

2022

Jahresbericht

Inhalt

Vorwort der Ombudsfrau	3
I Allgemeiner Teil	5
1 Geschäftsstelle	6
2 Stiftungsrat	7
3 Zahlen zur Fallentwicklung	8
3.1 Eingänge nach Materien	9
3.2 Eingänge nach Versicherungszweigen	9
3.3 Eingänge nach Sprachen	10
3.4 Interventionen der Ombudsstelle	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 weiterhelfen?	12
4.3 Wer kann die Ombudsstelle in Anspruch nehmen und wie ist dabei vorzugehen?	13
4.4 Was gilt, 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
II Kasuistik	15
5 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG	16
5.1 Vertragsabschluss nach KVG	16
Fall 1 Beitritt	17
Fall 2 Sistierung der Unfalldeckung	19
5.2 Kassenwechsel	20
Voraussetzung 1 Fristgemässe Kündigung	20
Fall 3 Kündigung kurz vor Ablauf der Kündigungsfrist	21
Fall 4 Kündigung durch Dritte	21
Fall 5 Widerruf der Kündigung	23
Fall 6 Kein Widerruf der Kündigung mehr möglich	24

Voraussetzung 2 Beitrittserklärung	24
Fall 7 Mehrere Beitrittserklärungen fürs gleiche Jahr	24
Voraussetzung 3 Nachversicherungsbestätigung	25
Fall 8 Fehlende Nachversicherungsbestätigung	25
Voraussetzung 4 Keine Ausstände	27
Fall 9 Vermeintliche Schulden eines Familienmitglieds	27
Fall 10 Zahlung der Schulden auf dem Betreibungsamt	28
Fall 11 Zahlung der Schulden per Bank-Auftrag oder direkt am Postschalter?	28
6 Zusatzversicherungen nach VVG	29
6.1 Vertragsabschluss	29
Fall 12 Ablehnung des Antrags	29
Fall 13 Anzeigepflichtverletzung	29
Fall 14 Abschluss per Online-Portal	30
6.2 Widerrufsrecht	31
6.3 Kündigung	32
Fall 15 Vermittler verletzt Informationspflicht	32
Fall 16 Ordentliche Kündigung	33
Fall 17 Ausserordentliche Kündigung	33
Fall 18 Mehrfachversicherung	33
6.4 Kassenwechsel	35
Fall 19 Spezielle Zahnversicherung für Kinder	35
III Anhang	36
Musterbrief für eine Beitrittserklärung	37

Vorwort der Ombudsfrau

Geschätzte Lesende und Versicherte

Der Jahresbericht 2022 ist der letzte unter meiner Federführung. Ich werde mein Amt nach 10-jähriger Tätigkeit als Geschäftsführerin der Ombudsstelle per Mitte 2023 an meine Stellvertreterin und Nachfolgerin, Frau Susanne Müller Ineichen, übergeben und in den Ruhestand treten.

Ich habe mich entschieden, ein Thema aufzugreifen, welches für die Ombudsstelle seit Jahren ein Dauerbrenner darstellt. Es geht um den Versicherungsabschluss und den Kassenwechsel im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und der Zusatzversicherungen nach VVG.

Der vorliegende Jahresbericht erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Er soll lediglich allen interessierten Personen helfen, selbstständig ohne Hilfe von Dritten eine neue Versicherungspolice abzuschliessen oder den Versicherer zu wechseln.

Aus gegebenem Anlass möchte ich schon heute die Gelegenheit nutzen, mich bei allen meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die wunderbare Zusammenarbeit und beim Stiftungsrat für die Unterstützung in all diesen Jahren ganz herzlich zu bedanken. Auch unseren Ansprechpartnern bei den Krankenversicherern und bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG möchte ich für die gute Kooperation danken.

Ich wünsche Ihnen eine informative Lektüre.

Morena Hostettler Socha
Luzern, April 2023

Schaad



Quelle: Felix Schaad, 3. April 2017, Tagesanzeiger

I | Allgemeiner Teil

1 | Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle in Luzern wurde im Berichtsjahr von der Ombudsfrau (Morena Hostettler Socha), ihrer Stellvertreterin (Susanne Müller Ineichen), vier Juristen (Lorena Tronto, Caroline Maetzler, Caroline Stocker und Lukas Götz) sowie von zwei ausgewiesenen Experten der Krankenversicherung (Charles Lorétan und Eliane Brechbühl) betreut. Per 31. Dezember 2022 betrug der Personalbestand 640 %.



Das Jahr 2022 war ein Jahr mit grossen Veränderungen. Seit November 2022 tritt die Ombudsstelle mit einem neuen Logo auf. Gleichzeitig wurde auch die gesamte IT durch ein neues Informatik-System abgelöst, welches die gesamte Digitalisierung der Arbeitsabläufe und Prozesse ermöglicht. Auch die Website wurde im Berichtsjahr komplett überarbeitet. Die Ombudsstelle verfügt neu über einen modernen, auch smartphone-tauglichen Webauftritt und erleichtert Versicherten die Kontaktaufnahme via Webformular. Neu können via Web-Formular zudem auch Beilagen auf einem gesicherten Kanal hochgeladen werden.

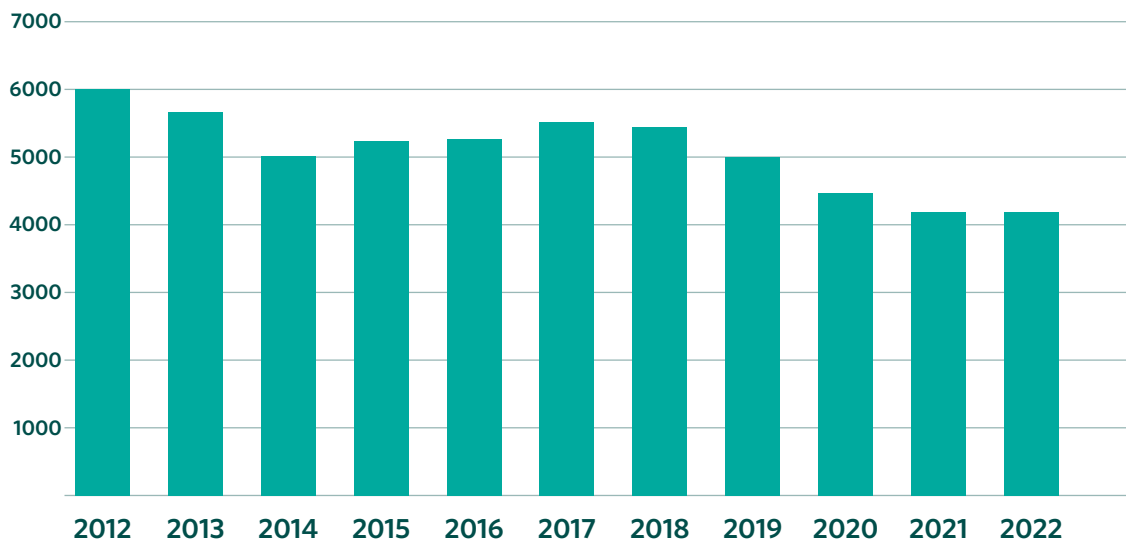
2 | Stiftungsrat

Der Stiftungsrat setzte sich im Berichtsjahr wie folgt zusammen: Heinz Brand, Präsident; Gabriella Chiesa Tanner, Vizepräsidentin; Andrea Azzola; Joy Demeulemeester; Nikolai Dittli; Jean-François Steiert; Ursula Schafroth Stoller.

Der Stiftungsrat traf sich am 26. April 2022 zur Prüfung und Genehmigung der Jahresrechnung 2021 und zur Verabschiedung des Jahresberichts 2021. Am 24. November 2022 trat er zur Behandlung des Voranschlags 2023 und zur Erörterung des laufenden Geschäftsjahres zu einer weiteren Sitzung zusammen. Weiter wurde die bisherige Stellvertreterin von Frau Morena Hostettler Socha, Frau Susanne Müller Ineichen, nach einem Ausschreibungsverfahren per 1. August 2023 zur neuen Ombudsfrau gewählt.

3 Zahlen zur Fallentwicklung

Entwicklung der Fallzahlen 2012 - 2022



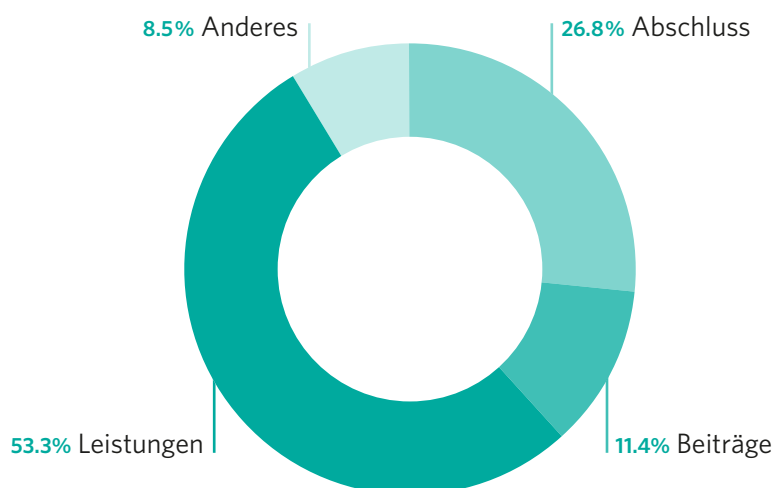
Der seit Beginn der Pandemie stetige Abwärtstrend der Fallzahlen hielt in der ersten Hälfte des Jahres 2022 weiterhin an. Eine radikale Kehrtwende erfolgte ab dem 1. Juli 2022 und die Fallzahlen stiegen wieder markant an. Dafür gibt es mehrere Gründe.

