

Ombudsstelle

Krankenversicherung

Jahresbericht '21

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?	12
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?	13
5 Aus der Praxis der Ombudsstelle	15
5.1 Hospitalisationskosten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversiche- rung	15
5.1.1 Die gesetzlichen Grundlagen	15
5.1.2 Einige Erläuterungen zur Vergütung der stationären Spitalleistungen	16
5.1.3 Die Umsetzung auf konkrete Beispiele	17
Fall 1: Stationärer Spitalaufenthalt in einem Listenspital	17
Fall 2: Klinik ist kein Listenspital, sondern ein Vertragsspital	18
Fall 3: Medizinische Indikation	19

Fall 4: Notfall	20
Fall 5: Ausserkantonale Hospitalisation ohne medizinische Indikation	21
5.2 Die stationären Spitalkosten im Rahmen der Zusatzversicherungen	21
Fall 6: Vertragsloser Zustand	21
Fall 7: Maximaltarif und eingeschränkte Spitalliste	22
5.3 Sachverhalte mit Auslandsbezug	23
5.3.1 Fall ausserhalb der EU/EFTA	23
Fall 8: Notfall während der Ferien in Australien	23
5.3.2 Keine Leistungsaushilfe für Drittstaatsangehörige	24
Fall 9: Russisches Ehepaar mit Niederlassung in der Schweiz	24
5.3.3 Fall innerhalb der EU/EFTA	26
Fall 10: Notfall während der Ferien in Spanien	26
5.4 Erkenntnisse und Empfehlungen	26
Stiftung Ombudsstelle Krankenversicherung	28
Kontakt	29

Vorwort der Ombudsfrau



Geschätzte Lesende und Versicherte ¹

Im Jahre 2021 beschäftigten zwei Themen die Versicherten ganz besonders: zum einen die Leistungsansprüche im Zusammenhang mit COVID-19, zum anderen der vertragslose Zustand im Bereich der Spitalzusatzversicherung.

Zum Thema COVID-19 verweise ich Sie auf unseren Beitrag mit dem Titel “Aus der Praxis der Ombudsstelle Krankenversicherung in Zeiten der COVID-19-Pandemie” in “Assurances sociales et pandémie de Covid-19/Sozialversicherungen und Covid-19-Pandemie”, Hrsg. Sylvie Pétremand, Stämpfli Editions SA Bern, 2021, S. 39 ff.

Was den zweiten Schwerpunkt angeht, haben sich neben dem vertragslosen Zustand im Bereich der Spitalzusatzversicherung noch weitere Probleme im Rahmen der stationären Behandlung ergeben, weshalb ich mich entschieden habe, im Berichtsjahr den Fokus auf die Hospitalisation allgemein zu legen.

Ich hoffe, der Jahresbericht 2021 findet Ihr Interesse, und grüsse Sie freundlich

Ihre Ombudsfrau

Morena Hostettler Socha

Luzern, 26. April 2022

¹Aus 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, Rechtsanwältin), sechs Juristen (Barbara Wörsching-Würmli [bis zum 28. Februar 2021], Lorena Tronto, Susanne Müller Ineichen, Caroline Maetzler, Caroline Stocker und Lukas Götz [ab dem 1. März 2021]) sowie von zwei ausgewiesenen Experten der Krankenversicherung (Charles Lorétan und Eliane Brechbühl) betreut. Per 31. Dezember 2021 betrug der Personalbestand 630% Stellen.

2 Stiftungsrat

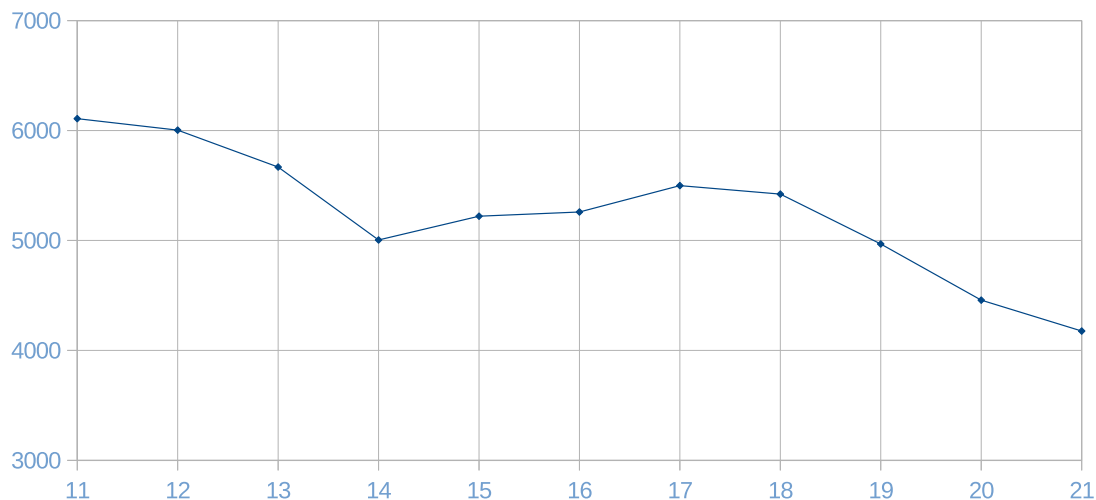
Der Stiftungsrat tagte im Berichtsjahr zweimal zu ordentlichen Sitzungen (30. April 2021 und 19. November 2021).

Am **30. April 2021** genehmigte er die Jahresrechnung 2020 und den Tätigkeitsbericht 2020, zudem nahm er seine Wiederwahl vor, da die laufende Amtsdauer zu Ende ging. Anwesend waren die am 19. November 2020 wieder gewählten bisherigen Stiftungsräte Gabriella Chiesa Tanner, Nikolai Dittli und Jean-François Steiert sowie die neu gewählten Stiftungsräte Andrea Azzola, Heinz Brand, Joy Demeulemeester und Ursula Schafroth Stoller, die erstmals am 30. April 2021 ihr Amt antraten. Der Stiftungsrat konstituierte sich selbst wie folgt: Präsident ist Heinz Brand und Vizepräsidentin ist Gabriella Chiesa Tanner. Der bisherige Präsident Markus Moser und der bisherige Vizepräsident Christoffel Brändli sowie die bisherige Stiftungsrätin Fabiola Monigatti stellten sich nicht mehr zur Wiederwahl. Ihre Verabschiedung erfolgte wegen der Pandemie erst im Anschluss an die November-Sitzung in Form eines kulinarischen und kulturellen Anlasses.

Am **19. November 2021** tagte der Stiftungsrat zum ersten Mal in der neuen Zusammensetzung. Zur Diskussion standen das Budget 2022 und die Erörterung des Geschäftsjahres.

