

# **Ombudsstelle**

***Krankenversicherung***

**Jahresbericht '18**

# Vorwort der Ombudsfrau



Anlass zum 25-Jahr-Jubiläum der Ombudsstelle Krankenversicherung

Geschätzte Lesende und Versicherte

Im Januar 2018 feierte unsere Stiftung ihr 25-Jahr-Jubiläum, welches Monate später im kleinen Rahmen gebührend gefeiert wurde. Zu diesem Anlass hat der Stiftungsrat ein Marktforschungsinstitut mit einer Umfrage beauftragt. Es sollte abklären, wie zufrieden die Krankenversicherer mit ihrer Ombudsstelle sind. Das erfreuliche Resultat hat uns darin bestärkt, dass wir auf dem richtigen Weg sind, uns aber noch verbessern können.

Die Arbeitsweise und Bilanz unserer Ombudsstelle soll im Folgenden – wie jedes Jahr – durch Berichte in Form von kurzen Zusammenfassungen ausgewählter Fallbeispiele veranschaulicht werden (ab Kapitel 5). Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes werden Namen und Daten weggelassen oder geändert. Sachverhalt, Abklärungen und Erledigung sind vereinfacht dargestellt.

Die Themen sind wieder sehr verschieden und betreffen die rückwirkende Auflösung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die Kostenbeteiligungen, die Zahnbehandlung bei geistig behinderten Personen, die Probleme mit Maklern, den Übertritt von der Kollektiv- in die Einzeltaggeldversicherung, das Mahnverfahren und Fälle mit Auslandbezug.

Ich hoffe, der Jahresbericht 2018 findet Ihr Interesse, und grüsse Sie freundlich

Ihre Ombudsfrau

Morena Hostettler Socha

Luzern, 16. April 2019

*M. Hostettler Socha*

## **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 Rückwirkende Auflösung der OKP**
  - 5.2 Kostenbeteiligung bei stationärem Spitalaufenthalt**
  - 5.3 Keine Kostenbeteiligungspflicht bei Mutterschaft**
  - 5.4 Leistungen**
- 6. Aus der Praxis der Zusatzversicherungen nach VVG**
  - 6.1 Abschluss von Zusatzversicherungen**
  - 6.2 Taggeldversicherung nach VVG**

**7. Fälle, in denen beide Rechtsgebiete betroffen sind**

**8. Aus der Praxis der Fälle mit Auslandbezug**

**8.1 Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung**

**8.2 Optionsrecht**

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

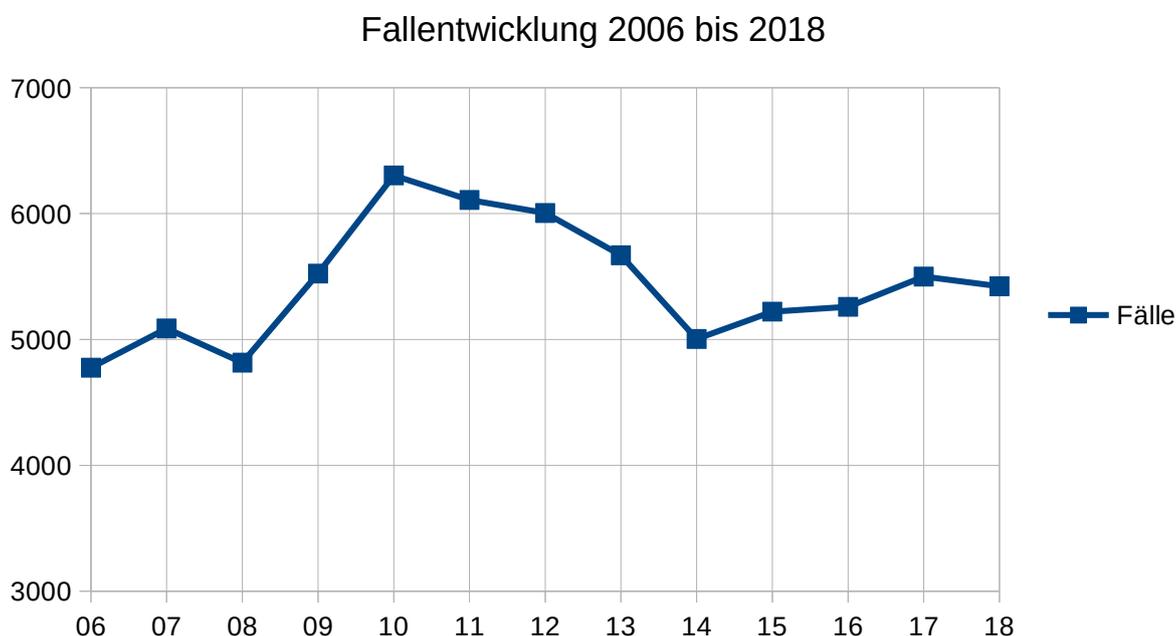
## 1 Geschäftsstelle

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, Lorena Tronto und Silvia Bucher) und von zwei Krankenversicherungsexperten (Charles Lorétan und Eliane Brechbühl) betreut. Per 31. Dezember 2018 betrug der Personalbestand 6,7 Stellen.

## 2 Stiftungsrat

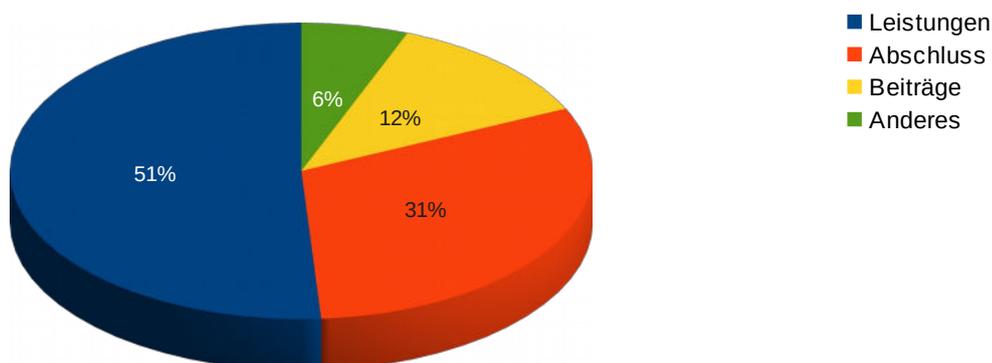
Der Stiftungsrat traf sich am 18. April 2018 zur Prüfung und Genehmigung der Jahresrechnung 2017 und zur Verabschiedung des Jahresberichts 2017. Am 21. November 2018 trat er zur Behandlung des Voranschlags 2019 und zur Erörterung des Geschäftsjahres zu einer weiteren Sitzung zusammen.

