

2023

Jahresbericht

Inhalt

Vorwort der Ombudsfrau	3
I Allgemeiner Teil	5
1 Zahlen zur Fallentwicklung	6
1.1 Eingänge nach Materien	7
1.2 Eingänge nach Versicherungszweigen	7
1.3 Eingänge nach Sprachen	8
1.4 Interventionen der Ombudsstelle	8
2 Zusammenarbeit mit Krankenversicherern und Behörden	9
II Ausgewählte Fälle	10
3 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG	11
3.1 Unfaldeckung	11
Fall 1 Einschluss der Unfaldeckung durch den Versicherer	11
Fall 2 Unfaldeckung bei Bezug von Taggeldern nach UVG	12
3.2 Zuzug und Wegzug	12
Fall 3 Zuzug eines Versicherten in die Schweiz	12
Fall 4 Abmeldeformular des Versicherers bei Wegzug	14
Fall 5 Wegzug eines Versicherten aus der Schweiz	14
3.3 Wechsel der Grundversicherung	15
Fall 6 Widerruf der Kündigung	15
3.4 Fälle mit Bezug zu Prämien	16
Fall 7 Pflicht zur Mitteilung der neuen Prämie	17
Fall 8 Betreibung trotz Vorauszahlung der Jahresprämie	18
3.5 Fälle mit Bezug zum Datenschutz	19
Fall 9 Case Management in der Grundversicherung	19
Fall 10 Beweis früherer Leistungsbezüge	21
Fall 11 Löschung des Kundenportals nach Wechsel des Versicherers	22

3.6 Fälle mit Bezug zu Leistungen	23
Fall 12 Leistungsbezug bei Versorgungsengpässen	23
Fall 13 Selbstbehandlung einer Ärztin	23
Fall 14 Medikamente bei ambulanter Behandlung	24
4 Zusatzversicherungen nach VVG	25
4.1 Vertragsschluss	25
Fall 15 Rechtsverbindlichkeit eines Online-Antrages	26
Fall 16 Vereinbarung von Vorbehalten	27
4.2 Leistungssperre	27
Fall 17 Wegfall einer Leistungssperre	27
5 Taggeldversicherung	30
5.1 Arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit	30
Fall 18 Vergleichsvereinbarung	30

Vorwort der Ombudsfrau



Susanne Müller Ineichen
Ombudsfrau

Am 1. August 2023 habe ich das Amt der Ombudsfrau Krankenversicherung angetreten. Für die Ombudsstelle Krankenversicherung arbeite ich seit dem Jahr 2019, zuerst als juristische Mitarbeiterin und ab 2021 als Stellvertreterin meiner Vorgängerin Morena Hostettler Socha. Ich habe die neue Aufgabe mit Freude übernommen, da die Ombudsstelle wesentlich dazu beitragen kann, Missverständnisse zu klären oder bei Konflikten zwischen Versicherten und Krankenversicherern zu vermitteln. In diesem Sinne freue ich mich darauf, zusammen mit meinem Team auch künftig die der Ombudsstelle übertragenen Aufgaben verantwortungsbewusst und lösungsorientiert weiterzuführen.

Ich schätze mich in der glücklichen Lage, auf ein kompetentes Team mit langjährigen, erfahrenen Mitarbeitenden zählen zu dürfen. Ihnen danke ich an dieser Stelle herzlich für den engagierten Einsatz. Ein weiterer Dank geht an den Stiftungsrat für das mir entgegengebrachte Vertrauen.

Die Ombudsstelle Krankenversicherung durfte 2023 ihr 30-jähriges Bestehen feiern. Seit ihrer Gründung 1993 nimmt sie eine wichtige Rolle als neutrale Vermittlungsstelle zwischen Versicherten und Versicherern im Bereich der obligatorischen Grundversicherung, der Zusatzversicherung sowie im Bereich des Krankentaggeldes ein. Sie genießt sowohl das Vertrauen der Versicherten als auch der Versicherer und ist als unverzichtbare Partnerin in der Krankenversicherungsbranche nicht mehr wegzudenken.

Nachdem die Prämien der Grundversicherung bereits per 1. Januar 2023 eine massive Erhöhung erfahren hatten, kam im Oktober 2023 mit der Ankündigung der Prämien für das Jahr 2024 eine erneute Hiobsbotschaft auf die Versicherten zu. Es erstaunt deshalb wenig, dass die Fallzahlen der Ombudsstelle im Vergleich zu den letzten drei Jahren deutlich zugenommen haben; denn je mehr die Prämien ansteigen, desto größer ist die Wechselbereitschaft der Versicherten und desto mehr Fälle mit einer Wechselproblematik treffen bei der Ombudsstelle ein. Hier können wir mithelfen, den Versicherten rasch möglichst Klarheit über ihre Versicherungssituation zu verschaffen, was auch unnötigen administrativen Mehraufwand bei den Versicherern verhindert.

Der Schwerpunkt des Jahresberichtes liegt dieses Jahr wieder bei der Kasuistik (vgl. Kapitel 3). Darin finden sich unter anderem Fälle zum Thema Versicherungsabschluss

sowie zu Leistungs- und Prämienfragen. Da per 1. September 2023 ein totalrevidiertes Datenschutzgesetz in Kraft getreten ist und die Ombudsstelle regelmässig auch mit datenschutzrechtlichen Fragen konfrontiert ist, finden sich im vorliegenden Bericht auch einige ausgewählte Fälle mit Bezug zum Datenschutz.

S. Müller Ineichen

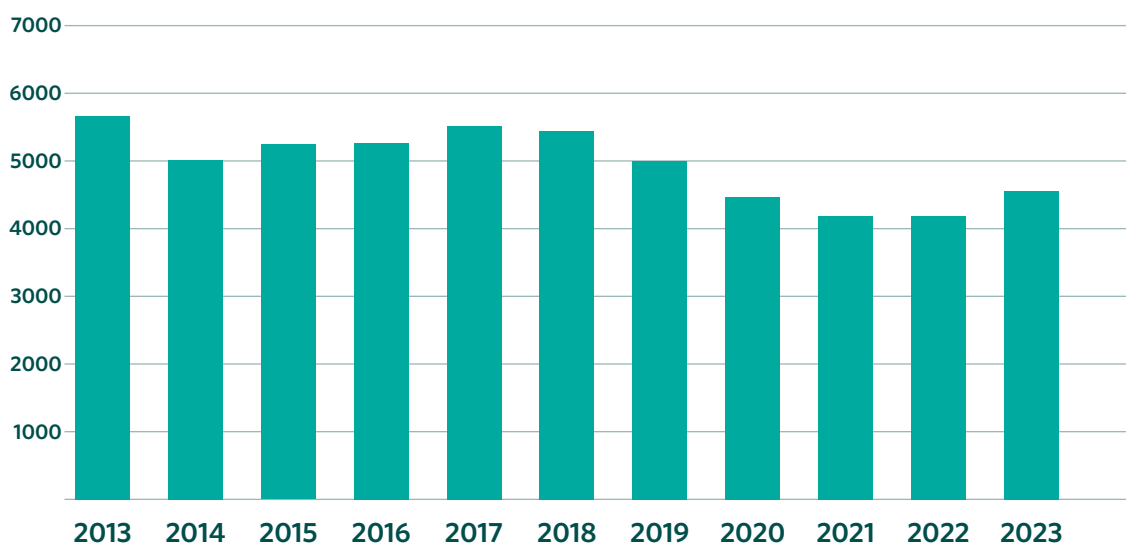
Susanne Müller Ineichen
Ombudsfrau

I | Allgemeiner Teil

1 Zahlen zur Fallentwicklung

Die Fallzahlen stiegen gegenüber dem Vorjahr markant an, nämlich um 370 Fälle. Dies ist zu einem grossen Teil auf die Prämien erhöhungen per 1. Januar 2023 und 1. Januar 2024 zurückzuführen. Im Frühjahr 2023 war die Ombudsstelle vermehrt mit Fällen einer Wechselproblematik beschäftigt und ab Mitte Oktober bis Ende November 2023 (und auch darüber hinaus) erreichten sie viele Anfragen zu den neuen Prämien, zum Versichererwechsel oder zu Optimierungsmöglichkeiten beim bisherigen Krankenversicherer. Bei einem Versicherer stellte die Ombudsstelle im Jahr 2023 zudem einen überdurchschnittlichen Anstieg der Fallzahlen aus administrativen Gründen fest.