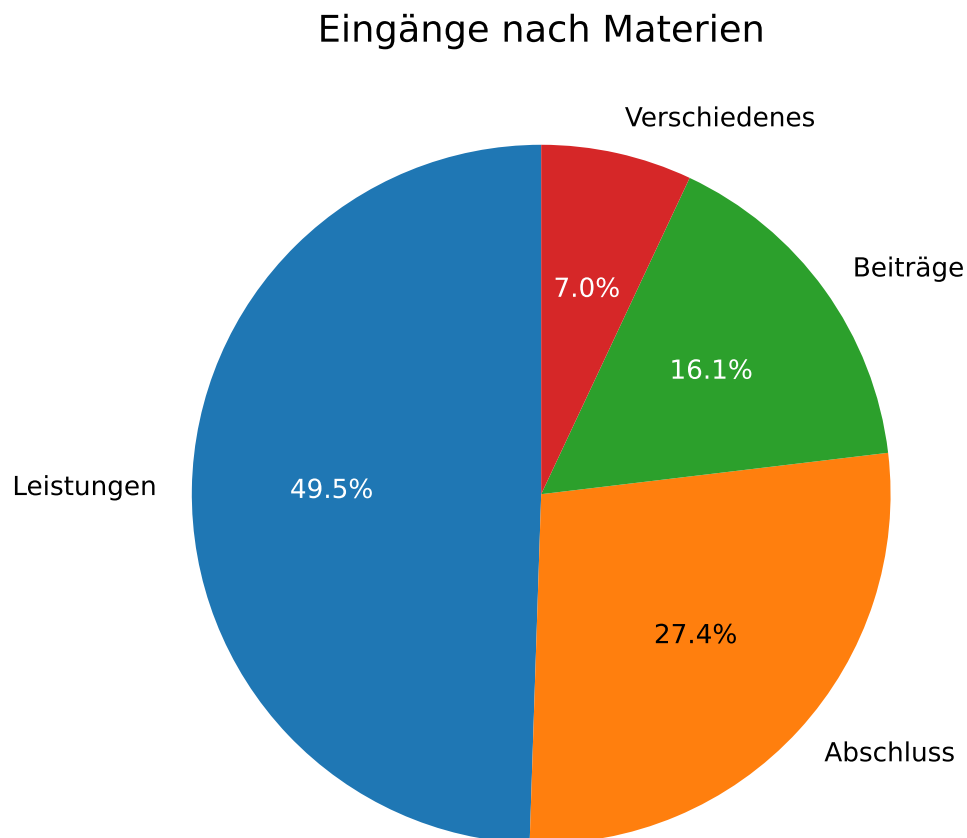
3 Zahlen

Fallentwicklung 2011 bis 2021



3.1 Eingänge nach Materien

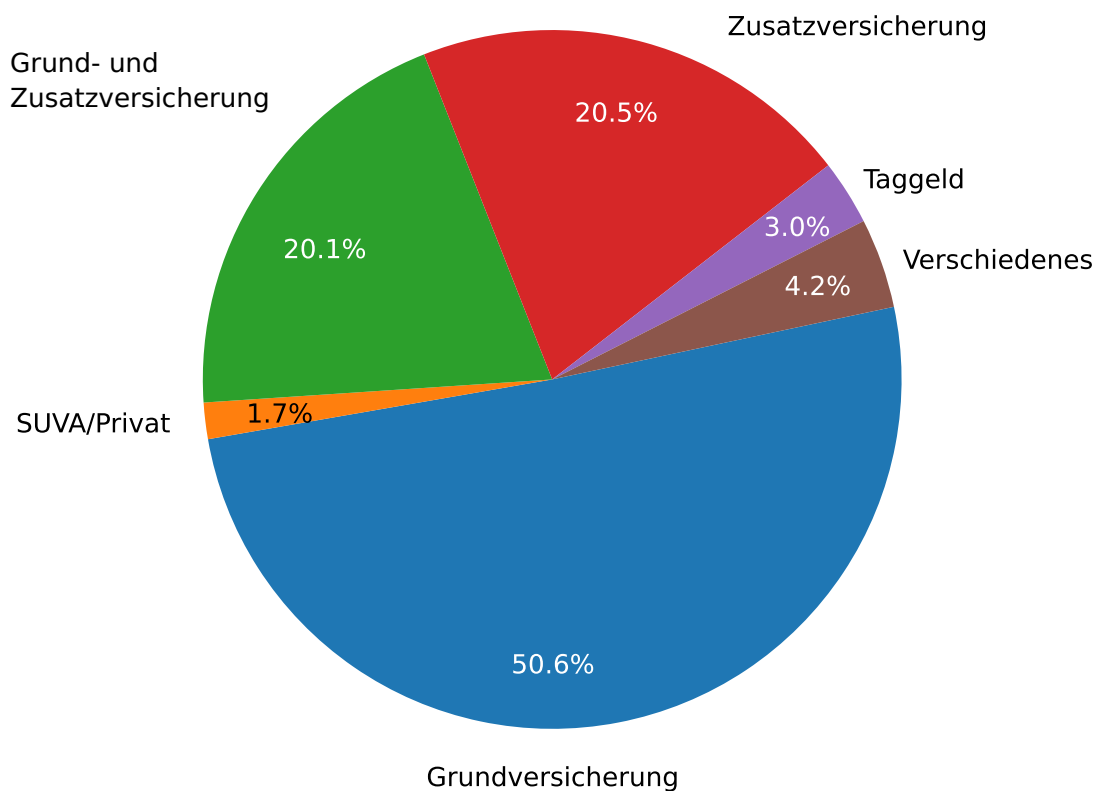
Im Berichtsjahr 2021 sind bei der Ombudsstelle 4176 Fälle eingegangen (2020: 4457). Dies entspricht einer Abnahme von ca. 6% gegenüber dem Vorjahr. Die Aufteilung nach Materien ergibt folgendes Bild: 2133 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2020: 2160), 1090 im Bereich Abschluss oder Wechsel der Versicherung (2020: 1197) und 557 zum Thema Prämien/Beiträge (2020: 704). Die übrigen 313 Fälle betrafen Verschiedenes (2020: 305).



3.2 Eingänge nach Versicherungssparten

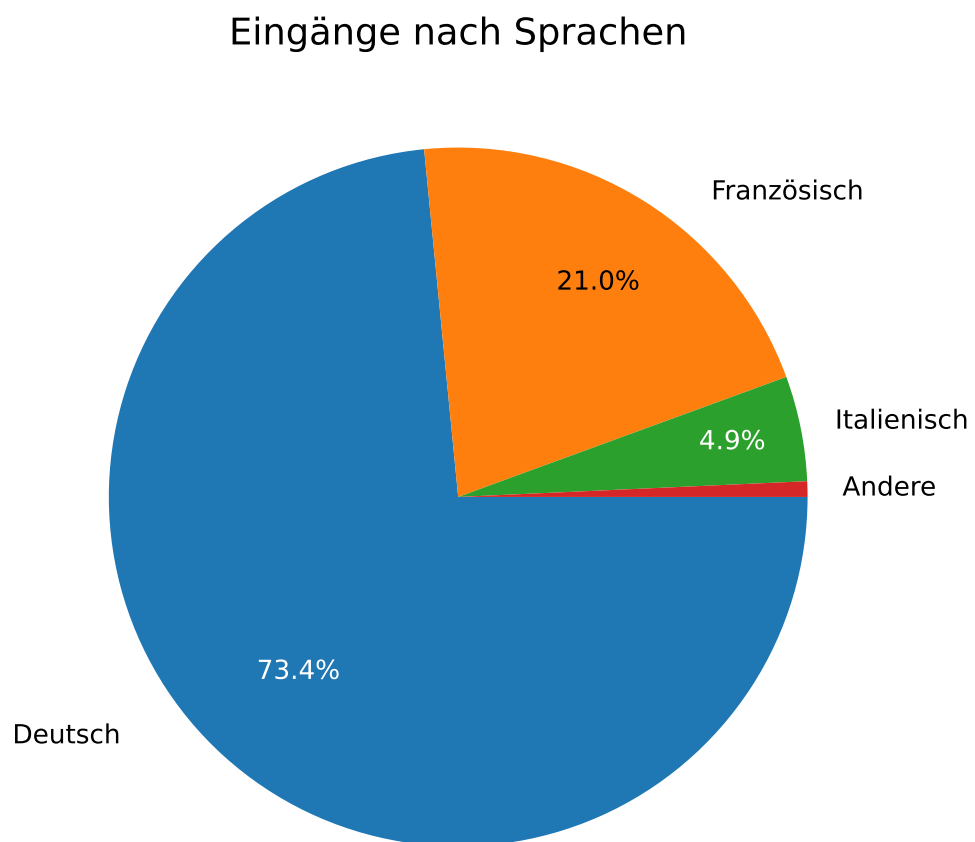
2224 Fälle betrafen die Grundversicherung (2020: 2253), 769 Fälle nur die Zusatzversicherung (2020: 912), 855 Fälle beide Versicherungssparten (2020: 894). Die Taggeldversicherung war in 98 Fällen Thema (2020: 134). In 67 Fällen mussten wir die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verweisen (2020: 75). Die übrigen 163 Fälle berührten Fragestellungen allgemeiner Art, teils ohne Zusammenhang mit der Krankenversicherung.

