

Ombudsstelle

Krankenversicherung

Jahresbericht '20

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Ombudsfrau	4
1 Geschäftsstelle	5
2 Stiftungsrat	5
3 Zahlen	5
3.1 Eingänge nach Materien	6
3.2 Eingänge nach Versicherungssparten	7
3.3 Eingänge nach Sprachen	8
3.4 Interventionen der Ombudsstelle	9
3.5 Entwicklung der Eingänge (Zusammenfassung)	10
4 Erledigungsgrundsätze der Vermittlungstätigkeit	11
4.1 Wann ist die Ombudsstelle für einen Fall zuständig?	11
4.2 Wann kann die Ombudsstelle den Versicherten nicht helfen?	12
4.3 Wer kann die Ombudsstelle in Anspruch nehmen und wie ist dabei vorzugehen?	13
4.4 Und wenn die versicherte Person eine Rechtsschutzversicherung hat oder von einem Rechtsanwalt vertreten wird?	13
4.5 Was können die Versicherten von der Ombudsstelle erwarten?	13
4.6 Kann die Ombudsstelle die Geschäftspolitik der Krankenversicherer beeinflussen?	14
5 Aus der Praxis der Ombudsstelle	15
5.1 Wer untersteht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz?	15
Fall 1	15
Fall 2	18
Fall 3	19
5.2 Kassenwechsel mit Auslandsbezug	19
Fall 4	19
Fall 5	22
5.3 Prämienausstände mit Auslandsbezug	23

Fall 6	23
5.4 Leistungsbezug im Ausland	24
Fall 7	24
5.5 Leistungsbezug bei Vorliegen einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG gemäss den bilateralen Verträgen zwischen der Schweiz und den Mitgliedsstaaten der EU zuzüglich einiger Zusatzversicherungen nach schweizerischem Recht: Spezialfall Deutschland	25
Fall 8	25
Fall 9	27
6 Weitere Fälle aus der Praxis der Ombudsstelle mit EU/EFTA-Bezug aus den vergangenen Jahren	28
Stiftung Ombudsstelle Krankenversicherung	29
Kontakt	30

Vorwort der Ombudsfrau



Luzern Kapellbrücke¹

Geschätzte Lesende und Versicherte

Im Jahr 2020 brachte uns ein bisher unbekanntes Virus namens COVID-19 das Fürchten bei. Diese Pandemie hinterliess auch bei den Themen, welche die Ombudsstelle zu bearbeiten hatte, ihre Spuren. So hatten wir beispielsweise mit bedeutend weniger Makler-Fällen zu tun. Dies war einerseits auf die Bemühungen der Versicherer zurück zu führen, mit besser ausgebildeten Versicherungsagenten zusammen zu arbeiten und sich von jenen zu trennen, die auf unlautere Art und Weise Abschlüsse erzielten, allein um an die Provisionen zu gelangen. Andererseits war der Schwund auch eine Folge des Lockdowns, der die Makler daran hinderte, ihre potentielle Kundschaft zu Hause aufzusuchen oder auf öffentlichen Plätzen anzusprechen.

Im Pandemie-Jahr 2020 zeichnete sich ein weiterer Trend ab. Wir hatten relativ viele Anfragen, die einen Bezug zur EU aufwiesen. Dies lag nicht nur an den zahlreichen Grenzgängern, die in der Schweiz arbeiten, sondern auch an den Rentnern, die ihren Wohnsitz von der Schweiz in ein Mitgliedstaat der EU verlegt haben. Diese Fälle stellen für uns in rechtlicher Hinsicht eine grosse Herausforderung dar, weil jeder Mitgliedsstaat seine eigenen Besonderheiten aufweist. Damit Sie sich ein Bild davon machen können, haben wir beschlossen, den Fokus des diesjährigen Jahresberichts ausschliesslich auf diese Fälle zu richten.

Abschliessend möchte ich den Krankenversicherern und der Gemeinsamen Einrichtung KVG für die gute Zusammenarbeit und „last but not least“ auch meinem hochmotivierten Team für dessen täglichen Einsatz im Dienste der Versicherten ganz herzlich danken.

Ihre Ombudsfrau

Morena Hostettler Socha

Luzern, 30. April 2021

¹Bildnachweis: Von Ermell - Eigenes Werk, CC BY-SA 4.0 <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=57128161>

1 Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle in Luzern wurde im Berichtsjahr von der Ombudsfrau (lic. iur. Morena Hostettler Socha, Rechtsanwältin), sieben juristischen Mitarbeiterinnen (Isabelle Gottraux [bis zum 30. September 2020], Barbara Wörsching-Würmli, Lorena Tronto, Silvia Bucher [bis zum 31. März 2020], Susanne Müller Ineichen, Caroline Maetzler und Caroline Stocker) sowie von zwei ausgewiesenen Experten der Krankenversicherung (Charles Loréтан und Eliane Brechbühl) betreut. Per 31. Dezember 2020 betrug der Personalbestand 620% Stellen.

2 Stiftungsrat

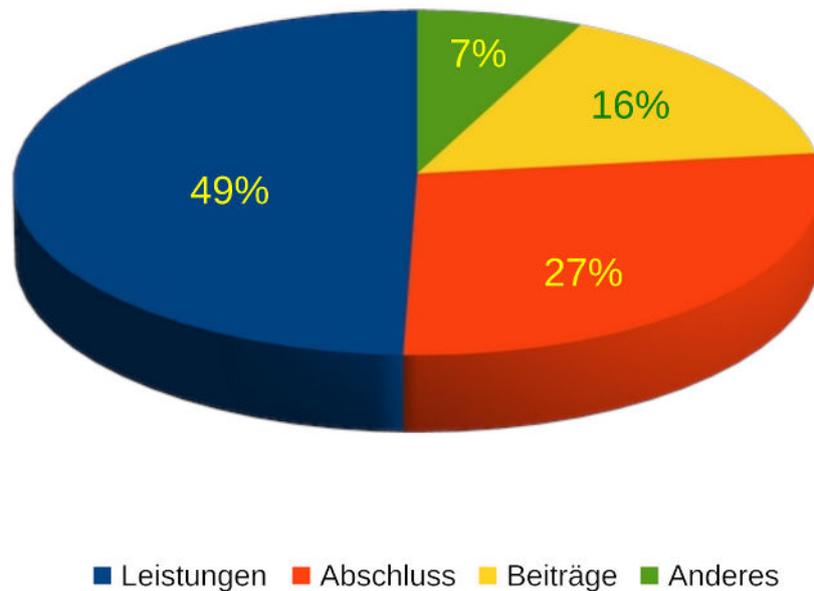
Die für den 9. April 2020 vorgesehene Sitzung des Stiftungsrats fiel aus, stattdessen erfolgte eine Beschlussfassung per E-Mail gleichen Datums zur Prüfung und Genehmigung der Jahresrechnung 2019 und zur Verabschiedung des Jahresberichts 2019. Am 15. September 2020 fand eine ausserordentliche Sitzung statt, bei der die Neuwahlen des Stiftungsrats im 2021 besprochen und vorbereitet wurden. Am 19. November 2020 trat der Stiftungsrat via Skype zur Behandlung des Voranschlags 2021, zur Erörterung des Geschäftsjahres und zu den Neuwahlen in den Stiftungsrat zu einer weiteren Sitzung zusammen.