Im Laufe des Jahres 2022 warnten die Medien die Versicherten immer wieder und lange vor der Publikation der gültigen Prämien 2023 durch den Bund, dass sie mit massiven Prämien erhöhungen zu rechnen hätten. Dies verleitet zahlreiche Versicherte dazu, schon vor Bekanntgabe der Prämien die Versicherung zu wechseln. Rückblickend haben ca. 25% der Versicherten ihren Krankenversicherer gewechselt. Da diese Wechsel nicht immer reibungslos erfolgen, bekommt die Ombudsstelle dies bereits vor Ablauf des Jahres mit einer erhöhten Anzahl von Anfragen zu spüren.

Gleichzeitig traten verschiedene Gesetzesänderungen ab dem 1. Januar 2022 in Kraft (z.B. neue Leistungen in der Grundversicherung [wie im Bereich der Podologie] oder die VVG-Revision). Dies führte zu mannigfaltigen Anfragen bei der Ombudsstelle. Das Gleiche gilt für die auf den 1. Juli 2022 erfolgte Zulassung der psychologischen Psychotherapeuten, die nun unabhängig und auf eigene Rechnung auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen dürfen, und die damit verbundenen übergangsrechtlichen Probleme.

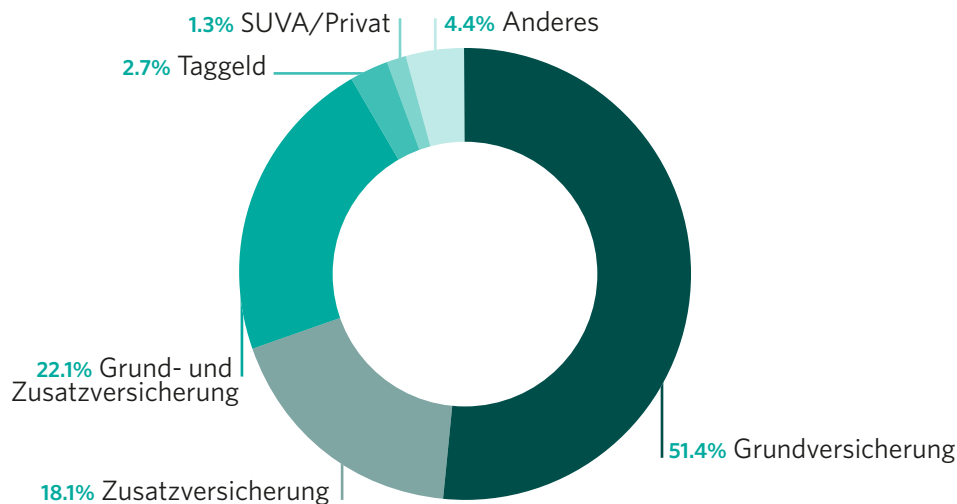
3.1 Eingänge nach Materien

Im Berichtsjahr 2022 sind bei der Ombudsstelle 4190 Fälle eingegangen (2021: 4176). Dies entspricht einer Zunahme von 14 Fällen gegenüber dem Vorjahr. Damit ist der Abwärtstrend der letzten zwei Jahren vorerst gestoppt. Die Aufteilung nach Materien ergibt folgendes Bild: 2235 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2021: 2133), 1121 im Bereich Abschluss oder Wechsel der Versicherung (2021: 1090) und 478 zum Thema Prämien/ Beiträge (2021: 557). Die übrigen 356 Fälle betrafen Verschiedenes (2021: 313).



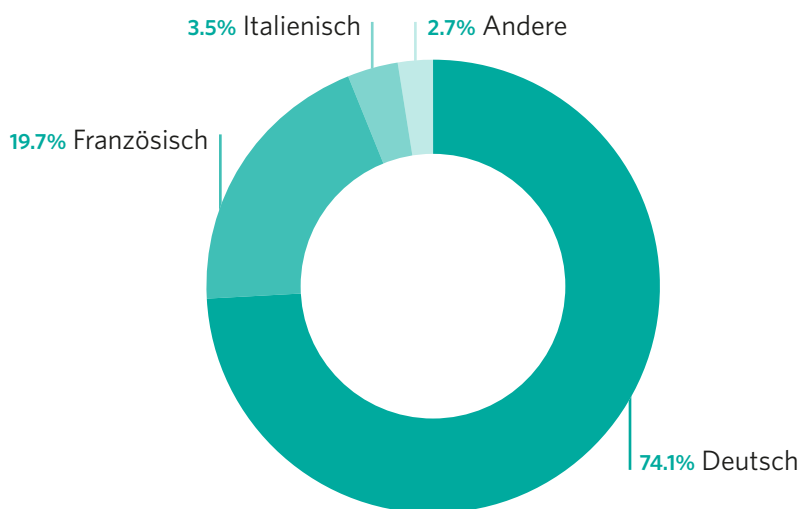
3.2 Eingänge nach Versicherungszweigen

2155 Fälle betrafen die Grundversicherung (2021: 2224), 757 Fälle nur die Zusatzversicherung (2021: 769), 926 Fälle beide Versicherungszweige (2021: 855). Die Taggeldversicherung war in 112 Fällen das Hauptthema (2021: 98). In 57 Fällen mussten wir die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verweisen (2021: 67). Die übrigen 183 Fälle berührten Anfragen, die nicht im Zusammenhang mit der Krankenversicherung standen, sondern zum grössten Teil andere Sozialversicherungen betrafen (IV, AHV, UVG, ALV).



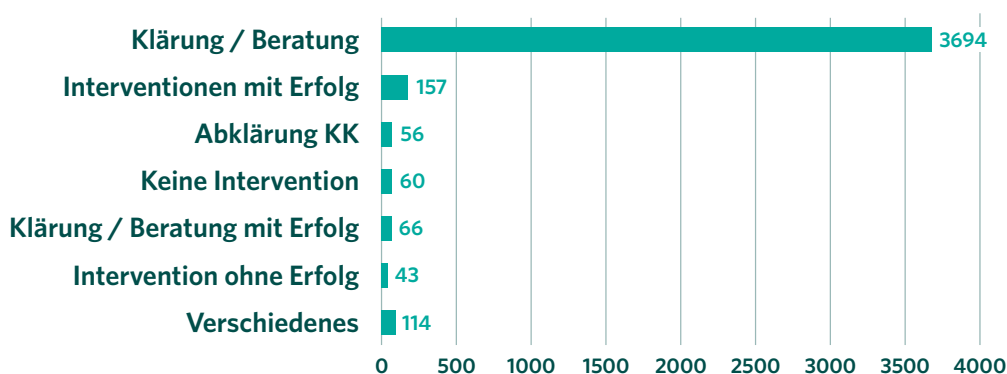
3.3 Eingänge nach Sprachen

3106 Eingänge entfielen auf Deutsch (2021: 3067), 827 auf Französisch (2021: 876), 148 auf Italienisch (2021: 203) und 109 auf andere Sprachen (vor allem auf Englisch) (2021: 30).



3.4 Interventionen der Ombudsstelle

In 3694 Fällen bzw. 88% aller Anfragen konnte die Ombudsstelle den Entscheid des Versicherers bestätigen und der versicherten Person erläutern (2021: 3844). In 200 Fällen hat die Ombudsstelle einen Antrag auf Überprüfung des von der versicherten Person beanstandeten Entscheides beim Krankenversicherer gestellt (2021: 239) und war dabei 157-Mal erfolgreich (2021: 185), was einer Erfolgsquote von 78,5% entspricht (2021: über 77%). In 60 Fällen verzichtete die Ombudsstelle auf eine Intervention (z.B., wenn eine Verfügung ergangen war und somit der Rechtsweg bereits eröffnet wurde). In 56 Fällen haben wir den Versicherer lediglich um Unterlagen gebeten, die wir von den Versicherten wegen sprachlichen oder altersbedingten Problemen nicht erhielten (2021: 40). In 66 Fällen konnten wir die Versicherten derart über die Rechtslage aufklären, dass sie ihr Problem mit dem Versicherer erfolgreich selbst lösen konnten (2021: 53). 114 Fälle wurden unter Verschiedenes registriert (z.B., wenn bei einer telefonischen Anfrage die versicherte Person angab, eine Rechtsschutzversicherung zu haben oder über die Gesundheitspolitik des Bundes im Allgemeinen sprechen wollte).



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 deren Aufgabenbereich fallen. So halten Versicherte sie fälschlicherweise für eine unentgeltliche Rechtsvertretung, der sie Weisungen erteilen können, oder 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 Mitarbeitenden von Krakenversicherungen 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 dazugehörigen 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 einen gemäss Art. 2 bis 5 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) anerkannten Krankenversicherer 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 weiterhelfen?

Die Interventionsmöglichkeiten der Ombudsstelle sind beschränkt: hat der Versicherer im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bereits eine Verfügung erlassen, 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 z.B. 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 wurde.
- » 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. In den meisten Fällen tun sie dies telefonisch oder mittels Web-Formular auf unserer Website www.om-kv.ch, über welches auf sicherem Weg auch Dokumente hochgeladen werden können.