## 3 Zahlen



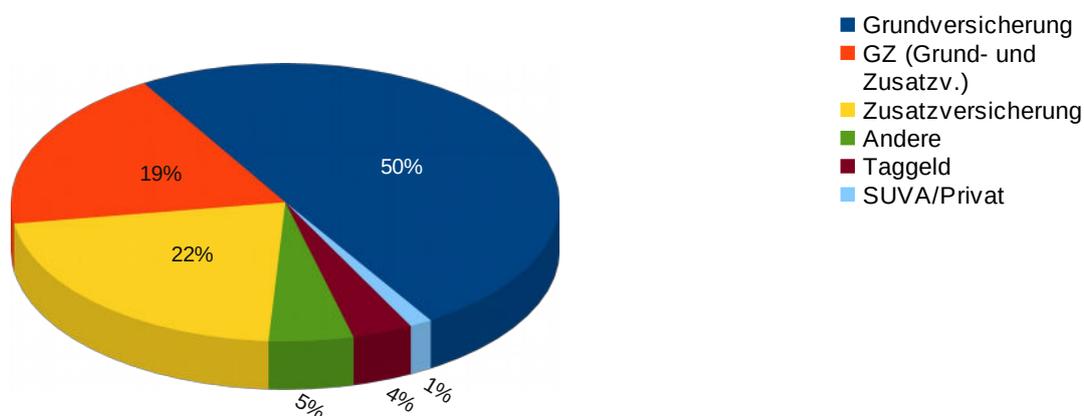
### 3.1 Eingänge nach Materien

Im Berichtsjahr 2018 sind bei der Ombudsstelle 5422 Fälle eingegangen (2017: 5499). Dies ergibt gegenüber dem Vorjahr eine leichte Abnahme von 77 Fällen. Die Aufteilung nach Materien ergibt folgendes Bild: 2770 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2017: 2524), 1671 im Bereich Abschluss oder Wechsel der Versicherung (2017: 1651) und 659 zum Thema Prämien/Beiträge (2017: 678). Die übrigen 322 Fälle betrafen Anderes (2017: 646).

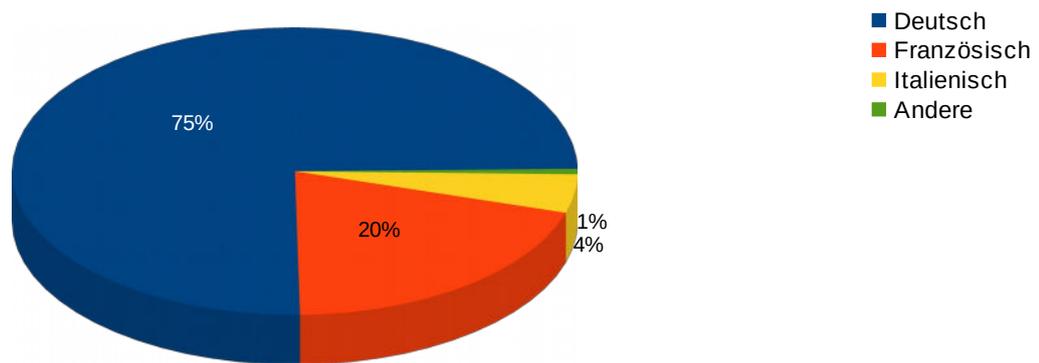


### 3.2 Eingänge nach Versicherungssparten

2696 Fälle betrafen allein die Grundversicherung (2017: 2663), 1170 Fälle nur die Zusatzversicherung (2017: 1187), 1021 Fälle beide Versicherungssparten (2017: 1126). Die Taggeldversicherung war in 193 Fällen angesprochen (2017: 210). In 72 Fällen mussten wir die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verweisen (2017: 35). Die übrigen 270 Fälle berührten Fragestellungen allgemeiner Art, teils ohne Zusammenhang mit der Krankenversicherung (2017: 278).

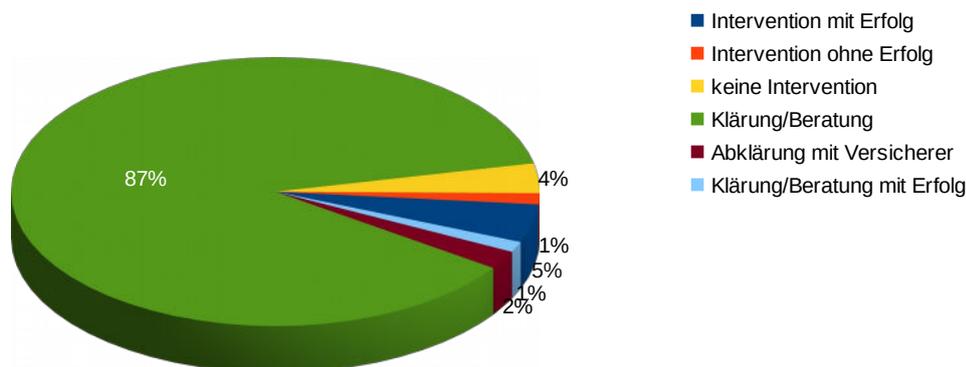


### 3.3 Eingänge nach Sprachen



4067 Eingänge entfielen auf Deutsch (2017: 4258), 1087 auf Französisch (2017: 1011) und 235 auf Italienisch (2017: 199). Andere Sprachen (vor allem Englisch) 33 (2017: 31).

### 3.4 Interventionen der Ombudsstelle



In 4717 Fällen (= 87%) bestand die Aufgabe der Ombudsstelle darin, den Entscheid des Versicherers zu bestätigen oder diesen ohne Rücksprache beim Krankenversicherer der versicherten Person zu erläutern (2017: 4679). In insgesamt 322 Fällen (= > 5,9%) ist die Ombudsstelle mit einem Antrag bei den jeweiligen Krankenversicherern vorstellig geworden (2017: 400 bzw. < 7,4%) und war dabei in 249 Fällen (= 4,6%) erfolgreich (2017: 318 bzw. < 5,9%), was einer Erfolgsquote von über 77% entspricht (2017: 79,5%). In 194 Fällen (= < 3,6%) ist es zu keiner Intervention gekommen (2017: 223 bzw. > 4%), das heisst, dem Versicherer wurde kein Antrag gestellt. In 120 Fällen (= 2,2%) haben wir die Krankenkasse lediglich um Unterlagen gebeten, die wir von den Versicherten wegen sprachlichen oder altersbedingten Problemen nicht erhielten (2017: 66 bzw. > 1,2%). In 69 (= < 1,3%) konnten wir die Versicherten über die Rechtslage derart aufklären, dass sie ihr Problem mit dem Krankenversicherer erfolgreich selber lösen konnten (2017: 48 bzw. < 0,9%).

### 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. Im Berichtsjahr haben wir zum ersten Mal wieder eine leichte Abnahme von 1,4%, was immer noch im Streubereich ist, weshalb man noch nicht von einer Trendwende sprechen kann.

## 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

tieren 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.

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

### 5.1 Rückwirkende Auflösung der OKP

Im Berichtsjahr haben sich verschiedene Versicherte bei uns gemeldet, die von einem Vor- bzw. Vorvorversicherer aufgefordert wurden, ihre bestehende obligatorische Krankenpflegeversicherung aufzuheben und zurückzukehren mit der Begründung, der damalige Kassenwechsel sei nicht rechtsgültig erfolgt. Solange eine solche Aufforderung zeitnah geschieht, bietet dies in der Regel keine Probleme. Schwierig wird es, wenn zwischen dem Kassenwechsel und der Aufforderung zur Rückkehr mehrere Jahre vergangen sind und der Versicherte von seinem Recht, zur günstigsten Krankenkasse wechseln zu dürfen, fleissig Gebrauch gemacht hat, wie in unserem nachfolgenden Fall.

