

Ombudsstelle

Krankenversicherung

Jahresbericht '19

Vorwort der Ombudsfrau



Die Ombudsfrau 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 2019 beschäftigt haben. 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 Versicherungspflicht und den Kassenwechsel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die Pflichtleistung bei Zahnunfall, die Taggeldversicherung nach KVG, die individuelle Prämienverbilligung, die Probleme im Zusammenhang mit dem Mahnverfahren bei den Zusatzversicherungen und den Taggeldversicherungen, die von Versicherten beantragten Vertragsänderungen und ihre Folgen, sowie Fälle mit Auslandsbezug.

Ich hoffe, der Jahresbericht 2019 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

Luzern, 9. April 2020



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 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 Versicherungspflichtige Personen**
 - 5.2 Krankenkassenwechsel**
 - 5.3 Pflichtleistung bei Zahnunfall**
 - 5.4 Taggeldversicherung nach KVG**
 - 5.5 Individuelle Prämienverbilligung (IPV)**
- 6 Aus der Praxis der Zusatzversicherungen nach VVG**
 - 6.1 Mahnverfahren gemäss Art. 20 und 21 VVG**
 - 6.2 Die Folgen des Mahnverfahrens im Taggeldbereich**
 - 6.3 Antrag der versicherten Person auf Vertragsänderung**
- 7 Aus der Praxis der Fälle mit Auslandbezug**

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

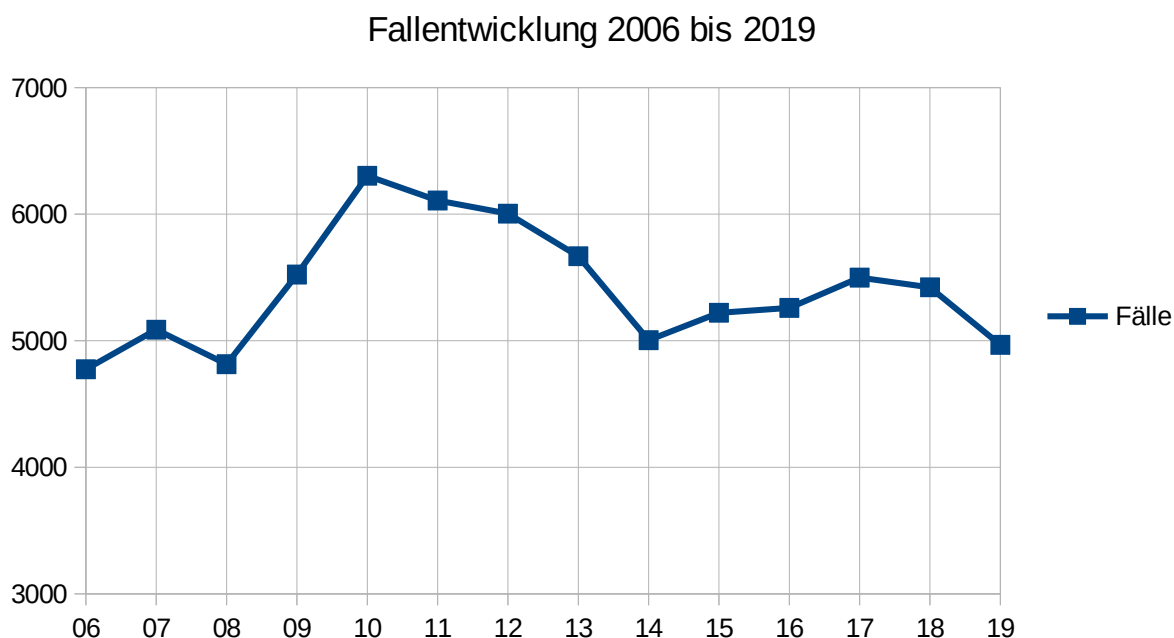
1 Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle in Luzern wurde im Berichtsjahr von der Ombudsfrau (lic. iur. Morena Hostettler Socha, RA), ihrem Stellvertreter (Fürsprecher Thomas Schmutz), sieben juristischen Mitarbeiterinnen (Isabelle Gottraux, Barbara Wörtsching-Würmli, Jasmin Schmid [bis zum 31. Mai 2019], Lorena Tronto, Silvia Bucher, Susanne Müller Ineichen [ab dem 1. Februar 2019] und Caroline Maetzler [ab dem 1. Juli 2019]) und von zwei Krankenversicherungsexperten (Charles Lorétan und Eliane Brechbühl) betreut. Per 31. Dezember 2019 betrug der Personalbestand 740% Stellen (ab dem 1. Januar 2020 640%).

2 Stiftungsrat

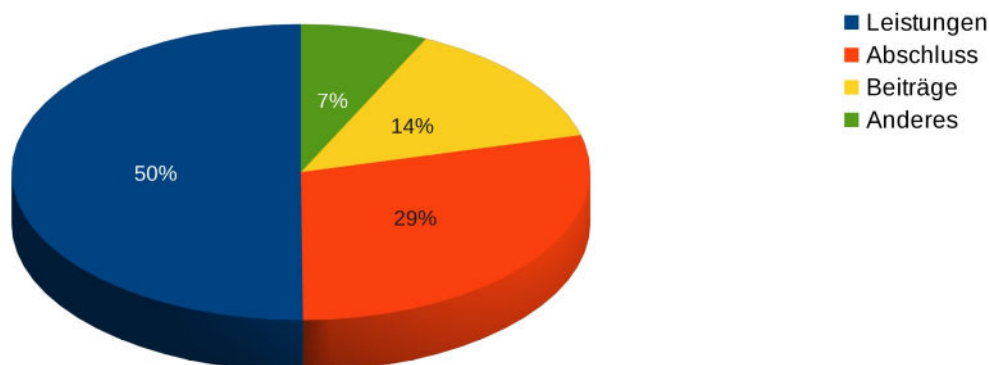
Der Stiftungsrat traf sich am 16. April 2019 zur Prüfung und Genehmigung der Jahresrechnung 2018 und zur Verabschiedung des Jahresberichts 2018. Am 19. November 2019 trat er zur Behandlung des Voranschlags 2020 und zur Erörterung des Geschäftsjahres zu einer weiteren Sitzung zusammen.

3 Zahlen



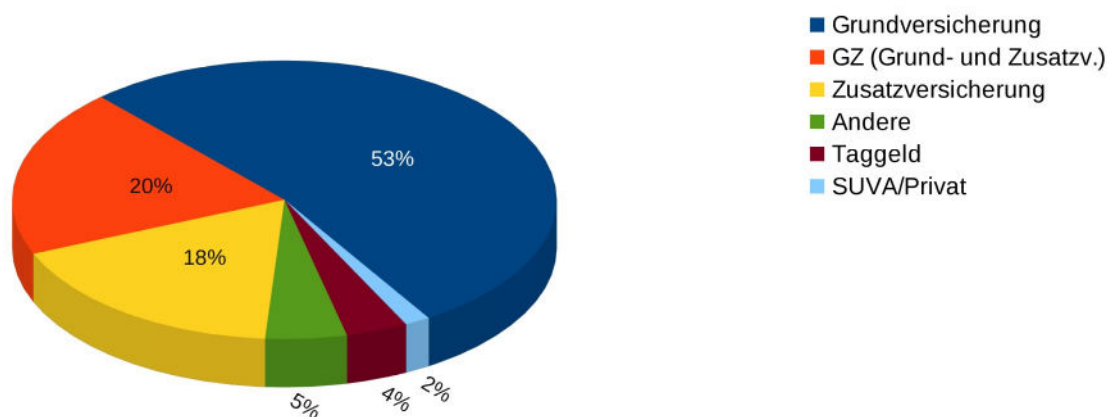
3.1 Eingänge nach Materien

Im Berichtsjahr 2019 sind bei der Ombudsstelle 4968 Fälle eingegangen (2018: 5422). Dies ergibt gegenüber dem Vorjahr eine Abnahme von 454 Fällen. Die Aufteilung nach Materien ergibt folgendes Bild: 2409 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2018: 2770), 1390 im Bereich Abschluss oder Wechsel der Versicherung (2018: 1671) und 666 zum Thema Prämien/Beiträge (2018: 659). Die übrigen 342 Fälle betrafen Anderes (2018: 322).