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 mündliche Rechtsauskünfte. 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 zugutekommen, die mit Beratung Geld verdienen.

4.4 Was gilt, 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 entgegennehmen, intern prüfen und beantworten. Stellt

die Ombudsstelle fest, dass die versicherte Person sich 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 sowie 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 sowie des Versicherers voraussetzt. Das Stiftungsreglement berechtigt die Ombudsstelle, die Dachverbände der Krankenversicherer oder die Öffentlichkeit zu informieren, wenn sich in einem Sachbereich die Klagen der Versicherten häufen. Primär wendet sie sich jedoch 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.

II | Kasuistik

5 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

5.1 Vertragsabschluss nach KVG

Der reine Abschluss (ohne Wechsel des Versicherers) betrifft in der Regel lediglich das Neugeborene oder eine aus dem Ausland kommende Person, die sich in der Schweiz niederlässt.

Art. 3 Abs. 1 KVG statuiert, dass sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen muss.

Bei der **Geburt eines Kindes** ist zu beachten, dass nur die Kosten für die Pflege und den Aufenthalt eines gesunden Neugeborenen vom Versicherer der Mutter übernommen werden, solange diese sich im Spital aufhält (Art. 29 Abs. 2 lit. d KVG). Da bei einer Geburt Komplikationen eintreten können, ist es ratsam, dass auch das Kind eine eigene obligatorische Krankenpflegeversicherung hat, sobald es das Licht der Welt erblickt. Auch die nach dem Spitalaufenthalt durchgeführten Nachuntersuchungen des Kindes werden nur übernommen, wenn für das Kind innerhalb von drei Monaten ab der Geburt ein Versicherungsvertrag abgeschlossen worden ist.

Unsere Empfehlung: Eltern sollten schon vor der Geburt eine schriftliche Beitrittserklärung für ihr Kind vorbereiten, welche sie nur noch mit dessen Namen und Geburtsdatum ergänzen und an den Versicherer versenden können, sobald das Kind auf der Welt ist. Diese Erklärung sollte aus Beweisgründen per Einschreiben oder A-Post-Plus erfolgen. Auch im Bereich der Zusatzversicherung ist die vorgeburtliche Anmeldung sinnvoll, um später Ausschlüsse aus gesundheitlichen Gründen vermeiden zu können. Anzuführen bleibt, dass die Versicherer in der Regel nicht für sämtliche Versicherungsprodukte eine vorbehaltlose Aufnahme anbieten.

Bei einer **beitrittswilligen Person, die aus dem Ausland kommt und sich in der Schweiz niederlässt**, ist zu beachten, dass die erste Anmeldung bei einer in der Schweiz anerkannten Krankenversicherung Vorrang gegenüber jeder späteren Beitrittserklärung bei einem anderen Versicherer hat.

Für den Vertragsabschluss genügt es, dass die beitrittswillige Person bei einem nach schweizerischem Recht anerkannten Krankenversicherer (vgl. www.priminfo.ch) den Beitritt erklärt (aus Beweisgründen per Einschreiben oder A-Post-Plus). Zudem muss sie dem Versicherer nebst Vor- und Nachnamen, Geburtsdatum und Adresse auch die gewünschte Franchise, die Unfalldeckung und die Modalität zur Prämienzahlung, sowie die Bank- oder Postverbindung angeben.

Will eine beitrittswillige Person im Laufe des Kalenderjahres in die Schweiz einreisen, kann sie nur die Standardversicherung abschliessen, welche eine Franchise von CHF 300 für Erwachsene (Art. 64 Abs. 2 lit. a KVG und Art. 103 Abs. 1 KVV) und eine von CHF 0 für Kinder (Art. 64 Abs. 4 KVG) vorsieht. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen (Art. 94 Abs. 1 KVV).

Eine Unfalldeckung benötigen nur Personen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen (z. B. Kinder, Hausfrauen oder -männer, Rentner) oder Teilzeiterwerbstätige, die weniger als acht Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt sind, sowie Selbstständigerwerbende, die keine freiwillige UVG-Versicherung nach Art. 4 UVG abgeschlossen haben (vgl. Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG).

Die Prämienzahlung hat monatlich und im Voraus zu erfolgen (Art. 90 KVV). Auf Wunsch der versicherten Person kann der Versicherer aber auch alle zwei Monate oder halbjährlich oder jährlich eine Rechnung stellen.

Ein Musterbrief für eine Beitrittserklärung, welcher je nachdem individuell angepasst werden muss (z.B. in Bezug auf die Unfalldeckung und / oder das Geldinstitut) befindet sich im Anhang dieses Jahresberichts.

Fall 1 Beitritt

Eine Ausländerin liess sich in der Schweiz nieder und meldete sich bei der Einwohnerkontrolle an. Diese teilte ihr mit, sie müsse sich innerhalb von drei Monaten ab Wohnsitznahme bei einem in der Schweiz anerkannten Krankenversicherer für Krankenpflege versichern. Der aufgesuchte Versicherer teilte ihr indessen mit, dass eine Aufnahme unmöglich sei, solange sie keine Aufenthaltsbewilligung vorweisen könne. Als sie endlich dem Versicherer die Bewilligung vorlegen konnte, hatte die für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige kantonale Behörde sie bereits zwangsweise per Verfügung einem anderen Versicherer zugewiesen. Die Frau war plötzlich doppelt versichert, was ihrer Meinung nach wegen des in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Doppelversicherungsverbots nicht zulässig war. Keiner der Versicherer wollte sie jedoch ziehen lassen: ersterer machte geltend, sie habe ihre Beitrittserklärung zuerst bei ihm abgegeben, weshalb er den Vorrang habe, letzterer berief sich auf die behördliche Anordnung, die er einhalten müsse. Es vergingen Monate, die Versicherte wurde inzwischen betrieben, bis das Betriebsamt ihr empfahl, sich an die Ombudsstelle zu wenden.

Wir bestätigten ihr, dass im KVG-Bereich eine Doppelversicherung verboten sei (BGE 130 V 448 E. 3.1). Da auch eine direkte Intervention unsererseits nichts gebracht hätte, rieten wir ihr, sich bei der für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständigen kantonalen Behörde zu melden, ein Gesuch, um Aufhebung der Zwangszuweisung einzureichen und darzulegen, dass sie sich schon vor Erlass der Verfügung bei ihrer Krankenversicherung angemeldet habe und dies auch beweisen könne. Damit habe der von ihr gewählte Versicherer den Vorrang. Dabei spiele es keine Rolle, dass der Versicherer sie bei der Anmeldung nicht sofort aufgenommen habe. Die Versicherte folgte unserem Rat und hatte Erfolg. Die zuständige Behörde hob die verfügte Zwangszuweisung auf und der Versicherer, dem sie zwangszugewiesen wurde, musste sie ziehen lassen. Ohne diese Aufhebungsverfügung wäre der von der Behörde mit der Zwangszuweisung beauftragte Versicherer nicht berechtigt gewesen, von sich aus den Vertrag aufzuheben.

Der dargelegte Fall (auch mit unterschiedlichen Varianten) ist kein Einzelfall. Es stellt sich daher für uns die Frage, weshalb die Versicherer die beitrittswilligen Personen immer wieder ablehnen, weil sie keine Aufenthalts- oder sonstigen polizeilichen Papiere vorlegen können. Schliesslich sieht der Gesetzgeber eine Versicherungspflicht lediglich für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz vor (Art. 3 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVV). Es werden keine weiteren Voraussetzungen verlangt, was die bundesgerichtliche Rechtsprechung schon bestätigt hat.

«Der zivilrechtliche Wohnsitz einer Person, auf welchen Art. 1 Abs. 1 KVV verweist, befindet sich an dem Ort, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält (Art. 23 Abs. 1 ZGB) und den sie sich zum Mittelpunkt ihrer Lebensinteressen gemacht hat. Für die Begründung des Wohnsitzes müssen demnach zwei Merkmale erfüllt sein: Ein objektives äusseres, der Aufenthalt, sowie ein subjektives inneres, die Absicht dauernden Verbleibens. Nach der Rechtsprechung kommt es nicht auf den inneren Willen, sondern darauf an, auf welche Absicht die erkennbaren Umstände objektiv schliessen lassen (BGE 133 V 309 E. 3.1. S. 312; 125 V 76 E. 2a S. 77; je mit Hinweisen). 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 ihre 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; Urteil [des Eidg. Versicherungsgerichts] P 21/04 vom 8. August 2005 E. 4.1.1 mit Hinweisen, in SVR 2006 EL Nr. 7 S. 25 mit Hinweisen). **Nicht relevant ist dabei insbesondere, ob die Person eine fremdenpolizeiliche Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung besitzt** (BGE 129 V 77 E. 5.2 S. 79; 125 V 76 E. 2a S. 78 mit Hinweisen; Urteil 9C_98/2017 vom 9. Juni 2017 E. 3.3.)» (Urteil 9C_546/2017 vom 30. April 2018 E. 3.2).