#### Fall 1

Herr X. lebt von einer bescheidenen AHV-Rente und von Ergänzungsleistungen. Im Herbst 2007 beschloss er, seine obligatorische Krankenpflegeversicherung zu wechseln. In der Folge kündigte er seine Versicherung bei der Krankenkasse A. und erklärte dem Krankenversicherer B. per 1. Januar 2008 den Beitritt. Dieser antwortete ihm mit einem Standardschreiben, wonach der Übertritt nur möglich sei, wenn der Versicherte bei seiner bisherigen Krankenkasse keine Schulden mehr habe. Der Versicherte glaubte, die neue Kasse wolle ihn nicht aufnehmen und trat deshalb per 1. Januar 2008 der Krankenkasse C. bei, die ihn ohne Auflage versicherte. Der bisherige Krankenversicherer A. schien sich wohl nicht weiter darum gekümmert zu haben, dass er von zwei Krankenkassen eine Nachversicherungsbestätigung erhalten hatte. In der Folge wechselte Herr X. mehrmals die Krankenkasse. Er wurde regelmässig vom Krankenversicherer B. betrieben, der zwar seine Adresse kannte, aber nicht wusste, wo er jeweils versichert war. Da beim Versicherten nichts zu holen war, wurden im Laufe der Jahre die Betreibungen eingestellt. Der Zufall wollte es, dass Herr X. einer Krankenkasse beitrat, welche der Krankenversicherer B. in seine Gruppe aufgenommen hatte. Herr X., inzwischen über 80-jährig, sah sich nun mit der Forderung der Rückabwicklung der Versicherungsverhältnisse konfrontiert. Der ehemalige Versicherer B. machte jetzt richtig Druck, auch wieder in Form von Betreibungen. Herr X. beklagte sich bei uns, dass er nicht mehr ruhig schlafen könne. Für ihn war der Versicherer B. an allem Schuld.

Nachdem unsere Ombudsstelle die nötigen Abklärungen getätigt hatte und feststellen musste, dass der Übertritt von der Krankenkasse A. zur Kasse B. rechtsgültig per 1. Januar 2008 erfolgt war, weil alle Voraussetzungen für einen Kassenwechsel erfüllt waren (fristgemässe Kündigung, Beitrittserklärung, zeitnahe Nachversicherungsbestätigung und keine Ausstände nach Ablauf der Kündigungsfrist), versuchten wir den Krankenversicherer B. zu überzeugen, auf eine Rückabwicklung zu verzichten, da diese in der Zwischenzeit bei acht verschiedenen Krankenkassen hätte durchgeführt werden müssen. Der Krankenversicherer bestand jedoch auf eine Rückabwicklung. Zum Glück hatte der Versicherte in all den Jahren kaum Leistungen bezogen. Aus diesem Grund dauerte die Rückabwicklung „lediglich“ 18 Monate mit dem Ergebnis, dass Herr X. jetzt beim Krankenversicherer B. versichert ist und dass der Letztere – Ironie der Geschichte – dem Versicherten noch Geld zurückerstatten muss.

Wir haben uns gefragt, ob ein solcher Aufwand an Ressourcen im Rahmen einer Sozialversicherung, zu der die obligatorische Krankenpflegeversicherung gehört, (noch) sinnvoll ist. Hier wäre u.E. der Gesetzgeber gefordert, eine Rückabwicklung auf fünf Jahre zu beschränken.

## **5.2 Kostenbeteiligung bei stationärem Spitalaufenthalt**

Mit Ausnahme von Kindern, jungen Erwachsenen in Ausbildung und Frauen bei Mutterschaft (vgl. unten Ziff. 5.3) sind die Versicherten angehalten, sich nebst Jahresfranchise und Selbstbehalt von 10 % auch an den Kosten eines stationären Spitalaufenthalts zu beteiligen. Der tägliche Beitrag beträgt CHF 15.00 (vgl. Art. 64 Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 104 KVV). Der auf den ersten Blick unscheinbar anmutende Beitrag kann kostspielig werden, wenn sich der Spitalaufenthalt in die Länge zieht.

### **Fall 2**

Im konkreten Fall wurde die Versicherte zunächst über längere Zeit auf der Intensivstation behandelt, bevor sie auf die normale Abteilung kam. Der Sohn der Versicherten wollte von uns wissen, ob der Spitalbeitrag auch dann geschuldet sei, wenn man auf der Intensivstation ausschliesslich künstlich ernährt werde.

Die Erhebung des Spitalbeitrages von CHF 15.00 pro Tag wird damit begründet, dass die versicherte Person Lebenshaltungskosten einspart, die während des Spitalaufenthalts zu Hause angefallen wären. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die vom Krankenversicherer zu deckenden Spitalkosten auch die reinen Aufenthalts- und Verpflegungskosten umfassen. Dabei geht es auch um Kosten für Wasser, Elektrizität, usw. (vgl. die Urteile des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 24. Mai 2007, K 46/06, E. 3.3, und vom 27. April 2007, K 135/06, E. 2.7). Die angegebene bundesgerichtliche Rechtsprechung betrachtet den bescheidenen Beitrag von CHF 15.00 an die Aufenthalts- und Verpflegungskosten im Spital als ein angemessenes Entgelt für die Einsparungen zu Hause.

Wir teilten dem Sohn der Versicherten daher mit, dass der Spitalbeitrag geschuldet ist, genauso wie die Jahresfranchise und die Kostenbeteiligung von 10%, und zwar unabhängig davon, ob seine Mutter während des Spitalaufenthalts künstlich ernährt wurde oder nicht.

## **5.3 Keine Kostenbeteiligungspflicht bei Mutterschaft**

Seit dem 1. März 2014 sind werdende Mütter nicht nur – wie bisher – von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaftsleistungen gemäss Art. 29 KVG i.V.m. Art. 13 ff. KLV befreit, sondern auch bei Leistungen gemäss Art. 25 und Art. 25a KVG ab der 13. Schwangerschaftswoche im Krankheitsfall (vgl. Art. 64 Abs. 7 lit. a und b KVG). Die vom Gesetzgeber gewollte finanzielle Erleichterung hat zu neuen administrativen Komplikationen geführt.

### **Fall 3**

Die Versicherte war im Berichtsjahr schwanger. Die Gynäkologin führte am 29. und am 30. August 2018 klinische sowie vaginale Untersuchungen durch und gab verschiedene Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL) in Auftrag. Schliesslich

legte sie den 1. Tag der 13. Woche auf den 26. September 2018 fest. In der Folge stellte die Krankenkasse der Versicherten die Jahresfranchise und einen Selbstbehalt von 10% in Rechnung. An dieser Abrechnung hielt die Kasse trotz Reklamation der Versicherten fest. Die Versicherte war damit nicht einverstanden.

Unsere Abklärungen ergaben, dass man davon ausging, dass selbst Mutterschaftsleistungen gemäss Art. 29 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 13 KLV (wie z.B. die Erstkonsultation, die Ultraschallkontrollen sowie die Laboranalysen vor der 13. Schwangerschaftswoche) erst ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung befreit sind. Im konkreten Fall hatte man nicht realisiert, dass die Befreiung von der Kostenbeteiligung ab der 13. Schwangerschaftswoche nur bei Krankheit während der Schwangerschaft gilt, wenn also Leistungen gemäss Art. 25 KVG und Art. 25a KVG erbracht werden.

Die eigentlichen Mutterschaftsleistungen laut Art. 29 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 13 ff. KLV sind auf jeden Fall von der Kostenbeteiligung befreit, egal ob sie vor oder nach der 13. Schwangerschaftswoche erbracht wurden.

#### **5.4 Leistungen**

Die Ombudsstelle wird gelegentlich angefragt, weshalb die Kosten der Narkose im Zusammenhang mit zahnmedizinischen Behandlungen bei Kleinkindern von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Unsere Antwort lautet in der Regel, es handle sich um eine Nichtpflichtleistung. Im nachfolgenden Fall geht es allerdings nicht um ein Kleinkind, sondern um eine geistig schwer behinderte Frau.