3 Zahlen



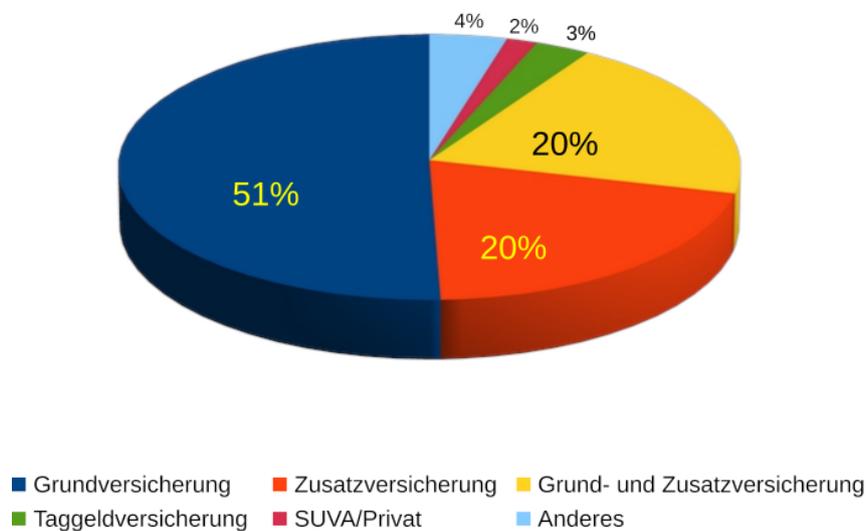
3.1 Eingänge nach Materien

Im Berichtsjahr 2020 sind bei der Ombudsstelle 4457 Fälle eingegangen (2019: 4968). Dies entspricht einer Abnahme von ca. 10% gegenüber dem Vorjahr. Die Aufteilung nach Materien ergibt folgendes Bild: 2160 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2019: 2409), 1197 im Bereich Abschluss oder Wechsel der Versicherung (2019: 1390) und 704 zum Thema Prämien/Beiträge (2019: 666). Die übrigen 305 Fälle betrafen Anderes (2019: 342).



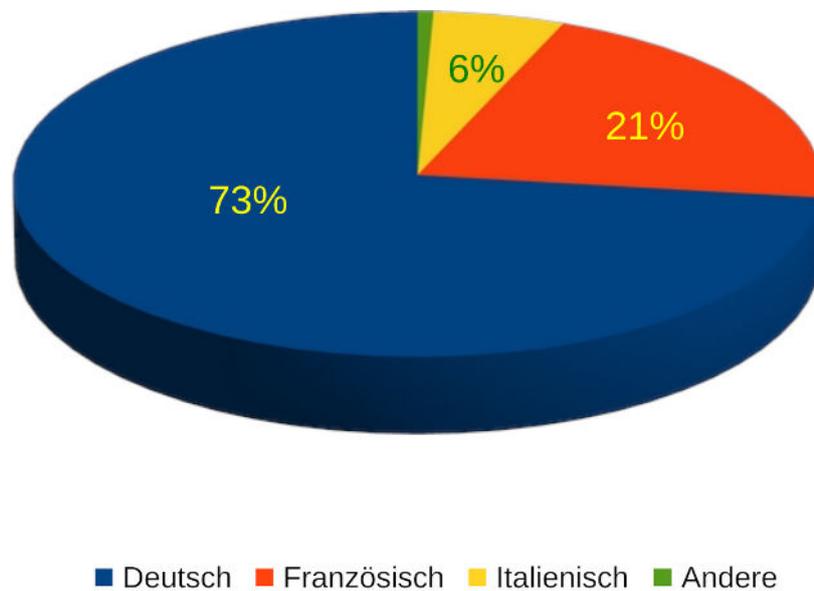
3.2 Eingänge nach Versicherungssparten

2253 Fälle betrafen die Grundversicherung (2019: 2626), 912 Fälle nur die Zusatzversicherung (2019: 870), 894 Fälle beide Versicherungssparten (2019: 972). Die Taggeldversicherung war in 134 Fällen Thema (2019: 183). In 75 Fällen mussten wir die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verweisen (2019: 75). Die übrigen 189 Fälle berührten Fragestellungen allgemeiner Art, teils ohne Zusammenhang mit der Krankenversicherung.



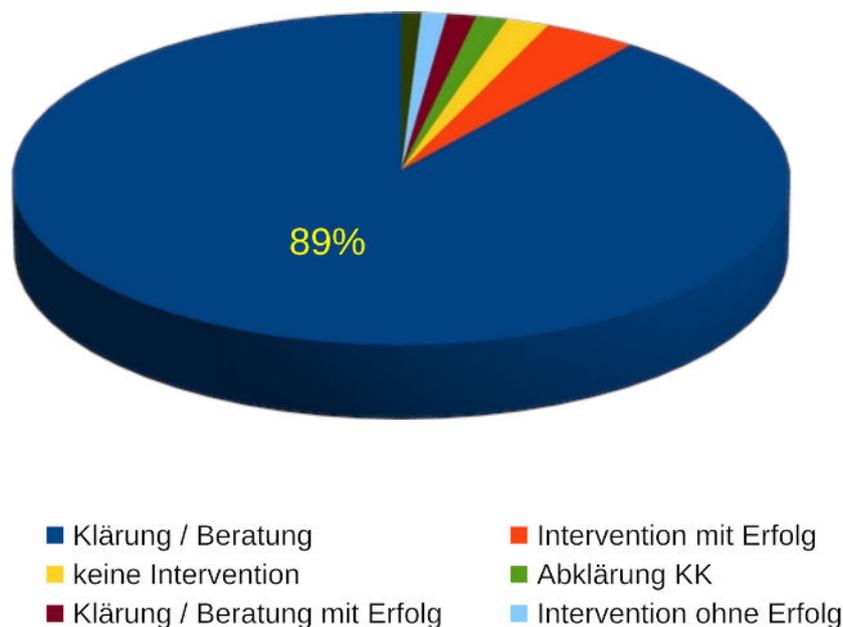
3.3 Eingänge nach Sprachen

3283 Eingänge entfielen auf Deutsch (2019: 3683), 940 auf Französisch (2019: 994) und 204 auf Italienisch (2019: 249). Andere Sprachen 30 (vor allem Englisch) (2019: 42).



3.4 Interventionen der Ombudsstelle

In 3986 Fällen (bzw. 89-90%) konnte die Ombudsstelle den Entscheid des Versicherers bestätigen oder diesen ohne Rücksprache beim Krankenversicherer der versicherten Person erläutern (2019: 4403). In 231 Fällen (d.h. > 5%) hatte die Ombudsstelle einen Antrag beim Krankenversicherer gestellt (2019: 270) und war dabei in 181 Fällen erfolgreich (2019: 194), was einer Erfolgsquote von über 78% (2019: ca. 72%) entspricht. In 83 Fällen ist es zu keiner Intervention gekommen (2019: 55), das heisst, dem Versicherer wurde kein Antrag gestellt. In 61 Fällen haben wir die Krankenkasse lediglich um Unterlagen gebeten, die wir von den Versicherten wegen sprachlichen oder altersbedingten Problemen nicht erhielten (2019: 102). In 57 Fällen konnten wir die Versicherten derart über die Rechtslage aufklären, dass sie ihr Problem erfolgreich selbst lösen konnten (2019: 51).



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, der auch im Berichtsjahr weiter anhielt. Dafür gibt es mehrere Gründe.

Zunächst sind die Prämien auch im Berichtsjahr nur moderat angestiegen und wegen der Pandemie waren die Makler nicht so aktiv wie in den Jahren zuvor, was zu weniger Kassenwechseln und zu weniger damit verbundenen Problemen geführt hat (z.B. Doppelversicherungen, Anzeigepflichtverletzungen, etc.).

Zudem überprüfen die Versicherer die Arbeitsweise der Makler genauer. Sie scheinen ganz allgemein der Qualität der Beratung mehr Beachtung zu schenken. Auch die internen Beschwerdestellen bei einzelnen Krankenkassen haben uns spürbar entlastet.

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 bezogen 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 Versicherer 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 Versicherer 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 (<https://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 Versicherer 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 Versicherer 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 Versicherer keine Lösung finden. Die Fragen werden detailliert geprüft. Gegebenenfalls wird direkt beim Versicherer 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 Versicherer 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 und Rechtsprechung. Die Ombudsstelle ist keine Aufsichtsbehörde für die Versicherer 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 Versicherers 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 Versicherer und regt direkt Verbesserungen an. Damit dient sie der Qualitätssicherung in der Branche und kann so in Teilbereichen tatsächlich Einfluss auf die Geschäftspolitik der Versicherer 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 Ombudsstelle

Im folgenden Kapitel stellen wir Ihnen eine Auswahl von Fällen vor, die uns im Laufe des Jahres 2020 beschäftigt haben. Dieses Mal haben wir den Fokus auf Sachverhalte mit Auslandsbezug gelegt, insbesondere mit der EU.

Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes werden Namen und Daten weggelassen oder geändert. Sachverhalt, Abklärungen und Erledigung sind vereinfacht dargestellt

5.1 Wer untersteht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz?

Fall 1

Eine Versicherte besitzt nebst der Staatsbürgerschaft von Schweden auch jene von Ecuador. Sie schilderte uns, dass sie den Sommer jeweils in ihrem Haus in Schweden und den Winter bei ihrem Ehemann und ihren Kindern in Ecuador verbringe. Sie sei ungefähr zwei Jahre lang in der Schweiz wohnhaft gewesen und habe sich dort obligatorisch versichern lassen. Zudem beziehe sie eine kleine AHV-Rente aus der Schweiz. Obwohl sie wieder in Schweden wohne, wolle der Schweizer Versicherer den Versicherungsvertrag nach KVG nicht aufheben mit der Begründung, die Versicherte beziehe eine Rente aus der Schweiz (auf Grund des bilateralen Abkommens). Damit sei sie nicht einverstanden. Aus diesem Grund erkundigte sie sich bei uns danach, wie sie sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien könne, insbesondere wollte sie wissen, ob es genügen würde, Ecuador als ihren festen Wohnsitz anzugeben oder auf ihre AHV-Rente zu verzichten.

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich in der Schweiz für Krankenpflege versichern. Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen. Er kann die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, insbesondere auf solche, die in der Schweiz tätig sind oder dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art.13 Abs.2 ATSG) haben, oder auf solche die im Ausland von einem Arbeitgeber mit einem Sitz in der Schweiz beschäftigt werden.

Der Begriff des Wohnsitzes, der im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt, ist in den Art. 23 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) definiert (vgl. Art. 13 Abs. 1 ATSG und Art. 3 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVV). Demnach befindet sich der Wohnsitz einer Person an dem Ort, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält (Art. 23 Abs. 1 ZGB). Niemand kann an mehreren Orten zugleich seinen Wohnsitz haben (Art. 23 Abs. 2 ZGB).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung müssen für die Begründung des Wohnsitzes zwei Merkmale erfüllt sein: Ein objektives äusseres, der Aufenthalt, sowie ein subjektives inneres, die Absicht dauernden Verbleibens (vgl. das Urteil des Bundesgerichts vom 30. April 2018, 9C_546/2017 E. 3.2). Nach dieser Rechtsprechung kommt es nicht auf den inneren Willen an, sondern auf welche Absicht die erkennbaren Umstände objektiv schliessen lassen. Massgebend ist somit der Ort, wo sich der Mittelpunkt der Lebensbeziehungen befindet. Es handelt sich dabei im Normalfall um den Wohnort, d.h. wo die betreffende Person schläft, die Freizeit verbringt, ihre persönlichen Effekten aufbewahrt und sie üblicherweise über einen Telefonanschluss sowie über eine Postadresse verfügt. Die nach aussen erkennbare Absicht muss auf einen dauernden – d.h. im Sinne von „bis auf

Weiteres“ – Aufenthalt ausgerichtet sein. Allerdings schliesst die Absicht, einen Ort später wieder zu verlassen, eine Wohnsitznahme nicht aus. Der Wohnsitz bleibt an diesem Ort bestehen, solange nicht anderswo ein neuer begründet wird (Art. 24 Abs. 1 ZGB). Nicht relevant ist dabei insbesondere, ob die Person eine fremdenpolizeiliche Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung besitzt.

Wir teilten der Versicherten daher mit, sollte sich ihr Lebensmittelpunkt im Sinne der oben genannten Rechtsprechung in Ecuador befinden, sie dies beim Schweizer Versicherer geltend machen müsse, um von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz befreit werden zu können. Hierfür müsste sie aber Belege einreichen, aus denen geschlossen werden könne, dass sich der Mittelpunkt ihrer Lebensinteressen nicht in Schweden, sondern in Ecuador befindet.

Sollte sich der Lebensmittelpunkt der Versicherten indessen nicht in Ecuador, sondern in Schweden befinden, stelle sich für uns die Frage, ob die Versicherte in der Schweiz oder in Schweden versicherungspflichtig ist.

Die verschiedenen Rechtssysteme in den EU-/EFTA-Staaten werden koordiniert, indem für jede betroffene Person bestimmt wird, welchem nationalen Recht sie unterstellt ist. Gemäss Art. 11 der VO (EG) Nr. 883/2004 unterliegt eine Person stets der Versicherungspflicht eines einzigen Staates.

Rentner sind in dem Staat krankenversichert, aus welchem sie eine Rente beziehen (Art. 24 Abs. 2 lit. a der VO [EG] Nr. 883/2004). Massgebend für das Auslösen der Versicherungspflicht ist somit der tatsächliche Bezug einer Rente. Es genügt nicht, dass die Person lediglich Anspruch auf eine Rente hat. Das wirkt sich insbesondere bei Rentnern aus, die ihre AHV-Rente aufschieben und damit zwar einen Anspruch auf die Rente haben, der eigentliche Bezug jedoch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Schliesslich ist zu beachten, dass eine Rente der AHV auch dann eine Versicherungspflicht auslöst, wenn sie ausschliesslich auf Beiträgen als Nichterwerbstätige beruht oder wenn die Person eine Rente im Rahmen des Ehegattensplittings erhält. Nicht unter Renten fallen Leistungen aus privater Vorsorge, wie z.B. Lebensversicherungen.

Wenn ein Rentner zusätzlich zur schweizerischen Rente eine Rente aus seinem Wohnstaat in der EU oder in Island oder in Norwegen bezieht, dann ist er im Wohnstaat versicherungspflichtig (Art. 23 der VO [EG] Nr. 883/2004). Die Rentenhöhe und die Dauer der Beitragszahlung sind nicht massgebend. Somit führen auch geringfügige Renten zur Versicherungspflicht im Wohnstaat.

Bezieht eine Person mehrere Renten aus verschiedenen EU-/EFTA-Staaten, aber keine aus dem Wohnstaat, so ist der Staat für die Krankenversicherung zuständig, in welchem sie am längsten Beiträge zur Rentenversicherung eingezahlt hat (Art. 24 Abs. 2 lit. b der VO [EG] Nr. 883/2004).

Wir teilten der Versicherten daher mit, dass, wenn sie lediglich eine Rente aus der Schweiz beziehe und ihren Wohnsitz in Schweden habe, sie weiterhin in der Schweiz versicherungspflichtig sei. Der Schweizer Versicherer dürfe diesfalls ab Wohnsitznahme in Schweden eine EU-Prämie von ihr verlangen. Sie könne jedoch per Ende Jahr die obligatorische Krankenpflegeversicherung innerhalb der Schweiz wechseln, wenn ihr die EU-Prämie beim bisherigen Versicherer zu hoch erscheine. Die Liste der Versicherer, welche die obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Schweden anbieten, befinde sich auf der Internetseite https://www.priminfo.admin.ch/de/eu_efta (Prämien EU/EFTA).

Wenn sie jedoch zusätzlich zur schweizerischen Rente eine Rente aus Schweden beziehe, dann wäre sie – unabhängig von der Höhe der schwedischen Rente – in ihrem Wohnstaat Schweden versicherungspflichtig. Diesfalls müsste sie dem Schweizer Versicherer eine Rentenverfügung aus Schweden vorlegen. Der Versicherer müsste dann die obligatorische Krankenpflegeversicherung per Wegzugdatum aus der Schweiz beenden und die bereits bezahlten Prämien zurückerstatten.

Sollte die Versicherte indessen zusätzlich zur schweizerischen Rente eine Rente aus einem anderen EU-/EFTA-Staat als Schweden beziehen, dann müsste abgeklärt werden, in welchem Land die Versicherte am längsten Beiträge eingezahlt hatte. Sie wäre dann in diesem Staat versicherungspflichtig. In diesem Fall müsste die Versicherte dem Schweizer Versicherer einen Auszug der in diesem Staat eingezahlten Beiträge vorlegen, damit der Versicherer überprüfen kann, in welchem Staat die Beitragsdauer der Versicherten am längsten war. Sollte dies nicht für die Schweiz zutreffen, dann wäre die Versicherte ab Wegzugdatum aus der Schweiz aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu entlassen und die bereits bezahlten Prämien wären zurückzuerstatten.

Was den Verzicht auf die AHV-Rente anbelangt, wiesen wir die Versicherte darauf hin, dass unsere Ombudsstelle für solche Anfragen nicht zuständig sei, sie müsse sich an die Schweizerische Ausgleichskasse in Genf wenden.