Empfehlung: Wenn ein Versicherer – trotz eindeutiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung – sich weigert, eine beitriftswillige Person aufzunehmen, weil eine Aufenthaltsbewilligung oder ähnliches noch aussteht, dann sollte diese Person per Einschreiben (oder A-Post-Plus) eine Beitrittserklärung an den gewünschten, vom Krankenversicherungsgesetz anerkannten Versicherer versenden (vgl. Musterbrief im Anhang zu diesem Jahresbericht) und zwar innerhalb der vom Gesetz geforderten drei Monaten ab Wohnsitznahme. Zudem sollte man nicht vergessen, je eine Kopie sowohl des Schreibens als auch der Postquittung für das Einschreiben zu machen (letzteres vergilbt schnell und ist nach wenigen Monaten unlesbar). Damit ist man gegenüber der für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige Behörde abgesichert. Gleichzeitig ist ein allfälliger Leistungsanspruch auch rückwirkend ab Wohnsitznahme gewährleistet und es ist auch kein Prämienzuschlag wegen eines verspäteten Beitritts geschuldet (Art. 5 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 8 KVV).

Anzufügen bleibt, dass der Versicherer nach Eingang der Beitrittserklärung Abklärungen zu treffen hat, ob bzw. ab wann ein Wohnsitz in der Schweiz besteht. Zudem muss er überprüfen, ob ein Beitrittswilliger nicht nur zum ausschliesslichen Zweck einer ärztlichen Behandlung in die Schweiz einreist (Stichwort Gesundheitstourismus, Art. 2 Abs. 1 lit. b KVV).

Fall 2 Sistierung der Unfaldeckung

Ein Zuzügler aus dem Ausland hatte sich rechtzeitig im dritten Monat nach seiner Wohnsitznahme in der Schweiz bei einem zugelassenen Krankenversicherer versichern lassen. Er konnte erst beim Kassenbeitritt dem Versicherer mitteilen, dass er über den Arbeitgeber unfallversichert sei. Für ihn war nicht nachvollziehbar, weshalb die Sistierung der Unfaldeckung nicht wie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Zeitpunkt der Wohnsitznahme in der Schweiz beginnen konnte.

Wir erläuterten dem Versicherten zunächst Art. 8 KVG und Art. 11 Abs. 1 KVV, wonach die Sistierung auf schriftlichen Antrag der versicherten Person zu erfolgen habe und diese frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats beginne. Demzufolge gibt es für die Unfall-Sistierung keinen Automatismus.

Unsere Abklärungen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde ergaben zudem, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gestützt auf Art. 8 KVG und dem klaren Wortlaut von Art. 11 Abs. 1 KVV jegliche Ausnahme für eine rückwirkende Sistierung der Unfaldeckung immer verneint hatte. An dieser Praxis will das BAG auch weiterhin festhalten, selbst wenn die versicherte Person die zeitliche Verzögerung nicht verschuldet hat. Im Sinne einer konstanten Praxis vertrat das Bundesamt dieselbe Ansicht auch im vorliegenden Fall des Zuzüglers aus dem Ausland, der rückwirkend versichert wurde. Dies teilten wir dem Versicherten mit.

5.2 Kassenwechsel

Auch der **Kassenwechsel** ist immer wieder Gegenstand von Anfragen bei unserer Ombudsstelle, weil nicht allen bekannt ist, ab wann der Wechsel als rechtsgültig erfolgt gilt.

Dies ist dann der Fall, **wenn alle nachfolgend erwähnten vier Voraussetzungen zusammen erfüllt sind:**

1. Die **Kündigung** der versicherten Person ist beim bisherigen Versicherer fristgemäss eingegangen.
2. Der neue Versicherer hat die **Beitrittserklärung** von der zukünftigen versicherten Person erhalten.
3. Der zukünftige Versicherer hat dem bisherigen mitgeteilt, dass die beitrittswillige Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Bei dieser Mitteilung handelt es sich um die sogenannte **Nachversicherungsbestätigung** (vgl. Art. 7 Abs. 5 KVG).
4. Die beitrittswillige Person hat allfällige bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnte **Ausstände** noch rechtzeitig vor dem Übertritt zum neuen Versicherer **bezahlt**.

Zu jeder dieser vier Voraussetzungen wird nachfolgend anhand von Fällen, welche die Ombudsstelle beschäftigt haben, darlegt, wie es zu misslungenen Kassenwechsel kommen kann.

Voraussetzung 1 | Fristgemässe Kündigung

Zunächst ist zwischen der ordentlichen und der ausserordentlichen Kündigung zu unterscheiden. Erstere erfolgt unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist in der Regel auf das Ende des Kalenderjahres (Art. 7 Abs. 1 KVG), letztere unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht (Art. 7 Abs. 2 KVG).

Diese Fristen sind bei Wohnortverlegung ausserhalb des Tätigkeitsgebiets des Versicherers (wenn er z.B. nur im Kanton Wallis tätig ist) oder bei Stellenwechsel (bei welchen z.B. der Arbeitgeber alle neuen Arbeitnehmer in eine Kollektivversicherung des Betriebes zwingt) nicht einzuhalten. Im Gegenteil, die versicherte Person muss den Versicherer verlassen, weil das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Wohnortverlegung oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber von Gesetzes wegen endet (Art. 7 Abs. 3 KVG).

Fall 3 Kündigung kurz vor Ablauf der Kündigungsfrist

Eine versicherte Person wollte auf Ende des Jahres ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung kündigen. Am Freitag, den 28. November, gab sie ihren Brief (aus Beweisgründen) per Einschreiben am Postschalter auf. In der Folge teilte ihr der Versicherer mit, dass das Kündigungsschreiben erst am folgenden Montag, den 1. Dezember, und somit verspätet eingetroffen sei. Sie könne deshalb die Kasse nicht – wie vorgesehen – per 1. Januar wechseln. Die Nachforschungen der versicherten Person ergaben, dass der beim Postamt zuständige Mitarbeiter ihr Einschreiben am 29. November in das dort für den Versicherer reservierte Postfach gelegt hatte. Sie wollte daher von uns wissen, ob die Ablehnung der Kündigung per 31. Dezember rechtens sei.

Im vorliegenden Fall war der Ablehnungsbescheid des Versicherers korrekt, und zwar aus folgenden Gründen:

Die Kündigungserklärung ist als einseitiges, aufhebendes Gestaltungsrecht stets empfangsbedürftig und entfaltet ihre Wirkung erst dann, wenn sie in den Machtbereich des Adressaten gelangt. Diese Wirkung kann sie bei der Postfachzustellung nicht entfalten, insbesondere bei Einschreiben, die nur gegen Unterschrift ausgehändigt werden. Aus diesem Grund gilt die Kündigungsfrist nur dann als eingehalten, wenn das Kündigungsschreiben spätestens am letzten Arbeitstag vor Ablauf der gesetzlichen Frist zur gewöhnlichen Geschäftszeit beim Versicherer eingeht. **Massgebend ist demzufolge das Empfangsdatum und nicht der Poststempel.**

Im Zusammenhang mit eingeschriebenen Briefen ist zudem zu beachten, dass diese spätestens am siebten Tag nach dem ersten erfolglosen Zustellungsversuch als zugestellt gelten (vgl. Art. 38 Abs. 2bis ATSG). Wir empfehlen den Versicherten deshalb immer, die per Einschreiben versandten Kündigungen spätestens 10 Tage vor Ablauf der Kündigungsfrist abzuschicken.

Im beschriebenen Fall hätte auch eine Zustellung der Kündigung mit A-Post-Plus nichts genützt, weil der Samstag ausserhalb der üblichen Geschäftszeiten eines Versicherers liegt.

Empfehlung: Wer sich kurzfristig für eine Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entscheidet, dem raten wir, die schriftliche Kündigung in doppelter Ausführung am Schalter der nächsten Filiale des Versicherers vorzulegen und einen der Mitarbeiter vor Ort um eine Empfangsbestätigung zu bitten. Diese Bestätigung wird auf einer der beiden mitgebrachten Kündigungskopien angebracht, indem der angesprochene Mitarbeitende diese Kopie mit Ort und Datum sowie seiner Unterschrift mit Stempel des Versicherers versieht und sie der versicherten Person wieder aushändig. Die andere Kopie behält der Versicherer.

Fall 4 Kündigung durch Dritte

Der Vermittler oder der zukünftige Versicherer bieten den Beitrittswilligen regelmässig an, sich um die Weiterleitung ihrer Kündigung an den bisherigen Versicherer zu

kümmern. Spätestens, wenn die versicherte Person im neuen Jahr sowohl Prämienrechnungen vom bisherigen als auch vom neuen Versicherer erhält, stellt sie fest, dass etwas schiefgelaufen sein muss.

Ist die Kündigung zu spät oder gar nicht eingereicht worden, ist ein Kassenwechsel zum gewünschten Termin nicht mehr möglich.

Empfehlung: In diesem Fall raten wir den Versicherten, sofort die nötigen Abklärungen beim bisherigen Versicherer zu tätigen. Dieser kann darüber Auskunft erteilen, ob und wann die Kündigung bei ihm eingetroffen ist.

Wenn der neue Versicherer oder sein Versicherungsagent (gebundener Vermittler) – trotz seines Versprechens – die Kündigung verspätet oder überhaupt nicht an den bisherigen Versicherer versendet hat, dann hat er damit den Kassenwechsel der versicherten Person verhindert und ist ihr gegenüber schadenersatzpflichtig (analoge Anwendung von Art. 7 Abs. 5 KVG). Der Schaden besteht in der Regel aus der Prämien Differenz für das neue Jahr oder in manchen Fällen auch noch aus der Differenz der Franchise, wenn die versicherte Person (z.B. wegen einer im Januar geplanten Operation) die Franchise beim neuen Versicherer auf CHF 300 herabgesetzt hat und durch den verhinderten Kassenwechsel auf einer hohen Franchise sitzen bleibt.