##### **Fall 4**

Die Versicherte, vertreten durch ihren Vater, ist geistig schwer behindert und benötigte im Berichtsjahr eine zahnärztliche Behandlung (Extraktion aller Weisheitszähne). Da diese ohne Vollnarkose nicht durchführbar war, reichte der behandelnde Zahnarzt bei der Krankenkasse ein Gutsprachegesuch für eine Beteiligung an den Kosten einer Vollnarkose während des zahnärztlichen Eingriffs ein. Der Krankenversicherer lehnte das Gesuch ab, da hier eine zahnärztliche Behandlung – von den im KVG aufgeführten Ausnahmen abgesehen – keine Pflichtleistung darstelle. Zudem wies die Kasse den Zahnarzt auf das im Krankenversicherungsgesetz geltende Prinzip des Behandlungskomplexes hin, wonach nur die Kosten einer unabdingbaren Vorbereitungsbehandlung im Hinblick auf eine Pflichtleistung übernommen würden. Wenn es sich bei der Hauptbehandlung um eine Nichtpflichtleistung handelt, würden keine Kosten übernommen.

Wir intervenierten beim Krankenversicherer im Sinne des Zahnarztes:

„Bei geistiger Behinderung stellt eine Narkose für eine diagnostische oder therapeutische Zahnbehandlung eine Pflichtleistung dar. Ganz anders als beim gesunden Patienten, wo die Narkose sich auf die Zahnbehandlung bezieht und demzufolge eine Nichtpflichtleistung darstellen würde, handelt es sich beim behinderten Patienten um eine krankheitsbedingte Auslösung einer Komplikation mit einem Krankheitswert gemäss Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und demzufolge um eine Pflichtleistung gemäss Art. 25 KVG. Jede krankheitsbedingte Komplikation einer Nichtpflichtleistung ... muss behandelt werden“.

„Weil ein fehlendes Verständnis für die Zusammenhänge behinderte Patienten über Jahrzehnte immer wieder diskriminierte, wurde am 1. Juli 2010 die Situation durch die Aufnahme von Ziff. 2.3 in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Anhang 1, endgültig bereinigt“. Ziff. 2.3 lautet: „Allgemeinnarkose zur Ermöglichung von diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen (inkl. zahnmedizinischen Eingriffen), wenn diagnostische und therapeutische Eingriffe wegen einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung ohne Narkose nicht möglich sind“.

Der Krankenversicherer hielt an seiner Begründung für die Ablehnung fest. Vielleicht will er einen Gerichtsentscheid herbeiführen. Da wir auf dem Mediationsweg nichts mehr ausrichten konnten, haben wir den Vater der Versicherten nur noch auf den Rechtsweg verweisen können (einsprachefähige Verfügung).

## **6 Aus der Praxis der Zusatzversicherungen nach VVG**

### **6.1 Abschluss von Zusatzversicherungen**

Die Probleme, welche den Versicherten durch unseriöse Makler erwachsen, sind bei der Ombudsstelle seit vielen Jahren ein Dauerbrenner. Der digitale Fortschritt steigert das bereits bestehende Konfliktpotential um eine weitere Dimension, wie Fall 5 eindrücklich zeigt.

#### **Fall 5**

Ein Versicherter erhielt von einem Versicherer, mit dem er keinen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben will, eine Police. Er gab zwar an, mit einem Mitarbeiter dieser Krankenkasse verhandelt zu haben, bestritt aber, sich mit diesem geeinigt zu haben. Er habe sich dann für einen anderen Krankenversicherer entschieden. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung sei inzwischen annulliert worden, die Krankenkasse beharre indessen weiterhin auf dem gültigen Abschluss der Zusatzversicherungen. Damit sei er nicht einverstanden.

Unsere Abklärungen ergaben, dass dem Krankenversicherer ein Antrag vorlag, der über das Online-Portal eingereicht wurde. Dort war zwar der volle Namen des Versicherten angegeben, aber die E-Mail-Adresse stimmte nicht mit seiner eigenen überein. Gemäss Zefix.ch handelte es sich um die Adresse einer GmbH, die als Zweck der Gesellschaft die Beratung, Vermittlung und Verwaltung im Versicherungsbereich angab. Bei dem vermeintlichen Mitarbeiter der Krankenkasse handelte es sich somit um einen Makler dieser GmbH. Da diese Gesellschaft nicht im FINMA-Vermittlerregister eingetragen war, berief sich die Ombudsstelle gegenüber dem Versicherer auf Art. 43 Abs. 1 VAG e contrario und betrachtete den Makler als einen gebundenen Vermittler des Krankenversicherers. Gleichzeitig machte die Ombudsstelle geltend, dass die Vermutung des Versicherten, wonach der Vermittler für ihn – ohne seine Zustimmung – ein Online-Formular ausgefüllt habe, nicht ohne Weiteres zu widerlegen sei, da kein von ihm unterschriebenes Formular vorliege. Des Weiteren argumentierten wir, die blosser Anmeldung in einem Online-Portal könne nicht genügen, um eine Versicherungspolice abzuschliessen, wenn diese später nicht mit der Unterschrift des Antragstellers bestätigt werde. Ansonsten seien dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet. Aus diesem Grund seien die Zusatzversicherungen zu annullieren.

Der Versicherer ging auf diese Argumentation nicht ein, gab der Forderung indessen statt und annullierte die Zusatzversicherungen ohne weiteren Kommentar.

#### **Fall 6**

Der Versicherte warf dem Makler eine Falschberatung vor, weshalb er den Abschluss der Zusatzversicherungen nach VVG nicht anerkennen wollte. Er bat uns um Hilfe.

Wir überprüften zunächst, ob der Versicherte gemäss Art. 1 Abs. 1 VVG im Zeitpunkt der Annahmeerklärung durch den Versicherer an den Versicherungsantrag gebunden war. Dies wäre dann der Fall, wenn der Versicherte innerhalb von 14 Tagen – nach Unterzeichnung des unterschriebenen Antrags gegenüber dem ge-

bundenen Makler – vom Krankenversicherer die Aufnahmebestätigung erhalten hätte. Bei einem ungebundenen Makler würde diese Frist erst ab Eingang des Antrages beim Versicherer beginnen.

Bei unseren Abklärungen stiessen wir auf einige Ungereimtheiten. Es war zunächst nicht klar, ob der Makler als gebundener oder als ungebundener Broker auftrat. Gemäss den Formularen, die dem Antragsteller zur Unterschrift vorgelegt wurden, war die GmbH, für die der Makler tätig war, auf der Vermittlerplattform der FINMA als gebundene Vermittlerin des involvierten Krankenversicherer eingetragen. Demzufolge berechneten wir die 14-tägige Frist ab Übergabe des Antrages an den Makler. Damit war der Krankenversicherer indessen nicht einverstanden. Er teilte uns mit, er habe mit dieser Gesellschaft keinen Vertrag als gebundener Vermittler abgeschlossen. Der Makler sei gemäss eigenen Angaben im „Stammblatt juristische Person“ als ungebundener Vermittler tätig gewesen. Des Weiteren teilte uns der Versicherer mit, dass solche Vermittler als Untervermittler für Vermittlerstrukturen arbeiten würden. Das sei vorliegend der Fall gewesen.

Demzufolge begann die Frist von 14 Tagen ab dem Moment zu laufen, in dem der Makler den Antrag dem Versicherer übergab. Massgebend war somit der Eingangsstempel der Kasse auf dem Antragsformular. Nach diesem hatte der Krankenversicherer die Annahmefrist von 14 Tagen eingehalten. Der Versicherungsvertrag war daher nach Meinung der Kasse rechtsgültig.

Wir haben auf eine weitere Intervention verzichtet. Allerdings fragen wir uns, ob damit das Gesetz (Art. 1 Abs. 1 VVG) nicht ausgehöhlt wird. Die Tätigkeit von Untervermittlern, die für sogenannte Vermittlerstrukturen arbeiten, macht hoffentlich keine Schule. Denn dies trägt nicht zur Rechtssicherheit bei, weil in solchen Fällen kaum je ein Gericht dazu kommt, diese Rechtsfrage zu entscheiden. Die Hürde (Klage vor dem Zivilgericht) ist für die Versicherten zu hoch.