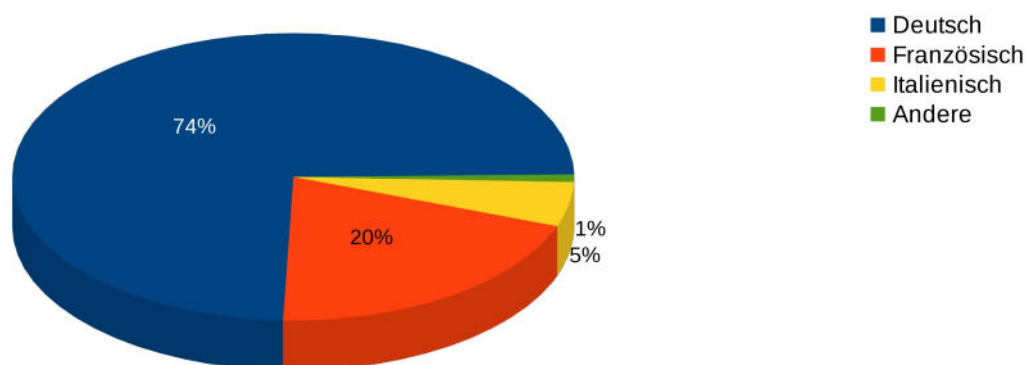


3.2 Eingänge nach Versicherungssparten

2626 Fälle betrafen allein die Grundversicherung (2018: 2696), 870 Fälle nur die Zusatzversicherung (2018: 1170), 972 Fälle beide Versicherungssparten (2018: 1021). Die Taggeldversicherung war in 183 Fällen angesprochen (2018: 193). In 75 Fällen mussten wir die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verweisen (2018: 72). Die übrigen 242 Fälle berührten Fragestellungen allgemeiner Art, teils ohne Zusammenhang mit der Krankenversicherung (2018: 270).

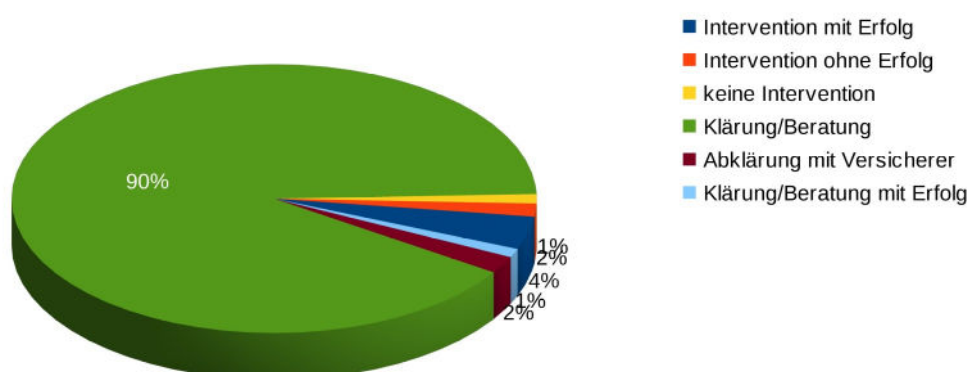


3.3 Eingänge nach Sprachen



3683 Eingänge entfielen auf Deutsch (2018: 4067), 994 auf Französisch (2018: 1087) und 249 auf Italienisch (2018: 235). Andere Sprachen 42 (vor allem Englisch) (2018: 33).

3.4 Interventionen der Ombudsstelle



In 4403 Fällen (bzw. in 88% bis 89%) konnte die Ombudsstelle den Entscheid des Versicherers bestätigen oder diesen ohne Rücksprache beim Krankenversicherer der versicherten Person erläutern (2018: 4717). In 270 Fällen (d.h. > 5%) hatte die Ombudsstelle einen Antrag beim Krankenversicherer gestellt (2018: 322) und war dabei in 194 Fällen erfolgreich (2018: 249), was einer Erfolgsquote von fast 72% entspricht. In 55 Fällen (= 1,1%) ist es zu keiner Intervention gekommen (2018: 194), das heisst, dem Versicherer wurde kein Antrag gestellt. In 102 Fällen (= 2%) haben wir die Krankenkasse lediglich um Unterlagen gebeten, die wir von den Versicherten wegen sprachlichen oder altersbedingten Problemen nicht erhielten (2018: 120). In 51 Fällen (= 1%) konnten wir die Versicherten über die Rechtslage aufklären, so dass sie ihr Problem erfolgreich lösen konnten (2018: 69).

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 bis 2017 wieder kontinuierlich an. Seit 2018 ist ein Abwärtstrend festzustellen. Dafür gibt es mehrere Gründe. Einerseits sind die Prämien im Berichtsjahr – im Gegensatz zu den letzten Jahren – nur moderat angestiegen, was zu weniger Kassenwechseln geführt hat. Andererseits haben wir festgestellt, dass die Krankenkassen die Arbeitsweise der Makler genauer überprüfen. Sie scheinen ganz allgemein der Qualität der Beratung mehr Beachtung zu schenken. Auch die internen Beschwerdestellen bei einzelnen Krankenkassen haben uns spürbar Arbeit abgenommen.

4 Erledigungsgrundsätze der Vermittlungstätigkeit

Auch dieses Jahr möchten wir die Aufgabe und die Tätigkeit der Ombudsstelle nochmals darstellen. Denn es wenden sich immer noch Personen mit Anliegen an die Ombudsstelle, die nicht in ihren Aufgabenbereich fallen. So halten Versicherte sie fälschlicherweise für eine unentgeltliche Rechtsvertretung, der sie Weisungen erteilen können, oder aber sie 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 dazugehörenden Reglement besteht die Hauptaufgabe der Ombudsstelle darin, Missverständnisse zwischen den Versicherten und ihren 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. Dabei gibt sie in erster Linie auf den Fall bezogenen Auskünfte. Bei Anfragen ausserhalb ihres Zuständigkeitsbereichs verweist sie auf andere Beratungsstellen und Hilfsorganisationen. Zudem interveniert die Ombudsstelle bei einem Krankenversicherer nur, wenn die Hilfe suchende Person die notwendigen Unterlagen zur Verfügung stellt, sofern sie dazu in der Lage zu sein scheint.

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

4.1 Wann ist die Ombudsstelle für einen Fall zuständig?

Die Ombudsstelle ist zuständig, wenn ein Versicherungsverhältnis aus dem Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und/oder ein Vertrag aus dem Bereich der Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vorliegt. Es muss sich bei den involvierten Parteien um eine krankenversicherte Person und eine gemäss Art. 2 bis 5 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) anerkannte Krankenkasse handeln.