Wenn es sich hingegen um einen ungebundenen Vermittler handelt, kann die geschädigte Person den Versicherer für dessen Verhalten nicht verantwortlich machen. Sie kann nur noch gegenüber dem Vermittler oder seinem Arbeitgeber (Vermittlerfirma) Schadenersatz auf dem Zivilweg geltend machen.

Seit dem 1. Januar 2021 besteht für die Versicherten zudem die Möglichkeit, sich an die «Aufsichtskommission Branchenvereinbarung Vermittler» zu wenden, um sich dort über das Verhalten eines Vermittlers zu beschweren (www.fair-mittler.ch). Diese Kommission beaufsichtigt die Einhaltung der Branchenvereinbarung durch die beigetretenen Krankenversicherer betreffend die Vermittler. Sie schafft mit verbindlichen Qualitäts- und Transparenz-Massnahmen mehr Rechtssicherheit zu Gunsten der Versicherten. Die Aufsichtskommission kann die Versicherer zu hohen Bussen verurteilen und hat dies auch bereits getan, aber sie spricht den geschädigten Versicherten keine Entschädigung zu. Die Sanktionierung des Versicherers trägt dazu bei, dass Massnahmen gegen Vermittler ergriffen werden, die sich nicht an die Vorgaben der Branchenvereinbarung halten.

Empfehlung: So verlockend das Angebot der Versicherer oder der Vermittlerfirmen sein mag, sich um alles zu kümmern, man sollte immer selber kündigen und aus Beweisgründen per Einschreiben oder A-Post-Plus. Damit behält man den Überblick über den Kassenwechsel und muss allfälligen Beweisen für eine erfolgte Kündigung später nicht nachlaufen.

Es kommt gelegentlich auch vor, dass die beitriftswillige Person dem neuen Versicherer den falschen Vorversicherer angegeben hat, sodass dessen Nachversicherungs-

bestätigung den Adressaten nicht findet. Dann hat sie wegen Selbstverschuldens natürlich keinen Anspruch auf Schadenersatz.

Fall 5 Widerruf der Kündigung

Regelmässig lassen sich Versicherte von Vermittlern dazu überreden, ihren Versicherer für das kommende Jahr zu wechseln, obwohl die neuen Prämien noch gar nicht feststehen. Ist deren Höhe dann bekannt, stellt der eine oder andere Versicherte fest, dass an seinem Wohnort die Prämie beim neuen Versicherer teurer ist als beim bisherigen. Dann möchten sie die abgeschlossenen Versicherungsverträge rückgängig machen.

Im konkreten Fall widerrief der Versicherte seine Kündigung beim bisherigen Versicherer gestützt auf Art. 9 des Obligationenrechts (OR). Gleichzeitig beantragte er beim neuen Versicherer die Aufhebung der neuen Versicherungspolice nach KVG. Damit war dieser nicht einverstanden mit der Begründung, alle vier Voraussetzungen für einen rechtsgültigen Kassenwechsel seien inzwischen erfüllt und ein Widerruf der Kündigung nach Art. 9 OR sei im Bereich des Sozialversicherungsrechts, zu dem die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG gehöre, nicht möglich.

Was die Anwendung von Art. 9 OR im Bereich des Sozialversicherungsrechts angeht, hat das Bundesgericht entschieden, dass diese Bestimmung bei allen empfangsbedürftigen Willenserklärungen anwendbar ist, unabhängig davon, ob sie dem Bereich des Privatrechts oder wie vorliegend des öffentlichen Rechts unterstehen (vgl. BGE 140 V 82).

Unsere Abklärungen ergaben, dass der Widerruf der Kündigung beim bisherigen Versicherer Anfang November eintraf. Der unabhängige Vermittler hatte die Kündigung des Versicherten jedoch erst Mitte November weitergeleitet. Demzufolge erhielt der bisherige Versicherer zuerst Kenntnis vom Widerruf und erst anschliessend von der Kündigung selbst, weshalb der Widerruf als rechtsgültig zu erachten war. Damit galt die Kündigung als nicht erfolgt. Da sie als eine der vier Voraussetzungen für einen rechtsgültigen Kassenwechsel fehlte, kam kein Übertritt zustande.

Darauf berief sich die Ombudsstelle und hielt gegenüber dem neuen Versicherer fest, da die Kündigung eine empfangsbedürftige Willenserklärung sei, durfte der Versicherte sich auf Art. 9 OR berufen. Der Krankenversicherer folgte unserer Argumentation und hob die bei ihm abgeschlossene obligatorische Krankenpflegeversicherung rückwirkend auf.

Empfehlung: Versicherte sollten keinen Kassenwechsel in Erwägung ziehen, bis der Bundesrat die neuen Prämien genehmigt hat. Die Mitteilung erfolgt in der Regel im Oktober des laufenden Jahres. Die Prämien können auf der Internet-Seite des Bundesamtes für Gesundheit abgerufen und verglichen werden: www.priminfo.ch.

Fall 6 Kein Widerruf der Kündigung mehr möglich

Der bisherige Versicherer hatte die Kündigung des Versicherten bereits erhalten und der neue Versicherer war bereits im Besitz der Beitrittserklärung, als der Versicherte es sich anders überlegt hatte und den Versicherer nicht mehr wechseln wollte. Er wollte von uns wissen, wie er den Wechsel noch verhindern könne.

Wir teilten ihm mit, dass laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung der Kassenwechsel mit dem Einverständnis des bisherigen Krankenversicherers verhindert werden kann, sofern noch keine Nachversicherungsbestätigung (vgl. Kap. 5.2, Ziff. 3) vom neuen Versicherer beim bisherigen Krankenversicherer eingetroffen ist (Urteil 9C_930/2010 vom 22. Dezember 2010).

Voraussetzung 2 | Beitrittserklärung

Auch im Falle eines Kassenwechsels kann man sich des Musterbriefes für eine Beitrittserklärung im Anhang dieses Berichts bedienen. Dieser Erklärung ist lediglich noch je eine Kopie der aktuellen Police sowie des Kündigungsschreibens an den bisherigen Versicherer beizulegen, damit der neue Krankenversicherer weiss, wem er die Nachversicherungsbestätigung schicken soll (vgl. Kap. 5.2, Ziff. 3).

Bei dieser Gelegenheit kann sich die versicherte Person auch überlegen, ob sie auch noch ihr Versicherungsmodell wechseln möchte (z.B. von einem Standard- in ein Hausarztmodell oder in ein «Telmed»-Modell, usw.), um Prämien zu sparen. Dies müsste sie in der Beitrittserklärung angeben.

Solche Modelle sind indessen nur für Personen geeignet, die sehr diszipliniert sind. Niemand weiss, ob er diese Disziplin bei einer schlechten Diagnose auch wirklich aufbringen kann. Plötzlich vergisst man, den Fall modellgerecht anzumelden oder das vereinbarte Zeitfenster zu verlängern. Nicht alle Versicherer sind kulant und übernehmen die Kosten bei der ersten Verfehlung. Das kann für Versicherte sehr teuer werden. Auch das Hausarztmodell hat seine Tücken, so z.B., wenn der Versicherer den Hausarzt wegen Überarztung von seiner Liste nimmt und die versicherte Person nur noch die Möglichkeit hat, den Arzt zu wechseln, obwohl er mit dem bisherigen sehr zufrieden war, oder zurück in die teurere Standardversicherung zu gehen.

Fall 7 Mehrere Beitrittserklärungen fürs gleiche Jahr

Eine Versicherte hatte beim bisherigen Versicherer fristgerecht gekündigt und anschliessend innerhalb von vier Wochen bei zwei verschiedenen Versicherern je eine Beitrittserklärung abgegeben. Es stellte sich daher die Frage, bei welchem Versicherer sie nun definitiv versichert sei. Auf Grund des Doppelversicherungsverbots in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kann man nur bei einem Versicherer versichert sein (vgl. BGE 130 V 448 E. 3.1).

Der Krankenversicherer, bei dem die Beitrittserklärung zuerst eingegangen war, wollte die Versicherte nicht mehr ziehen lassen, obwohl der zweite Versicherer dem bisherigen bereits die Nachversicherungsbestätigung (vgl. Kap. 5.2, Ziff. 3) zugesandt hatte. Der erste Versicherer machte geltend, es spiele keine Rolle, wann die Nachversicherungsbestätigung eingegangen sei, massgebend sei allein der Zeitpunkt, an dem die Beitrittserklärung beim neuen Versicherer eingetroffen sei. Diese sei im konkreten Fall zuerst bei ihm abgegeben worden, weshalb die Versicherte bei ihm bleiben müsse.

Die Ombudsstelle wendete dagegen ein, dass die Beitrittserklärung für sich alleine in der Regel kein neues Rechtsverhältnis begründe. Eine Ausnahme stelle lediglich die Beitrittserklärung von Eltern für ihr Neugeborenes oder jene eines in die Schweiz Eingewanderten dar, weil es in beiden Fällen kein bisheriges Rechtsverhältnis aufzulösen gäbe und eine Nachversicherungsbestätigung mangels Versicherer sinnlos sei. Demzufolge sei ein Kassenwechsel erst rechtsgültig, wenn sowohl die fristgemässe Kündigung, die Beitrittserklärung und die Nachversicherungsbestätigung zusammen vorlägen. Der Übertritt vom bisherigen zum neuen Krankenversicherer könne dann nur noch durch gemahnte Ausstände, die nicht bis Ende Jahr bezahlt wurden, verhindert werden (vgl. Art. 64a Abs. 6 KVG in Verbindung mit Art. 105I Abs. 2 KVV).