## **6.2 Taggeldversicherung nach VVG**

Im nachfolgenden Fall war eine interessante juristische Frage im Zusammenhang mit dem Übertritt einer Arbeitslosen von der Kollektiv- in die Einzeltaggeldversicherung zu beurteilen.

### **Fall 7**

Die Versicherte war bis zu ihrer Kündigung per 31. Dezember 2017 bei der X. AG tätig. Die Arbeitgeberin hatte für ihre Mitarbeiter eine kollektive Krankentaggeldversicherung nach VVG bei einem Krankenversicherer abgeschlossen. Gemäss Aussagen der Versicherten hatte die Arbeitgeberin sie nicht auf die Möglichkeit eines Übertritts in die Einzelversicherung informiert. Dies erfuhr sie erst über Dritte, weshalb sie den Versicherer direkt um eine Offerte für den Übertritt in die Einzelversicherung bat. Dieser offerierte ihr ein versichertes Taggeld von CHF 220 für maximal 730 Tage mit einer Wartezeit von 30 Tagen für eine monatliche Prämie von CHF 800. Da ihr die Prämie zu hoch war, bemühte die Versicherte sich um ein Produkt mit weniger guten Leistungen (längere Wartezeit und/oder tieferes Taggeld). Davon ausgehend, dass es sich dabei nicht mehr um einen Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung, sondern um einen Neuabschluss handeln würde, machte der Krankenversicherer den Abschluss der Taggeldversicherung mit schlechteren Leistungen von einer Gesundheitsprüfung abhängig. Da die Versicherte keinen Neuabschluss, sondern einen Übertritt in die Einzelversicherung

mit schlechteren als den bisher über den Kollektivvertrag versicherten Leistungen wünschte, wandte sie sich an die Ombudsstelle.

Unsere Abklärungen haben ergeben, dass die Versicherte seit Januar 2018 Arbeitslosenentschädigung bezog. Demnach war sie gemäss Art. 10 AVIG arbeitslos. Laut Art. 100 Abs. 2 VVG ist für Versicherte, die nach Art. 10 AVIG als arbeitslos gelten, u.a. Art. 71 Abs. 1 KVG sinngemäss anwendbar. Satz 2 dieser den Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung regelnden Bestimmung lautet: „Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizubehalten“. Wir machten gegenüber dem Versicherer geltend, dass diese sich auf Arbeitslose beziehende Norm so zu verstehen sei, dass die Versicherung weniger guter Leistungen in der Einzelversicherung nicht anders zu behandeln sei als die Weiterversicherung der bisherigen Leistungen aus der Kollektivversicherung. Denn wenn nach Art. 71 Abs. 1 KVG (i.V.m. Art. 100 Abs. 2 VVG) weder ein neuer Gesundheitsvorbehalt angebracht, noch das aktuelle Alter berücksichtigt werden darf, dann kann man davon ausgehen, dass in allen Fällen, in denen es nicht um eine Höherversicherung geht, ein allfällig im Zeitraum zwischen der Aufnahme in die Kollektivversicherung und dem Übertritt in die Einzelversicherung eingetretenes Risiko unberücksichtigt bleiben muss. Dies bedeutet, dass im Falle einer arbeitslosen Person der Abschluss einer „Schlechter- bzw. Tieferversicherung“ gleich zu behandeln ist wie die Weiterversicherung der bisherigen Leistungen nach dem Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung. Demzufolge darf besagter Abschluss nicht als Neuabschluss gehandhabt werden.

Der Krankenversicherer stimmte unserer Argumentation zu und gewährte der Versicherten eine „Schlechter- bzw. Tieferversicherung“ ohne Überprüfung des Gesundheitszustandes und unter Beihaltung des im Kollektivvertrag massgebenden Eintrittsalters.

## 7 Fälle, in denen beide Rechtsgebiete betroffen sind

Im Mahnverfahren ergeben sich immer wieder Probleme zwischen den Versicherten und ihrem Krankenversicherer, weil die Versicherten über die angedrohten Säumnisfolgen bei Nichtzahlung der Prämien u.E. ungenügend aufgeklärt werden.

### Fall 8

Der Versicherungsnehmer, Familienoberhaupt einer vierköpfigen Familie, erhielt am 13. Dezember 2017 folgende Mahnung für unbezahlte Prämien von seinem Krankenversicherer:

*Sehr geehrter Herr X*

*Ihre Prämienrechnung Nr. 00001 über CHF 641.00 fällig am 30. November 2017 wurde bis heute nicht bezahlt.*

<b>Betrag der Prämien in CHF</b>	<i>Prämien</i>	KVG	VVG	<i>Total</i>
12345 Herr X	Monat Dezember 2017	175.00	50.00	225.00
12346 Frau X	Monat Dezember 2017	232.00	45.00	277.00
12347 Sohn Y	Monat Dezember 2017	6.50	63.00	69.50
12348 Tochter Z	Monat Dezember 2017	6.50	63.00	69.50
<b>Total in CHF</b>				<b>641.00</b>
<i>Mahnspesen</i>				<i>10.00</i>

**Betrag zu überweisen bis 28.12.2017**

**CHF 651.00**

*Auf der Rückseite dieses Dokuments finden Sie die bei Zahlungsverzug geltenden Gesetzesartikel und Artikel der allgemeinen Versicherungsbedingungen.*

*Sollten Sie die Rechnung inzwischen bezahlt haben, können Sie unser Schreiben selbstverständlich ignorieren.*

*Falls Sie Fragen haben, sind wir für Sie da.*

*Freundliche Grüsse*

Auf der Rückseite dieser Mahnung waren ohne Kommentar folgende Bestimmungen im vollen Wortlaut zitiert: Art. 90 KVV, Art. 105a KVV, Art. 105b Abs. 2 KVV, Art. 105m Abs. 2 KVV, Art. 64 Abs. 2 KVG, Art. 20 Abs. 1 und 3 VVG, Art. 21 Abs. 1 VVG und verschiedene Artikel aus den allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen zum KVG und VVG.

Dieser Mahnung lag ein Einzahlungsschein bei, der bereits vollständig ausgefüllt war (u.a. mit dem geforderten Betrag von CHF 651.00).

Der Versicherungsnehmer zahlte nicht, woraufhin der Krankenversicherer ihm eine Zahlungsaufforderung mit einer neuen Frist zustellte. Das Schreiben enthielt auf der ersten Seite gleich wie die Mahnung den Verweis auf die auf der Rückseite des Schreibens aufgeführten massgeblichen gesetzlichen Bestimmungen und allgemeinen Versicherungsbedingungen. In der Folge geschah nichts, weder von Seiten des Krankenversicherers noch von Seiten des Versicherungsnehmers. Nach drei Monaten erhielt dieser einen Zahlungsbefehl, in dem sowohl die Ausstände für die obligatorische Krankenpflegeversicherung als auch jene für die Zusatzversicherungen zuzüglich der Mahn- und Betreuungskosten sowie die Zinsen aufgeführt waren. Gegen diesen Zahlungsbefehl erhob er Rechtsvorschlag. Für die nachfolgenden Monatsprämien wurde je dasselbe Mahnverfahren wiederholt. Der Versicherungsnehmer wünschte aus finanziellen Gründen die Aufhebung aller Zusatzversicherungen.