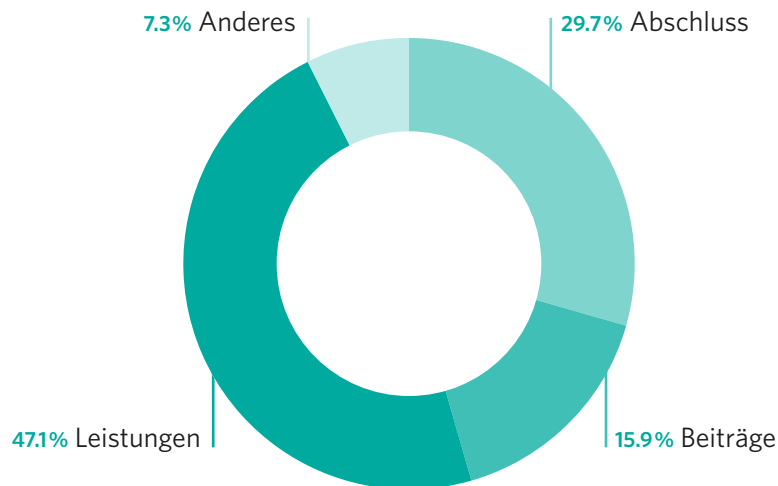
Die Ombudsstelle sieht sich in zunehmendem Masse mit komplexen Fällen mit internationalem Bezug konfrontiert, deren Bearbeitung sehr zeitintensiv ist. Ausserdem wenden sich Jahr für Jahr mehr Personen an die Ombudsstelle, die mit Versicherungsangelegenheiten überfordert sind, sei es aus gesundheitlichen oder altersbedingten Gründen. Auch deren Unterstützung erfordert Zeit, Einfühlungsvermögen und Geduld.



Anders als im Jahr 2022 erfolgten auf gesetzgeberischer Ebene keine sich auf Versicherte wesentlich auswirkenden Änderungen (z.B. im Bereich Leistungen), so dass diesbezügliche Anfragen - anders als im Vorjahr - weitgehend ausblieben.

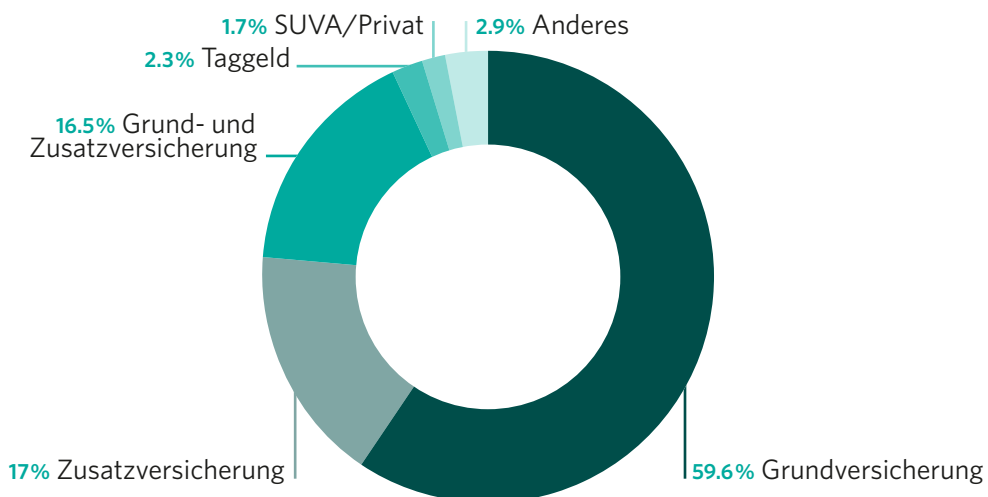
1.1 Eingänge nach Materien

Im Berichtsjahr 2023 sind bei der Ombudsstelle 4 560 Fälle eingegangen (2022: 4 190). Dies ergibt gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme von 370 Fällen. Die Aufteilung nach Materien ergibt folgendes Bild: 1 353 im Bereich Abschluss, worunter auch der Wechsel der Versicherung fällt (2022: 1 121), 725 im Bereich Beiträge, worunter Prämien und Kostenbeteiligungen gruppiert werden (2022: 478) sowie 2 149 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2022: 2 235). Die übrigen 333 Fälle betrafen Anderes wie z.B. Fragen im Zusammenhang mit Prämienverbilligung, Datenschutz etc. (2022: 356).



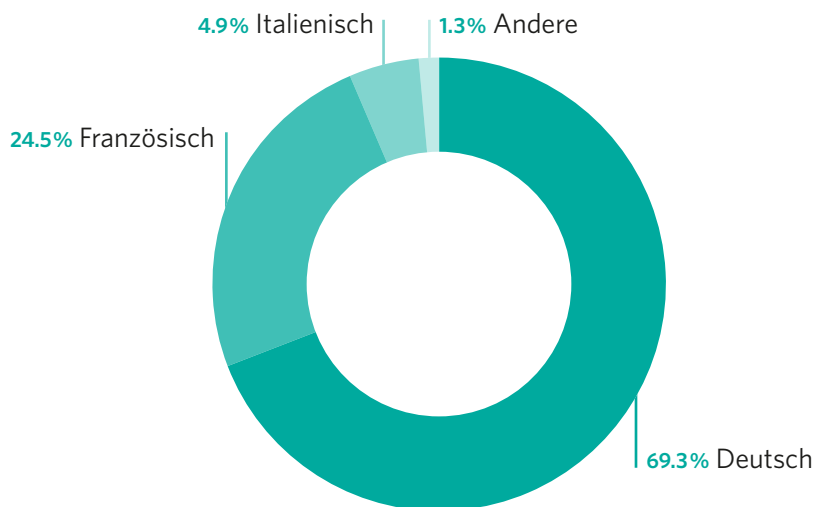
1.2 Eingänge nach Versicherungszweigen

2 716 Fällen betrafen ausschliesslich die Grundversicherung (2022: 2 155), 777 Fälle ausschliesslich die Zusatzversicherung (2022: 757). In 751 Fällen gelangten Versicherte mit Anfragen zu beiden Versicherungsparten an uns (2022: 926). In 104 Fällen ging es um das Thema Taggeld (2022: 112). In 80 Fällen musste die Ombudsstelle die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verweisen (2022: 57). Die übrigen 132 Fälle tangierten Themen, die nicht im Zusammenhang mit der Krankenversicherung standen, sondern zum grösseren Teil andere Sozialversicherungen betrafen (IV, AHV, UVG, ALV).