Eingänge nach Versicherungssparten



3.3 Eingänge nach Sprachen

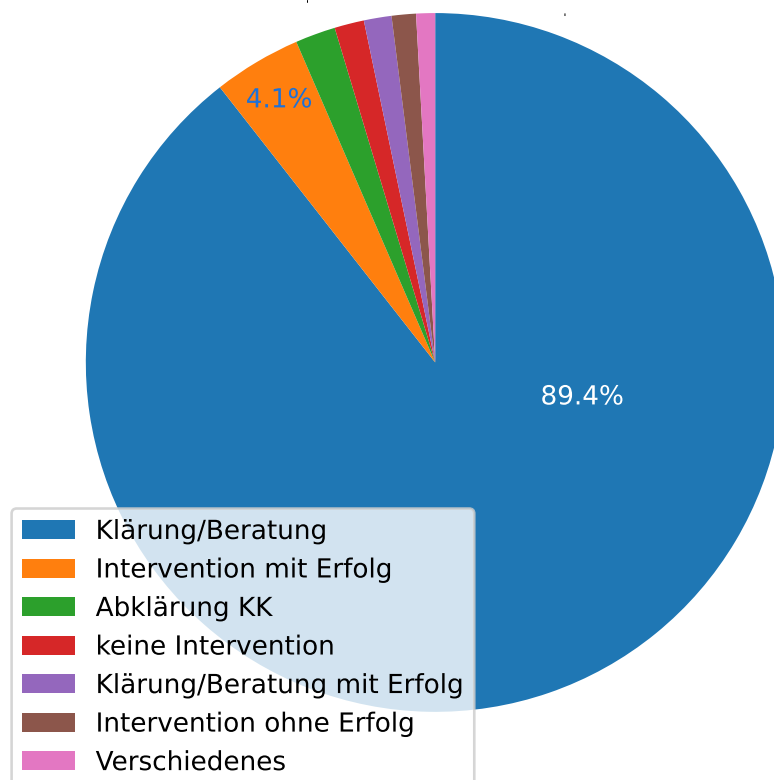
3067 Eingänge entfielen auf Deutsch (2020: 3283), 876 auf Französisch (2020: 940) und 203 auf Italienisch (2020: 204). Andere Sprachen 30 (vor allem Englisch) (2020: 30).



3.4 Interventionen der Ombudsstelle

In 3844 Fällen konnte die Ombudsstelle den Entscheid des Versicherers bestätigen oder diesen ohne Rücksprache beim Krankenversicherer der versicherten Person erläutern (2020: 3986). In 239 Fällen hatte die Ombudsstelle einen Antrag beim Krankenversicherer gestellt (2020: 231) und war dabei in 185 Fällen erfolgreich (2020: 181), was einer Erfolgsquote von über 77% entspricht. In 40 Fällen haben wir die Krankenkasse lediglich um Unterlagen gebeten, die wir von den Versicherten wegen sprachlichen oder altersbedingten Problemen nicht erhielten (2020: 61). In 53 Fällen konnten wir die Versicherten derart über die Rechtslage aufklären, dass sie ihr Problem mit dem Versicherer erfolgreich selbst lösen konnten (2020: 57).

Interventionen der Ombudsstelle



3.5 Entwicklung der Eingänge (Zusammenfassung)

Der sich seit dem Jahr 2020 markant abzeichnende Abwärtstrend der Fallzahlen hält im Berichtsjahr weiterhin an. Dafür gibt es mehrere Gründe.

Zunächst sind die Prämien auch im Berichtsjahr nur moderat angestiegen und wegen der Pandemie waren die Makler weiterhin nicht so aktiv wie in den Jahren zuvor, was zu weniger Versichererwechseln 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. Nebst einem verbesserten Schulungsangebot für Makler sind viele von ihnen der Branchenvereinbarung «Vermittler» beigetreten, die mit verbindlichen Qualitäts- und Transparenzmassnahmen mehr Rechtssicherheit zu Gunsten der Kunden schafft. Die unterzeichnenden Krankenversicherer verpflichten sich, nur noch mit externen Vermittlern zusammenzuarbeiten, die auf die telefonische Kaltakquise verzichten und die vorgegebenen Standards einhalten. Die Vereinbarung und die Sanktions- und Verfahrensordnung sind seit 1. Januar 2021 in Kraft.

Schliesslich haben uns auch die internen Beschwerdestellen bei einzelnen Versicherern 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 wieder 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 dürfen 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.

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 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 (<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 im 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 Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA in Zürich, der praktisch alle Rechtsschutzversicherungen angeschlossen sind.

4.5 Was können die Versicherten von der Ombudsstelle erwarten?

Versicherte erhalten eine Einschätzung ihrer Probleme und eine Hilfestellung, wenn sie mit ihrem 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 die Rechtsprechung. Die Ombudsstelle ist keine Aufsichtsbehörde über 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 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

Die Arbeitsweise und die Wirkungskraft der Ombudsstelle sollen im Folgenden in Form von kurzen Zusammenfassungen ausgewählter Fallbeispiele, die uns im Laufe des Jahres 2021 beschäftigt haben, veranschaulicht werden. Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes werden Namen und Daten weggelassen oder geändert. Sachverhalt, Abklärungen und Erledigungen sind vereinfacht dargestellt.

5.1 Hospitalisationskosten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

5.1.1 Die gesetzlichen Grundlagen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

Die Versicherten müssen sich an den Kosten der von ihnen bezogenen Leistungen beteiligen. Bei einer stationären Spitalbehandlung besteht die Kostenbeteiligung aus der von der versicherten Person gewählten Jahresfranchise, den 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (sog. Selbstbehalt) und dem täglichen Beitrag von aktuell CHF 15.00 an die Kosten des Spitalaufenthalts (vgl. Art. 64 Abs. 1 und 2 sowie Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 KVV). Die versicherte Person erhält von ihrem Versicherer eine entsprechende Leistungsabrechnung.

Laut Art. 39 Abs. 1 KVG sind Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), zugelassen, wenn sie u.a. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG kann eine versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (Art. 49a Abs. 1 KVG). Der kantonale Anteil muss mindestens 55% betragen (vgl. Art. 49a Abs. 2ter KVG) und der Wohnkanton entrichtet diesen in der Regel direkt dem Spital (vgl. Art. 49a Abs. 3 KVG).

Mit Spitälern, welche nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach Art. 38 und 39 Abs. 1 lit. a-c und f KVG erfüllen, können die Versicherer gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG Verträge über die Vergütung der Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Für diese Spitäler hat sich der Begriff der Vertragsspitäler eingebürgert. Was die Vergütung ihrer Leistungen anbelangt, darf diese nicht höher sein als der Anteil, den der Versicherer bei Wahl eines Listenspitals zu leisten hätte. Mit anderen Worten, der Versicherer übernimmt max. 45% der Spitalkosten. Der Wohnkanton beteiligt sich nicht an den Restkosten. Die Spitäler können in diesen Fällen manchmal einen reduzierten Betrag in Rechnung stellen.