Wir könnten ihr gleichwohl die folgenden grundsätzlichen Informationen zur Möglichkeit des Leistungsverzichts im Bereich der Sozialversicherungen zukommen lassen:

Gemäss Art. 23 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) kann die berechtigte Person auf Versicherungsleistungen verzichten. Sie kann den Verzicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Verzicht und Widerruf sind schriftlich zu erklären. Verzicht und Widerruf sind nichtig, wenn die schutzwürdigen Interessen von andern Personen, von Versicherungen oder Fürsorgestellen beeinträchtigt werden oder wenn damit eine Umgehung gesetzlicher Vorschriften bezweckt wird (Art. 23 Abs. 2 ATSG).

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann auf Leistungen nur ausnahmsweise verzichtet werden, nämlich dann, wenn die berechtigte Person ein schutzwürdiges Interesse daran hat (BGE 129 V 1 E. 4.3). Obwohl der Wortlaut von Art. 23 ATSG nicht ausdrücklich die Voraussetzung eines schutzwürdigen Interesses vorsieht, vertritt das Bundesgericht den Standpunkt, dass diese Bedingung auch nach Inkrafttreten des ATSG noch relevant ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. April 2011, 9C_576/2010 E. 4.3).

Der Sozialversicherer muss die persönlichen Verhältnisse des Antragsstellers und die Begründung des Gesuchs untersuchen, um zu bestimmen, ob ein schutzwürdiges Interesse am Verzicht auf eine Sozialversicherungsleistung besteht. In der Praxis ist diese Voraussetzung nur selten erfüllt. Insbesondere wenn es um Renten geht, besteht grundsätzlich kein schutzwürdiges Interesse an einem Verzicht auf Sozialversicherungsleistungen (Ghislaine FRÉSARD, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 19f. ad Art. 23 ATSG).

Wir teilten der Versicherten daher mit, dass wir, sollte sie auf die AHV-Rente verzichten können, der Auffassung wären, dass sie aufgrund ihres Wohnsitzes in Schweden nicht mehr der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstehen würde, da nicht der Anspruch auf die AHV-Rente, sondern der tatsächliche Rentenbezug massgeblich wäre.

Fall 2

Ein 63-jähriger spanischer Staatsangehöriger hatte seinen Wohnsitz von der Schweiz nach Spanien verlegt. Er wollte sich von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz befreien und somit von seinem Optionsrecht Gebrauch machen. Einen entsprechenden Antrag hatte er bereits bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG in Olten hinterlegt. Die zuständige spanische Behörde war indessen der Meinung, er könne die „Convenio especial de asistencia sanitaria“ nicht für sich in Anspruch nehmen, da er lediglich eine Überbrückungsrente beziehe. Aus diesem Grund verweigerte sie ihm den Beitritt zur sozialen Krankenpflegeversicherung in Spanien. Der Versicherte wollte von uns wissen, wie er sich von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz befreien könne. Er glaubte, eine Intervention unsererseits beim Schweizer Versicherer könnte sein Problem lösen.

Dies ist nicht der Fall, da der Schweizer Versicherer nicht berechtigt ist, das Versicherungsverhältnis von sich aus aufzuheben. Bei Rentnern, die ausschliesslich eine Rente aus der Schweiz beziehen und ihren Wohnsitz in einen EU-Staat verlegen, der die Möglichkeit vorsieht, sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien zu lassen (sogenanntes Optionsrecht), darf der Krankenversicherer das Versicherungsverhältnis erst dann beenden, wenn der Rentner ein Befreiungsgesuch bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG gestellt und diese das Gesuch genehmigt hat.

Unsere Abklärungen haben ergeben, dass es sich bei der sogenannte „convenio especial“ um eine Vereinbarung zwischen der Schweiz und Spanien (Sozialversicherungsabkommen) handelt. Anwendbar ist diese nur für Schweizer und spanische Staatsbürger. Für Staatsangehörige dieser beiden Staaten, die ihren Wohnsitz nach Spanien verlegen und ausschliesslich eine Rente aus der Schweiz beziehen, sieht das Sozialversicherungsabkommen die Möglichkeit vor, sich von der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz befreien zu lassen.

Im konkreten Fall bestand das Problem darin, dass die Überbrückungsrente des Versicherten nicht als Rente anerkannt wurde.

Die VO (EG) Nr. 883/2004 versteht unter „Renten“ nicht nur Renten im engeren Sinn, sondern auch Kapitalabfindungen, die an deren Stelle treten können, und Beitragserstattungen sowie Anpassungsbeträge und Zulagen (vgl. Art. 1 lit. w der VO [EG] Nr. 883/2004).

Diese Verordnung definiert ebenso die „Vorruhestandsleistungen“. Damit sind alle anderen Geldleistungen gemeint als Leistungen bei Arbeitslosigkeit und vorgezogene Leistungen wegen Alters, die ab einem bestimmten Lebensalter Arbeitnehmern, die ihre berufliche Tätigkeit eingeschränkt oder beendet haben oder ihr vorübergehend nicht mehr nachgehen, und die bis zu dem Lebensalter gewährt werden, in dem sie Anspruch auf Altersrente oder auf vorzeitiges Altersruhegeld geltend machen können, und deren Bezug nicht davon abhängig ist, dass sie der Arbeitsverwaltung des zuständigen Staates zur Verfügung stehen. Demnach ist eine „vorgezogene Leistung wegen Alters“ eine Leistung, die vor dem Erreichen des Lebensalters, ab dem üblicherweise Anspruch auf Rente entsteht, gewährt und nach Erreichen dieses Lebensalters weiterhin gewährt oder durch eine andere Leistung bei Alter abgelöst wird (vgl. Art. 1 lit. x der VO [EG] Nr. 883/2004).

Aus den uns vorgelegten Unterlagen ging hervor, dass der Versicherte sowohl auf eine Überbrückungsrente als auch auf eine Kapitalleistung aus der beruflichen Vorsorge Anspruch hatte. Die beiden Leistungen wurden ihm von seiner Pensionskasse ausbezahlt. Was die Überbrückungsrente anbelangt, haben unsere Abklärungen ergeben, dass Vereinbarungen

über solche Leistungen nur dann in den Geltungsbereich der VO [EG] Nr. 883/2004 fallen, wenn sie für allgemein verbindlich erklärt wurden und die Schweiz dies gegenüber der EU-Legislative formell mitgeteilt hat. Bei der vom Versicherten bezogenen Überbrückungsrente war dies nicht der Fall. Die Überbrückungsrente fällt auch nicht unter den Anwendungsbereich von Art. 1 lit. x der VO [EG] Nr. 883/2004, da das schweizerische Sozialversicherungsrecht keine solche Leistungen vorsieht. Der Entscheid der spanischen Behörden in Bezug auf die Überbrückungsrente war somit korrekt.

Gemäss den uns vorgelegten Akten hatte der Versicherte auch eine Kapitalleistung von seiner Pensionskasse bezogen. Bezieht ein Versicherter die Kapitalleistung wenn er das im Vorsorgereglement vorgesehene Rentenalter erreicht hat (gemäss Art. 1i BVV2 ist dies frühestens ab dem vollendeten 58. Altersjahr möglich), wird diese einer BVG-Rente gleichgesetzt und gilt somit als Rentenleistung im Sinne von Art. 1 lit. w der VO [EG] Nr. 883/2004. Aufgrund des Kapitalbezugs aus der Pensionskasse darf der Versicherte somit die „convenio especial de asistencia sanitaria“ in Anspruch nehmen. Dies teilten wir ihm mit, um das Nötige bei der spanischen Behörde veranlassen zu können.

Fall 3

Die Versicherte hat einen Lebenspartner, der in Deutschland wohnt und auch dort als angestellter Geschäftsführer arbeitet. Er ist in Deutschland privat gegen Krankheit versichert. Anfänglich wohnte und arbeitete die Versicherte noch in der Schweiz. Mit der Geburt ihres ersten gemeinsamen Kindes verlegte sie jedoch ihren Wohnsitz zum Kindsvater nach Deutschland. Dort gebar sie noch ein zweites Kind. Ihre Erwerbstätigkeit in der Schweiz gab sie aber nicht auf, weshalb sie seit ihrem Umzug nach Deutschland Grenzgängerin nach der Schweiz ist. Dort war und ist sie gemäss dem Erwerbortsprinzip versicherungspflichtig, da sie ihr Optionsrecht nicht wahrgenommen hatte, als sie es noch konnte. Sie wollte auch ihre beiden Kinder bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz versichern lassen. Ihren diesbezüglichen Antrag lehnte der Versicherer indessen ab. Die Versicherte wollte von uns wissen, ob dies rechtens sei.

