungen nach VVG, welche dem Privatrecht unterstehen, spricht man von Verjährung und nicht von Verwirkung der Forderung. Der Gläubiger (= Versicherte) kann den Schuldner (= Krankenversicherer) auffordern, ihm eine Verjährungseinredeverzichtserklärung auszustellen, um den Anspruch nicht zu verlieren. Sollte der Schuldner sich weigern, dann ist der Gläubiger gezwungen, die Betreibung einzuleiten oder eine Klage vor Gericht einzureichen, um den Eintritt der Verjährung zu verhindern. Ist die Verjährung bereits eingetreten, kann der Schuldner die Verjährungseinrede erheben. Unterlässt er dies und macht er die Einrede auch während eines Gerichtsverfahrens nicht geltend, wird das Gericht nicht von sich aus auf die Verjährung hinweisen.

Gemäss Art. 46 Abs. 1 VVG verjähren die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Das bedeutet, dass die Rückvergütungsforderungen der Versicherten in-

nerhalb von zwei Jahren ab Behandlungsdatum verjähren, wenn sie die Frist nicht unterbrechen.

Im vorliegenden Fall hatte die Versicherte die Rechnungen nach KVG und VVG vor über einem Jahrzehnt erhalten und bezahlt, weshalb ihre Rückforderungsansprüche längst verwirkt bzw. verjährt waren, weil sie die Rechnungen nie beim Krankenversicherer eingereicht hatte. Eine Intervention unsererseits wäre aussichtslos gewesen.

Unser Rat an die Versicherten:

Um die **Verwirkung der Ansprüche nach KVG** zu vermeiden, empfehlen wir den Versicherten immer, umgehend den Rückforderungsbeleg des Leistungserbringers an ihren Krankenversicherer weiter zu leiten, selbst wenn – in einzelnen Kantonen – ein Leistungsaufschub wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen verhängt wurde. In einem solchen Fall sollten die Versicherten die schriftliche Antwort des Krankenversicherers, wonach sie wegen des Leistungsaufschubs keine Rückvergütung erhalten, gut aufbewahren, damit sie auch Jahre später noch beweisen können, dass sie ihre Forderung auf Rückerstattung fristgemäss geltend gemacht hatten. Sie können dann ihren Anspruch – nach Tilgung der Schulden – erfolgreich durchsetzen, obwohl die fünf Jahre bereits abgelaufen sind. Der Eintritt der Verwirkung kann mit der einmaligen Geltendmachung des Anspruchs innerhalb der Frist von fünf Jahren ab Erhalt der Rechnung des Leistungserbringers vermieden werden.

Um die **Verjährung der Ansprüche nach VVG** zu verhindern, sollte der Versicherte darauf Acht geben, dass der Leistungserbringer ihm seine Rechnung so schnell wie möglich zustellt. Dies liegt im Interesse des Versicherten, weil sein Anspruch gegenüber dem Versicherer gemäss Art. 46 Abs. 1 VVG innerhalb von zwei Jahren ab Behandlungsdatum verjährt, während der Honoraranspruch des Leistungserbringers gegenüber dem Patienten gemäss Art. 128 Ziff. 3 OR erst innerhalb von fünf Jahren verjährt. Es kann also vorkommen, dass der Leistungserbringer seine Rechnung dem Patienten erst nach Ablauf von zwei Jahren ab Behandlungsdatum zustellt. Das bedeutet für den Versicherten, dass er als Patient die Rechnung des Leistungserbringers begleichen muss, aber seinen Anspruch auf Rückvergütung gegenüber seinem Krankenzusatzversicherer nicht mehr geltend machen kann, da sein eigener Anspruch bereits verjährt ist.