Wählt die versicherte Person ein Spital, das weder Listenspital noch Vertragsspital ist, dann hat sie weder gegenüber dem Versicherer noch dem Kanton einen Leistungsanspruch.

in der Krankenversicherung]).

5.1.3 Die Umsetzung auf konkrete Beispiele

Fall 1: Stationärer Spitalaufenthalt in einem Listenspital

Der Versicherte hatte vor Jahren nur die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit einer Franchise von CHF 300 und der freien Arztwahl abgeschlossen. Im Berichtsjahr musste er sich operieren lassen und verbrachte vier Tage auf der allgemeinen Abteilung in einem Spital seines Wohnsitzkantons. Nach einigen Wochen erhielt er von seinem Krankenversicherer eine Leistungsabrechnung, mit der er nichts anfangen konnte. Aus diesem Grund verlangte er bei seinem Versicherer eine Kopie der Spitalrechnung. Dies wurde ihm mit dem Hinweis verweigert, er müsse sich an den Leistungserbringer direkt wenden. Dies tat er. Danach meldete er sich bei der Ombudsstelle und wollte wissen, ob das Vorgehen des Versicherers rechtens sei. Gleichzeitig bat er uns, ihm bei der Überprüfung der Spitalrechnung und der Leistungsabrechnung zu helfen.

Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant (wenn also der Leistungserbringer dem Versicherer die Rechnung direkt zukommen lässt) erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Demzufolge hätte im konkreten Fall das Spital dem Versicherten von Gesetzes wegen eine Kopie der Rechnung zustellen müssen. Der Hinweis des Versicherers an seinen Versicherten war somit rechtens.

Die Überprüfung der Spitalrechnung:

Damit der Versicherte die Berechnung des Versicherers überprüfen kann, muss er sich von diesem zunächst folgende Informationen schriftlich geben lassen:

- Welche Fallgruppe (DRG-Code) wurde berücksichtigt?
- Welches Kostengewicht wurde angewandt?
- Welche Baserate wurde berücksichtigt?

Der in seinem Fall vergütete Betrag wird wie folgt berechnet:

$$\text{Gesamtkosten des Spitalaufenthalts} = \text{cost-weight} \times \text{baserate}$$

Zudem ist noch die Spitalaufenthaltsdauer zu berücksichtigen (vorliegend ohne Urlaubstage):

$$\text{Aufenthaltsdauer in Tagen} = \text{Austrittsdatum} \text{ ./. } \text{Eintrittsdatum}$$

Wir haben diese Berechnungen gestützt auf den Fallpauschalenkatalog überprüft und dabei die “Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY”, Version März 2020, gültig ab 1. Januar 2021 und die in der Verordnung des Wohnkantons des Versicherten enthaltenen KVG-Tarife beachtet.

Auf weitere Details möchten wir an dieser Stelle verzichten, da diese Berechnungen viel Fachwissen voraussetzen. Wenn die Versicherten ihre Spitalrechnungen genauer überprüfen möchten, sind sie auf die Unterstützung des Krankenversicherers angewiesen.

Zusammenfassend haben die Berechnungen des Leistungserbringers vorliegend keinen Anlass zu Beanstandungen gegeben.

Von den errechneten Gesamtkosten des Spitalaufenthalts hat der Versicherer 45% und der Wohnsitzkanton die restlichen 55% übernommen.

Was die Leistungsabrechnung anbelangt, haben wir festgestellt, dass der Versicherer dem Versicherten die vereinbarte Jahresfranchise von CHF 300.00, die 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (sog. Selbstbehalt) sowie den Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts von CHF 15.00 pro Tag korrekt in Rechnung gestellt hat. Insbesondere wurde die Kostenbeteiligung auch in der richtigen Reihenfolge abgerechnet.

Diesbezüglich verweisen wir auf einen Bundesgerichtsentscheid (9C_716/2018) vom 14. Mai 2019, wonach der Spitalkostenbeitrag vorab mit der Spitalrechnung zu verrechnen und erst anschliessend die Jahresfranchise und der Selbstbehalt zu berücksichtigen sind. Würde man diese Reihenfolge nicht einhalten, müsste der Versicherte einen Selbstbehalt auf seinem Spitalkostenbeitrag bezahlen, was gemäss Bundesgericht nicht Sinn und Zweck von Art. 64 KVG sein kann.

In Bezug auf die Spitalaufenthaltsdauer ist noch zu erwähnen, dass in der SwissDRG-Pauschale der Austrittstag nicht miteinberechnet wird, während aArt. 104 Abs. 1 KVV (gültig bis zum 31. Dezember 2021) die Erhebung des Spitalbeitrags von CHF 15.00 auch für den letzten Tag des Spitalaufenthaltes vorsah. Diese Ungereimtheit ist per 1. Januar 2022 beseitigt worden (vgl. Art. 104 Abs. 1 bis lit. a KVV). Diese Korrektur kommt im konkreten Fall für den Versicherten zu spät, da die neue Bestimmung nicht rückwirkend anwendbar ist.

Fall 2: Klinik ist kein Listenspital, sondern ein Vertragsspital

Eine Waadtländerin rief uns an und beklagte sich darüber, dass ihr aktueller KVG-Versicherer ihr die Kostengutsprache für eine Operation am linken Knie (inkl. Hospitalisation) verweigere, weil er mit der ausgewählten Klinik keinen Vertrag abgeschlossen habe. Die Versicherte konnte diesen ablehnenden Entscheid nicht nachvollziehen, insbesondere weil der damalige Versicherer im Vorjahr die Kosten für den gleichen Eingriff (am rechten Knie) übernommen hatte.

Unsere Abklärungen haben ergeben, dass die von der Versicherten bevorzugte Klinik nicht auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführt ist. Es handelt sich um eine private Einrichtung, mit der die Versicherer einen Vertrag gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG abschliessen können, wenn sie dies wollen. Bei Vorliegen eines solchen Vertrages handelt es sich beim betreffenden Spital um ein sog. Vertragsspital.

Bei Vertragsspitalern entfällt der Kantonsanteil. In diesem Fall vergütet der Krankenversicherer höchstens 45% der Kosten, die er hätte zahlen müssen, wenn die Wahl auf ein Listenspital gefallen wäre. Die restliche Vergütung muss von der versicherten Person selbst oder ihrer Zusatzversicherung getragen werden.

Vorliegend hatte der frühere Versicherer mit besagtem Spital einen Vertrag abgeschlossen,

weshalb er im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Kosten des Eingriffs am rechten Knie in der Höhe von 45% aufkam, während mit dem aktuellen Versicherer kein Vertrag mit besagter Klinik bestand. Demzufolge war sein ablehnender Entscheid im Zusammenhang mit den KVG-Leistungen nicht zu beanstanden. Wir teilten der Versicherten mit, dass, wenn sie auf eine stationäre Behandlung in dieser Klinik beharren sollte, sie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weder gegenüber dem Versicherer noch dem Kanton einen Leistungsanspruch geltend machen könne. Sie müsste für diese Kosten selber aufkommen. Es bleibe ihr nichts anderes übrig, als den Krankenversicherer auf den nächst möglichen Termin zu wechseln, sofern sie mit der Operation noch zuwarten könne, oder die Operation in einem Listenspital durchführen zu lassen.

Dieser Fall ist ein gutes Beispiel dafür, dass man nicht generell davon ausgehen darf, dass es im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Unterschiede zwischen den Versicherern bezüglich der Kostenübernahme von Leistungen gibt.