Gemäss Art. 32 Abs. 2 der VO [EG] 883/2004 werden Sachleistungen zugunsten von Familienangehörigen für Rechnung des zuständigen Trägers in dem Mitgliedstaat erbracht, in dem sie wohnen, sofern der Ehegatte oder die Person, die das Sorgerecht für die Kinder hat, eine Beschäftigung oder eine selbständige Erwerbstätigkeit in diesem Mitgliedstaat ausübt. Demnach folgen Familienangehörige versicherungstechnisch derjenigen Person, die eine Erwerbstätigkeit in ihrem Wohnsitzland ausübt. Im vorliegenden Fall üben beide Elternteile eine Erwerbstätigkeit aus, aber nur der Kindsvater ist im Wohnsitzland der Kinder erwerbstätig, weshalb sie ihm folgen.

5.2 Kassenwechsel mit Auslandsbezug

Fall 4

Eine AHV-Rentnerin hatte im Laufe des Jahres 2020 ihren Wohnsitz von der Schweiz nach England verlegt. Sie teilte dies ihrem Schweizer Versicherer vor der Abreise mit. Gleichzeitig liess sie ihn wissen, dass sie in Zukunft nicht mehr bei ihm versichert sein wolle, sondern bei einem anderen Schweizer Versicherer. Dies mochte der bisherige Versicherer nicht akzeptieren mit der Begründung, die Wohnsitzverlegung sei kein Kündigungsgrund.

Im Hinblick auf den Brexit mussten wir zunächst klären, welches Recht auf die Versicherungsnehmerin nach der Wohnsitzverlegung überhaupt anwendbar ist.

Das Vereinigte Königreich hatte die EU per 31. Januar 2020 verlassen. Das Austrittsabkommen sah eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2020 vor, während der das Vereinigte Königreich einem EU-Staat gleichgestellt war und weiterhin das EU-Recht zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit im Verhältnis zu den EU-Staaten und der Schweiz anwendbar blieb. Demnach waren in dieser Zeit die VO [EG] Nr. 883/2004 und die VO [EG] Nr. 987/2009 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in den Beziehungen zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich unverändert anwendbar.

Die VO [EG] Nr. 883/2004 und die VO [EG] Nr. 987/2009 gelten für Schweizer und EU-/EFTA-Bürger (Art. 1 Abs. 2 des Anhangs II des Freizügigkeitsabkommens [FZA] in Verbindung mit Art. 2 der VO [EG] Nr. 883/2004). Gemäss Art. 24 Abs. 2 lit. a der VO [EG] Nr. 883/2004 sind Rentner grundsätzlich in dem Staat krankenversichert, aus welchem sie eine Rente beziehen.

Im konkreten Fall bezog die Versicherte zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung ausschliesslich eine Rente aus der Schweiz, weshalb sie in der Schweiz versichert bleiben musste.

Was den Kassenwechsel ab dem Zeitpunkt der Wohnsitzbegründung in England angeht, stellt sich die Frage, ob mit dem Umzug nach England der bisherige Versicherungsvertrag automatisch endete oder ob hierfür eine Kündigung erforderlich gewesen wäre. Unsere Abklärungen haben Folgendes ergeben:

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht weder bei einem Umzug innerhalb der Schweiz noch bei einem Wegzug aus der Schweiz ein ausserordentliches Kündigungsrecht vor. Es sieht lediglich das Ende eines Versicherungsverhältnisses zum Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes vor, wenn der Versicherer nur für ein eingeschränktes Territorium tätig ist und der neue Wohnsitz des Versicherten sich ausserhalb von diesem befindet. In diesem Fall endet der bisherige Versicherungsvertrag mit der Wohnsitzverlegung automatisch und ohne Kündigungsformalitäten (Art. 7 Abs. 3 KVG; vgl. Fall 5).

Das Bundesamt für Gesundheit vertritt die Haltung, dass die Wohnsitzverlegung von der Schweiz in die EU oder von der EU in die Schweiz ein ausserordentliches Kündigungsrecht auslöse. Dabei beruft es sich auf ein Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 14. November 2012 (VV.2012.185/E), in welchem sich das Gericht gestützt auf Art. 7 Abs. 8 KVV für das Ende der Versicherungspflicht aussprach und zwar im Falle eines Grenzgängers nach der Schweiz, der seinen Wohnsitz in die Schweiz verlegt hatte. Dort heisst es in den Erwägungen:

„ 3.2 Der Beschwerdeführer beruft sich für seinen Standpunkt auf Art. 7 Abs. 4 KVV. Diese Bestimmung ist vorliegend jedoch nicht anwendbar, bezieht sie sich doch auf Grenzgänger im Sinne von Art. 3 KVV, also solche Grenzgänger, welche nicht der Versicherungspflicht nach Art. 1 Abs. 2 lit. d KVV unterstehen, sondern sich freiwillig in der Schweiz versichert haben. Dies trifft auf den Beschwerdeführer nicht zu, untersteht er doch, wie bereits erwähnt, der Versicherungspflicht gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. d KVV. Anwendbar ist daher Art. 7 Abs. 8 KVV. Gemäss dieser Bestimmung sind versicherungspflichtige Personen nach Art. 1 Abs. 2 lit. d und e KVV verpflichtet, sich innert drei Monaten nach Entstehung der Versicherungspflicht in der Schweiz zu versichern. (...) Die Versicherung endet, wenn die Personen die Voraussetzungen für eine Unterstellung unter die

schweizerische Versicherung nach dem Freizügigkeitsabkommen (FZA) sowie seinem Anhang II oder dem EFTA-Abkommen, seinem Anhang K und Anlage 2 zu Anhang K nicht mehr erfüllen. In Bezug auf das Ende der Versicherungspflicht regelt Art. 5 Abs. 3 KVG, dass die Versicherung „endet“, wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht. Mit dem Eintritt eines die Versicherungspflicht beendenden Sachverhalts endet die Versicherung automatisch und ohne Kündigungsformalitäten (Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich/Basel/Genf 2010, Art 5 N 7).“

„ 3.3 Die Unterstellung eines Grenzgängers unter die schweizerische Versicherung, die gestützt auf das FZA erfolgt, setzt voraus, dass der in der Schweiz Erwerbstätige nicht auch Wohnsitz in der Schweiz hat. Sobald er seinen Wohnsitz nämlich in der Schweiz hat, ergibt sich seine Unterstellung unter das KVG nicht mehr aus dem FZA, sondern einzig und alleine aus dem KVG (Art. 3 Abs. 1 KVG). Mit der Verlegung seines Wohnsitzes in die Schweiz erfüllt der Beschwerdeführer die Voraussetzungen für eine Unterstellung unter das KVG gestützt auf das FZA nicht mehr.“

„Auch wenn der Beschwerdeführer aufgrund seiner Wohnsitznahme in der Schweiz weiterhin versicherungspflichtig ist – neu nicht mehr aufgrund des FZA, sondern aufgrund von Art. 3 Abs. 1 KVG – macht er zu Recht geltend, dass sein Vertrag mit der Beschwerdegegnerin ohne Einhaltung von Kündigungsformalitäten geendet hat. Dies deshalb, weil seine vormalige, in Art. 1 Abs. 2 lit. d KVV statuierte Versicherungspflicht infolge Wegfalls der Versicherungspflicht gestützt auf das FZA geendet hat und ein solches Enden einer Versicherung, wie bereits erwähnt (E. 3.2), keiner Kündigung bedarf.“

Die Auslegung des kantonalen Urteils des Art. 7 Abs. 8 KVV würde sinngemäss auch für Rentner gelten, welche ebenfalls gestützt auf das Freizügigkeitsabkommen bzw. EFTA-Abkommen der Versicherungspflicht in der Schweiz unterliegen.