Die Ombudsstelle hat die Mahnung – wie auch die Zahlungsaufforderung – gegenüber dem Krankenversicherer in drei Punkten beanstandet:

#### 1. Punkt:

Wir haben den Versicherer auf den zweiten Satz von Art. 105b Abs. 1 KVV aufmerksam gemacht, der das Mahnverfahren im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG regelt. Danach **muss** die Zahlungsaufforderung getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zugestellt werden.

Vorliegend erfolgte das Mahnverfahren für die geschuldeten KVG- und VVG-Prämien weder getrennt noch mit zwei separaten Einzahlungsscheinen. Darauf wiesen wir den Krankenversicherer hin. Dieser machte geltend, es genüge, wenn die geschuldeten KVG- und VVG-Prämien sauber getrennt aufgelistet seien.

Selbst wenn man dem Argument des Versicherers folgen wollte, ist es u.E. nicht in Ordnung, wenn trotzdem lediglich ein einziger Einzahlungsschein der Mahnung beigelegt wird, der bereits mit dem geforderten Gesamtbetrag ausgefüllt ist. Mit einem solchen Einzahlungsschein hat der Schuldner, der sich vorübergehend in einem finanziellen Engpass befindet, keine Wahlmöglichkeit, welche Schulden er zuerst bezahlen will, wenn er den gesamten Betrag nicht auf einmal begleichen kann. Dies ist für ihn ein grosser Nachteil. Je nachdem möchte er beispielsweise wegen einer bestehenden chronischen Krankheit zuerst die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tilgen, damit er nicht auf die Liste der säumigen Schuldner (sog. Sperrliste) des Wohnkantons gesetzt wird, falls er in einem Kanton wohnt, der eine solche Liste führt. Es ist aber auch möglich, dass er zuerst die Prämien der Zusatzversicherungen nach VVG bezahlen möchte, damit er z.B. die Zahnversicherungen (inkl. kieferorthopädischer Deckung) für seine Kinder nicht verliert.

Es geht indessen nicht allein um die fehlende Wahlmöglichkeit des Schuldners, sondern auch um die nachfolgenden Inkasso-Verfahren, welche auf jeden Fall getrennt durchgeführt werden müssen, da die KVG-Prämien dem öffentliche Recht und die VVG-Prämien dem Privatrecht unterstehen. Ein massgeblicher Unterschied besteht darin, dass im Falle einer Betreibung von KVG-Prämien der Rechtsvorschlag des Schuldners vom Krankenversicherer mit einer Verfügung auf-

gehoben werden kann. Gegen diese Verfügung kann sich der Schuldner innerhalb von 30 Tagen mittels Einsprache zur Wehr setzen. Wenn die Argumente des Schuldners den Versicherer nicht überzeugen, muss er einen Einspracheentscheid erlassen, gegen den der Schuldner wiederum innerhalb von 30 Tagen beim zuständigen kantonalen Gericht Beschwerde erheben kann, wenn er vermeiden will, dass der Entscheid in Rechtskraft erwächst und die Betreibung fortgesetzt wird.

Im Bereich der Zusatzversicherungen nach VVG kann der Versicherer den Rechtsvorschlag nicht mittels Verfügung aufheben, sondern er muss beim zuständigen Gericht ausdrücklich die Aufhebung des Rechtsvorschlags beantragen (Rechtsöffnungsverfahren).

Nach dem Gesagten gibt es gute Gründe, weshalb in Art. 105b Abs. 1 KVV bestimmt ist, dass im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Zahlungsaufforderung bei Nichtzahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausstände zugestellt werden muss.

## 2. Punkt:

Die oben wiedergegebene Mahnung ist indessen nicht nur in Bezug auf Art. 105b Abs. 1 KVV zu beanstanden, sondern auch hinsichtlich der auf der Rückseite der Mahnung (und der Zahlungsaufforderung) aufgeführten gesetzlichen Bestimmungen und allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Ombudsfrau hat den Versicherer bereits mehrmals darauf hingewiesen, dass eine blosser Auflistung von Normen den Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht genügt. Die Versicherten sind als juristische Laien damit nämlich vollkommen überfordert.

**Unter dem Titel „Geschuldeter Betrag gemäss KVG“** hat der Versicherer unter den angegebenen Bestimmungen insbesondere darauf hingewiesen, wann die Prämie fällig ist, dass der Versicherte betrieben werden kann, dass der Gläubiger Anspruch auf Verzugszinsen von 5% und Verwaltungskosten hat, und dass der Kanton vom Krankenversicherer verlangen kann, dass er der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt. Inmitten dieser Bestimmungen wird noch eine Norm für jene Versicherte wiedergegeben, die ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen haben. Darin wird u.a erwähnt, dass der Krankenversicherer bei Nichtzahlung der Prämien und Kostenbeteiligung ein eigenes Leistungsaufschubsrecht hat, was in der Schweiz seit dem 1. Januar 2012 jedoch nicht mehr gilt.

Mit keinem Wort wird indessen erwähnt, dass bei Vorliegen von gemahnten Forderungen ein Kassenwechsel nicht mehr möglich ist, wenn ausstehende Beträge nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist bezahlt sind. Genauso wenig wird der Versicherte darauf hingewiesen, dass er, wenn er in einem Kanton mit Sperrliste wohnt (dies sind zurzeit die Kantone AG, LU, SH, SG, TI, TG und ZG) und seiner Zahlungspflicht nicht nachkommt, vom Kanton auf die Liste der säumigen Schuldner gesetzt werden kann mit der Folge, dass er nur noch Anspruch auf Leistungen im Notfall hat. Im Einzelfall kann dies zu einem schwerwiegenden Problem werden, wenn der Versicherer der Meinung ist, es liege kein Notfall vor. So geschehen im Kanton St. Gallen, als einer hochschwangeren Frau, die auf der Sperrliste stand, bei Spitaleintritt für die Entbindung keine Kostengutsprache erteilt wurde, weil es sich gemäss Krankenversicherer im konkreten Fall um eine geplante statio-

näre Behandlung und somit um keinen Notfall handelte. Das angerufene kantonale Gericht erwog, der vom Versicherer verwendete medizinische Notfallbegriff sei zu eng gefasst. Vielmehr erscheine es sachgerecht, in Fällen, in denen Medizinalpersonen eine Beistandspflicht zukomme, von einer Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG auszugehen. Der stationäre Aufenthalt zur Entbindung sei im Zeitpunkt des Spitaleintritts notwendig und unaufschiebbar gewesen, weshalb das Gericht den Notfall im konkreten Fall bejahte (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2018, KSCHG 2017/5).

**Unter dem Titel „geschuldeter Betrag gemäss VVG“** gab der Versicherer die Artikel 20 und 21 VVG teilweise wieder. Dennoch dürfte es für einen Laien schwierig sein, sich über die „angedrohten Säumnisfolgen“ im klaren zu sein. So ist ihm sicher nicht bekannt, dass das in Art. 20 Abs. 3 VVG erwähnte „Ruhens der Leistungspflicht des Versicherers vom Ablaufe der 14-tägigen Mahnfrist an“ dem Verlust der Versicherungsdeckung gleichkommt, und dass die Versicherungsdeckung nicht rückwirkend wieder auflebt, sobald er seine Schulden beglichen hat. Dies ist nur in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG der Fall, sofern die Forderung nicht verwirkt ist. Der Versicherte weiss in der Regel auch nicht, dass die während dem Ruhens der Leistungspflicht zum ersten Mal diagnostizierten Krankheiten für alle Zukunft nicht mehr von seiner Zusatzversicherung nach VVG gedeckt sind. Er wird für diese neu diagnostizierten Krankheiten auch keinen Versicherungsvertrag bei einer anderen Krankenkasse abschliessen können, da bereits eingetretene Leiden nicht mehr versicherbar sind (Art. 9 VVG).