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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 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. Sie gibt grundsätzlich keine Einschätzungen zu Prozessaussichten und keine Ratschläge zum weiteren Vorgehen in einem laufenden Rechtsverfahren ab.

Nicht zuständig ist die Ombudsstelle in folgenden Fällen:

- 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** über Prämienverbilligungen oder Ergänzungsleistungen. Je nach Kanton oder Stadt existieren öffentlich-rechtliche Ombudsstellen, an die man sich wenden kann.
- Bei **abweichenden Beurteilungen einzelner Amtsstellen** (beispielsweise Sozialdiensten), die sich über die Aufteilung von Prämienausständen nicht einig werden.

- Für die **Überprüfung von genehmigten Grund- und 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 Auskünfte und Hinweise.

4.3 Wer kann die 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 auch per E-Mail. Dieses Medium ermöglicht zwar eine rasche Kontaktaufnahme, ist aber für medizinische Daten nicht geeignet. Viele E-Mail-Anfragen sind schlecht dokumentiert und erfordern Rückfragen. Die Website der Ombudsstelle (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 Krankenversicherer haben. 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 Rechtsauskünfte. Von Interventionen beim Krankenversicherer sieht sie meist ab, weil sie nicht die Aufgaben solcher staatlicher Stellen übernehmen kann.

Auffällig oft wird die Ombudsstelle auch von Treuhändern in Namen ihrer Kunden kontaktiert. Auch hier übt die Ombudsstelle Zurückhaltung. Denn ihre unentgeltliche Dienstleistung sollte 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 Anspruch auf die Dienste einer Rechtsschutzversicherung haben oder bereits durch einen Anwalt vertreten sind.

Leider kommt es aber 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 sollen. Zuständig für Streitigkeiten über den Anspruch gegenüber Rechtsschutzversicherungen ist die

Ombudsstelle der Privatversicherung 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 keine Lösung finden. Die Fragen werden detailliert geprüft. Gegebenenfalls wird direkt beim Krankenversicherer interveniert. Die Interventionen und Stellungnahmen erfolgen in der überwiegenden Mehrzahl schriftlich. Ist die Sache dringend, werden die Versicherer ausnahmsweise auch telefonisch oder per E-Mail 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 irrt, dann erläutert sie ihr die gesetzlichen und die vertraglichen Bestimmungen sowie die Rechtsprechung. Sie erklärt ihr das Versicherungssystem und gibt Verhaltenstipps zur Vermeidung weiterer Missverständnisse.

4.6 Kann die Ombudsstelle die Geschäftspolitik der Krankenversicherer beeinflussen?

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

Das Reglement berechtigt die Ombudsstelle dazu, die Dachverbände der Krankenversicherer oder die Öffentlichkeit zu informieren, wenn sich in einem Sachbereich die Klagen der Versicherten häufen. Primär wendet sie sich 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 Versicherungspflichtige Personen

In der Schweiz muss jeder, der hier seinen Wohnsitz begründet oder arbeitet, eine obligatorische Krankenpflegeversicherung abschliessen. Wenn die Person das Land verlässt oder die Tätigkeit in der Schweiz aufgibt, heisst dies nicht, dass sie nicht mehr der schweizerischen Krankenversicherungspflicht untersteht. Dies zeigen die nachfolgenden Fälle:

Fall 1

Ein Versicherter meldete sich bei der Einwohnerkontrolle seines Wohnortes in der Schweiz ab und kündigte seine Krankenversicherung. Der Kündigung legte er die Abmeldebestätigung der Einwohnerkontrolle bei. Als er ein Jahr später wieder in die Schweiz zurückkehrte, stellte ihm die Krankenkasse rückwirkend alle Prämien für ein Jahr in Rechnung. Der Versicherte wollte von uns wissen, ob dies rechtens sei.

Unsere Abklärungen ergaben, dass der Versicherte eine Weltreise unternommen hatte. Er hatte während der gesamten Reise nirgends einen neuen Wohnsitz begründet. Gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVV stellt das Krankenversicherungsrecht für die Feststellung des Wohnsitzes auf Art. 23 f. des Zivilgesetzes (ZGB) ab. Gemäss Art. 24 Art. 1 ZGB bleibt der einmal begründete Wohnsitz einer Person bis zum Erwerb eines neuen Wohnsitzes bestehen. Die Forderung der Krankenkasse ist daher rechtlich zwingend, weil der Versicherte seinen Wohnsitz nicht ins Ausland verlegt hat.

Fall 2

Ein griechisches Ehepaar arbeitete jahrzehntelang in der Schweiz. Als der Ehemann das Rentenalter erreichte, zogen beide in ihre Heimat um. Er bezog sowohl eine Rente aus der Schweiz als auch eine kleine griechische Rente. Da Rentner, die eine Rente aus dem Wohnstaat beziehen, im Wohnstaat versicherungspflichtig sind (Art. 23 VO 883/2004; vgl. Anhang II des Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten, in dem auf die Koordination der Krankenversicherung Bezug genommen und im Zusammenhang mit dem anwendbaren Recht auf die Verordnung [VO] 883/2004 verwiesen wird), unterstand er dem Versicherungsobligatorium in Griechenland. Die Ehefrau als nicht erwerbstätiges Familienmitglied musste ihm in die griechische Versicherung folgen.

Es vergingen sieben Jahre bis die Ehefrau ebenfalls das ordentliche AHV-Rentenalter erreichte und Anspruch auf eine schweizerische Rente geltend machen konnte. Im Gegensatz zu ihrem Gatten, war sie nie in Griechenland erwerbstätig gewesen, weshalb sie keinen eigenen Anspruch auf eine griechische Rente hatte. Da das Koordinationsrecht auf dem Grundsatz des Erwerbortsprinzips beruht und ihre eigene Rente aus der Schweiz erbracht wurde, unterstand sie nach Erreichen des schweizerischen Rentenalters der Versicherungspflicht in der Schweiz. Dies wusste sie nicht, und die Schweizerische Ausgleichskasse SAK in Genf hatte ihr dies auch nicht mitgeteilt, da diese Behörde die Ansicht vertritt, für solche Informationen nicht zuständig zu sein. Die Gemeinsame Einrichtung KVG, die allenfalls zu-

ständig wäre, erfährt in der Regel nicht, wer sich für eine Rente bei der SAK gemeldet hat. Auf die Anregung der Ombudsstelle, die Antragsteller aus der EU mit einem Beiblatt zu informieren oder an die Gemeinsame Einrichtung KVG zu verweisen, ging die SAK nicht ein.

Fall 3

Regelmässig melden sich Versicherte bei uns, denen gegenüber die Krankenkasse behauptet hat, sie könne sie nicht in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufnehmen, solange sie noch keine Aufenthaltsbewilligung erhalten hätten. Wenn diese Bewilligung dann endlich vorliegt, müssen die Versicherten einen Prämienaufschlag wegen verspätetem Beitritt zahlen, da die Bewilligung oft erst nach Ablauf der Anmeldefrist von drei Monaten seit Wohnsitznahme eintrifft.