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat die Beitrittserklärung beim Kassenwechsel für sich alleine noch keine begründende Wirkung (vgl. Urteil 9C_490/2015 E. 3 vom 7. Januar 2016). Demzufolge ist allein massgebend, bei welchem Krankenversicherer alle drei Voraussetzungen (rechtzeitige Kündigung, Beitrittserklärung und Nachversicherungsbestätigung) zuerst erfüllt sind, damit das bisherige Versicherungsverhältnis aufgelöst und ein neues begründet werden kann.

Voraussetzung 3 | Nachversicherungsbestätigung

Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist (Art. 7 Abs. 5 KVG).

Fall 8 Fehlende Nachversicherungsbestätigung

Ein Versicherter teilte der Ombudsstelle mit, dass er per 1. Januar zu einem günstigeren Versicherer gewechselt habe. Als er Prämienrechnungen von seinem bisherigen Versicherer erhielt, glaubte er an einen Irrtum und warf sie einfach weg. Als man ihn wenig später mahnte und mit Betreibung drohte, rief er den bisherigen Versicherer an. Dieser klärte ihn dahingehend auf, dass er vom neuen Versicherer noch keine Nachversicherungsbestätigung erhalten habe, weshalb er ihn nicht ziehen lassen könne. Der Versicherte, der für einen Kassenwechsel alles Nötige erledigt hatte, wollte von uns wissen, ob das Vorgehen seines bisherigen Versicherers korrekt sei. Schliesslich

habe er die Prämien seines neuen Versicherers bereits bezahlt und es herrsche doch in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Doppelversicherungsverbot.

Die verspätete Versendung der Nachversicherungsbestätigung durch den neuen an den bisherigen Versicherer verhindert – im Gegensatz zur verspäteten Kündigung – den Kassenwechsel nicht, kann aber trotzdem unangenehme Folgen nach sich ziehen, wenn die versicherte Person dem Grund für die doppelte Rechnungsstellung nicht nachgeht und schliesslich betrieblen wird. Es ist daher wichtig, dass sie der Sache nachgeht und beim bisherigen Versicherer abklärt, ob gegebenenfalls die Nachversicherungsbestätigung noch nicht eingegangen ist. Wenn dies der Fall ist, sollte sie Kontakt mit dem neuen Versicherer aufnehmen und ihn darüber informieren. Entweder kann dieser den Beweis der erfolgten Mitteilung gegenüber dem bisherigen Versicherer erbringen oder er muss die Versendung der Nachversicherungsbestätigung wieder- bzw. nachholen. Auf keinen Fall darf die versicherte Person selbst die Zustellung der Mitteilung durchführen. Der Gesetzgeber erwartet, dass die beiden Versicherer untereinander kommunizieren. Nur so kann eine Deckungslücke in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vermieden werden.

Wie gesagt, der Übertritt zum neuen Versicherer wird durch eine verspätete Nachversicherungsbestätigung zwar nicht verhindert, aber der Beginn der Laufzeit der neuen Versicherungspolice wird um einen Monat (oder gar um mehrere Monate) hinausgeschoben, weil das Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer von Gesetzes wegen erst endet, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist (Art. 7 Abs. 5 KVG).

Im konkreten Fall verschob sich der Übertritt zum neuen Versicherer vom 1. Januar auf den 1. Februar. Der Versicherte musste dem bisherigen Versicherer noch die Januar-Prämie entrichten und erhielt vom neuen Versicherer wegen des Doppelversicherungsverbots in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die bereits bezahlte Januar-Prämie zurückerstattet. Da der Versicherte den Beitritt rechtzeitig erklärt hatte, schuldete der neue Versicherer dem Versicherten Schadenersatz gemäss Art. 7 Abs. 5 KVG, insbesondere die Prämendifferenz für Januar.

Empfehlung: Die Beitrittserklärung sollte immer rechtzeitig abgegeben werden, d.h. spätestens Anfang Dezember, damit der neue Versicherer genügend Zeit hat, dem bisherigen Krankenversicherer die Nachversicherungsbestätigung zukommen zu lassen. Gibt der Versicherte eine Beitrittserklärung erst wenige Tage vor Jahresende ab und kommt der Übertritt infolge Zeitmangels nicht per 1. Januar zustande, kann der Versicherte keinen Schadenersatz geltend machen. In diesem Fall ist nämlich er für die Verzögerung verantwortlich.

Voraussetzung 4 | Keine Ausstände

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG beruht auf dem Prinzip der Individualversicherung. Das heisst, dass mit dem Beitritt einer Person nur diese selbst versichert ist. Ihre Rechte und Pflichten beruhen somit auf der persönlichen Zugehörigkeit zur Versicherung. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Briefe des Versicherers, die Policen, Prämienrechnungen und Leistungsabrechnungen allein an ein einziges Familienmitglied adressiert sind. In der sozialen Krankenversicherung herrscht keine «Sippenhaftung».

Fall 9 Vermeintliche Schulden eines Familienmitglieds

Ein Versicherter und seine Familie (Ehepartner und zwei minderjährige Kinder) hatten ihre Versicherungspolice nach KVG ordnungsgemäss gekündigt und beim neuen Versicherer ihre Beitrittserklärungen abgegeben. Der neue Versicherer hatte die Nachversicherungsbestätigung versandt. Trotzdem wollte der bisherige Versicherer die Versicherten nicht ziehen lassen.

Unsere Abklärungen ergaben, dass das jüngere Kind Monate zuvor in stationärer Behandlung war. Die Kostenbeteiligung stellte der Versicherer dem Vater im Dezember in Rechnung. Dieser bezahlte sie im darauffolgenden Januar. Der Versicherer machte deshalb geltend, da die Rechnung nicht vor dem Kassenwechsel bezahlt worden sei, könne er den Versicherten mit seiner Familie nicht ziehen lassen (vgl. Art. 64a Abs. 6 KVG).

Der Entscheid des Versicherers war in zweierlei Hinsicht falsch.

Da es sich bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um eine Individualversicherung handelt, muss der Versicherer bei jedem einzelnen Versicherten überprüfen, ob die Voraussetzungen für einen Kassenwechsel gegeben sind. Dies war vorliegend sowohl bei den Eltern als auch beim älteren Kind der Fall, weshalb der Versicherer sie nicht am Übertritt hindern durfte.

Der Versicherer musste jedoch auch das jüngere Kind ziehen lassen. Tatsächlich besagt Art. 64a Abs. 6 KVG in Verbindung mit Art. 105I Abs. 2 KVV, dass ein Versicherer eine versicherte Person nur dann am Wechsel hindern kann, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betriebskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind. Die im konkreten Fall noch geschuldete Kostenbeteiligung wurde dem Vater des Kindes erst im Dezember zugestellt. Der Versicherer konnte sie demnach nicht schon im Sinne von Art. 105I Abs. 2 KVV gemahnt haben und daher den Kassenwechsel nicht verhindern.

Fall 10 Zahlung der Schulden auf dem Betreibungsamt

Eine Versicherte wollte per 1. Januar den Versicherer wechseln. Da sie noch Schulden hatte, für die sie schon betrieben worden war, ging sie zum Betreibungsamt und beglich vor Ort sämtliche Ausstände mitsamt allen Unkosten. Wenige Wochen später meldete sich der bisherige Versicherer bei ihr und machte geltend, dass die beim Betreibungsamt bezahlten Schulden zu spät auf sein Bankkonto überwiesen worden seien, weshalb der Kassenwechsel nicht rechtsgültig sei. Die Versicherte wollte wissen, ob dies korrekt sei.

Wenn der Gläubiger das Betreibungsamt mit dem Inkasso der Ausstände beauftragt und der Schuldner diese auf dem Betreibungsamt innert der Frist nach Art. 64a Abs. 6 KVG in Verbindung mit Art. 105I Abs. 2 KVV bezahlt hat, dann erlöschen die Schulden mit der Zahlung beim Betreibungsamt (vgl. Art. 12 Abs. 2 SchKG). Der Gläubiger kann in diesem Fall nicht geltend machen, er habe sein Geld vom Betreibungsamt zu einem verspäteten Zeitpunkt erhalten.

Fall 11 Zahlung der Schulden per Bank-Auftrag oder direkt am Postschalter?

Viele Versicherte, die Ende Jahr noch gemahnte Ausstände begleichen möchten, um den Versicherer wechseln zu können, wissen nicht, dass die Wahl des Zahlungsmittels einen Einfluss auf die Rechtsgültigkeit des Übertritts hat.

Bei der **Bankanweisung** ist nicht das Datum des Auftrages massgebend, sondern wann die Zahlung der versicherten Person auf dem Bankkonto des Versicherers eingetroffen ist. Gegen Ende Dezember ist diese Art der Überweisung eine schlechte Wahl, weil man nie sicher sein kann, ob das Geld noch rechtzeitig ankommt.

Anders sieht es aus, wenn man direkt am **Postschalter** bezahlt. In diesem Fall ist der Poststempel auf der Quittung ausschlaggebend. Hier spielt es keine Rolle, wann das Geld auf dem Konto des Versicherers eintrifft (BGE 124 III 145).

6 Zusatzversicherungen nach VVG

6.1 Vertragsabschluss

Die Zusatzversicherung nach VVG kann als Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG abgeschlossen werden.