Aus dem zitierten Art. 21 Abs. 1 VVG geht für den Versicherten, der in aller Regel die massgebliche Rechtsprechung nicht kennt, auch nicht hervor, dass der Versicherer sich das Recht vorbehalten kann, nach Ablauf der in Art. 20 Abs. 1 VVG festgesetzten Frist von 14 Tagen unter Verzicht auf die gemahnten Prämien vom Vertrag zurückzutreten.

In Anbetracht der gravierenden wirtschaftlichen Folgen hat die Mahnung nach Art. 20 Abs. 1 VVG gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung strengen Anforderungen hinsichtlich Form und Inhalt zu genügen, um die Interessen des Schuldners in geeigneter Weise zu wahren (BGE 128 III 189 E. 2d). **Die schriftliche Mahnung** muss die Beträge nennen, für die Zahlung verlangt wird, und ebenso die Zahlungsfrist von 14 Tagen (Urteil 5C.97/2005 vom 15. September 2005, E. 4.3). Vor allem **hat sie ausdrücklich die Säumnisfolgen anzugeben**, um diese in das Bewusstsein des Schuldners zu rücken. **Die Androhung der Säumnisfolgen muss explizit, klar und umfassend erfolgen. Ein blosser Hinweis auf die Gesetzesbestimmungen von Art. 20 und 21 VVG genügt nicht.** Dabei muss das Mahnschreiben alle Säumnisfolgen nennen, mithin nicht nur das Ruhens 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 E. 2; letztmals bestätigt in BGE 138 III 2).

Auf die von der Ombudsstelle erhobene Kritik, wonach der Versicherte mit dieser Form von Mahnung oder Zahlungsaufforderung vom Krankenversicherer nicht „explizit, klar und umfassend“ über die Säumnisfolgen gemäss Art. 20 und 21 VVG aufgeklärt werde, erwiderte der Versicherer, er habe seiner Aufklärungspflicht Genüge getan, indem er nicht nur auf die Bestimmungen hingewiesen, sondern diese auf der Rückseite seiner Mahnung und seiner Zahlungsaufforderung wörtlich wiedergegeben habe.

### 3. Punkt:

Schliesslich konfrontierte die Ombudsstelle den Krankenversicherer mit der Tatsache, dass er den Versicherungsnehmer für die rückständigen Prämien erst betreiben hatte, als die Frist von zwei Monaten nach Verstreichen der 14-tägigen Mahnfrist bereits abgelaufen war. In einem solchen Fall geht der Gesetzgeber davon aus, dass der Krankenversicherer unter Verzicht auf die gemahnten Prämien vom Vertrag zurücktritt (sog. Rücktrittsvermutung gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG). Diese Bestimmung hielt den Krankenversicherer nicht davon ab, die späteren Prämien ebenfalls zu mahnen und zu betreiben, obwohl gar kein Versicherungsvertrag nach VVG mehr bestand.

Auf unsere Intervention hin löste der Krankenversicherer umgehend die besagten Zusatzversicherungen auf, und zwar rückwirkend.

### FAZIT:

Eine explizite, klare und umfassende Androhung der Säumnisfolgen könnte zum Beispiel wie folgt aussehen:

Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG:

- Versicherte, die bis zum 30. November schriftlich gemahnt werden, können die Krankenkasse nicht wechseln, wenn sie nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist ihre gesamten Schulden (auch Verlustscheine) bezahlt haben.
- Versicherte, die in den Kantonen mit einer Sperrliste wohnen, riskieren auf die Liste der säumigen Schuldner gesetzt zu werden, wenn sie ihrer Zahlungspflicht trotz schriftlicher Mahnung nicht nachkommen. Dies hat zur Folge, dass der Krankenversicherer nur im Notfall für Behandlungen aufkommt.
- Versicherte müssen für die Mahn- und Betreibungskosten aufkommen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, sofern eine solche Regelung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten ist.

Im Bereich der Zusatzversicherungen nach VVG:

- Versicherte, die trotz schriftlicher Mahnung während der vom Versicherer eingeräumten Nachfrist von 14 Tagen nicht bezahlen, haben nach Ablauf dieser Frist keine Versicherungsdeckung mehr.
- Der Krankenversicherer kann innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der Frist die Ausstände rechtlich einfordern.
- Wird bezahlt, lebt die Versicherungsdeckung wieder auf, aber erst auf den Moment der Zahlung. Das heisst, dass der Versicherte für alle Behandlungen von bereits vor dem Mahnverfahren bestehenden Leiden, die er in der Zeitspanne zwischen Ablauf der 14-tägigen Mahnfrist und der erfolgten Zahlung in Anspruch genommen hat, keine Leistungen mehr aus den Zusatzversicherung nach VVG erhält (sog. Deckungslücke). Zudem hat er für alle Zeiten keinen Leistungsanspruch mehr für die in dieser Zeitspanne neu diagnostizierten Krankheiten (sog. Deckungsausschluss).

- Wenn innerhalb der zwei Monate nach Ablauf der Mahnfrist von 14 Tagen keine Zahlung des Versicherten erfolgt und der Versicherer keine Betreuung einleitet und auch keine Kündigung ausspricht, dann geht der Gesetzgeber nach Ablauf der zwei Monate davon aus, dass der Versicherer unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämien vom Vertrag zurücktritt (sog. Rücktrittsvermutung).
- Versicherte müssen für die Mahn- und Betreuungskosten aufkommen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, vorausgesetzt der Versicherungsvertrag wird weitergeführt.

## 8 Aus der Praxis der Fälle mit Auslandsbezug

Unsere Ombudsstelle ist je länger je mehr mit Fällen konfrontiert, die sehr anspruchsvoll sind, weil die Materie komplex ist und sich sonst niemand für die Koordination zwischen den verschiedenen Ansprechpartnern als zuständig erachtet. Das Problem soll nachfolgend im Rahmen des Anspruchs auf individuellen Prämienverbilligung von Grenzgängern nach der Schweiz und Rentnern mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen erläutert werden.

### 8.1 Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung

#### Fall 9

Die Versicherte wohnt in Frankreich und ist in der Schweiz obligatorisch krankenversichert. Anfänglich war sie nicht erwerbstätige Familienangehörige eines schweizerischen IV-Rentners. Das Ehepaar erhielt von der Gemeinsamen Einrichtung KVG in Solothurn Prämienverbilligung. Da die Versicherte die Aufnahme einer geringfügigen Erwerbstätigkeit im Kanton X. (ca. 10%-15% eines Vollpensums) der Gemeinsamen Einrichtung nicht angegeben hatte, forderte diese, als sie davon Kenntnis nahm, Prämienverbilligungen in der Höhe von rund CHF 12'000 vom Krankenversicherer zurück, weil sie für die Prämienverbilligung nicht mehr zuständig gewesen sei, sondern der Kanton X. Die Versicherung wiederum forderte diese Summe von der Versicherten zurück, die nun nicht weiss, wie sie diese zurückerstatten soll. Der Kanton teilte ihr nämlich mit, dass er rückwirkend keine Prämienverbilligung auszahle.