Mit diesem Problem wandte sich eine rumänische Staatsangehörige an die Ombudsstelle. Sie gab an, dass sie sich zwecks Eheschliessung seit Anfang Februar 2019 in der Schweiz aufhalte. Gemäss Schreiben des Zivilstandsamts von Mitte Februar sei die Aktenprüfung für das Ehevorbereitungsverfahren abgeschlossen. Als die EU-Bürgerin sich bei der Gemeinde anmelden wollte, habe man ihr beschieden, sie sei für drei Monate nach dem Zuzug nicht anmeldepflichtig. Auch die Krankenkasse, der sie den Beitritt erklärt habe, habe ihr lediglich den Erhalt bestätigt und mitgeteilt, der „Antrag“ könne erst nach Erhalt der Anmeldebestätigung der Einwohnergemeinde und einer Kopie der Aufenthaltsbewilligung bearbeitet werden. Seit Ende Februar 2019 war die Frau wegen Schwangerschaftskomplikationen hospitalisiert. Auf das Kostengutsprachege such des Spitals erwiderte die Krankenkasse, sie benötige die Anmeldebestätigung der Einwohnerkontrolle per Einreisedatum, um die Kosten übernehmen zu können.

Vor diesem Hintergrund bat uns die Frau um Unterstützung.

Es darf u.E. davon ausgegangen werden, dass eine Person, die zwecks Eheschliessung in die Schweiz gezogen ist, sowohl ihren Wohnort im europarechtlichen Sinne (Art. 1 Bst. j der Verordnung Nr. 883/2004) als auch ihren Wohnsitz im Sinne von Art. 23 Abs. 1 ZGB in die Schweiz verlegt hat. Somit wohnt die Frau seit Anfang Februar 2019 in der Schweiz.

Gemäss Art. 11 Abs. 3 Bst. e der Verordnung Nr. 883/2004 unterliegt die nicht erwerbstätige Frau den Rechtsvorschriften ihres Wohnstaates, somit dem schweizerischen Sozialversicherungsrecht. Nach Art. 3 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVV untersteht die Frau wegen ihres schweizerischen Wohnsitzes der Krankenversicherungspflicht der Schweiz. Dementsprechend erklärte sie richtigerweise Anfang Februar 2019 der Krankenkasse gegenüber innerhalb der dafür vorgesehenen Dreimonatsfrist (Art. 3 Abs. 1 KVG) ihren Beitritt per 1. Februar 2019.

Wir sind der Auffassung, dass es nicht zulässig ist, die Aufnahme in die Krankenkasse von einer Anmeldebestätigung der Gemeinde per Einreisedatum abhängig zu machen. Denn bei rechtzeitigem Beitritt – wie hier – beginnt die Versicherung gemäss Art. 5 Abs. 1 KVG im Zeitpunkt der Wohnsitznahme in der Schweiz, vorliegend Anfang Februar 2019. Die in Art. 7 KVV geregelten Sonderfälle, bei denen auf den Zeitpunkt der Anmeldung bei der Einwohnerkontrolle abgestellt wird, beziehen sich auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz (wie aus der Bezugnahme auf Art. 1 Abs. 2 KKV ersichtlich ist; vgl. auch Art. 5 Abs. 1 Satz 2 KVG in Verbindung mit Art. 3 Abs. 3 KVG; BGE 125 V 76 E. 3b S. 80).

Nach dem Gesagten ersuchten wir die Krankenkasse, die Frau antragsgemäss mit Wirkung ab dem 1. Februar 2019 in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufzunehmen. Der Krankenversicherer teilte unsere Meinung und nahm die Versicherte wunschgemäss auf. Gleichzeitig wies er darauf hin, dass ihm die Hintergründe, insbesondere die bevorstehende Hochzeit, das abgeschlossene Ehevorbereitungsverfahren, usw., nicht bekannt gewesen seien, weshalb er nicht anders habe handeln können.

5.2 Krankenkassenwechsel

Regelmässig lassen sich Versicherte von Maklern dazu überreden, ihre Krankenkasse für das kommende Jahr zu wechseln, obwohl die neuen Prämien noch gar nicht feststehen. Ist deren Höhe dann bekannt, stellt der eine oder andere Versicherte fest, dass die Prämien des neuen Versicherers teurer sind als jene des bisherigen. Sie wollen dann die abgeschlossenen Versicherungsverträge rückgängig machen. Der Versicherte im nachfolgenden Fall hatte Glück und konnte wenigstens im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung den Wechsel rückgängig machen.

Fall 4

Der Versicherte hatte bereits im August 2018 den Beitritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erklärt. Gleichzeitig unterschrieb er die Kündigung der bisherigen Versicherung per Ende 2018 und übergab beide Unterlagen dem Makler. Als der Versicherte feststellte, dass die Prämie der neuen Krankenkasse teurer war als diejenige seiner bisherigen Kasse, wandte er sich an letztere und bat um Aufhebung seiner Kündigung. Damit war der neue Krankenversicherer nicht einverstanden mit der Begründung, die Voraussetzungen für einen rechtsgültigen Kassenwechsel seien erfüllt und ein Widerruf der Kündigung gemäss Art. 9 des Obligationenrechts (OR) sei im Bereich des Sozialversicherungsrechts, zu dem die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG gehöre, nicht möglich. Wir hielten mit folgenden Argumenten dagegen:

Der Kassenwechsel ist gültig erfolgt, wenn die folgenden Voraussetzungen alle zusammen erfüllt sind:

- Die Kündigung ist beim bisherigen Versicherer fristgemäss eingegangen;
- der neue Versicherer hat die Beitrittserklärung seines zukünftigen Versicherten erhalten;
- der neue Versicherer hat der bisherigen Krankenkasse mitgeteilt, dass die beitriftswillige Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist (sog. Nachversicherungsbestätigung gemäss Art. 7 Abs. 5 KVG);
- die beitriftswillige Person hat allfällige bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnte Ausstände noch rechtzeitig vor dem Übertritt beglichen.

Unsere Abklärungen haben ergeben, dass die vom Versicherten Anfang August 2018 unterschriebene Kündigung, die er dem Makler übergeben hatte, nicht datiert war. Sein Widerruf der Kündigung gemäss Art. 9 OR erfolgte Anfang November

2018. Der Makler datierte die Kündigung eigenhändig nach und versandte sie Mitte November 2018 an den bisherigen Krankenversicherer. Demzufolge erhielt die bisherige Krankenkasse zuerst Kenntnis vom Widerruf der Kündigung und erst anschliessend von der Kündigung selbst. Demzufolge galt die Kündigung als nicht erfolgt und da diese Voraussetzung fehlte, war der Kassenwechsel nicht rechtsgültig zustande gekommen. Dies teilten wir dem neuen Versicherer mit.

Was die Anwendung von Art. 9 OR im Bereich des Sozialversicherungsrechts anging, wiesen wir darauf hin, dass der Widerruf einer Erklärung auch im Sozialversicherungsrecht anwendbar ist. Tatsächlich hatte das Bundesgericht im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung, bei der es sich – wie bei der Krankenversicherung – ebenfalls um eine Sozialversicherung handelt, den Art. 9 OR per Analogie angewandt (vgl. BGE 140 V 82). Diese Bestimmung ist somit bei allen empfangsbedürftigen Willenserklärungen anwendbar, unabhängig davon ob sie dem Bereich des Privatrechts oder wie hier des öffentlichen Rechts unterstehen.

Der Krankenversicherer folgte unserer Argumentation und hob die bei ihm abgeschlossene obligatorische Krankenpflegeversicherung rückwirkend auf.

5.3 Pflichtleistung bei Zahnunfall

Bei Zahnunfällen ist die Leistungspflicht des Versicherers häufig umstritten.