8 Aus der Praxis der Fälle mit Auslandbezug

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

8.1 Erwerbsortsprinzip oder Wohnortsprinzip?

Fall 12

Eine EU-Bürgerin zog zu ihrem Ehemann mit Wohnsitz im Kanton Tessin und erhielt von der zuständigen Behörde eine Aufenthaltsbewilligung B. Ihre langjährige Arbeitsstelle in Italien gab sie indessen nicht auf. Demzufolge pendelte sie als Grenzgängerin von der Schweiz nach Italien und zurück. Aus nicht mehr eruierbaren Gründen schloss sie in der Schweiz eine obligatorische Krankenpflegeversicherung ab. Als sie erfuhr, dass sie trotz Wohnsitznahme in der Schweiz nicht dem schweizerischen Obligatorium unterstand, weil sie über ihre Arbeitsstelle immer noch der sozialen Krankenpflegeversicherung in Italien angeschlossen war, versuchte sie das Versicherungsverhältnis in der Schweiz rückwirkend aufzulösen. Ohne Erfolg.

Die Konstellation mit Wohnsitz in der Schweiz und Arbeitsort in einem EU-Land ist selten und führt daher immer wieder zu Komplikationen und Missverständnissen.

Im Anhang II des Freizügigkeitsabkommens (FZA) zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten wird auf die Koordination der Krankenversicherung Bezug genommen und bezüglich des anwendbaren Rechts auf die Verordnung (VO) 883/2004 verwiesen. Diese Verordnung gilt für die Schweiz in allen Beziehungen zu den EU-Mitgliedstaaten ab dem 1. April 2012.

Art. 11 Abs. 1 VO 883/2004 besagt, dass eine Person stets nur dem Sozialversicherungsrecht eines einzigen Staates unterliegt, da sowohl in der Schweiz als auch in der EU ein Doppelversicherungsverbot gilt.

Zudem beruht das Koordinationsrecht auf dem Grundsatz des Erwerbsortsprinzips (Art. 11 Abs. 3 lit. a VO 883/2004). Das heisst, dass ein Staatsangehöriger eines EU-Mitgliedsstaats oder der Schweiz in demjenigen Staat der Versicherungspflicht unterliegt, in dessen Gebiet er seine Erwerbstätigkeit ausübt, und zwar auch dann, wenn er in einem anderen Staat wohnt. Dieses Erwerbsortsprinzip steht im Gegensatz zum Wohnortsprinzip, welches nach dem schweizerischen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) gilt.

Obwohl die italienische Staatsbürgerin als Erwerbstätige in Italien mit Wohnsitz im Kanton Tessin gemäss Koordinationsrecht dem Grundsatz des Erwerbsortsprinzips und somit nicht dem schweizerischen Wohnortsprinzip unterstand, bedurfte es der Intervention unserer Ombudsstelle, damit der schweizerische Krankenversicherer sie ziehen liess.

Wir konnten diesen von der Gültigkeit des Erwerbsortsprinzips überzeugen, indem wir ihm die Bescheinigung S1, die Arbeitsbestätigung des italienischen Arbeitge-

bers und die Auszüge des Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), aus denen u.a. die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge an den italienischen Staat hervorging, zukommen liessen. Erst als all diese Unterlagen vorlagen, war der Versicherer bereit, die von der italienischen Staatsangehörigen abgeschlossene Versicherungspolice aufzuheben und ihr gestützt auf Art. 25 Abs. 3 ATSG die zu Unrecht bezahlten Prämien zurück zu erstatten.

Fall 13

Eine Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz teilte uns mit, dass sie demnächst eine Altersrente aus Deutschland beziehen werde. Dadurch werde sie in Deutschland krankenversichert sein. Sie wollte von uns wissen, ob sie in der Schweiz eine Teilzeitbeschäftigung (30% -50%) annehmen dürfe, ohne doppelt versichert zu sein.

Das Koordinationsrecht beruht auf dem Grundsatz des Erwerbortsprinzips (Art. 11 Abs. 3 lit. a VO 883/2004; vgl. Fall 12 des vorliegenden Jahresberichts). Gestützt darauf sind Rentner in dem Staat versicherungspflichtig, in welchem sie eine Rente beziehen (Art. 24 Abs. 2 lit. a VO 883/2004).