Sie untersteht dem Privatrecht, insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Weitere Details regeln die Allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen (AVB und BVB), weshalb sie Bestandteil der Versicherungspolice sind. Im Privatrecht herrscht das Prinzip der Vertragsfreiheit. Der Krankenversicherer ist daher berechtigt, vor Vertragsabschluss eine Gesundheitsdeklaration einzuholen, um eine Risikoabwägung durchzuführen. Die antragstellende Person hat keinen Anspruch auf Abschluss des Versicherungsvertrags. Aus diesem Grund muss der Versicherer seinen ablehnenden Entscheid nicht einmal begründen. Es genügt, wenn er kein Interesse daran hat.

Fall 12 Ablehnung des Antrags

Ein Versicherter wollte von uns wissen, was er tun könne, wenn der Versicherer seinen Antrag auf Abschluss einer Zusatzversicherung nach VVG ablehne.

Empfehlung: Er kann den Versicherer bitten, ihm einen Vertrag mit Ausschluss des bestehenden oder rückfallbehafteten Leidens anzubieten, sofern der Abschluss eines solchen Vertrages für den Antragsteller überhaupt Sinn macht. Er kann aber auch sein Glück bei einem anderen Versicherer versuchen. Wichtig ist, dass er die Gesundheitsdeklaration wahrheitsgemäss ausfüllt.

Fall 13 Anzeigepflichtverletzung

Ein Versicherter beantragte mit Hilfe eines Vermittlers beim Krankenversicherer verschiedene Zusatzversicherungen. Den Fragebogen mit der Gesundheitsdeklaration füllte der Vermittler aus, der Antragsteller musste diesen nur noch unterschreiben. Im Kleingedruckten garantierte er mit seiner Unterschrift die Richtigkeit der gemachten Angaben. In der Folge nahm ihn der Versicherer ohne Ausschluss auf.

In den folgenden zwei Jahren reichte der Versicherte bei seinem Versicherer verschiedene Rückforderungsbelege für bezogene Leistungen ein. Die Rückvergütungen erfolgten ohne Probleme, bis der Versicherer eines Tages feststellte, dass der Versicherte die Gesundheitsdeklaration nicht korrekt ausgefüllt hatte. Daraufhin kündigte er die

gesamten Zusatzversicherungen und verlangte alle erbrachten Leistungen zurück. Der Versicherte wollte von uns wissen, ob das Vorgehen des Versicherers rechtens sei.

Laut Art. 4 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer anhand eines Fragebogens oder auf sonstiges Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm bekannt sind oder sein müssen, schriftlich mitzuteilen. Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben.

Liegt eine Anzeigepflichtverletzung vor, ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der versicherten Person wirksam (vgl. Art. 6 Abs. 1 VVG). Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis genommen hat (vgl. Art. 6 Abs. 2 VVG). Kenntnis erlangt der Versicherer nicht bereits, wenn er auf Grund eines eingereichten Rückforderungsbelegs Verdacht schöpft, sondern erst, wenn seine anschliessenden Abklärungen beim Leistungserbringer den Verdacht bestätigt haben.

Wird der Vertrag durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung (vgl. Art. 6 Abs. 3 VVG). Keinen Anspruch auf Rückerstattung hat er, wenn die bereits erbrachten Leistungen in keinem Zusammenhang mit den falschen Angaben in der Gesundheitsdeklaration stehen.

Empfehlung: Zunächst ist festzuhalten, dass es keine Rolle spielt, wer den Antrag mit Gesundheitsdeklaration ausgefüllt hat. Massgebend ist, dass der Antragsteller mit seiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben bestätigt hat. So steht es auch ausdrücklich im Kleingedruckten dieser Anträge. Aus diesem Grund rät die Ombudsstelle den Interessenten dringend davon ab, einem Dritten das Ausfüllen des Antrags auf Abschluss der Zusatzversicherungen zu überlassen, insbesondere die Gesundheitsdeklaration. Es wäre wünschenswert, dass der Antragsteller die Formulare in Ruhe zu Hause ausfüllen und sich bei Fragen zu seiner Krankheitsgeschichte falls nötig noch mit seinem Hausarzt austauschen könnte.

Fall 14 Abschluss per Online-Portal

Ein Versicherter erhielt von einem Versicherer, mit dem er angeblich keinen Vertrag abgeschlossen hatte, eine Police. Der Ombudsstelle gegenüber gab er zwar an, mit einem Mitarbeitenden des Versicherers verhandelt zu haben, bestritt indessen, sich mit diesem geeinigt zu haben. Er habe sich schliesslich für einen anderen Versicherer entschieden. Die obligatorische Krankenversicherung sei inzwischen annulliert worden, der Versicherer beharre jedoch weiterhin auf den gültigen Abschluss der Zusatzversicherungen. Damit sei er nicht einverstanden.

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

Der Versicherer ging zwar auf unsere Argumentation nicht ein, gab aber unserer Forderung statt und annullierte die Zusatzversicherungen ohne weiteren Kommentar.

Empfehlung: Versicherte, die sich noch nicht sicher sind, ob sie einen Vertrag abschliessen möchten oder nicht, sollten gegenüber Dritten mit Informationen zu ihrer Person sehr zurückhaltend sein. Auch gegenüber der Behauptung, es handle sich lediglich um eine Offerte, ist Vorsicht geboten. In der Regel handelt es sich immer um einen verbindlichen Antrag, der nur noch vom Versicherer akzeptiert werden muss und schon ist man an den Vertrag gebunden. Ein Gegenantrag des Versicherers, den der Antragsteller noch ablehnen kann, liegt vor, wenn der Versicherer nur unter Ausschluss bestehender oder rückfallbehafteter Leiden der Aufnahme zustimmt.

6.2 Widerrufsrecht

Unsere Ombudsstelle befasst sich bereits seit Jahren mit den Folgen von Beratungen durch unseriöse Vermittler, deren Handeln massgeblich vom Erhalt der Provision bestimmt wird. Der digitale Fortschritt (z.B. Vertragsabschlüsse auf Tablets) hat das bereits bestehende Konfliktpotential um eine Dimension erweitert.

Inzwischen hat der Gesetzgeber einige Probleme mit der seit dem 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Teilrevision des VVG zugunsten der Antragsteller gelöst. Diese sind seither nicht nur – von Ausnahmen abgesehen – 14 Tage an ihren Antrag gebunden (Art. 1 VVG), sie haben neu das Recht innerhalb der gleichen Frist ihren Antrag auf Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich zu widerrufen (vgl. Art. 2a VVG). Die Frist von 14 Tagen beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt oder angenommen hat. Aus Beweisgründen sollte der Widerruf per Einschreiben oder A-Post-Plus erfolgen.

Achtung: Die Frist ist eingehalten, wenn der Versicherungsnehmer am letzten Tag der Widerrufsfrist seinen Widerruf dem Versicherer mitteilt oder seine Widerrufserklärung der Post übergibt. Das heisst, dass in diesem Fall ausnahmsweise nicht der Eingangs-, sondern der Poststempel massgebend ist. Aus Beweisgründen ist die Schriftlichkeit zu bevorzugen.

6.3 Kündigung

Viele Versicherte scheinen nicht zu wissen, dass die im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom Gesetzgeber gewährte ausserordentliche, einmonatige Kündigungsfrist gemäss Art. 7 Abs. 2 KVG (z.B. jene per Ende November) nicht auf die Zusatzversicherungen nach VVG angewendet werden kann.

In der Tat gelten bei den Zusatzversicherungen, die dem Privatrecht unterstellt sind, andere Kündigungsregeln als bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die dem öffentlichen Recht untersteht. Aus diesem Grund können die Zusatzversicherungen nur ausnahmsweise gleichzeitig mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gekündigt werden.

Ein ausserordentlicher Kündigungsgrund ist z.B. bei einer Prämienhöhung gegeben, wobei nur jene Zusatzversicherung gekündigt werden kann, die von einer Erhöhung betroffen ist, alle anderen nicht.

Nachfolgend werden die verschiedenen Kündigungsmöglichkeiten dargelegt.

Fall 15 Vermittler verletzt Informationspflicht

Die Ombudsstelle hatte sich auch im Berichtsjahr mit den vielfältigen Folgen der Tätigkeit gebundener und ungebundener Versicherungsvermittler zu befassen. Zahlreiche Ratsuchende wandten sich erneut an die Ombudsstelle, welche mit den weitreichenden Folgen der teils oberflächlichen und inkompetenten Beratungen von Versicherungsvermittler konfrontiert waren. Die unsorgfältige und unprofessionelle Beratungstätigkeit zahlreicher Versicherungsvermittler hat für die Versicherten neben administrativen Aufwendungen oft auch erhebliche finanzielle Nachteile zur Folge; dies statt der oftmals in Aussicht gestellten finanziellen Vorteilen in Form von Einsparungen bei den Versicherungsprämien.

Der Gesetzgeber hat den Versicherten in solchen Fällen folgende Kündigungsmöglichkeit gegeben.

Das Versicherungsunternehmen muss den Versicherungsnehmer (= Antragsteller) vor Abschluss des Versicherungsvertrags verständlich und in einer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, über seine Identität und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags informieren (Art. 3 Abs. 1 VVG), d.h. auch über die Form und die Fristen des Widerrufsrechts nach Art. 2a VVG.