Fall 5

Ein Versicherter, vertreten durch ein Sozialamt, teilte uns mit, er sei aus einem Fenster gesprungen und habe sich u.a. einen Zahn gebrochen. Seine Krankenkasse anerkenne das Ereignis nicht als Unfall mit der Begründung, die Voraussetzung der „nicht beabsichtigten schädigenden Einwirkung“ sei nicht erfüllt. Aus diesem Grund wolle sie die Behandlungskosten nicht übernehmen.

Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist der Unfall wie folgt definiert:

„Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.“

Wenn einer der genannten Voraussetzungen nicht gegeben ist, liegt von Gesetzes wegen kein Unfall vor, der den Krankenversicherer zur Kostenübernahme gemäss Art. 31 Abs. 2 KVG verpflichtet.

Gemäss den uns vorgelegten Unterlagen soll der Versicherte aus dem dritten Stock auf einen Spielplatz gesprungen sein. Wir forderten die Krankenkasse auf, den geistigen Zustand des Versicherten im Moment des Sprunges zu prüfen, bevor sie die Kostenübernahme wegen der fehlenden Voraussetzung gemäss Art. 4 ATSG ablehne.

Die Krankenkasse teilte uns in der Folge mit, dass ihre Abklärungen ergeben hätten, dass der Versicherte in der Nacht nach dem Unfall den Notdienst einer psych-

iatischen Klinik konsultiert habe. Im Gespräch mit dem diensthabenden Arzt erzählte er diesem, er habe sich mit seiner Freundin gestritten und diese habe ihn im Treppenhaus gestossen. Dabei sei er die Treppe hinunter gestürzt. Da diese Aussage vor der Behauptung erfolgt ist, er sei aus dem dritten Stock auf den Spielplatz gesprungen, war der Versicherer bereit, ihr zu folgen, mit dem Hinweis, es handle sich um eine "Aussage der ersten Stunde", der in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht beigemessen werden müsse als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein könnten.

Demzufolge erklärte sich die Krankenkasse bereit, die Kosten für die Zahnbehandlung gemäss Art. 31 Abs. 2 KVG zu übernehmen.

5.4 Taggeldversicherung nach KVG

Im Bereich der Krankentaggeldversicherung ist allein der Erwerbsausfall infolge Krankheit versichert, nicht die Krankheit selber. Der Versicherte muss daher beweisen, dass er – wenn er gesund wäre – Anspruch auf einen Lohn oder auf einen Lohnersatz (Arbeitslosengelder) gehabt hätte. Der Anspruch auf einen Lohn kann auch darin bestehen, dass der Versicherte zwar einen Arbeitsvertrag abgeschlossen hat, aber die Stelle krankheitsbedingt erst gar nicht antreten kann.

Im folgenden Fall war die Versicherte immer noch bei ihrem Arbeitgeber angestellt, konnte aber ihre Arbeit wegen einer neuen Erkrankung nicht wieder antreten.

Fall 6

Nachdem die Ombudsstelle einen ersten Taggeldversicherungsfall erfolgreich abgeschlossen hatte, meldete sich die Versicherte wegen eines weiteren gesundheitlichen Problems wieder bei uns. Sie teilte mit, dass der Taggeldversicherer die Leistungen für einen neuen Krankheitsfall mit der Begründung abgelehnt habe, dass trotz des damals noch andauernden Arbeitsverhältnisses mangels Lohnzahlung kein Lohnausfall nachgewiesen worden sei. Aus diesem Grund müsse er jede weitere Taggeldleistung ablehnen. Die Versicherte wollte von uns wissen, ob dies rechtens sei.

Wir konnten die Begründung des Taggeldversicherers für den ablehnenden Bescheid nicht nachvollziehen. In der Tat bezog die Versicherte im massgeblichen Zeitraum nur deshalb keinen Lohn, weil die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers wegen des ersten Krankheitsfalls vor Ende des Arbeitsverhältnisses geendet hatte. Wäre sie wieder gesund gewesen, hätte sie ihre Arbeit erneut aufnehmen und somit Lohn beziehen können. Deshalb war u.E. ein krankheitsbedingter Erwerbsausfall ohne Weiteres zu bejahen. Dies teilten wir dem Taggeldversicherer mit.

Der Taggeldversicherer stimmte unserer Argumentation zu und gewährte der Versicherten für den neuen Krankheitsfall Taggeldleistungen für die Dauer von drei Monaten abzüglich der Wartefrist von 30 Tagen und unter Anrechnung der ihr inzwischen zugesprochenen IV-Rente.

5.5 Individuelle Prämienverbilligung (IPV)

Unsere Ombudsstelle erteilt immer wieder Berufsleuten (wie z.B. Anwälten, Beiständen, usw.) Auskunft, wenn sie sich mit einem Problem ausserhalb ihres Fachgebiets an uns wenden. Dies ist uns gemäss dem Stiftungsreglement erlaubt. Wir dürfen lediglich nicht für sie bei der Krankenkasse intervenieren.

Fall 7

Ein Berufsbeistand fragte uns, ob es zulässig sei, einem Versicherten den Überschuss, welcher sich aus den bereits vorausbezahlten Prämien und den nachträglich erbrachten individuellen Prämienverbilligungen (IPV) ergeben, mit Verlustscheinen zu verrechnen. Unsere Antwort lautete wie folgt:

Gemäss Art. 65 Abs. 3 Satz 2 KVG sollen die Kantone nach der Feststellung der Bezugsberechtigung dafür sorgen, dass die Auszahlung der IPV so erfolgt, dass die anspruchsberechtigten Personen ihrer Prämienzahlungspflicht nicht vorschussweise nachkommen müssen.

Aus den verschiedensten Gründen kommt es indessen immer wieder vor, dass die Berechtigten längere Zeit auf die ihnen zustehenden Zuwendungen warten müssen. Diejenigen, die keine weiteren Schulden in Form von Mahn- und Betreibungskosten generieren möchten, die ihnen später niemand ersetzt, bemühen sich, die Prämien zu bezahlen. Sie sparen sich diese quasi vom Mund ab. Auf diese Weise kann es zu einem Überschuss kommen.

Ein Überschuss ergibt sich jedoch auch, wenn die Prämie niedriger als die zustehende IPV ist und der jeweilige Kanton keine Regelung vorsieht, wonach der Überschuss an den Kanton zurückzuerstatten ist.

Was mit dem jeweiligen Überschuss zu geschehen hat, ist in Art. 106c Abs. 5 lit. a KVV geregelt. Danach bezahlt der Versicherer der versicherten Person die Differenz innerhalb von 60 Tagen aus, wenn seine restlichen Prämienforderungen für das laufende Kalenderjahr und seine fälligen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, für die kein Verlustschein vorliegt, kleiner sind als die vom Kanton gewährte IPV.

Demzufolge hat der Verordnungsgeber ausdrücklich bestimmt, dass der Überschuss nicht mit Verlustscheinen verrechnet werden darf.

Der Beistand wandte sich mit dieser Argumentation an den Krankenversicherer und erhielt Recht.

6 Aus der Praxis der Zusatzversicherungen nach VVG

6.1 Mahnverfahren gemäss Art. 20 und 21 VVG

Im Bereich der Zusatzversicherung nach VVG ist uns aufgefallen, dass die Versicherer, nachdem sie die versicherte Person wegen ausstehender Prämien gemäss Art. 20 VVG formell gemahnt hatten, die Forderung erst dann in Betreuung setzten, wenn bereits von Gesetzes wegen angenommen werden durfte, dass der Krankenversicherer vom Vertrag zurückgetreten sei (Art. 21 Abs. 1 VVG; sog. gesetzliche Fiktion). Gleichzeitig kassieren sie weiterhin die laufenden Prämien, obwohl die Versicherungsverträge schon lange nicht mehr existieren. Dieses Vorgehen ist nicht rechtmässig.