Der Fall, in dem gleichzeitig eine Erwerbstätigkeit ausgeübt und eine Rente bezogen wird, ist in Art. 31 VO 883/2004 geregelt: Die Erwerbstätigkeit hat bei der Prüfung der anzuwendenden Rechtsvorschriften immer Vorrang. Der zusätzliche Bezug einer Rente ändert nichts an der Unterstellung. In dem Sinne besagt Art. 31 VO 883/2004, dass die Bestimmungen für Rentner nicht gelten, wenn jemand auf Grund einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit einem Staat unterstellt ist. Dies gilt für jede Art von Rente (z.B. Alters-, Invalidenrente, usw.).

Demzufolge gilt für den vorliegenden Fall Folgendes:

Aufgrund des Rentenbezugs aus Deutschland ab Frühling 2017 untersteht die Versicherte der deutschen Krankenversicherungspflicht. Sobald sie einer Tätigkeit an ihrem Wohnsitz in der Schweiz nachgeht, untersteht sie der Versicherungspflicht in der Schweiz.

Sollte die Versicherte eines Tages gestützt auf diese Tätigkeit in der Schweiz Anspruch auf eine AHV-Rente haben und weiterhin hier wohnen, würde sie der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstellt bleiben. In der Tat sind Rentner, die eine Rente aus dem Wohnstaat beziehen (Art. 23 VO 883/2004), im Wohnstaat versicherungspflichtig. Die Rentenhöhe und die Dauer der Beitragszahlung sind nicht massgebend. Auch geringfügige Renten lösen die Versicherungspflicht aus.

8.2 Leistungsbezug im EU-Land

Fall 14

Ein Schweizer AHV-Rentner mit Wohnsitz in Spanien erlitt einen Unfall. Er stürzte zu Hause und verletzte sich am Fuss. Da er grosse Schmerzen hatte, begab er sich zum nächsten öffentlichen Spital an seinem Wohnsitz. Dort stellte man keinen Bruch fest, weshalb der Arzt sich darauf beschränkte, den Fuss im rechten Winkel

zu bandagieren. Zudem empfahl er, den Fuss zwei Wochen ruhig zu stellen. Zwei Tage später löste sich die Bandage und der Versicherte konnte den Fuss immer noch nicht bewegen. Da er einen Sehnen- oder Muskelriss befürchtete, suchte er vor Ort einen Orthopäden auf, der nur private Patienten behandelt (Privatarzt). Dieser schlug ihm vor, ein MRI machen zu lassen. Dieses wurde drei Tage später in einer Privatklinik gemacht, weil in dem öffentlichen Spital angeblich die nötige Infrastruktur fehlte. Anschliessend wurde der Fuss mit einer Gipsschiene versehen.

Das öffentliche Spital anerkannte die Schweizer Versicherungskarte und rechnete mit dem aushelfenden Versicherungsträger in Spanien ab, während der Privatarzt und die Privatklinik die Karte ablehnten. Der Rentner musste daher die jeweilige Honorarrechnung selber bezahlen. Er wollte von uns wissen, ob das Vorgehen des Arztes und der Privatklinik rechtens sei.

Personen mit Wohnsitz in Spanien, die eine Rente aus der Schweiz beziehen und keinen Anspruch auf eine spanische Rente haben, sind grundsätzlich der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz unterstellt. Sie können sich sowohl in Spanien als auch in der Schweiz behandeln lassen.

In der Schweiz haben sie Anspruch auf sämtliche Sachleistungen (medizinische und pharmazeutische Leistungen), die von der schweizerischen Gesetzgebung vorgesehen sind und entsprechend den darin festgehaltenen Bestimmungen vergütet werden.