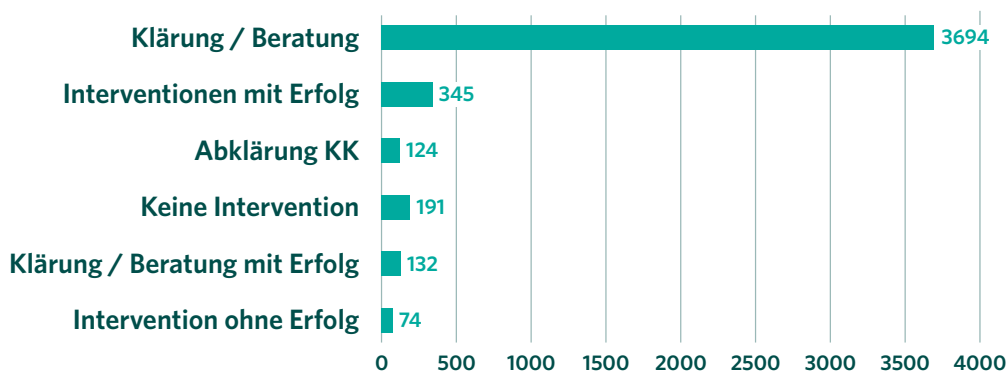
1.3 Eingänge nach Sprachen

3160 Eingänge entfielen auf Deutsch (2022: 3106), 1116 auf Französisch (2022: 827), 225 auf Italienisch (2022: 148) und 59 auf andere Sprachen, v.a. Englisch (2022: 109).



1.4 Interventionen der Ombudsstelle

In 3694 Fällen bzw. 81% aller Anfragen konnte die Ombudsstelle Fragen der Versicherten klären bzw. einen Entscheid des Versicherers bestätigen (2022: ebenfalls 3694). In 419 Fällen hat die Ombudsstelle einen Antrag auf Überprüfung des von der versicherten Person beanstandeten Entscheides beim Krankenversicherer gestellt (2022:200) und war dabei in 345 Fällen erfolgreich (2022: 157), was einer Erfolgsquote von 82,3% entspricht (2022: 78,5%). In 191 Fällen verzichtete die Ombudsstelle auf eine Intervention (z.B. weil eine Verfügung ergangen und der Rechtsweg somit eröffnet war (2022: 60). In 124 Fällen hat sie den Versicherer lediglich um Unterlagen gebeten, die sie von den Versicherten aus sprachlichen oder altersbedingten Gründen nicht erhältlich machen konnte (2022: 56). In 132 Fällen konnte die Ombudsstelle die Versicherten soweit über die Rechtslage aufklären, dass sie ihr Problem mit dem Versicherer erfolgreich selbst lösen konnten (2022: 66).



2 Zusammenarbeit mit Krankenversicherern und Behörden

Auch im Berichtsjahr war die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern – wie bereits in den früheren Jahren – sehr gut. Die direkten Ansprechpersonen in den Rechtsdiensten der Krankenversicherer prüften die Interventionsschreiben der Ombudsstelle sorgfältig und seriös. Eine Antwort auf ein Interventionsschreiben erfolgte in aller Regel spätestens nach drei bis vier Wochen.

Auf einen Versicherer musste die Ombudsstelle 2023 infolge einer Häufung der Anfragen zugehen. Der Versicherer räumte gegenüber der Ombudsstelle administrative Probleme ein, betonte jedoch, dass interne Verbesserungsmaßnahmen bereits in die Wege geleitet seien.

Mit grösseren Versicherern findet seit geraumer Zeit ein jährlicher Austausch statt, anlässlich welchem offene Fragen oder Anregungen im persönlichen Gespräch thematisiert werden können. Alle Seiten profitieren von diesem Austausch, welcher die Fallbearbeitung noch effizienter macht.

Die Ombudsstelle dankt an dieser Stelle ihren Ansprechpartnern bei den Krankenversicherern für die konstruktive Zusammenarbeit und auch das Entgegenkommen, das diese – sofern gesetzlich möglich – in vielen Fällen gezeigt haben.

Auch der Austausch zwischen der Ombudsstelle und dem BAG als Aufsichtsbehörde über die Grundversicherung sowie der FINMA als Aufsichtsbehörde über die Zusatzversicherungen fördert die Qualität der Fallbearbeitung. Die Ombudsstelle dankt auch diesen beiden Behörden für die stets gute Zusammenarbeit.

Versicherte meinen oft, die Ombudsstelle könne den Krankenversicherern Weisungen erteilen. Dem ist jedoch nicht so. Die Ombudsstelle ist keine Aufsichtsbehörde für die Krankenversicherer und kann diesen weder generell noch im Einzelfall Weisungen erteilen. Ihre Aufgabe ist die Vermittlung, die aber das grundsätzliche Vertrauen der versicherten Person als auch des Krankenversicherers voraussetzt.

II | Ausgewählte Fälle

3 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

3.1 Unfalldeckung

Fall 1 Einschluss der Unfalldeckung durch den Versicherer

Ein Versicherter, der im Juni 2023 65 Jahre alt wurde, war über seinen Arbeitgeber obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle gemäss UVG versichert. Bei seiner Krankenversicherung hatte er die Unfalldeckung gemäss Art. 8 Abs. 1 KVG sistiert. Er verlängerte seinen Arbeitsvertrag beim bisherigen Arbeitgeber um ein Jahr, unter Beibehaltung des bisherigen Pensums von 60 %.

Der Krankenversicherer hob die Sistierung für den Unfall per Ende Juli 2023 (nach Wegfall der Unfallversicherung besteht während 31 Tagen eine Nachdeckung beim Unfallversicherer) von sich aus auf. Er legte die neue Police mit Unfalleinschluss in das Kundenportal des Versicherten mit dem Hinweis, sollte die Sistierung weiterhin gelten, müsse er innerhalb von 15 Tagen eine schriftliche Bestätigung des Arbeitgebers zustellen, aus der ersichtlich sei, dass er weiterhin über eine Unfalldeckung verfüge. Der Versicherte sah die angepasste Police sowie die höhere Prämienrechnung ab August 2023 erst im Oktober 2023 im Kundenportal, als er seine Grundversicherung kündigte. Er stellte dem Versicherer in der Folge seinen (verlängerten) Arbeitsvertrag zu. Anstelle einer Antwort erhielt er eine Mahnung, welche auch den Wegfall des Anfang Jahr gewährten Skontos von 2 % umfasste. Kurz darauf erhielt der Versicherte eine Mitteilung, wonach der Arbeitsvertrag nicht ausreiche, sondern eine UVG-Bestätigung des Arbeitgebers nötig sei. Der Versicherte stellte dem Versicherer diese Bestätigung in der Folge zu, erhielt daraufhin jedoch die zweite Mahnung und schliesslich einen Zahlungsbefehl.

Die Ombudsstelle wandte sich an den Versicherer und machte unter Verweis auf den Wortlaut von Art. 10 KVG geltend, dass der Versicherer nicht von sich aus eine Sistierung aufheben könne. Aus Art. 10 Abs. 1 KVG gehe vielmehr hervor, dass der Arbeitnehmer (Versicherte) von sich aus aktiv werden müsse, nachdem ihn der Arbeitgeber beim Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis über den Unfalleinschluss beim Krankenversicherer informiert habe.

Auf Intervention der Ombudsstelle sistierte der Versicherer die Unfalldeckung per 1. August 2023 erneut und schrieb den Zahlungsrabatt wieder gut. Die Mahngebühren wurden annulliert und die Betreuung zurückgezogen.