Fall 8

Der Versicherte hatte seiner Krankenkasse im Jahr 2018 alle Prämien der Grund- und Zusatzversicherung bezahlt, mit Ausnahme derjenigen für den Monat Juli. Die Kasse hatte ihm – nach erfolgloser Mahnung – für die VVG-Prämie Juli 2018 am 18. August 2018 eine Zahlungsaufforderung mit Zahlungsfrist bis 17. September 2018 sowie Androhung der Verzugsfolgen zugestellt. Für den KVG-Anteil Juli 2018 hatte die Krankenkasse den Versicherten im Dezember 2018 betrieben. Demgegenüber scheint sie für den VVG-Anteil weder eine Betreuung noch eine Klage eingeleitet zu haben.

Am 8. Februar 2019 bezog der Versicherte eine Sehhilfe im Ausland. Die Krankenkasse zahlte dem Versicherten zunächst einen Beitrag in Höhe von CHF 250 aus, später forderte sie den Betrag wieder zurück. Sie begründete ihre Rückforderung mit einer Deckungslücke im Zeitpunkt des Brillenkaufs. Nachdem der Versicherte im März 2019 gegenüber dem Betreibungsamt die Prämie für die Grundversicherung bezahlt hatte, ersuchte er die Kasse um Löschung des Eintrages im Betreibungsregister. Daraufhin teilte ihm die Krankenkasse schriftlich mit, dies sei nur möglich, wenn er die noch offene Prämie für die Zusatzversicherung vom Juli 2018 bezahle. Der Versicherte bezahlte in der Folge den geforderten Betrag, wandte sie jedoch an die Ombudsstelle, mit der Frage, ob das Vorgehen seiner Krankenkasse korrekt sei.

Gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG vermutet das Gesetz, dass der Versicherer vom Versicherungsvertrag – unter Verzicht auf die noch ausstehende Prämie – zurücktritt, wenn er nicht innert zweier Monaten vom Ablauf der Mahnfrist an die rückständige Prämie einfordert (durch Betreuung).

Im vorliegenden Fall legten die Unterlagen die Vermutung nahe, dass die Krankenkasse den VVG-Ausstand Juli 2018 nicht innert der genannten Frist rechtlich eingefordert hatte. Aus diesem Grund sind wir davon ausgegangen, dass der Versicherungsvertrag über die Zusatzversicherungen mit Ablauf der zweimonatigen Frist gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG untergegangen sei. Da der Versicherte die VVG-Prämien jedoch weiterhin bezahlte und die Krankenkasse diese auch entgegennahm, argumentierte wir gegenüber dem Versicherer, dass vom Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages auf der Grundlage der bisherigen Bestimmungen auszugehen sei, und zwar, nachdem der bisherige Vertrag untergegangen sei. Da dieser neue Vertrag keine Leistungssperre aufweise, sei der Versicherer zur Kostenüber-

nahme für die Sehhilfe verpflichtet und hätte den Betrag von CHF 250 nicht vom Versicherten zurückfordern dürfen. Zudem hätte die Krankenkasse korrekterweise die Juli-Prämie 2018 vom Versicherten nicht mehr verlangen dürfen und deshalb zurückerstatten müssen.

Der Krankenversicherer ging auf unsere Argumentation ohne weiteren Kommentar ein und verzichtete auf die Rückerstattung der CHF 250 und erstattete dem Versicherten die Juli-Prämie zurück.

6.2 Die Folgen des Mahnverfahrens im Taggeldbereich

Im Fall 8 des letztjährigen Jahresberichts wiesen wir darauf hin, welche Probleme sich für die Versicherten ergeben können, wenn der Versicherer sie im Mahnverfahren nicht explizit, klar und umfassend über die angedrohten Säumnisfolgen bei Nichtzahlung der Prämien aufklärt. Im Berichtsjahr hat sich in einem Fall im Bereich der Taggeldversicherung diese Problematik und deren Folgen auf explizite Weise gezeigt.

Fall 9

Der Versicherte hatte eine nicht mehr rentable Gärtnerei übernommen und geriet dadurch in eine finanzielle Notlage. Als er mit der Zahlung der Jahresprämie in Verzug geriet, stellte ihm der Taggeldversicherer Anfang März 2017 eine Mahnung zu, welche den folgenden Vermerk enthielt:

„VVG 20 und 21: Wird die Prämie zur Verfallzeit oder während der im Verträge eingeräumten Nachfrist nicht entrichtet, so ist der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich aufzufordern, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Zahlungsaufforderung an gerechnet, Zahlung zu leisten. Bleibt die Zahlungsaufforderung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht des Versicherers vom Ablauf der Mahnfrist an. Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der in Art. 20 dieses Gesetzes festgesetzten Frist rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Verträge zurücktritt.“

Der Versicherte stotterte in der Folge die Jahresprämie von über CHF 4'000 in Raten ab. Am 1. Oktober 2017 hatte er die gesamte Prämie inkl. Gebühren bezahlt. In der Zwischenzeit erlitt er jedoch einen Burnout und war seit dem 1. August 2017 arbeitsunfähig.

Auf die Geltendmachung seines Taggeldanspruchs erwiderte der Taggeldversicherer dem Versicherten, es bestehe seit Anfang April 2017 bis zur vollständigen Zahlung der Jahresprämie am 1. Oktober 2017 ein Deckungsunterbruch. Da der Krankheitsbeginn in diese Periode gefallen sei, könne er ihm auch über den 1. Oktober 2017 hinaus keine Leistungen erbringen. Der Versicherte wollte von uns wissen, ob der Entscheid des Versicherers korrekt sei.

Zunächst möchten wir darauf hinweisen, dass vielen Versicherten nicht bewusst ist, dass eine Ratenzahlungsvereinbarung den Deckungsunterbruch (= Leistungssperre) nicht unterbricht. Dies gilt im übrigen für alle Zusatzversicherungen nach VVG, nicht nur für die Taggeldversicherung.

Das Ruhen der Leistungspflicht bei Nichtbezahlung der Prämie innerhalb der in der Mahnung angesetzten Nachfrist bedeutet in der Tat, dass in der Zeit bis zur allfälligen – wie im vorliegenden Fall – später dann doch noch erfolgten Bezahlung der Prämie keine Versicherungsdeckung besteht. Mit anderen Worten werden für eine im entsprechenden Zeitraum wegen einer bestimmten Krankheit entstandene Arbeitsunfähigkeit für alle Zeiten – auch nach der schliesslich erfolgten Bezahlung der Prämie – keine Leistungen erbracht. Insofern entspricht die Auffassung des Taggeldversicherers der gesetzlichen Regelung.

Die Frage ist nur, wie detailliert die Mahnung (bzw. die Zahlungsaufforderung) die versicherte Person über die Folgen der nicht fristgerechten Bezahlung der Prämie aufklären muss, insbesondere ob der Taggeldversicherer die Information „so ruht die Leistungspflicht des Versicherers vom Ablauf der Mahnfrist an“ (Zahlungsaufforderung von Anfang März 2017, übereinstimmend mit Art. 20 Abs. 3 VVG) näher hätte erläutern müssen.