Dies teilten wir der Versicherten mit. Da sie eine Rechtsschutzversicherung hatte, durften wir gemäss unserem Stiftungsreglement beim Versicherer nicht intervenieren. Dies hätte wahrscheinlich auch nichts gebracht, da der genannte kantonale Entscheid – im Gegensatz zu einem Bundesgerichtsurteil – keine gesamtschweizerische Gültigkeit hat. Die Versicherte wird den Rechtsweg beschreiten müssen, um sich Klarheit zu verschaffen.

Der Vollständigkeit halber informierten wir die Versicherte dahingehend, dass nach Ablauf der Übergangsfrist am 31. Dezember 2020 das Abkommen über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und EU (FZA) nicht mehr für die Beziehungen zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich gelten werde. Um den Brexit zu regeln und die Rechte, die die Versicherten im Rahmen des FZA erworben haben, zu gewährleisten, schloss die Schweiz mit dem Vereinigten Königreich ein Abkommen über die Bürgerrechte ab. Dieses Abkommen ist ab dem 1. Januar 2021 anwendbar. Es gewährleistet die Rechte aus Anhang II des FZA (Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit) für Personen, die vor dem 1. Januar 2021 dem FZA unterstanden.

Für die Versicherte, die am Stichtag eine Rente aus der Schweiz bezog, in England wohnte und Anspruch auf Erstattung von Krankenpflegebehandlungen zulasten der Schweiz hatte, bedeutet dies, dass sie weiterhin Anspruch auf besagte Kostenerstattung hat. Für sie ändert sich ab dem 1. Januar 2021 nichts.

Fall 5

Ein in der Schweiz wohnhafter und angestellter Versicherter verlegte im Februar 2019 seinen Wohnsitz nach Frankreich. Da er ein digitales Konto bei seinem Krankenversicherer hatte, teilte er diesem die Verlegung seines Wohnsitzes nicht mit. Seiner Zahlungspflicht kam er indessen immer korrekt nach. Per Ende 2019 kündigte er dem bisherigen Krankenversicherer und trat per 1. Januar 2020 einem neuen schweizerischen Versicherer bei. Letzterer teilte dem bisherigen Versicherer – wie vom Gesetz gefordert – den Neuzugang bzw. den Beitritt mit. Erst in diesem Zeitpunkt erfuhr der bisherige Versicherer von der Wohnsitzverlegung seines ehemaligen Versicherten nach Frankreich. Da er seinen Tätigkeitsbereich auf die Schweiz eingegrenzt hatte, musste der bisherige Versicherer seinen Versicherten rückwirkend per Februar 2019 aus der Versicherung ausschliessen und ihm die Prämien zurückerstatten. Damit entstand eine Versicherungslücke und der Beitritt zum neuen Versicherer galt als verspätet, was für den Versicherten einen Prämienzuschlag zur Folge hatte. Damit war der Versicherte nicht einverstanden.

Art. 28 Abs. 1 ATSG regelt allgemein die Mitwirkungspflicht der Versicherten. Danach hat jede versicherte Person die Verpflichtung unentgeltlich beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze (dazu gehört auch die obligatorischen Krankenpflegeversicherung) mitzuwirken. Konkret ist davon u.a. auch die Auskunftspflicht erfasst. In den allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankenversicherer werden die Versicherten ausdrücklich aufgefordert, alle Änderungen ihrer Personalien umgehend und unaufgefordert dem Versicherer mitzuteilen. Wäre der Versicherte seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen, hätte der Versicherer ihn über die Fortdauer seiner Versicherungspflicht aufklären können (vgl. Art. 7b KVV). Dann hätte er erfahren, dass nicht alle schweizerischen Krankenversicherer im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland tätig sind. Tatsächlich kann die Aufsichtsbehörde den Versicherer auf Gesuch hin und in besonderen Fällen von der Verpflichtung befreien, die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anzubieten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen (vgl. Art. 5 lit. g KVAG in Verbindung mit Art. 4 KVAV). Im konkreten Fall wurde der bisherige Versicherer von dieser Verpflichtung befreit.

Gemäss Art. 7 Abs. 3 KVG hatte der Versicherte zum Zeitpunkt der Verlegung seines Wohnortes nach Frankreich den bisherigen Versicherer zu verlassen. Da er dies nicht getan hatte, musste der Vertrag rückwirkend auf Februar 2019 aufgehoben werden. Weil er den Beitritt gegenüber dem neuen Versicherer erst per 1. Januar 2020 erklärt hatte, ist eine Versicherungslücke entstanden. In Anwendung von Art. 5 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 KVV machte der neue Versicherer einen Prämienzuschlag von 50% für die doppelte Dauer der Verspätung geltend. Das Vorgehen des Versicherers ist zu Recht erfolgt, weil der Versicherte sich nicht darauf berufen konnte, die Verspätung sei entschuldbar gewesen. In der Tat hatte er es versäumt, seinem bisherigen Versicherer über die Wohnsitzverlegung zu informieren. Dies hatte zur Folge, dass dieser seiner Informationspflicht nicht nachkommen konnte.

Bei dieser Informationspflicht des Versicherers ging es nicht nur darum, den Versicherten über die Befreiung des Versicherers gemäss Art. 5 lit. g KVAG und die Folgen für den Versicherten aufzuklären, sondern ihm auch Auskunft über sein Optionsrecht zu erteilen, welches ihm zugestanden hätte und das er nur für eine Frist von drei Monaten hätte ausüben können.

Wir haben den Versicherten entsprechend informiert und ihm mitgeteilt, dass das Vorgehen des bisherigen Versicherers korrekt war. Er habe Glück gehabt, dass er in dieser Zeit

von Februar bis Ende Dezember 2019 keine Leistungen bezogen hatte (z.B. stationärer Spitalaufenthalt), denn dann hätte er alles selber bezahlen müssen, weil in dieser Zeit eine Deckungslücke bestand.

5.3 Prämienausstände mit Auslandsbezug

Fall 6

Die Tochter einer Rentnerin berichtete uns, dass ihre Mutter knapp zehn Jahre in Frankreich gelebt habe und bei einem Krankenversicherer in der Schweiz versichert gewesen sei. Offenbar litt und leidet die alte Dame immer noch an einer psychischen Krankheit, weshalb u.a. die Versicherungsprämie über Jahre unbezahlt blieb. Der Krankenversicherer mahnte die Versicherte erfolglos und stellte deshalb ab dem Jahr 2012 seine Leistungen ein. Im Jahre 2019 kehrte die Versicherte in die Schweiz zurück, wo sie seither in einem Pflegeheim lebt. Die Prämien werden seit der Wohnsitzverlegung über die individuelle Prämienverbilligung – auf welche die Versicherte als Ergänzungsleistungsempfängerin Anspruch hat – bezahlt und der Krankenversicherer erbringt wieder seine Leistungen. Im Sommer 2020 betrieb der Versicherer die Versicherte wegen der ausstehenden Prämien aus den Jahren 2012 bis 2018. Die Tochter wollte von uns wissen, ob diese Prämien allesamt geschuldet seien.

Wir vertraten die Meinung, dass die Prämien zum grossen Teil geschuldet und jene aus der Zeit von 2012 bis 2014 gemäss Art. 24 Abs. 1 ATSG verwirkt seien. Wir begründeten dies gegenüber dem Versicherer damit, dass die Frist von fünf Jahren nur mittels dem Erlass einer Beitragsverfügung hätte gewahrt werden können, was im konkreten Fall nicht geschehen sei, weshalb seine Forderung entsprechend reduziert werden müsse. Der Krankenversicherer bestritt dies und argumentierte, dass die Zustellung einer Verfügung ins Ausland als hoheitlicher Akt nicht zulässig sei und das Territorialitätsprinzip verletze. Auch sei eine Betreuung im Ausland mangels Betreuungsort nicht möglich. Im Gesetz sei für diese besonderen Fälle geregelt, dass der Krankenversicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben könne, ohne eine Verfügung erlassen zu müssen (vgl. Art. 105m Abs. 2 KVV). Aus den genannten Gründen hielt er an den gesamten in Betreuung gesetzten Forderungen fest.