Unsere Überprüfung hat ergeben:

Gestützt auf Art. 65a lit. a KVG gewähren die Kantone den versicherten Grenzgängern und ihren Familienangehörigen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, Prämienverbilligungen. Ebenso anspruchsberechtigt sind die Versicherten und ihre Familienangehörige in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine Rente aus der Schweiz beziehen (vgl. Art. 66a KVG). Für diese ist der Bund zuständig. Dieser hat die Aufgabe gemäss Art. 18 Abs. 2 quinquies KVG der Gemeinsamen Einrichtung KVG übertragen. In Art. 106a Abs. 2 KVV werden die Kantone angewiesen, bei der Prüfung der bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse der in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnenden Versicherten das Einkommen und das Reinvermögen derjenigen Familienangehörigen, die dem Verfahren nach Art. 66a KVG unterstellt sind, nicht zu berücksichtigen. Für das Bundesverfahren gelten die Regelungen gemäss der Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen (= VPVKEG).

Gemäss Art 10 Abs. 2 VPVKEG sind die Rentner verpflichtet, die Gemeinsame Einrichtung unverzüglich über jede Änderung der familiären Verhältnisse, jeden Wechsel des Wohnlandes und jede dauerhafte Veränderung der finanziellen Verhältnisse zu informieren.

Da die vom Krankenversicherer geltend gemachte Rückforderung für die Versicherte, die einen an und für sich unbestrittenen und ununterbrochenen Anspruch auf Prämienverbilligung hat, der lediglich in der Höhe variiert, eine grosse Härte darstellte, hatte sich die Ombudsstelle dafür eingesetzt, dass man ihr den Betrag erlässt. Zumal uns die Umschreibung der *dauerhaften Veränderung der finanziellen Verhältnisse* gemäss Art. 10 Abs. 2 VPVKEG im konkreten Fall nicht klar erschien. In der Tat ging die Versicherte einer unregelmässigen Tätigkeit nach (sozusagen auf Abruf und dies nur für wenige Stunden). Im Durchschnitt kam sie auf einen Lohn von ungefähr CHF 500 pro Monat.

Nachdem der zuständige Kanton X. erklärt hatte, dass er rückwirkend gestützt auf das anwendbare kantonale Recht keine Prämienverbilligungen gewähre und nachdem auch das Gesuch um Erlass der Rückerstattung von der Gemeinsamen Einrichtung KVG abgelehnt wurde, bat die Ombudsstelle das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Aufsichtsbehörde um eine Stellungnahme.

Das Amt teilte uns mit, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, unabhängig davon, wie geringfügig diese Tätigkeit auch erscheinen möge, auf jeden Fall zu einer dauerhaften Veränderung der finanziellen Verhältnisse gehöre und deshalb gemeldet werden müsse.

Der Entscheid der Gemeinsamen Einrichtung, das Gesuch auf Erlass der Rückerstattung abzulehnen, sei korrekt. Die für das Bundesverfahren anwendbare Verordnung (VPVKEG) enthalte keine Bestimmungen zum Erlass.

Obwohl die Versicherte trotz ihrer geringfügigen Erwerbstätigkeit immer noch einen Anspruch auf eine individuelle Prämienverbilligung gehabt hätte, wurde ihr dieser verweigert, weil sie ihren Antrag zwar rechtzeitig bei der falschen Behörde, aber verspätet bei der zuständigen Behörde geltend gemacht hatte (sic!).

Die Ombudsstelle hat bei sämtlichen involvierten Instanzen auf diesen Umstand hingewiesen, aber ohne Erfolg. Obschon in den jeweiligen Schreiben der Ombudsstelle ausdrücklich auf die gesetzliche und sozialpolitische Komponente der Prämienverbilligung hingewiesen wurde, ist man mit keinem Wort auf den Umstand eingegangen, dass das KVG die Prämienverbilligung nicht nur ausdrücklich will und die Versicherte ohne Zweifel und unbestrittenermassen vermögens- und einkommensmässig die Voraussetzungen immer erfüllt hatte. Wir konnten für die Versicherte lediglich noch beim Krankenversicherer um eine Ratenzahlung ersuchen.

## 8.2 Optionsrecht

### Fall 10

Die Versicherte verliess die Schweiz Ende September 2017 und ist seither in Frankreich wohnhaft. Sie gab der Ombudsstelle an, sie beziehe sowohl eine AHV-Rente aus der Schweiz als auch eine Beihilfe für erwachsene Behinderte (sog. „allocations aux adultes handicapés“) aus dem Wohnstaat Frankreich. Obwohl sie seit Mitte November 2017 in Frankreich krankenversichert sei, weigere sich die schweizerische Krankenkasse, ihre Police aufzuheben. Die Versicherte ist mit der Weiterführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG nicht einverstanden und hat die Ombudsstelle um Hilfe gebeten.

Unsere Abklärungen haben ergeben, dass die zuständige Bundesbehörde der Versicherten schriftlich mitgeteilt hatte, dass sie gemäss Art. 23 VO 883/2004 nicht mehr der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstehe. Die Behörde ist dabei irrtümlicherweise davon ausgegangen, dass die der Versicherten in Frankreich zugesprochene Beihilfe für erwachsene Behinderte eine Art Rente sei, die mit dem französischen Wohnsitz zusammen ein Versicherungsobligatorium in Frankreich begründe. Tatsächlich zählt diese Beihilfe gemäss Anhang X des VO 883/2004 zu den besonderen beitragsunabhängigen Geldleistungen. Gemäss Art. 70 Abs. 3 VO 883/2004 gelten sämtliche Kapitel des Titels III nicht für Leistungen, die im Anhang X genannt sind. Demzufolge ist der Art. 23 VO 883/2004 auf den vorliegenden Fall nicht anwendbar, weshalb die Versicherte weiterhin in der Schweiz versichert ist. Auf unsere Anfrage hin hat die Bundesbehörde ihren Entscheid korrigiert und dafür gesorgt, dass die Versicherte nachträglich ihr Optionsrecht rückwirkend ausüben durfte.

Die Versicherte hat sich in der Folge für das französische Krankenversicherungssystem entschieden und ist dort ab dem 1. Oktober 2017 versichert. Auf unsere Intervention hin hat die schweizerische Krankenkasse den Versicherungsvertrag rückwirkend per 30. September 2017 aufgehoben.

Luzern, den 16. April 2019

*Morena Hostettler Socha, Ombudsfrau*

## STIFTUNG OMBUDSSTELLE KRANKENVERSICHERUNG

### Stiftungsrat (Stand 31.12.18):

<b>MOSER Markus</b>	<b>Präsident</b> , Dr. iur.; 3172 Niederwangen
<b>BRÄNDLI Christoffel</b>	<b>Vizepräsident</b> , mag. oec. HSG, alt Ständerat; 7302 Landquart
<b>CHIESA TANNER Gabriella</b>	Generalsekretärin der CSS; 8806 Bäch SZ
<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>STEIERT Jean-François</b>	Lic. phil. I, Staatsrat; 1700 Fribourg

### Geschäftsstelle in Luzern (Stand 31.12.18):

<b>HOSTETTLER SOCHA Morena</b>	<b>Ombudsfrau</b> , lic. iur., Rechtsanwältin
<b>SCHMUTZ Thomas</b>	<b>Stellvertreter der Ombudsfrau</b> , Fürsprecher
<b>BRECHBÜHL Eliane</b>	Krankenversicherungs-Fachfrau mit eidg. Fachausweis
<b>BUCHER Silvia</b>	PD Dr. iur., Rechtsanwältin
<b>GOTTRAUX Isabelle</b>	Lic. iur., Juristin
<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**

<b>Website:</b>	<a href="https://www.om-kv.ch">https://www.om-kv.ch</a> <i>(mit Kontaktformular)</i>
-----------------	---

Mündlich:

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

<b>auf Deutsch:</b>	<b>041 226 10 10</b>
<b>auf Französisch:</b>	<b>041 226 10 11</b>
<b>auf Italienisch:</b>	<b>041 226 10 12</b>