Wir sind der Auffassung, dass hier eine Aufklärung des Versicherten nötig ist. Eine Mahnung, die dies nicht klarstellt, genügt nach unserer Auffassung nicht der bundesgerichtlichen Vorgabe, dass die Androhung der Verzugsfolgen „explizit, klar und umfassend“ zu erfolgen hat, um diese „in das Bewusstsein des Schuldners zu rücken“ (BGE 138 III 2 E. 4.2 S. 7). Dass sich die den Deckungsausschluss betreffende Präzisierung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen findet, genügt u.E. ebenfalls nicht (vgl. BGE 138 III 2 E. 4.2 S.7, wonach eine Verweisung auf die Versicherungsbedingungen nicht ausreichen würde).

Dies teilten wir dem Taggeldversicherer mit und machten im konkreten Fall geltend, es habe u.E. keine rechtsgültige Leistungssperre im Sinne von Art. 20 Abs. 3 VVG eintreten können, weil die nach Art. 20 Abs. 1 VVG vorgesehene Mahnung bzw. Zahlungsaufforderung den Anforderungen nicht genüge (vgl. Bundesgerichtsurteil 4A_134/2015 vom 14. September 2015 E. 3.2.2 in fine). Vor diesem Hintergrund baten wir ihn, seine Taggeldleistungspflicht für die ab dem 1. August 2017 gemeldete Arbeitsunfähigkeit nochmals zu prüfen.

Der Taggeldversicherer war anderer Meinung und liess uns wissen:

„Ohne Änderung der Gesetzesbestimmung selber oder der Rechtsprechung des Bundesgerichts werden wir unsere Mahnpraxis nicht ändern.“

Die Mediation war damit gescheitert und die von uns aufgeworfene Problematik bleibt weiterhin ungeklärt.

6.3 Antrag der versicherten Person auf Vertragsänderung

Wenn Versicherte Vertragsänderungen im Bereich der Zusatzversicherungen wünschen, laufen sie Gefahr, nicht nur die neu abgeschlossene Zusatzversicherung nach VVG wegen Anzeigepflichtverletzung zu verlieren, sondern auch noch die bisherige Versicherung. Aus diesem Grund empfiehlt die Ombudsstelle den Versicherten im Falle eines Änderungsantrages, mit dem Krankenversicherer zu vereinbaren, dass bei einer allfälligen Anzeigepflichtverletzung der bisherige Vertrag automatisch wieder aufleben soll. Wenn der Versicherer darauf nicht eingehen möchte, sollte man von einer Änderung des Versicherungsvertrages Abstand nehmen.

Fall 10

Die 17-jährige Versicherte besass seit ihrer Geburt eine Spitalzusatzversicherung Halbprivat. Im November 2017 stellte ihr Vater einen Antrag für eine Spitalversicherung Privat, welche am 1. Januar 2018 in Kraft trat. Einige Monate später teilte der Krankenversicherer der Versicherten mit, dass die Versicherung aufgrund einer Verletzung der Anzeigepflicht gekündigt werde. Die Versicherte verfügte nun über gar keine Spitalzusatzversicherung mehr.

Die Eltern der Versicherten wandten sich an den Krankenversicherer und legten dar, weshalb im konkreten Fall von keiner Anzeigepflichtverletzung ausgegangen werden könne. Dieser hielt indessen an seiner Entscheidung fest. Damit waren sie nicht einverstanden und baten uns um Hilfe.

Ob eine Anzeigepflicht vorlag oder nicht konnte nicht zweifelsfrei geklärt werden. Dies spielte vorliegend auch keine Rolle, da wir bei der beantragten Deckungserhöhung der Spitalversicherung von Halbprivat zu Privat von einer Vertragsänderung und nicht von einem Neuabschluss ausgingen. In der Tat wurde einerseits der Versicherungsantrag als „Vertragsänderung“ deklariert und andererseits wurde die Spitalversicherung Halbprivat nie gekündigt. Die Gesundheitsdeklaration bezog sich folglich auch nur auf den Teil der Deckungserhöhung, die Spitalversicherung Halbprivat blieb davon jedoch unberührt. Wie der Krankenversicherer schrieb, hätte er bei Kenntnis der Umstände, die zum Vorwurf der Anzeigepflichtverletzung geführt hatten, den Antrag für die Spitalversicherung Privat abgelehnt. Die Versicherte wäre demzufolge nach wie vor in der Spitalversicherung Halbprivat versichert. Die Anzeigepflichtverletzung war u.E. somit nur auf den Teil der Vertragsänderung anwendbar.

Der Krankenversicherer verwies erneut auf den Tatbestand der Anzeigepflichtverletzung. Zudem machte er geltend, dass mit dem Versicherungsantrag vom November 2017 ein Antrag zu einem neuen Versicherungsvertrag per 1. Januar 2018 gestellt worden sei, der den früheren Vertrag abgelöst habe.

Wir wollten auf das Vorliegen einer Anzeigepflichtverletzung nicht mehr weiter eingehen, sondern die Mediation auf die Ablehnung, die Spitalzusatzversicherung Halbprivat weiter zu führen, lenken. Aus diesem Grund wiesen wir auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts hin, wonach es bei der Abgrenzung zwischen Vertragsänderung und -erneuerung auf den übereinstimmenden Willen der Parteien ankäme (BGer 5C.252/2006 vom 01.05.2007, BGE 132 III 264).

Wir argumentierten wie folgt: Im Versicherungsantrag wurde die Rubrik „Versicherungsänderung“ angekreuzt, obwohl auch ein Feld „Neubeitritt“ zur Verfügung gestanden wäre. Die Versicherte bzw. ihre gesetzlichen Vertreter durften folglich nach Treu und Glauben davon ausgehen, dass es sich beim Antrag um eine Versicherungsänderung und nicht um einen Neuabschluss handle. Zudem greife vorliegend auch der Grundsatz „in dubio contra stipulatorem“ (im Zweifel gegen den Vertragsverfasser). Des Weiteren hätten die Eltern den Vertrag der Spitalzusatzversicherung Halbprivat weder gekündigt noch die Einwilligung zu dessen Auflösung erteilt. Unter den gegebenen Umständen seien wir der Ansicht, dass die Gesundheitsdeklaration und die später erfolgte Kündigung infolge Anzeigepflichtverletzung sich nur auf den Teil der Deckungserhöhung bezogen hätten, weshalb die Spitalzusatzversicherung Halbprivat der Versicherten weiter zu führen sei.

Der Krankenversicherer teilte unsere Ansicht nicht und wies darauf hin, dass bei Personenversicherungen Mutationen sowohl beim versicherten Interesse als auch bei den versicherten Gefahren dann als Vertragserneuerungen gelten würden, wenn eine neue Gesundheitserklärung ausgefüllt werde (Stephan Fuhrer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2011, Rz 13.6). Aus der Rechtsprechung und Lehre liesse sich seines Erachtens den Schluss ziehen, wonach in der Regel dann von einem neuen Vertragsabschluss auszugehen sei, wenn die Haftung erhöht und eine neue Gesundheitserklärung ausgefüllt werde. Es sei nur dann von einer Vertragsänderung auszugehen, wenn das Risiko respektive die Versicherungssumme eingeschränkt werde.

Die bestehende Haftung des Versicherers sei vorliegend in qualitativer Hinsicht ausgedehnt worden, indem anstelle der bisherigen Spitalversicherung Halbprivat neu die Spitalversicherung Privat abgeschlossen worden sei. Es wurde somit eine höhere Leistung versichert. Aus diesem Grund habe er als Versicherer eine neue Gesundheitsdeklaration eingeholt. Damit seien die Voraussetzungen für den Abschluss eines neuen Vertrages erfüllt und demzufolge sei der alte Vertrag beendet. Mit der Kündigung des neuen Versicherungsvertrages infolge Anzeigepflichtverletzung lebe der bisherige Vertrag nicht automatisch wieder auf.