Aus Sicht der Ombudsstelle sollte der Nachweis für eine noch bestehende Unfalldeckung bei Versicherten, die eindeutig mehr als 8 Stunden pro Woche arbeiten (wie z.B. in vorliegendem Fall), durch Vorlage des Arbeitsvertrages klar sein. Das zusätzliche Einfordern einer UVG-Bestätigung ist diesfalls nicht nötig.

Fall 2 Unfalldeckung bei Bezug von Taggeldern nach UVG

Eine Versicherte wollte auf das Jahr 2024 ihre Krankenversicherung wechseln und fragte uns an, ob sie beim neuen Krankenversicherer das Unfallrisiko einschliessen müsse. Bei der bisherigen Krankenversicherung hatte sie das Unfallrisiko nicht eingeschlossen, war sich jedoch ebenfalls nicht sicher, ob dies korrekt war.

Die Versicherte war in einem 100 %-Pensum tätig und gemäss ihren Angaben über ihren Arbeitgeber sowohl für Betriebs- als auch Nichtbetriebsunfälle versichert, als sie im Mai 2022 einen schweren Verkehrsunfall erlitt. Seither erhält sie Taggelder der Unfallversicherung im Umfang von 80 % ihres versicherten Verdienstes. Ihr Arbeitgeber kündigte den Arbeitsvertrag auf den 31. Januar 2023. Die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten betrug seit dem Unfall bis zur Kontaktaufnahme mit der Ombudsstelle ununterbrochen 100 %.

Die Versicherung nach dem UVG endet gemäss Art. 3 Abs. 2 UVG mit dem 31. Tag nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört. Als Lohn im Sinne von Art. 3 Abs. 2 UVG gelten gemäss Art. 7 Abs. 1 UVV u.a. auch Taggelder gemäss UVG. Eine Versicherte, die Taggelder der obligatorischen Unfallversicherung bezieht, welche mindestens 50 % des Lohnes ausmachen, ist somit weiterhin über die obligatorische Unfallversicherung nach UVG gedeckt, unabhängig von einem allfälligen Lohnfortzahlungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber. Die Ombudsstelle konnte der Versicherten mitteilen, dass sie – infolge des Bezuges eines Taggeldes in Höhe von 80 % ihres Lohnes vor dem Unfall – gemäss Art. 3 Abs. 2 UVG für das Risiko Unfall nach wie vor über ihren Unfallversicherer versichert sei (ohne Prämienzahlungspflicht) und bei der Krankenversicherung das Unfallrisiko nicht einschliessen müsse.

Wichtig: Bezieht ein Versicherter infolge Krankheit ein Krankentaggeld, endet die Unfalldeckung nach UVG 31 Tage nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Danach ist das Unfallrisiko bei der Krankenversicherung einzuschliessen.

3.2 Zuzug und Wegzug

Fall 3 Zuzug eines Versicherten in die Schweiz

Ein 74-jähriger Versicherter, der seit Jahren an Morbus Crohn leidet, verlegte seinen Wohnsitz im Herbst 2022 nach 45 Jahren in Japan wieder in die Schweiz. Über einen

Vermittler füllte er bei einer Versicherung am 22. September 2022 eine Beitrittserklärung zur Grundversicherung aus (Franchise von CHF 2500) und stellte einen Antrag für zwei Zusatzversicherungen. Der Versicherer lehnt den Abschluss der Zusatzversicherungen ab. Gleichzeitig mit der Ablehnung der Zusatzversicherung teilte er dem Versicherten mit, er würde seinem Antrag für die Grundversicherung gerne entsprechen, frage ihn jedoch an, ob er lieber darauf verzichten möchte. Falls innert zwei Wochen keine Antwort eintreffe, werde der Versicherer die persönliche Versicherungspolice zustellen.

Der Versicherte teilte dem Versicherer mit, er verzichte auf die Grundversicherung und unterzeichnete am 8. November 2022 bei einem anderen Versicherer – über eine Vermittlerkollegin des ersten Vermittlers – die Beitrittserklärung zur Grundversicherung (wiederum mit einer Franchise von CHF 2500). Später gelangte der Versicherte an uns mit der Bitte, er möchte doch lieber beim ersten Versicherer versichert sein, und zwar mit einer Franchise von CHF 300.

Die Ombudsstelle wandte sich an den ersten Versicherer und machte geltend, bei einem Zuzug aus dem Ausland respektive einer sogenannten Erstversicherung habe – im Gegensatz zu einem Versichererwechsel – dasjenige Versicherungsverhältnis Vorrang, bei welcher die Anmeldung als erste eingegangen ist. Sie stützte sich dabei auf die geltende Lehre (vgl. BSK KVG-Eugster, Art. 3 N 16). Da der Beitritt zum ersten Versicherer klar vor demjenigen beim zweiten erfolgt sei, bestehe eine Aufnahmepflicht beim ersten Versicherer. Es sei deshalb fraglich, ob es rechtlich zulässig sei, bei einem Erstabschluss einem Versicherten die Option einzuräumen, mangels Zusatzversicherung auch auf den Abschluss der Grundversicherung zurückzukommen. Der Beitritt zur OKP sei konstitutiv und das Gesetz sehe vor, dass das Versicherungsverhältnis (nur) durch Kündigung unter Einhaltung der entsprechenden Fristen aufgelöst werden könne. Eine Nachfrage beim BAG habe die Ansicht der Ombudsstelle bestätigt.

Weiter argumentierte die Ombudsstelle, die vom ersten Versicherer angebotene Möglichkeit eines Rückzuges der Beitrittserklärung scheine auch bezüglich der Durchsetzung der Versicherungspflicht (Art. 4 KVG) problematisch. Stellten kranke Personen Anträge für Zusatzversicherungen, welche abgelehnt würden, so könnte das anschliessende Angebot eines Rückzuges für die Grundversicherung als Vereitelung der Versicherungspflicht angesehen werden. Für Verstösse gegen Art. 4 KVG sehe das Gesetz (Art. 54 Abs. 3 lit. b KVAG) eine Busse vor, auch bei Fahrlässigkeit.

Der Versicherer teilte der Ombudsstelle mit, dass Versicherten aus Kundenfreundlichkeit die Möglichkeit angeboten werde, bei einem Nichtzustandekommen der Zusatzversicherung auch auf die Grundversicherung zu verzichten, da es viele Versicherte gebe, welche sowohl Grund- wie auch Zusatzversicherung beim gleichen Versicherer haben möchten. Der Versicherer war folglich nicht bereit, den Versicherten bei sich in die Grundversicherung aufzunehmen. Er liess die Ombudsstelle im Weiteren wissen, dass der Versicherte im Gesundheitsfragebogen sämtliche Fragen mit «Nein» beantwortet habe. Der Versicherer habe deshalb von der Krankheit des Versicherten keine Kenntnis gehabt und die Ablehnung sei aufgrund des Alters erfolgt.

Fall 4 Abmeldeformular des Versicherers bei Wegzug

Eine Versicherte verliess die Schweiz am 30. September 2023 und zog nach Frankreich. Sie kündigte ihre Grundversicherung per 30. September 2023. In der Folge stellte ihr der Versicherer ein Abmeldeformular zu, um zu prüfen, ob die gesetzlichen Vorgaben erfüllt waren, um die Grundversicherung aufzuheben. Dieses Formular füllte die Versicherte korrekt aus und retournierte es dem Versicherer. Nachdem sie auch für Oktober und November 2023 Prämienrechnungen erhalten hatte, fragte sie beim Versicherer nach, weshalb die Versicherung nicht per 30. September 2023 beendet werde. Dieser antwortete, das Abmeldeformular sei nicht eigenhändig unterzeichnet, sondern bei der Unterschrift stehe bloss ihr geschriebener Name. Dies sei nicht rechtsgenügend.