Wenn diese Informationspflicht verletzt wird, ist die versicherte Person berechtigt, den Versicherungsvertrag schriftlich zu kündigen. Dieses Recht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den Informationen nach Art. 3 VVG Kenntnis erhalten hat, jedenfalls spätestens zwei Jahre nach der Pflichtverletzung (Art. 3a VVG).

Dieses neues Kündigungsrecht nach Art. 3a VVG gilt nur für Verträge, die ab dem 1. Januar 2022 abgeschlossen wurden (vgl. Art. 103a VVG betreffend die Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19. Juni 2020, welche per 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist).

Fall 16 Ordentliche Kündigung

Laut Art. 35a Abs. 1 VVG können Zusatzversicherungen, auch wenn sie für eine längere Dauer vereinbart wurden, auf das Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt werden.

Mit dieser neuen Bestimmung sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es auf dem Versicherungsmarkt teilweise Verträge mit sehr langer Vertragsdauer gab, wie etwa Rechtsschutzversicherungen mit einer Laufzeit von acht Jahren. Viele Versicherungsnehmer waren und sind sich bei Abschluss des Versicherungsvertrags aber nicht bewusst, dass sie sich bei vielen Versicherungen gleich längerfristig binden. Der Gesetzgeber wollte mit der Schaffung dieses neuen Kündigungsrechts eine übermässige Bindung verhindern (Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, 2023, N. 1 zu Art. 35a mit Hinweisen).

Diese Bestimmung gilt auch für Verträge, die vor dem 1. Januar 2022 abgeschlossen wurden (vgl. Art. 103a lit. b VVG).

Fall 17 Ausserordentliche Kündigung

Gemäss Art. 35b Abs. 1 VVG kann die Zusatzversicherung aus wichtigem Grund jederzeit schriftlich gekündigt werden. Als wichtiger Grund gilt nach Art. 35b Abs. 2 VVG namentlich eine nicht voraussehbare Änderung der rechtlichen Vorgaben, welche die Erfüllung des Vertrags verunmöglicht (lit. a) oder jeder Umstand, bei dessen Vorhandensein der kündigenden Person nach Treu und Glauben die Fortsetzung des Vertrags nicht mehr zumutbar ist (lit. b).

Diese Bestimmung gilt auch für Verträge, die vor dem 1. Januar 2022 abgeschlossen wurden (vgl. Art. 103a lit. b VVG).

Fall 18 Mehrfachversicherung

Eine Versicherte kündigte Mitte November per Ende Jahr nebst der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch sämtliche Zusatzversicherungen. Die Krankenversicherung akzeptierte lediglich die Kündigung der obligatorischen Krankenpflege-

versicherung, weil nur diese fristgemäss erfolgt war. Damit war die Versicherte nicht einverstanden, weil sie bei einem anderen Krankenversicherer bereits einige neue Zusatzversicherungen für die gleichen Risiken abgeschlossen hatte und somit doppelt versichert war.

Zunächst mussten wir sie darauf hinweisen, dass im Privatrecht kein Doppelversicherungsverbot wie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG gilt.

Die **Mehrfachversicherung** war schon vor der Revision ausdrücklich erlaubt (vgl. Art. 53 aVVG) und bleibt es auch mit der Revision vom 1. Januar 2022 (Art. 46b VVG). Bei der Mehrfachversicherung wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Versicherungsnehmer dergestalt versichert, dass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen. In einem solchen Fall ist der Versicherungsnehmer spätestens bei Eintritt des versicherten Risikos verpflichtet, dies allen Versicherungsunternehmen ohne Verzug schriftlich zur Kenntnis zu bringen (Art. 46b Abs. 1 VVG). Unterlässt der Versicherungsnehmer die Anzeige absichtlich oder hat er die Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so sind die Versicherungsunternehmen gegenüber dem Versicherungsnehmer an den Vertrag nicht mehr gebunden (Art. 46b Abs. 3 VVG). Jedes Versicherungsunternehmen hat auf die ganze vereinbarte Gegenleistung Anspruch (Art. 46b Abs. 4 VVG).

Lösungsmöglichkeiten

- A. Mit Inkrafttreten der VVG-Revision kann der Versicherungsnehmer die neuen Zusatzversicherungen innerhalb von vier Wochen seit der Entdeckung der Mehrfachversicherung schriftlich kündigen, wenn er bei deren Abschluss keine Kenntnis vom Entstehen einer Mehrfachversicherung hatte (Art. 46b Abs. 2 VVG). Diese Bestimmung gilt nur für Verträge, die ab dem 1. Januar 2022 abgeschlossen wurden (vgl. Art. 103a VVG betreffend die Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19. Juni 2020, welche per 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist).
- B. Wenn für die Versicherte eine Kündigung der neu abgeschlossenen Zusatzversicherungen nicht in Frage kommt, weil sie z.B. die in Lösungsmöglichkeit A erwähnte Frist von vier Wochen verpasst hat oder weil diese Lösung auf ihren Vertrag nicht anwendbar ist, dann könnte sie eine Doppelversicherung und damit die doppelte Prämienzahlung vermeiden, indem sie den neuen Versicherer um eine Sistierung der abgeschlossenen Zusatzversicherungen von einem Jahr bitten würde. Auf diese Weise hätte sie genügend Zeit, um die bisherigen Zusatzversicherungen ordentlich zu kündigen.
- C. Eine weitere Option bestünde darin, die bisherigen Zusatzversicherungen einzeln (d.h. nach und nach) beim Leistungsbezug gemäss Art. 42 VVG zu kündigen (aus Beweisgründen per Einschreiben, auch weil einige Versicherer diese Form der Kündigung in ihren allgemeinen Versicherungsbedingungen ausdrücklich verlangen). Dieses sog. Kündigungsrecht bei Vorliegen eines Teilschadens hat

den Nachteil, dass man den Leistungsbezug nicht bei allen Zusatzversicherungen «provozieren» kann (z.B. nicht bei der Spitalzusatzversicherung).

6.4 Kassenwechsel

Die Ombudsstelle muss sich regelmässig mit den Folgen von Beratungen durch Vermittler auseinandersetzen. In der Regel bleibt der Ombudsstelle nichts anderes übrig, als die Rechtsgültigkeit des Vertragsabschlusses zu überprüfen und wenn diese bejaht werden muss, die Versicherten auf die ausserordentlichen Kündigungsmöglichkeiten der Verträge hinzuweisen.

Besonders ärgerlich sind jene Fälle, in denen die Versicherten infolge der schlechten Beratung eines Vermittlers zu einem Kassenwechsel überredet werden und dabei einen grossen Schaden erleiden. Ein klassisches Beispiel ist der nachfolgende Fall.

Fall 19 Spezielle Zahnversicherung für Kinder

Es kommt immer wieder vor, dass Vermittler Eltern von über vierjährigen Kindern dazu verleiten, bereits bestehende Zahnversicherungen ihrer Kinder – welche kieferorthopädische Behandlungen abdecken – zu einem anderen Versicherer zu wechseln. Das Problem ist, dass die Eltern nicht bereit sind, ihre Versicherungen auseinander zu reissen, weshalb mancher Vermittler, um sich ein lukratives Geschäft nicht entgehen zu lassen, behauptet, dass der neue Versicherer die kieferorthopädische Behandlung ohne weiteres übernehmen werde. Die Antragsteller sollten sich wegen der Kostenübernahme keine Sorgen machen, solange noch keine Behandlung geplant oder noch kein Termin beim Zahnarzt vereinbart worden sei. Leider stimmt dies nicht. Der neue Versicherer zahlt nicht, weil bei Vertragsabschluss bestehende Leiden (dazu gehören auch Fehlstellungen der Zähne) nicht mehr versichert werden können, und der bisherige Versicherer muss nicht mehr zahlen, weil die bei ihm abgeschlossenen Verträge gekündigt sind. Der Vermittler weist in solchen Fällen jegliche Schuld von sich und behauptet, nichts von einer Fehlstellung gewusst zu haben. Die Eltern können die Behauptung des Vermittlers nicht widerlegen (Aussage gegen Aussage) und bleiben in der Folge auf den sehr hohen Kosten für kieferorthopädische Massnahmen ihrer Kinder sitzen.

In diesen Fällen kann auch die Ombudsstelle nicht mehr weiterhelfen.

Empfehlung: Die Versicherten (die Eltern der Kinder), die aus finanziellen Gründen einem vorteilhaften Gesamtangebot für die Familie nicht widerstehen können, sollten die Zusatzversicherung, welche die kieferorthopädische Behandlung mit beinhaltet (in der Regel handelt es sich um eine gemischte Zusatzversicherung, die sich z.B. auch an Transport- oder Brillenkosten beteiligt), unbedingt beim bisherigen Versicherer stehen lassen, bis sie nicht mehr benötigt wird.

III | Anhang

Musterbrief für eine Beitrittserklärung

Adresse des Absenders

Einschreiben

Adresse des Versicherers

Beitrittserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mein Name lautet (Vor- und Nachnamen). Ich bin am (Datum) geboren.

Hiermit erkläre ich den Beitritt zu Ihrer Krankenversicherung ab dem (Datum).

Ich wünsche eine Franchise in Höhe von 300 Franken ohne Unfalldeckung.

Zudem bitte ich Sie, mir eine monatliche Rechnung zuzustellen.

Meine Bankverbindung lautet: (Adresse der Bank und IBAN-Nummer).

Freundliche Grüsse

Ort, Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Beilagen (nur im Falle eines Kassenwechsels beilegen)

1. Kündigungsschreiben
2. Versicherungspolice des bisherigen Versicherers