Laut Art. 64a Abs. 2 KVG muss der Versicherer seine Versicherten betreiben, wenn sie trotz schriftlicher Mahnung und anschliessender Zahlungsaufforderung ihren Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommen. Für Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen ist Art. 105m Abs. 1 KVV anwendbar, wenn der jeweilige Staat mit der Schweiz ein Betreibungsabkommen abgeschlossen hat (zurzeit besteht ein solches Abkommen lediglich mit Deutschland und Österreich). Diese Bestimmung in Verbindung mit Art. 64a Abs. 2 KVG sieht die Anhebung der Betreuung vor, was nach Art. 78 Abs. 1 der VO [EG] Nr. 987/2009 einen Vollstreckungstitel und damit den Erlass einer Verfügung voraussetzt (vgl. Ziff. 4.5.1.2 des Leitfadens der Gemeinsamen Einrichtung KVG). In Art. 105m Abs. 2 KVV ist jedoch lediglich die Möglichkeit eines Leistungsaufschiebes vorgesehen. Diese Bestimmung kommt dann zur Anwendung, wenn die versicherte Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnt, mit welchem die Schweiz kein Betreibungsabkommen abgeschlossen hat.

Da in unserem Fall die Versicherte in Frankreich wohnte und mit diesem Staat kein Betreibungsabkommen besteht, ist Art. 105m Abs. 2 KVV anwendbar.

Dass für die Anhebung einer Betreuung im Wohnstaat nach Art. 105m Abs. 1 KVV in

Verbindung mit Art. 64a Abs. 2 KVG und Art. 78 der VO [EG] Nr. 987/2009 eine Verfügung zu erlassen ist, bedeutet nicht, dass ausserhalb eines solchen Betreibungsverfahrens (das wäre der Fall von Art. 105m Abs. 2 KVV) keine Verfügung erlassen werden darf. Diese Bestimmungen regeln die Zwangsvollstreckung, nicht die Verjährung oder Verwirkung und damit auch nicht die Frage, wie die in Art. 24 Abs. 1 ATSG vorgesehene Verwirkungsfrist gewahrt wird.

Soweit für die Wahrung einer Verwirkungsfrist der Erlass einer Verfügung erforderlich sei, könne gemäss Dr. iur. Silvia Bucher, die wir um eine Stellungnahme gebeten hatten, nur dann von diesem Erfordernis für im Ausland wohnende Personen abgewichen werden, wenn der Erlass bzw. die Zustellung einer Verfügung völkerrechtlich unzulässig wäre, wovon der Versicherer offenbar ausgeht.

Frau Dr. Bucher weist darauf hin, dass Verfügungen auch bei im Ausland wohnenden Personen erlassen werden können, dies ergebe sich nicht nur aus Art. 77 und Art. 78 Abs. 1 der VO [EG] Nr. 987/2009 – hier im Zusammenhang mit einem Betreibungsverfahren –, sondern z.B. auch aus Art. 3 Abs. 4 Unterabs. 2 dieser Verordnung. Art. 84 Abs. 2 der VO [EG] Nr. 883/2004 beschränkt die Anerkennung von Entscheidungen nicht auf solche, die schon ergangen waren, als die betroffene Person noch im Inland wohnte.

Sie kommt zum Schluss, dass es nicht zutrefte, dass Verfügungen bezüglich Versicherungsprämien im Ausland nicht zustellbar seien. Selbst wenn eine sozialversicherungs-/verwaltungsrechtliche Staatsvertragsbestimmung eine solche Zustellung nicht erlauben würde, stünde immer noch die Zustellung auf diplomatischem oder konsularischem Weg offen (vgl. z.B. BGE 136 V 295 E. 5.1. S. 305).

Ob die Verwirkungsfrist für die Erhebung von Krankenversicherungsprämien nur durch den Erlass einer Verfügung gewahrt werden kann, wird ein Gericht entscheiden müssen, da sich die Ombudsstelle und der betroffene Krankenversicherer nicht einigen konnten. Diese Frage ist auch im Hinblick auf Sachverhalte ohne Auslandsbezug klärungsbedürftig.

5.4 Leistungsbezug im Ausland

Fall 7

Eine Versicherte war vom 1. Januar 2020 bis Ende Februar 2020 in den Ferien in Spanien. Am 17. Februar 2020 musste sie ins Spital. Der Aufenthalt in der Privatklinik dauerte bis zum 24. Februar 2020. Grund für die Hospitalisation waren Fieber und Atemnot. Als sie alle Rechnungen bei ihrem obligatorischen Krankenpflegeversicherer in der Schweiz einreichte, lehnte dieser die Übernahme der Kosten ab mit der Begründung, die Behandlungen seien bei einem privaten Leistungserbringer erfolgt. Die Versicherte wollte von uns wissen, ob die Ablehnung der Rückvergütung rechtens sei.

Gemäss Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit vom 21. Januar 2015 liegt bei privaten Leistungserbringern (wie z.B. eine Privatklinik) kein Leistungsaushilfefall vor, wenn diese keine Leistungen für die soziale Krankenversicherung erbringen. Wenn die versicherte Person, die sich vorübergehend in einem EU-Staat aufhält, einen solchen privaten Leistungserbringer wegen Vorliegens eines Notfalls oder aus Unwissen einen solchen aufgesucht hat, ist das schweizerische Recht anwendbar. Der Krankenversicherer muss somit den Fall unter dem Gesichtspunkt des Art. 36 Abs. 2 KVV prüfen.

Im vorliegenden Fall stellte sich die Frage, ob der Notfallbegriff gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV erfüllt ist. Gemäss der Legaldefinition ist dann von einem Notfall auszugehen, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Von der Vergütungspflicht ausdrücklich ausgenommen sind Fälle, in denen sich die versicherte Person zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begibt.

Aus den uns zur Verfügung gestellten Akten ging hervor, dass die Versicherte mit der Ambulanz ins Spital gefahren wurde. Bei der Aufnahme hatte sie Fieber und litt unter Atemnot. Der Spitalaufenthalt hatte acht Tage gedauert. Daraus schlossen wir, dass der damalige Gesundheitszustand der Patientin als kritisch einzustufen und somit eine Rückreise in die Schweiz in medizinischer Hinsicht nicht zumutbar war.

Aus den oben genannten Gründen erachteten wir den Notfallbegriff im konkreten Fall als erfüllt, weshalb wir beim Versicherer intervenierten und ihn baten, den Leistungsanspruch der Versicherten unter dem Gesichtspunkt von Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV erneut zu prüfen. Daraufhin überprüfte er das Schadenereignis noch einmal und anerkannte in der Folge das Vorliegen der Voraussetzungen für einen Notfall und somit seine Leistungspflicht gemäss Art. 36 KVV.

5.5 Leistungsbezug bei Vorliegen einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG gemäss den bilateralen Verträgen zwischen der Schweiz und den Mitgliedsstaaten der EU zuzüglich einiger Zusatzversicherungen nach schweizerischem Recht: Spezialfall Deutschland

Fall 8

Ein AHV-Rentner mit Wohnsitz in Deutschland hatte auf die Ausübung seines Optionsrechts verzichtet und sich somit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Schweiz entschieden. Zudem behielt er bei seinem Schweizer Versicherer die vor Jahren abgeschlossenen Zusatzversicherungen, insbesondere die halbprivate Spitalzusatzversicherung. Er wollte von uns wissen, ob die Auskunft des Versicherers korrekt sei, wonach ihm in Deutschland nur Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse zustünden. Dies würde für ihn bedeuten, dass, wenn er zu einem anerkannten Arzt gehe, der gemäss deutschem Recht nur Privatpatienten annehme, sein Schweizer Versicherer die Kosten für die in Deutschland erbrachten Leistungen nicht übernehmen müsse. In Anbetracht der Tatsache, dass er halbprivat versichert sei und einen Prämienaufschlag zahle, weil er in Deutschland wohne, könne er nicht glauben, dass diese Auskunft des Versicherers korrekt sei.

In Deutschland existieren nebeneinander zwei Systeme der gesundheitlichen Absicherung. Private Krankenversicherungen ermöglichen kürzere Wartezeiten für einen Termin beim Facharzt sowie die Chirurgenwahl bei einer Hospitalisation. Der Leistungskatalog variiert von Versicherer zu Versicherer und ist abhängig von der Prämie, die der Versicherte bereit ist, zu bezahlen. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen für alle Versicherten dieselben Leistungen übernehmen, egal wie hoch die entrichtete Prämie ist (die Prämienhöhe ist vom Einkommen abhängig). Die Versicherten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und mehr Leistungen erhalten möchten, können private Zusatzversicherungen abschliessen.