Die Ombudsstelle intervenierte beim Versicherer und machte geltend, für die Beendigung der Versicherungspflicht sei nicht relevant, ob die Versicherte das Abmeldeformular handschriftlich unterschrieben habe oder nicht. Entscheidend sei einzig, ob die Versicherte aufgrund ihrer Angaben und der gesetzlichen Bestimmungen weiterhin in der Schweiz versicherungspflichtig sei. Da die Versicherte keine wirtschaftliche Beziehung mit der Schweiz mehr habe (d.h. keine Erwerbstätigkeit bzw. kein Bezug einer Rente aus der Schweiz), sei die Grundversicherung per 30. September 2023 zu beenden. Der Versicherer hob die OKP daraufhin per 30. September 2023 auf und annullierte die Prämienrechnungen für die Monate Oktober und November 2023.

Das KVG schreibt weder für die Beitrittserklärung noch für die Kündigung des Versicherungsverhältnisses die Schriftform vor (SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, 3. Auflage, E Rz. 209). Umso mehr muss dies für weitere Angaben gelten, die ein Versicherer von Versicherten einholt. Die Krankenversicherer sind auch nicht befugt, diese Formfreiheit in ihren Versicherungsreglementen einzuschränken, z.B. indem sie vorschreiben, dass der Versicherungsbeitritt nur schriftlich oder allein mittels eines bestimmten Formulars rechtsgültig erklärt werden kann (a.a.O.).

Fall 5 Wegzug eines Versicherten aus der Schweiz

Per 24. Juli 2023 kündigte ein Versicherter seine Grundversicherung, weil er auf diesen Zeitpunkt hin seinen Wohnsitz von der Schweiz nach Frankreich verlegte. Er stellte dem Versicherer seine Abmeldebescheinigung sowie das ausgefüllte Abmeldeformular zu. Auf diesem vermerkte er, dass er Leistungen aus der (schweizerischen) Arbeitslosenkasse beziehe. Der Krankenversicherer bestätigte dem Versicherten daraufhin den Austritt aus der Grundversicherung per 24. Juli 2023 und überwies ihm die bereits bezahlten Prämien für die Zeit vom 25. bis 31. Juli 2023.

Am 19. September 2023 erhielt der Versicherte ein Schreiben des Versicherers, wonach seine Kündigung nicht akzeptiert werden könne, da er noch Ausstände habe. Zeitgleich wurde ihm eine ab 25. Juli 2023 gültige, neue Police zugestellt. In der Folge erhielt der Versicherte weitere Prämienrechnungen. Auf Nachfrage hin teilte ihm der Krankenversicherer am 24. November 2023 mit, er unterstehe noch weiterhin der schweizerischen Versicherungspflicht, weil er eine Arbeitslosenentschädigung aus der Schweiz beziehe; anders wäre es nur, wenn er vom Optionsrecht Gebrauch machen würde. Da der Ver-

sicherte das Formular U2 (Bewilligung des Erhalts von Leistungen bei Arbeitslosigkeit während der Arbeitssuche in einem anderen Land) nicht zugestellt habe, werde die Versicherung aufgrund der Tatsache, dass die Arbeitslosenentschädigung maximal für drei Monate exportiert werden könne, per 23. Oktober 2023 beendet. Sollte die Zeitdauer des Bezugs der Arbeitslosenentschädigung kürzer als drei Monate gewesen sein, bat der Versicherer um Zustellung des Formulars U2. Der Versicherte, verunsichert durch das Vorgehen des Versicherers und in Unkenntnis über die Bedeutung des Formulars U2, wandte sich anfangs November 2023 an die Ombudsstelle.

Diese verlangte vom Versicherten die ihm zugestellte Versicherungspolice für die Zeit ab 24. Juli 2023 sowie das inzwischen ausgefüllte Formular U2.

Gemäss Anhang II Abschnitt A Nr. 1 Bst. i Ziff. 3 Bst. a Ziff. iii des FZA sind Personen, die Leistungen der schweizerischen Arbeitslosenversicherung beziehen, in der Schweiz versicherungspflichtig, vorbehältlich der Befreiungsmöglichkeiten.

Dem der Ombudsstelle zugestellten Formular U2 konnte entnommen werden, dass der Versicherte während der für den Export bestehenden Maximaldauer von drei Monaten eine Arbeitslosenentschädigung erhalten hatte. Somit war erstellt, dass er noch bis am 23. Oktober 2023 bei seinem Versicherer versicherungspflichtig war, zumal die dreimonatige Frist für die Ausübung des Optionsrechts bereits am 24. Oktober 2023 abgelaufen war. Da auf der ab 25. Juli 2023 gültigen Police jedoch ein Hausarztmodell sowie eine Franchise von CHF 2500 aufgeführt waren, war klar, dass der Versicherer zu Unrecht keinen EU-Vertrag, sondern einen Schweizer Vertrag (mit höheren Prämien) ausgestellt hatte. Gemäss Art. 101a KVV stehen die besonderen Versicherungsformen nach Art. 93 – 101 KVV Versicherten, die in der EU oder in Island, Norwegen oder dem Vereinigten Königreich wohnen, nicht offen. Sie können sich nur mit freier Arztwahl und einer Franchise von CHF 300 versichern. Nach entsprechender Intervention der Ombudsstelle beim Versicherer stellte dieser eine EU-Police mit (tieferen) EU-Prämien aus.

3.3 Wechsel der Grundversicherung

Fall 6 Widerruf der Kündigung

Eine Versicherte kündigte ihre Grundversicherung fristgerecht auf den 31. Dezember 2022 und erkundigte sich bei einem neuen Versicherer über den Abschluss einer Grundversicherung für das Jahr 2023. Auf elektronischem Wege trat sie – ohne dass ihr dies offenbar bewusst war – einem neuen Grundversicherer bei. In der Folge entschloss sich die Versicherte jedoch, bei ihrem bisherigen Versicherer zu bleiben. Zu diesem Zweck reichte sie bei diesem nochmals eine neue Beitrittserklärung für das Jahr 2023 ein.

Der neue Versicherer sandte dem bisherigen Versicherer die vom Gesetz vorgesehene Nachversicherungsbestätigung. Ab Januar 2023 erhielt die Versicherte infolge Vorliegens einer Doppelversicherung sowohl vom bisherigen als auch vom neuen Versicherer Prämienrechnungen. Sie schrieb den neuen Versicherer im Frühjahr mehrfach an und

bat ihn, die Grundversicherung aufzuheben, erhielt von diesem jedoch keine Antwort, sondern Mahnungen und im Sommer 2023 schliesslich einen Zahlungsbefehl.

Die Versicherte wandte sich an die Ombudsstelle und ersuchte darum, rückwirkend per 1. Januar 2023 beim bisherigen Versicherer verbleiben zu können, zumal sie diesem Prämien bezahlt und über ihn Leistungen bezogen hatte.

Die Ombudsstelle klärte zuerst beim bisherigen Versicherer ab, wann er die neue Beitrittserklärung sowie die Nachversicherungsbestätigung erhalten hatte. Diese Abklärungen ergaben, dass der bisherige Versicherer beide Dokumente am gleichen Tag erhalten hatte, nämlich am 21. Dezember 2022. Die neue Beitrittserklärung betrachtete der bisherige Versicherer als Widerruf der im November 2022 erfolgten Kündigung und teilte der Ombudsstelle mit, er wäre bereit, die Versicherte wieder in seine Grundversicherung aufzunehmen.