Aus diesem Grund raten wir den Versicherten dringend davon ab, den Versicherer zu wechseln, wenn – wie im vorliegenden Fall – zwei operative Eingriffe im Abstand von einigen Monaten geplant sind und der Versicherer die Kosten der ersten Operation schon übernommen hat. Von einem Wechsel ist auch dann abzuraten, wenn für einen geplanten Eingriff bereits eine Kostengutsprache vom aktuellen Versicherer vorliegt.

Fall 3: Medizinische Indikation

Die vom Versicherten benötigte Behandlung konnte im Spital seines Wohnkantons nicht durchgeführt werden, jedoch in einem ausserkantonalen Spital, das sich nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons befand, jedoch auf der Liste des Standortkantons. Offenbar war die medizinische Indikation gegeben. Der Versicherte wollte von uns wissen, ob er mit nicht gedeckten Kosten rechnen müsse. Er sei lediglich obligatorisch krankenpflegeversichert.

Ausserkantonale stationäre Spitalaufenthalte sind bewilligungspflichtig, weshalb ein kantonales Kostengutspracheverfahren durchgeführt werden muss (vgl. Art. 41 Abs. 3 letzter Satz KVG). In der Regel kontaktiert der behandelnde Arzt den Kantonsarzt, der die medizinische Notwendigkeit im Kostengutspracheverfahren überprüft und gegebenenfalls den Eingriff genehmigt.

Wenn die medizinische Notwendigkeit feststeht, spielt es keine Rolle, ob der Tarif des Standortspitals höher ist als der Referenztarif des Spitals im Wohnkanton. Die Kosten der Spitalbehandlung werden gemäss Art. 49a KVG anteilmässig zwischen Wohnkanton (max. 55%) und Versicherer (max. 45%) aufgeteilt. Es ergeben sich somit keine Kosten für die versicherte Person mit Ausnahme der üblichen Kostenbeteiligungen (Franchise, Selbstbehalt von 10% und Spitalbeitrag).

Dies teilten wir dem Versicherten mit.

Das Ergebnis wäre anders ausgefallen, wenn der Versicherte sich in einem Listenspital seines Wohnkantons hätte operieren lassen können, er aber aus persönlichen Gründen das ausserkantonale Standortspital bevorzugt hätte, d.h. wenn eine medizinische Indikation für die ausserkantonale Behandlung gefehlt hätte. Ist in einem solchen Fall der Tarif des Standortspitals höher als der Referenztarif im Wohnkanton, dann geht die Kostendifferenz zu Lasten des Patienten oder gegebenenfalls seiner Zusatzversicherung. Denn gedeckt sind immer höchstens die Kosten, die eine Behandlung verursacht hätte, wenn sie in einem

Listenspital des Wohnkantons der versicherten Person durchgeführt wird.

Fall 4: Notfall

Ein Rentner erlitt während der Wintersportferien ausserhalb seines Wohnkantons einen schweren Unfall auf der Skipiste. Er wurde notfallmässig ins nächstgelegene Spital transportiert und anschliessend vor Ort operiert. Seine Ehefrau machte sich Sorgen um die Finanzierung, da er weder eine Spital- noch sonst eine Zusatzversicherung abgeschlossen hatte. Sie wollte von uns wissen, ob der Versicherer für sämtliche Unfallkosten aufkomme.

Bei Unfällen von Personen, die nicht aufgrund des Unfallversicherungsgesetzes versichert sind (insbesondere nicht erwerbstätige Personen wie z.B. Rentner), gelten die Bestimmungen des KVG und damit auch die Beitragspflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG. Gemäss dieser Bestimmung übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig gemäss Art. 49a KVG, wenn die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital beansprucht. In der Regel ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig, ausser es liegt ein Notfall vor.

Demzufolge ist bei Notfällen kein kantonales Kostengutspracheverfahren notwendig. Wenn aber der Wohnkanton es wünscht, kann das Formular aus dem Kostengutspracheverfahren dazu verwendet werden, um abzuklären, ob ein Notfall vorliegt oder nicht. In diesen Fällen ist das Formular innert nützlicher Frist nach der Spitaleinweisung des Patienten dem Kanton einzureichen. Das Spital ist für den Nachweis zuständig, dass ein Notfall vorgelegen hat.

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein Spital zu transportieren, das für die Erbringung der betroffenen Leistung auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführt ist. Der Notfall dauert an, solange eine Rückführung in ein Listenspital des Wohnkantons aus medizinischen Gründen nicht sinnvoll ist.

Unsere Abklärung ergab im vorliegenden Fall, dass sich das Spital auf der Liste des Standortkantons befand und der Tarif tiefer war als der im Wohnkanton des Versicherten geltende Referenztarif. Damit war eine volle Kostendeckung für diesen Spitalaufenthalt gegeben.

Da es sich vorliegend um einen Notfall gehandelt hat, hätte auch ein höherer Tarif als der Referenztarif im Wohnkanton nichts an der vollen Kostendeckung geändert. Der einzige Unterschied zum Fall mit dem niedrigeren Tarif besteht darin, dass der Wohnkanton bei einem höheren Tarif vom Leistungserbringer den Nachweis verlangen kann, dass tatsächlich ein Notfall vorlag. Sollte keiner vorgelegen haben, müsste der Wohnkanton keine Kosten erbringen, die über dem eigenen Referenztarif liegen. Restkosten würden zu Lasten der versicherten Person oder einer bestehenden Zusatzversicherung gehen.

Dies teilten wir der Ehefrau mit. Gleichzeitig wiesen wir sie darauf hin, dass bezüglich des Transports ihres Ehegatten ins Spital noch einige Kosten auf ihn zukommen würden, da in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung lediglich 50% der Transportkosten gedeckt sind. Dabei ist zu unterscheiden zwischen einem Kranken- und einem Rettungstransport. Bei erstem gilt ein Kostendeckel von CHF 500.00 pro Kalenderjahr, bei letztem eine Höchstgrenze von CHF 5'000.00 pro Jahr. Wenn keine entsprechende Zusatzversicherung vorliegt, gehen die ungedeckten Transport- und/oder Rettungskostenkosten zulasten des Versicherten.

Fall 5: Ausserkantonale Hospitalisation ohne medizinische Indikation

Der bevollmächtigte Vater eines psychisch erkrankten erwachsenen Sohnes wollte von uns wissen, ob es möglich sei, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Übernahme der Kosten für einen stationären Klinikaufenthalt ablehnen könne. Sein Sohn habe sich für eine ausserkantonale Klinik entschieden, weil sein Psychiater sie ihm empfohlen habe, mit der Begründung, sie biete eine auf sein psychisches Leiden perfekt zugeschnittene Therapie an.

Im konkreten Fall stellten wir fest, dass die ausserkantonale psychiatrische Klinik weder auf der Spitalliste des Wohnkantons noch auf der Liste des Standortkantons aufgeführt war. Demzufolge konnte auch kein kantonaler Referenztarif zur Anwendung kommen. Der Referenztarif ist der pauschal festgelegte Preis für eine medizinische Leistung im Kanton.

Leider hatte der Versicherer mit dieser Klinik keinen Vertrag gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG abgeschlossen. Deshalb konnte er auch nicht angehalten werden, Kosten zu übernehmen.