In Bezug auf das verwendete Dokument „Versicherungsantrag“ für den Abschluss oder die Änderung einer Zusatzversicherung teilte der Versicherer mit, dass die von uns angesprochene Rubrik zu Beginn des Dokuments nur für den internen Gebrauch vorgesehen sei. Weder die Umschreibung „Neubeitritt“ noch „früher bei der Krankenkasse versichert“ seien in Betracht gekommen, da die Versicherte bereits ununterbrochen bei ihm versichert gewesen sei. Der Krankenversicherer lehnte daher die Weiterführung der Spitalzusatzversicherung Halbprivat weiterhin ab.

Dem Vater der Versicherten wäre nur noch der Rechtsweg geblieben. Wir baten daher den Versicherer um eine Kompromisslösung. Er liess sich nach einiger Bedenkzeit darauf ein und die Parteien vereinbarten per Saldo aller Ansprüche, dass die Spitalzusatzversicherung Privat wegen Anzeigepflichtverletzung gekündigt bleibt, die Versicherte aber ab dem 1. Mai 2019 in die Spitalzusatzversicherung Halbprivat wieder aufgenommen wird, für allfällige zukünftige Leistungen kein gesundheitlicher Vorbehalt gilt (auch nicht im Zusammenhang mit derjenigen Krankheit, die zur Anzeigepflichtverletzung geführt hatte). Die Versicherte verzichtet im Gegenzug auf Ansprüche für die Periode vom 1. Januar 2018 bis 30. April 2019.

Bei dieser Kompromisslösung profitierten alle Beteiligten, da für beide Parteien ein Prozessrisiko bestand.

7 Aus der Praxis der Fälle mit Auslandsbezug

Bei grenzüberschreitenden Fällen stellt sich immer wieder die Frage, welchem Versicherungsrecht eine Person unterstellt ist. Wie die nachfolgenden Fälle eindrücklich zeigen:

Fall 11

Die Versicherte ist Schweizerin mit Wohnsitz im Kanton St. Gallen. Sie ist bei einer schweizerischen Krankenversicherung obligatorisch krankpflegeversichert nach KVG und arbeitet im Fürstentum Liechtenstein. Als sie am Arbeitsort ambulante medizinische Leistungen bezog, verweigerte ihr die Krankenkasse die Kostenübernahme mit der Begründung, sie unterstehe aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit dem EU-Freizügigkeitsabkommen. Aus diesem Grund benötige sie eine Versicherung nach den bilateralen Verträgen, welche die Krankenkasse ihr nicht anbieten könne. Sie müsse sich daher einen Versicherungsanbieter suchen, der die Grundversicherung nach den bilateralen Verträge durchführe. Die Versicherte wollte von uns wissen, ob die Stellungnahme der Krankenkasse korrekt sei.

Da wir die Ansicht der Krankenkasse nicht teilten, intervenierten wir mit den folgenden Argumenten:

Sowohl die Schweiz wie auch das Fürstentum Liechtenstein sind EFTA-Staaten. Aufgrund des EFTA-Übereinkommens vom 4. Januar 1960, in Kraft seit dem 1. Juni 2002, Stand vom 9. November 2017, Protokoll 2 zu Anlage 2, gilt im Verhältnis zwischen der Schweiz und Liechtenstein Folgendes:

Nach Ziffer 1, Punkt 1.1. unterliegen Personen, die im Gebiet eines der beiden Staaten wohnen, im Bezug auf die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung den Rechtsvorschriften dieses Staates, wenn sie in Bezug auf die andern Zweige der sozialen Sicherheit auf Grund einer Erwerbstätigkeit den Rechtsvorschriften eines der beiden Staaten unterliegen (vgl. lit. a). Nach Punkt 1.4 haben sie als Grenzgänger das Recht, im Staat, in dem sie arbeiten, dieselben Leistungen zu erhalten, als wären sie dort versichert.

Im konkreten Fall sei die Versicherte Grenzgängerin nach dem Fürstentum Liechtenstein. Aufgrund des EFTA-Übereinkommens gelte zwischen der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein das Wohnsitzprinzip. Die Versicherte unterstehe somit der Versicherungspflicht in der Schweiz, habe aber das Recht, im Fürstentum Liechtenstein Leistungen zu beziehen, als wäre sie dort versichert.

Aufgrund dieser Argumentation baten wir den Krankenversicherer, die obligatorische Krankpflegeversicherung der Versicherten weiter zu führen und die entsprechenden Leistungen zu erbringen. Der Versicherer pflichtete unserer Auffassung bei und erklärte die Versicherte als lückenlos bei ihm versichert.

Fall 12

Eine verheiratete schwangere Grenzgängerin mit Wohnsitz in Italien beklagte sich darüber, dass ihre schweizerische Krankenkasse ihr ungeborenes Kind nicht in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufnehmen wolle. Als Begründung soll die Krankenkasse angegeben haben, der Vater des ungeborenen Kindes, der ebenfalls Grenzgänger ist, habe von seinem Optionsrecht Gebrauch gemacht und sei in Italien versichert. Das Kind müsse daher im gleichen Versicherungssystem des Vaters versichert werden. Damit waren ihr Ehemann und sie nicht einverstanden.

Die Abklärungen haben ergeben, dass die Versicherte gestützt auf dem Erwerbsortsprinzip in der Schweiz versichert ist. Der Vater des ungeborenen Kindes hat zwar von seinem Optionsrecht Gebrauch gemacht und ist in Italien versichert, dies spielt vorliegend aber keine Rolle.

Tatsächlich ist nur wesentlich, ob ein Elternteil in Italien erwerbstätig ist. In einem solchen Fall müsste das Kind der Versicherung des in Italien tätigen Elternteil beitreten, weil die Familie ihren Wohnsitz in Italien hat.

Da aber beide Ehegatten in der Schweiz arbeiten und die Mutter ihre Tätigkeit nach der Geburt nicht aufgeben will, können die Eltern frei wählen, wo sie ihr Kind versichern lassen wollen. Dies teilten wir dem Versicherer mit.

Der Krankenversicherer pflichtete unserer Argumentation bei und erklärte sich bereit, das Kind in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufzunehmen.

Luzern, den 9. April 2020

Morena Hostettler Socha, Ombudsfrau

STIFTUNG OMBUDSSTELLE KRANKENVERSICHERUNG

Stiftungsrat (Stand 31.12.19):

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 [bis zum 12.10.2019]
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 31.12.19):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Ombudsfrau , lic. iur., Rechtsanwältin
SCHMUTZ Thomas	Stellvertreter der Ombudsfrau , Fürsprecher
BRECHBÜHL Eliane	Krankenversicherungs-Fachfrau mit eidg. Fachausweis
BUCHER Silvia	PD Dr. iur., Rechtsanwältin
GOTTRAUX Isabelle	Lic. iur., Juristin
LORÉTAN Charles	Krankenversicherungs-Fachmann mit eidg. Fachausweis
MAETZLER Caroline	MLaw, Juristin
MÜLLER INEICHEN Susanne	Lic. iur., Rechtsanwältin
SCHMID Jasmin	MLaw, Juristin [bis zum 31.05.2019]
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