In der Folge wandte sich die Ombudsstelle an den neuen Versicherer und fragte ihn an, ob er bereit wäre, die Grundversicherung der Versicherten rückwirkend per 1. Januar 2023 zu annullieren, auch wegen des Missverständnisses der Versicherten beim elektronischen Vertragsabschluss. Der neue Versicherer teilte der Ombudsstelle mit, dass er nicht bereit sei, die Grundversicherung aufzuheben, da die Beitrittserklärung (d.h. der Widerruf der Kündigung) nicht vor Eingang der Nachversicherungsbestätigung eingetroffen sei, sondern gleichentags.

Die Ombudsstelle musste der Versicherten mitteilen, dass der Entscheid des neuen Versicherers im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stehe (BGer 9C_930/2010 E.2.3) und zu akzeptieren sei. In der Folge hob der bisherige Versicherer die Grundversicherung für 2023 auf. Die bezahlten Prämien und Leistungen wurden direkt zwischen den beiden Versicherern abgewickelt.

3.4 Fälle mit Bezug zu Prämien

Die Ombudsstelle Krankenversicherung verzeichnete ab Mitte Oktober 2023 eine starke Zunahme der Anfragen, welche die Höhe der Prämien für das Jahr 2024 betrafen. Viele Versicherte fragten uns, wie es sein könne, dass ihre Prämie massiv über der vom Bundesrat mitgeteilten Prämienhöhung von 8,6 % oder der Durchschnittsprämie ihres Kantons liege. Ein Versicherer erhöhte die Prämien in einem seiner besonderen Versicherungsmodelle in einem solchen Ausmass, dass viele Versicherte die Ombudsstelle kontaktierten in der Meinung, es müsse ein Fehler vorliegen. Eine Überprüfung der jeweiligen Prämie mit den in www.priminfo.ch publizierten, genehmigten Prämien bestätigte jedoch deren Richtigkeit.

Viele Versicherte sind der Meinung, die Ombudsstelle Krankenversicherung könne gegen die hohen Prämien im Einzelfall etwas unternehmen. Dem ist jedoch nicht so. Die Ombudsstelle kann Versicherten nur erklären, dass die publizierten Prämien vom BAG genehmigt wurden. Ausserdem kann sie klarstellen, dass es sich bei der vom Bundesrat im Oktober jeweils bekanntgegebenen Prämienhöhung um einen schweizweiten

Durchschnittswert handelt, der je nach Versicherer, Wohnort und gewähltem Versicherungsmodell nach unten, vor allem aber auch nach oben abweichen kann.

Die Ombudsstelle gibt Versicherten, die unter der Prämienlast leiden – und das sind viele – Tipps, wie Prämien eingespart werden können. So empfiehlt die Ombudsstelle Versicherten ab circa Mitte Oktober, die Prämien der Versicherer und deren Versicherungsmodelle in ihrer Prämienregion über www.priminfo.ch zu vergleichen und auch eine Erhöhung der Franchise – sofern möglich – zu prüfen. Gewisse Versicherte kennen zudem nach wie vor das Institut der individuellen Prämienverbilligung noch nicht. Ihnen erklärt die Ombudsstelle, wie und wo sie sich anmelden müssen. Bezüger einer AHV- oder IV-Rente weist sie zudem auf die Möglichkeit von Ergänzungsleistungen hin. Ausserdem erläutert sie, dass Bezüger von Ergänzungsleistungen gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG auch Anspruch auf die Vergütung einer Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG haben. Bezüger einer jährlichen Ergänzungsleistung können somit die ihrem Krankenversicherer bezahlte Franchise bis CHF 300 sowie den Selbstbehalt bis CHF 700 über die Ergänzungsleistungen zurückfordern. Selbst Personen, die aufgrund eines Einnahmenüberschusses keinen Anspruch auf jährliche Ergänzungsleistungen haben, können bei der EL-Stelle die Rückvergütung der bezahlten Kostenbeteiligung, die den Einnahmenüberschuss übersteigt, geltend machen (Art. 14 Abs. 6 ELG).

Die Ombudsstelle stellt bei der Beratung bezüglich Prämienoptimierung je länger je mehr fest, dass viele Versicherte alle Möglichkeiten bereits voll ausgeschöpft haben und praktisch kein Einsparpotential mehr besteht.

Fall 7 Pflicht zur Mitteilung der neuen Prämie

Ein Versicherter leistete zwischen Juli 2022 und April 2023 Militärdienst. Die Grundversicherung wurde – da der Militärdienst mehr als 60 Tage dauerte – auf Gesuch des Versicherten sistiert (Art. 3 Abs. 4 KVG). Im Oktober 2022 – d.h. während der Dauer der Sistierung – erhielt der Versicherte von seinem Krankenversicherer die Police für das Jahr 2023 zugestellt. Auf der Police fand sich der Vermerk «sistiert vom 4.07.2022 bis 27.04.2023», ohne Nennung einer Monatsprämie (CHF 0.00). Am 2. Februar 2023 erhielt der Versicherte eine neue Police, gültig ab 28. April 2023 mit einer Prämie von CHF 358.20. Daraufhin kündigte der Versicherte am 18. Februar 2023 die Grundversicherung mit Wirkung auf den 31. März 2023 und trat per 1. April 2023 einem neuen Versicherer bei. Der bisherige Versicherer verweigerte die Vornahme der Kündigung und teilte dem Versicherten mit, er sei im Oktober 2022 per Schreiben informiert worden, dass bei ihm infolge Alterswechsels (der Versicherte wurde im Jahr 2023 26 Jahre alt und wechselte damit von der Prämienkategorie «junge Erwachsene» zu «Erwachsene») eine Prämienhöhung eintrete. Er hätte sich somit selbst über die Höhe der neuen Prämie informieren können.

Die Ombudsstelle intervenierte beim Versicherer. Sie verwies auf Art. 7 Abs. 2 KVG, wonach die versicherte Person bei Mitteilung der neuen Prämie den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangehe, wechseln könne. Dem Versicherten sei die

neue Prämie nicht (wie üblich) im Oktober 2022, sondern erst am 2. Februar 2023 mitgeteilt worden. Deshalb sei die Kündigung des Versicherten vom 18. Februar 2023, die innert Monatsfrist nach Mitteilung der neuen Prämie erfolgt sei, rechtzeitig vorgenommen worden und zeige Wirkung auf den 31. März 2023. Nicht korrekt sei es, dem Versicherten entgegenzuhalten, er hätte die neue Prämie selbst in Erfahrung bringen können. Dies sei Aufgabe des Versicherers. Der Versicherer folgte unserer Argumentation und hob die Versicherung per 31. März 2023 auf, nachdem er vom neuen Versicherer bereits anfangs März 2023 die Nachversicherungsbestätigung erhalten hatte.

Die Ombudsstelle erhält immer wieder Fälle, in welchen Versicherten die Prämien des Folgejahres erst nach Oktober und damit zu spät mitgeteilt werden. Versicherten steht in diesem Fall auch nach dem 30. November noch ein Kündigungsrecht offen (BSK KVG-Eugster, Art. 7 N 7). Diesfalls muss der Versicherte innerhalb eines Monats nach der (verspäteten) Mitteilung der neuen Prämie dem Versicherer eine Kündigung zukommen lassen mit Wirkung auf das Ende des Folgemonats. Bis zur Aufhebung der Versicherung hat der Versicherte die (ab 1. Januar) höheren Prämien zu bezahlen, auch wenn ihm diese nicht rechtzeitig mitgeteilt wurden. Er hat jedoch die Möglichkeit, gestützt auf Art. 7 Abs. 6 KVG einen allfälligen Schaden gegenüber dem bisherigen Versicherer geltend zu machen (Prämiendifferenz).