Wir konnten dem Vater lediglich empfehlen, mit der Klinik Kontakt aufzunehmen, um den Preis des Aufenthaltes neu festlegen zu lassen, gegebenenfalls mit Unterstützung der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO). Die Chancen für eine Preisreduktion stünden u.E. gut, weil die Klinik ihrer Aufklärungspflicht gegenüber dem Versicherten offenbar nicht nachgekommen sei. Tatsächlich müsste ihr bekannt gewesen sein, dass sie weder an ihrem Standort noch am Wohnort des Versicherten auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, und dass sie mit dem Versicherer auch keinen Vertrag abgeschlossen hatte.

Die Ombudsstelle kann den Versicherten nur immer wieder raten, vor einem geplanten Spitalaufenthalt eine schriftliche Kostengutsprache ihres Versicherers einzuholen, um böse Überraschungen zu vermeiden.

5.2 Die stationären Spitalkosten im Rahmen der Zusatzversicherungen

Fall 6: Vertragsloser Zustand

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass das Vertragsspital nach KVG nichts mit einem vertragslosen Zustand im Bereich der Spitalzusatzversicherung zu tun hat, auch wenn in beiden Fällen Vertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern stattfinden. Beim ersten Fall handelt es sich um ein Spital, mit dem der Versicherer einen Vertrag gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG abgeschlossen hat, weil es weder auf der Spitalliste des Wohnkantons noch auf jener des Standortkantons aufgeführt ist. Beim zweiten Fall geht es um einen Tarifstreit zwischen Leistungserbringer und Versicherer im Bereich der Spitalzusatzversicherung, der vorübergehend nicht beigelegt werden konnte. Ein Beispiel ist der nachfolgende Fall:

Eine Versicherte teilte der Ombudsstelle mit, sie habe vor Jahren eine private Spitalzusatzversicherung abgeschlossen. Sie sei immer davon ausgegangen, dass sie im Falle einer Hospitalisierung gut abgesichert sei. Nun müsse sie feststellen, dass dies nicht der Fall sei. Sie teilte uns mit, sie müsse sich in drei Wochen operieren lassen und der behandelnde Arzt habe bereits alle Vorkehrungen im gewünschten Spital getroffen, als das Spital sie angerufen habe, um ihr mitzuteilen, es bestehe keine Deckung für die private Abteilung. Bei den Tarifverhandlungen zwischen Spital und dem Versicherer sei es zu keiner Einigung gekommen, weshalb es zu einem vertragslosen Zustand im Bereich der

Spitalzusatzversicherung gekommen sei. Für die Privatpatienten bedeute dies, dass der Versicherer für diejenigen Kosten nicht aufkomme, welche über die Fallpauschale nach SwissDRG hinausgehen. Sie habe die Wahl zwischen einer Behandlung in der allgemeinen Abteilung ohne Folgekosten oder einer Behandlung auf der privaten Abteilung, in der sie aber für die ungedeckten Kosten selber aufkommen müsse. Der Versicherer teilte ihr zudem mit, dass sie eine Entschädigung von CHF 500.00 pro Tag erhalte, wenn sie sich für die allgemeine Abteilung entscheide.

Wir erläuterten der Versicherten die Hintergründe und wiesen sie auf die Medienmitteilung der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) vom 17. Dezember 2020 hin: Die FINMA stellte darin fest, dass Rechnungen im Bereich der Krankenzusatzversicherung häufig intransparent seien und zum Teil unbegründet oder ungerechtfertigt erscheinen würden. Sie erwarte daher ein wirksameres Controlling durch die Versicherer, um solchen Missständen zu begegnen. Zudem forderte sie die Versicherer auf, die Verträge mit den Leistungserbringern zu überprüfen und wo nötig zu verbessern. Sie werde die neuen Spitalzusatzversicherungsprodukte nur unter diesen Voraussetzungen genehmigen.

Als Aufsichtsbehörde verfolge sie das Ziel, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen einzudämmen. Mit einschränkenden Spitallisten und limitierten Pauschalen könne dieses Ziel erreicht werden. Tatsächlich seien vertragliche Lösungen das beste Instrument, um den Versicherten in Zukunft einen Tarifschutz anzubieten.

Vor diesem Hintergrund teilten wir der Versicherten mit, dass das Aushandeln von neuen Verträgen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern (in der Regel sind dies Spitäler oder Kliniken) vorübergehend zu einer vertragslosen Situation führen könne. Ihre Versicherungsdeckung bestehe aber unabhängig von einem Vertrag zwischen ihrem Krankenversicherer und dem Leistungserbringer. Es stünden ihr in jedem Fall die Leistungen zu, die ihr gemäss den geltenden Vertragsbedingungen (AVB) ihrer Spitalzusatzversicherung versprochen worden seien, aber nicht immer im gewünschten Spital.

Im konkreten Fall wiesen wir die Versicherte darauf hin, dass sie nicht nur zwischen den beiden Variante wählen könne, die ihr das Spital angeboten habe, sie habe noch weitere Optionen. Sie könne sich z.B. für ein anderes Spital entscheiden, welches auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführt sei und das sich in Bezug auf die Spitalzusatzversicherung mit dem Versicherer nicht in einer vertragslosen Situation befinde. Eine weitere Option sei, sich in einem Spital behandeln zu lassen, mit dem der Versicherer gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG einen Vertrag abgeschlossen hat.

Wir empfahlen ihr, die verschiedenen Möglichkeiten zunächst mit ihrem behandelnden Arzt zu besprechen und sich erst dann für eine dieser Varianten zu entscheiden. Anschliessend solle sie sich an ihren Versicherer wenden und ihn um eine schriftlichen Kostengutsprache für das gewählte Spital bitten. Auf diese Weise könne sie sich in Bezug auf allfällige nicht gedeckten Kosten Klarheit verschaffen.

Fall 7: Maximaltarif und eingeschränkte Spitalliste

Eine Versicherte sollte in Kürze operiert werden. Sie hatte eine Spitalzusatzversicherung mit flexibler Abteilung in Akutspitalern (weltweit gültig und mit Unfalleinschluss) abgeschlossen. Auf ihre telefonische Anfrage teilte ihr der Versicherer mit, dass er für den operativen Eingriff in der privaten Abteilung CHF 4'000.00 und für jeden einzelnen Tag CHF 400.00 und in der halbprivaten CHF 3'000.00 und für jeden einzelnen Tag CHF 300.00 bezahle. Die

Versicherte wies uns darauf hin, dass diese Beträge die Kosten, welche das gewünschte Spital in seinem Kostenvoranschlag aufgeführt hatte, bei weitem nicht decke. Der Versicherer habe seinen Entscheid damit begründet, dass das von ihr bevorzugte Spital nicht auf seiner Liste stehe. Wenn der ausführende Spezialist nur in diesem Spital operiere und sie nur von ihm behandelt werden wolle, müsse sich die Versicherte damit abfinden, dass nur ein Teil der Kosten gedeckt sei, ausser in der allgemeinen Abteilung. Die Versicherte fand die vorgeschlagene Kostendeckung des Versicherers inakzeptabel und wollte von uns wissen, ob die Antwort des Versicherer richtig sei.

Die Leistungen der Zusatzversicherungen werden in den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und (sofern vorhanden) in den Zusatzbedingungen der jeweiligen Produkte festgelegt.

Die Überprüfung der Versicherungsbedingungen ergab hier, dass der Versicherer eine Leistungseinschränkung in seinen Zusatzbedingungen eingebaut hatte, wonach für gewisse Spitäler ein Maximaltarif galt. Die entsprechende Bestimmung sah vor, dass der Versicherer einen Maximaltarif festlegen könne, wenn keine vertraglichen Regelungen zwischen dem Versicherer und dem Akutspital bestünden. Dieser entspreche den Kosten, die vom Versicherer maximal für Aufenthalt und Behandlung übernommen würden. Grundlage für den festgelegten Maximaltarif würden vergleichbare anerkannte Tarife für VVG-Mehrleistungen mit anderen Akutspitalern bilden. Die Liste der Akutspitäler, mit welchen keine vertragliche Regelung bestehe, und der jeweils festgelegte Maximaltarif könnten auf der Website eingesehen werden.