In Spanien haben sie Anspruch auf alle von der spanischen Gesetzgebung vorgesehenen Sachleistungen, die entsprechend den dortigen gesetzlichen Voraussetzungen und Tarifen ausgerichtet werden. Damit sie solche Leistungen beziehen können, müssen sie sich bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ an ihrem Wohnort eintragen lassen und zu diesem Zweck die Bescheinigung S1 (bisheriges Formular E 121) vorlegen. Letztere bestätigt, dass sie Anspruch auf Sachleistungen zu Lasten der schweizerischen Krankenversicherung haben. Diese Bescheinigung wird vom schweizerischen Krankenversicherer ausgestellt. Die Leistungen werden vom aushelfenden Versicherungsträger in Spanien erbracht, als ob die betreffenden Personen in Spanien versichert wären. Sie werden den Einheimischen gleichgestellt (vgl. Informationsblatt des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV vom Juli 2017).

Im konkreten Fall hatte der Rentner gemäss Auskunft der spanischen Verbindungsstelle Leistungen von privaten Leistungserbringern bezogen. Solche Leistungen stellen gemäss spanischem Sozialversicherungsrecht keine Pflichtleistungen dar und werden deshalb nicht über die Leistungsaushilfe übernommen. Um Leistungen über den aushelfenden Versicherungsträger in Spanien abrechnen lassen zu können, hätte der Versicherte zwingend einen staatlichen Leistungserbringer aufsuchen müssen.

Bei Versagen der Leistungsaushilfe kann gegenüber dem zuständigen Träger (dem schweizerischen Krankenversicherer) zweitrangig eine ergänzende Leistung nach schweizerischem Recht (Art. 36 Abs. 2 KVV) gemäss den hier geltenden Regeln in Anspruch genommen werden (SBVR Soziale Sicherheit, 3. Aufl. – Eugster, Rz. 569).

Art. 36 Abs. 2 KVV setzt indessen einen Notfall voraus, der vorliegend u.E. nicht gegeben war, da der Versicherte sowohl die Leistung beim Orthopäden (Privat-
arzt) als auch bei der Privatklinik erst einige Tage nach der Erstversorgung im öf-
fentlichen Spital in Anspruch genommen hatte.

Eine Intervention beim schweizerischen Krankenversicherer hätte keine Aussicht
auf Erfolg gehabt, weshalb wir darauf verzichtet haben.

Luzern, den 18. April 2018

Morena Hostettler Socha, Ombudsfrau

STIFTUNG OMBUDSSTELLE KRANKENVERSICHERUNG

Stiftungsrat (Stand 31.12.17):

MOSER Markus	Präsident , Dr. iur.; 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vizepräsident , mag. oec. HSG, alt Ständerat; 7302 Landquart
CHIESA TANNER Gabriella	Generalsekretärin der CSS; 8806 Bäch SZ
D'ANDREA JÄGER Mariantonia	Dr. med. Psychiatrie und Psychotherapie; 3007 Bern
DITTLI Nikolai	CEO der CONCORDIA; 6020 Emmenbrücke
MONIGATTI Fabiola	Lic. iur. LL.M.; 7742 Poschiavo
STEIERT Jean-François	Lic. phil. I, Staatsrat; 1700 Fribourg

Geschäftsstelle in Luzern (Stand 31.12.17):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Ombudsfrau , lic. iur., Rechtsanwältin
SCHMUTZ Thomas	Stellvertreter der Ombudsfrau , Fürsprecher
BRECHBÜHL Eliane	Krankenversicherungs-Fachfrau mit eidg. Fachausweis
BUCHER Silvia (ab 01.05.17)	PD Dr. iur., Rechtsanwältin
FELLMANN Fabienne (bis 31.10.17)	MLaw, Rechtsanwältin
GOTTRAUX Isabelle	Lic. iur., Juristin
LORÉTAN Charles	Krankenversicherungs-Fachmann mit eidg. Fachausweis
SCHMID Jasmin	MLaw, Juristin
TRONTO Lorena	MLaw, Juristin
WÖRSCHING-Würmli Barbara	MLaw, Juristin

Kontakt

Schriftlich:

Ombudsstelle Krankenversicherung
Morgartenstrasse 9, PF 3565
6002 Luzern

Website:	https://www.om-kv.ch <i>(mit Kontaktformular)</i>
-----------------	---

Mündlich:

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

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