Hat der Versicherer die neue Prämie rechtzeitig mitgeteilt, der Versicherte jedoch zu spät davon Kenntnis genommen (z.B. weil er die neue im Kundenportal hinterlegte Police nicht angeschaut hat), so kann er sich nicht auf das oben beschriebene Vorgehen berufen. In einem solchen Fall ist eine Kündigung nach dem 30. November ausgeschlossen und der Versicherte verbleibt auch im Folgejahr bei seinem bisherigen Versicherer.

Fall 8 Betreuung trotz Vorauszahlung der Jahresprämie

Eine 5-köpfige Familie wechselte auf das Jahr 2023 den Grundversicherer. Der Policen-Inhaber wählte einen jährlichen Zahlungsmodus und bezahlte die Jahresprämien aller Familienmitglieder rechtzeitig per 1. Januar 2023. Ende Januar 2023 erhielt er vom Versicherer eine Mahnung. Er wandte sich in der Folge an seinen Versicherer und wies – unter Vorlage des Zahlungsbeleges – darauf hin, dass er sämtliche Prämien für 2023 bereits beglichen habe. Vom Versicherer erhielt der Versicherte keine Antwort, sondern eine weitere Mahnung und schliesslich eine Betreibung über den Gesamtbetrag der Jahresprämie 2023.

Der Versicherte wandte sich an die Ombudsstelle, welche beim Versicherer intervenierte. Nach Abklärung des Sachverhaltes teilte dieser der Ombudsstelle mit, die versicherte Familie sei vor 8 Jahren bereits einmal bei ihm versichert gewesen. Fälschlicherweise seien die alten Verträge reaktiviert worden, so dass die Prämienzahlung fälschlicherweise bei den alten und nicht bei den neuen Verträgen gutgeschrieben worden sei. Der Versicherer entschuldigte sich für den Fehler, verbuchte den Geldingang korrekt und zog die Betreibung zurück.

Die Ombudsstelle musste im Jahr 2023 feststellen, dass gewisse Versicherer auf Schreiben von Versicherten in gehäuften Fällen nicht zeitnah bzw. teilweise gar nicht reagierten und Beanstandungen somit nicht die nötige Beachtung schenkten. Dies ist für Versicherte äusserst unbefriedigend, da Unklarheiten bestehen bleiben und des Öfters zusätzliche Probleme hinzukommen, so z.B. Zahlungsbefehle oder gar Ankündigungen von Lohnpfändungen. Auch die Administration der Versicherer wird dadurch unnötig beansprucht, zuerst z.B. durch die Einleitung von Betreibungsmassnahmen und später durch deren Rückzug. Auch die Ombudsstelle wird durch diese administrativen Schwierigkeiten bei gewissen Versicherern zusätzlich belastet. Zudem erschöpft sich ihre Tätigkeit in solchen Fällen darin, dem Versicherer mitzuteilen, er möge die Beanstandungen des Versicherten doch bitte bearbeiten.

3.5 Fälle mit Bezug zum Datenschutz

Versicherte wenden sich vermehrt auch mit Anfragen an die Ombudsstelle, welche einen Bezug zu datenschutzrechtlichen Themen haben. Dabei geht es um Themen wie die Mitwirkungspflicht der Versicherten nach Art. 28 ATSG, die Datenaufbewahrung im vertrauensärztlichen Dienst, den Umfang von Vollmachten, Akteneinsichtsgesuche nach Art. 47 Abs. 1 lit. a ATSG oder um das Auskunftsrecht nach Art. 25 DSGVO.

Fall 9 Case Management in der Grundversicherung

Eine Versicherte war bei einem Versicherer in einem besonderen Versicherungsmodell (Hausarzt-Modell) versichert. Am 10. Februar 2023 erhielt sie unaufgefordert ein Schreiben des Versicherers mit folgendem Wortlaut:

Betreff: Bitte rufen Sie uns an

Sehr geehrte Frau X

Bitte rufen Sie uns unter der Nummer ... an, damit wir unser Anliegen mit Ihnen besprechen können.

Welches Anliegen? Gemäss unseren Informationen befinden Sie sich möglicherweise in einer anspruchsvollen gesundheitlichen Situation, welche sich auch auf Ihre berufliche, soziale und/oder finanzielle Lage auswirken könnte. Mit unserem ganzheitlichen Case Management unterstützen wir Sie individuell mit dem Ziel, Ihre Gesundheit und die damit verbundenen Lebensbereiche zu verbessern.

Freundliche Grüsse

Die Versicherte reagierte nicht auf das Schreiben. Am 1. März 2023 erhielt sie von einer Case Managerin des Versicherers eine Sprachnachricht auf die Combox. Diese bat um einen Rückruf.

Daraufhin wandte sich die Versicherte empört an die Ombudsstelle und machte geltend, sie fühle sich durch die Kontaktnahmen in ihren persönlichen Rechten (Persönlichkeitsschutz und Datenschutz) massiv verletzt. Sie sei beruflich in gefestigter Position und habe einen verlässlichen Freundeskreis. Zwar habe sie infolge Krankheit bei ihrem Versicherer Leistungen beziehen müssen. Sie erachte das Vorgehen des Versicherers aber als unzulässig und verlange, dass das Schreiben vom 10. Februar 2023 gelöscht werde.

Die Ombudsstelle konsultierte zuerst das Versicherungsreglement für das Hausarztmodell. Dieses sah die Möglichkeit eines Case Managements vor. Statuiert war zudem, dass sich die versicherte Person verpflichte, u.a. die Massnahme der integrierten Versorgung und Lenkung einzuhalten und sich speziellen Massnahmen der integrierten Versorgung zu unterziehen. Diese könnten u.a. z.B. ein Case Management sein. Weiter fanden sich im Reglement Bestimmungen zum Datenschutz, auch betreffend Case Management.

In der Lehre wird die Meinung vertreten, dass eine Person nur im Rahmen eines besonderen Versicherungsmodells zu einem Case Management verpflichtet werden könne (SBVR Soziale Sicherheit-EUGSTER, N 619). Ansonsten sei ein Case Management-System als Wirtschaftlichkeits- und Kontrollsystem im KVG nicht vorgesehen. Vor einer Einwilligung sei die betreffende Person aufgrund von Art. 27 Abs. 1 ATSG darüber aufzuklären, dass ihr Krankenversicherer Auftraggeber sei und dass das primäre Ziel des Case Managers die Einsparungen von Leistungskosten sei (denn nur das vermöge ein Case Management auf Kosten des KVG juristisch überhaupt zu rechtfertigen), dabei aber auch ein Nutzen für den Patienten abfalle.

Die Ombudsstelle wandte sich in der Folge an den Krankenversicherer und erkundigte sich, welche Daten im Falle der Versicherten ausgewertet worden seien. Weiter wollte die Ombudsstelle wissen, ob im Reglement noch der Hinweis aufgenommen werde, dass Sinn und Zweck eines Case Managements hauptsächlich die Einsparung von Leistungskosten sei.