Bei Anwendung des Maximaltarifs besteht seitens des Versicherers eine Auskunftspflicht über den Umfang der übernommenen Kosten – und zwar vor Spitaleintritt.

Für das von der Versicherten gewünschte Spital lag tatsächlich keine Regelung mit dem Versicherer vor. Demzufolge war die Auskunft über den Umfang der übernommenen Kosten nicht zu beanstanden.

Das Angebot an vom Versicherer anerkannten Spitalern war im Wohnsitzkanton der Versicherten genügend. Problematisch wäre es gewesen, wenn der Versicherer ein Produkt angeboten hätte, bei dem die Versicherte keine Chance auf Leistungen erhalten hätte. Dies war vorliegend nicht der Fall.

Die umfangreiche Negativliste des Versicherers ist u.E. der Grund für die tiefe Prämie dieser Zusatzversicherung mit flexibler Spitalabteilung. Offensichtlich will der Versicherer sein Produkt vor überhöhten Tarifen gewisser Spitäler schützen.

5.3 Sachverhalte mit Auslandsbezug

5.3.1 Fall ausserhalb der EU/EFTA

Fall 8: Notfall während der Ferien in Australien

Die Ehefrau eines Versicherten musste sich während ihrer Ferien in Australien notfallmässig einer Operation unterziehen. Der Krankenversicherer hatte ihr vor dem Eingriff die Kostensprache erteilt. Bei ihrer Rückkehr stellte das Ehepaar anhand der Leistungsabrechnung fest, dass ihr Versicherer nicht alle entstandenen medizinischen Kosten vollständig übernommen hatte. Auf Anfrage teilte ihnen dieser mit, dass von Gesetzes wegen nicht mehr

als das Doppelte der Kosten übernommen werde, die für dieselbe Operation in der Schweiz angefallen wären. Der Ehemann wollte von uns wissen, wie man herausfinden könne, wie viel eine solche Operation in der Schweiz gekostet hätte.

Gemäss Art. 34 Abs. 2 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 2 KVV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben. Für Notfallbehandlungen im Ausland übernimmt die Grundversicherung höchstens den doppelten Betrag der Kosten, die in der Schweiz vergütet würden (Art. 36 Abs. 4 KVV).

Im Fall von stationären Behandlungen bedeutet dies, dass der Versicherer höchstens 90% der Kosten übernimmt, die dieser Spitalaufenthalt in der Schweiz gekostet hätte. Der Prozentsatz von 90% lässt sich wie folgt erklären: Für Spitalaufenthalte auf der allgemeinen Abteilung eines schweizerischen Spitals übernimmt der Wohnkanton der versicherten Person mindestens 55% der Spitalkosten (vgl. Art. 49a Abs. 2ter KVG). Die übrigen Kosten (= max. 45%) gehen zu Lasten der Krankenkasse (Art. 49a Abs. 1 KVG). Erfolgt die stationäre Behandlung im Ausland, beteiligt sich der Wohnkanton nicht an den Spitalkosten. Folglich muss die Krankenkasse gestützt auf Art. 36 Abs. 4 KVV maximal 90% (= 2 x 45%) der Kosten übernehmen, die dieser Spitalaufenthalt in der Schweiz gekostet hätte.

Für die Vergütung der stationären Spitalleistungen kommt das Tarifsysteem SwissDRG zur Anwendung. Dieses beruht auf Fallpauschalen (vgl. [Erläuterungen zu Ziff. 5.1.2.](#) dieses Jahresberichts).

Im konkreten Fall ergaben die Berechnungen des Versicherers keinen Anlass zu Beanstandungen.

Wir konnten den Ehemann lediglich darauf hinweisen, dass seiner Ehefrau die nicht gedeckten Kosten von knapp CHF 2'000.00 allenfalls über eine Reiseversicherung oder eine Zusatzversicherung, die stationäre Behandlungskosten im Ausland deckt, vergütet werden könnten.

5.3.2 Keine Leistungsaushilfe für Drittstaatsangehörige

Fall 9: Russisches Ehepaar mit Niederlassung in der Schweiz

Ein russisches Ehepaar hat sich im Sommer 2021 in der Schweiz niedergelassen. Der Ehemann arbeitet für ein Schweizer Unternehmen und ist bei einem in der Schweiz anerkannten Krankenversicherer obligatorisch versichert. Die schwangere Ehefrau ist aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit in Österreich der österreichischen Krankenversicherung (ÖGK) unterstellt. Da die Niederkunft kurz bevorstand, erkundigte sich das Ehepaar bei der ÖGK nach der Deckung der Geburtskosten. Diese teilte per E-Mail mit, dass die Kosten laut Tarifauskunft der Schweiz erstattet würden, wenn diese höher wären als der Pflegekostenzuschuss gemäss österreichischem Recht. Zusätzlich informierte sich das Ehepaar beim Spital an seinem schweizerischen Wohnsitz, ob die Kosten der Geburt gedeckt seien. Das Spital sicherte ihm zu, dass dies der Fall sei. Nach der Entbindung nahm es seine Aussage zurück und stellte dem Ehepaar einen Betrag in der Höhe von über CHF 7'000.00 in Rechnung. Es begründete den Widerruf damit, dass ab dem 1. Juni 2021 eine neue Regelung des Bundesamtes für

Gesundheit (BAG) über die Kostenübernahme im Falle von Drittstaatsangehörigen in Kraft getreten sei.

Die Eheleute wollten von der Ombudsstelle wissen, ob die Mitteilung der ÖGK als eine Zusage für eine volle Deckung der Geburtskosten in der Schweiz zu verstehen sei. Sie wollten auch wissen, was sie, falls dem nicht so sein sollte, gegenüber dem Spital unternehmen könnten, das nach der Geburt seine ursprüngliche Auskunft über die Kostendeckung widerrufen habe.

Aus der uns vorgelegten E-Mail der ÖGK ging lediglich hervor, dass gemäss österreichischem Recht bei geplanten stationären Krankenhausaufenthalten im Ausland für "Selbstversicherte" € 309.00 pro Tag (= Pflegekostenzuschuss) übernommen würden. Der Krankenversicherer hatte offenbar schon eine Tarifauskunft an den zuständigen aushelfenden Träger in der Schweiz gesandt.

Unsere Abklärungen ergaben, dass das BAG mit Schreiben vom 26. März 2021 an die Leistungserbringer über das künftige Vorgehen gegenüber Drittstaatsangehörigen ausserhalb der EU/EFTA informiert hatte, die sich in der Schweiz mit der europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) aus einem EU-/EFTA-Land behandeln lassen. Danach können solche Drittstaatsangehörigen nur dann über die EKVK Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie Familienangehörige eines EU-/EFTA-Versicherten oder eines Schweizer Staatsangehörigen sind. Grund dafür sei, dass die Schweiz die Verordnung (EU) Nr. 1231/2010 nicht übernommen habe.

Wenn sich ein Schweizer Bürger oder ein EU-/EFTA-Staatsangehöriger, der in einem EU-/EFTA-Staat versichert ist, vorübergehend in der Schweiz aufhält und hospitalisiert werden muss, dann erfolgt die Leistungsabrechnung via die Gemeinsame Einrichtung KVG (= aushelfender Leistungsträger). In diesem Fall müsse die Krankenkasse im Wohnstaat die gesamten Spitalkosten (= kantonaler Anteil von mindestens 55% und Anteil schweizerische Krankenkasse von maximal 45% der Spitalkosten) abzüglich einer allfälligen vom Versicherten geschuldeten Kostenbeteiligung nach schweizerischem Recht (Art. 37 KVV) übernehmen.