In Deutschland dürfen sich nur Beamte, Selbständige oder Studenten (über ihre Eltern) sowie Angestellte bei einer privaten Krankenversicherung versichern lassen, sofern ihr

Jahreseinkommen über 62'550 Euro liegt (gültige Grenze für das Jahr 2020). Die genannten Personenkategorien können sich entweder für eine Privatversicherung entscheiden oder sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichern.

Was den Leistungsbezug anbelangt, können sich lediglich Personen, die bei einer Privatversicherung versichert sind, zu Lasten ihrer Versicherung bei einem Privatarzt behandeln lassen. Bei (freiwillig) gesetzlich Versicherten übernimmt die Krankenkasse keine Leistungen. Privatärzte und Vertragsärzte (= Ärzte, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen) wenden unterschiedliche Tarife an.

Muss sich eine in der Schweiz versicherte Person in Deutschland behandeln lassen, übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur die von deutschen Vertragsärzten erbrachten Leistungen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die versicherte Person in Deutschland wohnhaft ist oder sich nur vorübergehend in Deutschland aufhält.

Nachdem wir den Versicherten über das deutsche System aufgeklärt hatten, teilten wir ihm Folgendes mit:

Art. 17 VO [EG] 883/2004 besagt, dass ein Versicherter und seine Familienangehörigen im Wohnmitgliedstaat Sachleistungen vom Träger des Wohnorts nach seinen Rechtsvorschriften erhalten und zwar so, als wären sie dort selbst versichert.

Der Leistungsanspruch umfasst also alle Leistungen, die ein Versicherter des Wohnstaats auch in Anspruch nehmen kann, wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen, ambulante Vorsorgekuren, Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, zahnärztliche Behandlungen, usw.. Damit der Schweizer Versicherer die im Wohnstaat angefallenen Behandlungskosten übernehmen kann, muss der Versicherte einen Leistungserbringer aufsuchen, der zu Lasten der sozialen Krankenversicherung des Wohnstaats abrechnen darf. Zudem muss sich die erbrachte Leistung im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des Wohnstaats befinden.

Sucht der Versicherte einen privaten Leistungserbringer auf oder wird eine Leistung erbracht, die nicht im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des Wohnstaats aufgeführt ist, muss der Versicherte die Kosten selber tragen. Gegebenenfalls können diese Kosten aus einer Zusatzversicherung vergütet werden. Ob der Schweizer Versicherer verpflichtet ist, die von privaten Leistungserbringern im Ausland erbrachten Leistungen aus den vom Versicherten abgeschlossenen Zusatzversicherungen zu vergüten, muss anhand der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen im Einzelfall geprüft werden.

Zusammenfassend muss man sich vergegenwärtigen, dass die schweizerische halbprivate oder private Spitalzusatzversicherung, welche in der Schweiz eine Ergänzung zur sozialen Krankenpflegeversicherung ist, nichts mit der privaten Krankenversicherung in Deutschland zu tun hat. Aus diesem Grund sollte ein in der Schweiz obligatorisch Krankenpflegeversicherter es vermeiden, einem deutschen Leistungserbringer zu sagen, er sei privat versichert, wenn er nicht riskieren will, dass der Schweizer Versicherer die Kostenübernahme ablehnt. Er muss dem Leistungserbringer deutlich machen, dass er über die gesetzliche Krankenversicherung in der Schweiz versichert ist und z.B. ergänzend dazu, eine private Spitalzusatzversicherung abgeschlossen hat.

Fall 9

Wir haben wiederholt Anfragen von schwangeren Frauen, welche in der Schweiz obligatorisch versichert sind und ihr Kind in einem EU-Mitgliedstaat zur Welt bringen möchten. Als Grund geben diese Frauen an, dass sie ihr Kind in der Nähe des Partners oder ihrer Familie/Verwandtschaft gebären möchten, um im Anschluss an die Geburt deren Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

Im konkreten Fall weigerte sich der Versicherer, die Kosten für die Geburt in Deutschland zu übernehmen, mit der Begründung, die Geburt eines Kindes sei kein unvorhergesehenes Ereignis, weshalb Art. 19 der VO [EG] 883/2004 nicht zur Anwendung komme. Das von uns angefragte Bundesamt für Gesundheit teilt die Meinung des Versicherers nicht. Im Gegenteil: es geht davon aus, dass Art. 19 Abs. 1 der VO [EG] 883/2004 in Verbindung mit Art. 25 Abs. 3 der VO [EG] 987/2009 so auszulegen ist, dass Sachleistungen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung erbracht werden, unter diese Bestimmungen fallen, sofern der Zweck des Aufenthalts z.B. die Inanspruchnahme familiärer Hilfe war. Ausgenommen sind Fälle, bei denen die Entbindung Zweck des vorübergehenden Auslandsaufenthalts war. Dies ist z.B. der Fall, wenn sich die Gebärende allein wegen einer Koryphäe auf dem Gebiet der Geburtshilfe ins Ausland begeben hat.

Nachdem wir dem Versicherer die Stellungnahme des Bundesamtes für Gesundheit haben zukommen lassen, erklärte er sich bereit, die Kosten für die in Deutschland vorgesehene Entbindung zu übernehmen, da in unserem Fall sowohl die Familie der Versicherten als auch jene ihres Ehemannes nicht in der Schweiz leben und sie lediglich die Hilfe ihrer Familie nach der Geburt ihres Kindes in Anspruch nehmen wollte.

6 Weitere Fälle aus der Praxis der Ombudsstelle mit EU/EFTA-Bezug aus den vergangenen Jahren

Jahresbericht	Fall-Nr.	Thema
2015	14	Ticket-Moderateur (Selbstbehalt von 20% nach französischem Recht).
2015	16	Geplante Geburt in Deutschland.
2015	17	Geburt während einer Schiffsreise um die Welt.
2016	12	Spitalaufenthalt in Italien – Zustellung der Rechnung 10 Jahre später.
2017	12	Italienerin mit Wohnsitz im Tessin und Arbeitsplatz in Italien: Ist das Erwerborts- oder das Wohnortsprinzip anwendbar?
2017	13	Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz und Rente aus Deutschland möchte Teilzeittätigkeit annehmen, fürchtet aber in der Folge doppelt krankenversichert zu sein.
2017	14	Leistungsbezug im EU-Land: AHV-Rentner mit Wohnsitz in Spanien.
2018	9	Versicherte mit Wohnsitz in Frankreich, in der Schweiz obligatorisch krankpflegeversichert mit Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung, gibt in der Folge Aufnahme einer geringfügigen Erwerbstätigkeit nicht an: Rechtsfolgen.
2018	10	Optionsrecht einer Versicherten, die nach Frankreich gezogen ist.
2019	11	Versicherte mit Wohnsitz im Kanton St. Gallen und Arbeitsort im Fürstentum Liechtenstein bezieht Leistungen am Arbeitsort.
2019	12	Schwangere Grenzgängerin verheiratet mit Ehemann, der ebenfalls Grenzgänger aber in Italien obligatorisch krankenversichert ist, will ihr zukünftiges Baby – wie sie selbst – in der Schweiz versichern lassen.

STIFTUNG OMBUDSSTELLE KRANKENVERSICHERUNG

Stiftungsrat (Stand 31.12.2020):

MOSER Markus	Präsident , Dr. iur.; 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vizepräsident, mag. oec. HSG, alt Ständerat; 7302 Landquart
CHIESA TANNER Gabriella	Dipl. Pharm.; 8806 Bäch SZ
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 31.12.2020):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Ombudsfrau , lic. iur., Rechtsanwältin
BRECHBÜHL Eliane	Krankenversicherungs-Fachfrau mit eidg. Fachausweis
LORÉTAN Charles	Krankenversicherungs-Fachmann mit eidg. Fachausweis
MAETZLER Caroline	MLaw, Juristin
MÜLLER INEICHEN Susanne	Lic. iur., Rechtsanwältin
STOCKER Caroline	Mlaw, Juristin
TRONTO Lorena	MLaw, Juristin
WÖRSCHING-Würmli Barbara	MLaw, Juristin

Kontakt

Postadresse:

Ombudsstelle Krankenversicherung
Morgartenstrasse 9
Postfach 3565
6002 Luzern

Internet:

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

Telefon:

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

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