In Falle der russischen Ehefrau komme die Leistungsaushilfe jedoch nicht zum Tragen. Es sei zwar wahrscheinlich, dass die ÖGK die Tarifanfrage an die Gemeinsame Einrichtung KVG gesandt habe. Letztere habe diese Anfrage jedoch abweisen müssen, da es sich nicht um einen EU-/EFTA-Leistungsaushilfe-Fall handle. Aus diesem Grund müsse man damit rechnen, dass die ÖGK der Ehefrau lediglich den täglichen Pflegekostenzuschuss nach österreichischem Recht vergüten werde.

In Bezug auf das Spital empfehlen wir dem Ehepaar, eine Sistierung des Inkassoverfahrens zu beantragen und die definitive Antwort der ÖGK abzuwarten. Sollte letztere nur den "Pflegekostenzuschuss" nach österreichischem Recht übernehmen, könnten sie sich noch an die Ombudsstelle für das Spitalwesen ihres Wohnkantons wenden. Diese könne allenfalls beim Spital intervenieren, um einen allfälligen Schadenersatz oder zumindest eine Reduktion des Rechnungsbetrages für die schliesslich falsche Auskunft zu verlangen.

5.3.3 Fall innerhalb der EU/EFTA

Fall 10: Notfall während der Ferien in Spanien

Der versicherte Schweizer erlitt während eines vorübergehenden Aufenthalts in Spanien einen schweren Herzinfarkt, weshalb er umgehend mit der Ambulanz ins Spital gefahren und noch vor Ort operiert wurde. Er verbrachte dort neun Tage. Die Spitalrechnung betrug umgerechnet CHF 35'000.00. Der Versicherte ereiferte sich über die Rückvergütung seines Versicherers in der Höhe von ungefähr CHF 25'000.00, da sie die tatsächlichen Kosten des Eingriffs lediglich zu knapp 72% decken würde. Er könne dies nicht nachvollziehen. Schliesslich sei hinlänglich bekannt, dass die Heilkosten in Spanien bedeutend niedriger seien als in der Schweiz.

Zunächst stellte die Ombudsstelle fest, dass die Operation in einem Privatspital durchgeführt wurde und deshalb die Koordination über die bilateralen Verträge zwischen der Schweiz und den Staaten der EU/EFTA nicht stattzufinden hatte.

Die Kostenübernahme erfolgte lediglich über Art. 34 Abs. 2 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 2 und Abs. 4 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; vgl. Fall 8 des vorliegenden Jahresberichtes).

Bei einer Kostenübernahme gemäss Art. 36 Abs. 4 KVV muss die obligatorische Krankenpflegeversicherung max. 90% der Spitalkosten (= 45% x 2) übernehmen, die in der Schweiz für eine Hospitalisation auf der allgemeinen Abteilung angefallen wären. Eine Kostenbeteiligung des Wohnkantons entfällt.

Da uns der übernommene Betrag ebenfalls etwas niedrig vorkam, baten wir den Versicherten, seinen Herzspezialisten im Kantonsspital zu fragen, wie viel der Eingriff in der Schweiz gekostet hätte. Dieser kam zum Schluss, dass sich im Wohnkanton die Kosten für den Eingriff und den Transport (auf der halbprivaten Abteilung) auf ungefähr 50'000 – 60'000 CHF belaufen hätten. Er empfahl eine Neuberechnung der Swiss-DRG Fallpauschale mit allen von ihm genannten Diagnosen für eine faire Kostenermittlung (bezogen auf eine identische Behandlung in einem Akutspital in der Schweiz).

Gestützt auf den Bericht dieses Spezialisten intervenierten wir beim Versicherer, der daraufhin einen vom Kantonsspital ermittelten DRG-Code (intensivmedizinische Komplexbehandlung) inkl. einem Zusatzentgelt anerkannte. Damit waren die gesamten Spitalkosten gedeckt, die in Spanien angefallen waren.

5.4 Erkenntnisse und Empfehlungen

Vor einem geplanten stationären Spitalaufenthalt sollte eine versicherte Person rechtzeitig beim Versicherer eine (aus Beweisgründen) schriftliche Kostengutsprache einholen, um nicht überraschend mit ungedeckten Kosten konfrontiert zu werden. Die Kostengutsprachen für den Belegarzt und das Spital, welche die Versicherten in der Regel zur Kenntnisnahme in Kopie erhalten, sind für den Versicherten ungenügend. Denn gleichzeitig sollte noch mit dem Versicherer geklärt werden:

1. Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG
 - Handelt es sich beim gewählten Spital um ein Listenspital?

- Befindet es sich auf der Spitalliste des Wohn- oder des Standortkantons?
- Wenn das Spital nicht auf einer Spitalliste aufgeführt ist, hat der Versicherer mit der gewählten Heilanstalt einen Vertrag für die allgemeine Abteilung abgeschlossen? Handelt es sich um ein Vertragsspital?
- Hat das gewählte Spital für die geplante Operation einen Leistungsauftrag?
- Mit welchen nicht gedeckten Kosten muss ich rechnen?

2. Im Bereich der Spitalzusatzversicherungen nach VVG

- Besteht mit dem gewählten Spital ein vertragsloser Zustand?
- Mit welchem Spital besteht kein vertragsloser Zustand?
- Mit welchen nicht gedeckten Kosten muss ich rechnen?
- Mit welchen zusätzlichen Kosten muss ich rechnen, wenn ich eine Spitalzusatzversicherung mit flexibler Abteilung abgeschlossen habe?
- In welchen Fällen schliesst meine Spitalzusatzversicherung eine Kostenübernahme aus? Wann liegt gemäss meinem Versicherer ein Alkohol-, Tabak- oder Drogenmissbrauch vor?

STIFTUNG OMBUDSSTELLE KRANKENVERSICHERUNG

Stiftungsrat (Stand 31.12.2021):

BRAND Heinz	Präsident; 7250 Klosters
CHIESA TANNER Gabriella	Vizepräsidentin; Dipl. Pharm.; 8002 Zürich
AZZOLA Andrea	Prof. Dr. med.; 6968 Lugano-Sonvico
DEMEULEMEESTER Joy	Fédération suisse des patients, section romande; 1005 Lausanne
DITTLI Nikolai	CEO der CONCORDIA; 6020 Emmenbrücke
STEIERT Jean-François	lic. phil. I; Staatsrat; 1700 Fribourg
SCHAFROTH STOLLER Ursula	Dr. med.; 3714 Frutigen

Geschäftstelle in Luzern (Stand 31.12.2021):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Ombudsfrau, lic. iur., RA mit eidg. Fachausweis KVG
MÜLLER INEICHEN Susanne	Stellvertreterin der Ombudsfrau, lic. iur., RA mit eidg. Fachausweis KVG
BRECHBÜHL Eliane	Krankenversicherungs-Fachfrau mit eidg. Fachausweis
GÖTZ Lukas	lic. iur., RA
LORÉTAN Charles	Krankenversicherungs-Fachmann mit eidg. Fachausweis
MAETZLER Caroline	Juristin MLaw
STOCKER Caroline	Juristin MLaw
TRONTO Lorena	Juristin MLaw mit eidg. Fachausweis KVG

Kontakt

Postadresse:

Ombudsstelle Krankenversicherung
Morgartenstrasse 9
Postfach 519
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