Von der Fachführung Case Management erhielt die Ombudsstelle die Antwort, das Case Management der Versicherung stehe nicht nur Versicherten in besonderen Versicherungsmodellen, sondern allen Versicherten offen. Der Auftrag des Case Managements werde so verstanden, dass Menschen in schwierigen Situationen zeitlich limitiert unterstützt würden mit dem Ziel einer Stabilisierung und Selbstbefähigung. Gesundheitliche Probleme wirkten sich oft auf verschiedene Lebensbereiche aus wie Familie, Beruf und das Sozialleben. Es gebe offene Fragen zu medizinischen Abklärungen, zu Versicherungen und Finanzen. Das könne überfordern. Die Case Manager des Versicherers würden betroffene Personen unterstützen, beraten und begleiten bei der Lösungsfindung in all diesen Bereichen. In einer ersten Kontaktnahme würden die Unterstützungsmöglichkeiten dargelegt. Wenn die versicherte Person interessiert sei, erhalte sie eine Broschüre und ein Merkblatt, um entscheiden zu können, ob sie am

Case Management teilnehmen wolle. Wolle sie dies, werde eine Vollmacht eingeholt. Dann werde mit der versicherten Person entschieden, an welchen Zielen man gemeinsam arbeiten wolle. Im Falle der Versicherten seien die hohen Leistungsbezüge aufgefallen. Da das Case Management nicht den primären Auftrag der Leistungskosteneinsparung habe, werde kein entsprechender Hinweis an Versicherte aufgenommen.

Die Ombudsstelle wandte sich nochmals an den Versicherer, insbesondere wegen des Hinweises, das Case Management des Versicherers werde nicht nur im Rahmen eines besonderen Versicherungsmodells angeboten, sondern allen Versicherten. Die Ombudsstelle wies darauf hin, dass ein Case Management nur in einer besonderen Versicherungsform zulässig sei. Zudem müsse der Versicherer – richte sich das Angebot an alle – eine Datenfilterung über den ganzen Versichertenbestand machen, um diejenigen Personen, welche sich überhaupt für ein Case Management eigneten (z.B. aufgrund hoher Leistungskosten), herauszufiltern. Eine solche Datenbearbeitung sei jedoch von keinem der in Art. 84 KVG genannten Zwecke abgedeckt, insbesondere auch nicht von Art. 84 lit. c KVG. Die Ombudsstelle bat deshalb darum, ihre beiden Interventionsschreiben dem betrieblichen Datenschutzverantwortlichen des Versicherers zur Beantwortung vorzulegen, da es um datenschutzrechtliche Fragen gehe.

Diesem Ersuchen wurde nicht stattgegeben und die Ombudsstelle erhielt die Antwort, das Reglement für das Hausarztmodell sei vom BAG genehmigt worden und es werde weiterhin an diesem festgehalten. In der Vergangenheit hätten sowohl Versicherer als auch Versicherte zudem sehr gute Erfahrungen mit dem Case Management gemacht. Sofern eine versicherte Person im konkreten Einzelfall aufgrund eines Case Managements an die Ombudsstelle gelangen sollte, sei der Versicherer gerne bereit, den Einzelfall zu prüfen. Im Falle der Versicherten sei das Schreiben vom 10. Februar 2023 gelöscht worden. Die Versicherte werde nicht mehr vom Case Management kontaktiert.

Die Ombudsstelle hält an ihrer Ansicht fest, dass es mangels gesetzlicher Grundlage nicht zulässig ist, aus einem gesamten Versichertenbestand Personen nach gewissen Kriterien (z.B. hohe Leistungskosten) herauszufiltern und sie in der Folge anzuschreiben.

Fall 10 Beweis früherer Leistungsbezüge

Eine Versicherte, die seit 2022 beim aktuellen Versicherer versichert war, unterzog sich im Jahr 2023 einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung. Da gemäss Art. 12e lit. b KLV die Grundversicherung eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung inklusive Krebsabstrich (abgesehen von den beiden ersten Untersuchungen im Jahresintervall) nur alle drei Jahre übernimmt, stellte der Versicherer der Versicherten ein Formular zu. Dieses solle sie ihrem früheren Versicherer einreichen, damit abgeklärt werden könne, ob und wann dieser eine Kostenübernahme für die Vorsorgeuntersuchung getätigt habe. Aus Gründen des Datenschutzes sei es nicht erlaubt, diese Angaben direkt beim früheren Versicherer einzuholen. Die Versicherte wandte sich an die Ombudsstelle. Sie beanstandete, dass ihr aktueller Versicherer nicht selbst beim früheren Versicherer diese Abklärungen tätige, sondern ihr diesen administrativen Aufwand auferlege. Mit einer Vollmacht zwecks Wahrung des Datenschutzes wäre sie einverstanden gewe-

sen. Nach Ansicht der Versicherten könnten Kunden dank einer effizienteren Handhabung solcher Angelegenheiten von einem verbesserten Kundenerlebnis profitieren.

Die Ombudsstelle teilte der Versicherten folgendes mit: In der Grundversicherung dürfte ein Krankenversicherer (gestützt auf Art. 32 Abs. 2 i.v.m. Art. 32 Abs. 1 lit. b ATSG) bei einem anderen Grundversicherer Auskünfte zu bezogenen Leistungen einholen, wenn dies wie im obgenannten Fall zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sei. Der bisherige Versicherer wäre auch aufgrund von Art. 84a Abs. 1 lit. a KVG berechtigt, dem aktuellen Krankenversicherer die gewünschte Information zu geben. Da eine Datenweitergabe durch das Gesetz vorgesehen sei, wäre eine Vollmacht der Versicherten gar nicht nötig. Das Problem liege in Konstellation wie der vorliegenden jedoch darin, dass der aktuelle Versicherer bei Personen, die jährlich die Versicherung wechselten, ausschliesslich den Versicherer des Vorjahres kenne (an diesen musste er nämlich die Nachversicherungsbestätigung senden). Der Versicherer im Jahr davor (welcher z.B. den gynäkologischen Vorsorgeuntersuch übernommen hat) sei ihm jedoch nicht bekannt. In vielen Fällen wüsste der Versicherer somit gar nicht, an welchen Krankenversicherer er die Anfrage über einen vor drei oder mehr Jahren erfolgten Leistungsbezug senden sollte.

Fall 11 Löschung des Kundenportals nach Wechsel des Versicherers

Die Ombudsstelle wurde im Jahr 2023 von zahlreichen Versicherten kontaktiert, die nach dem Wechsel der Grundversicherung und / oder Zusatzversicherung mit dem Problem konfrontiert waren, dass sie keinen Zugang mehr auf die Daten in ihrem Kundenportal (wie z.B. Leistungs- oder Prämienabrechnungen, teils auch Rechnungskopien der Leistungserbringer) hatten. Ein Versicherter hatte bereits am ersten Tag nach Vertragsende keinen Zugang mehr auf seine Daten, bei anderen Versicherten wurde der Zugang zum Kundenportal (und damit zu den darin befindlichen Daten) nach sechs Monaten gelöscht. Eine Versicherte verlangte vom Versicherer danach vergeblich die Wiederherstellung des Zugangs zum Kundenportal.

Die Ombudsstelle stellt fest, dass Versicherte oft der Meinung sind, Versicherer hätten die Pflicht, ihre Daten im Kundenportal über einen Zeitraum von 10 Jahren aufzubewahren. Dem ist nicht so. Aufgrund des Datenschutzgesetzes wären Daten im Gegenteil so rasch als möglich zu löschen.

Die meisten Versicherer haben die Rechte und Pflichten von Nutzern eines Kundenportals in eigenen Reglementen (sog. Nutzungsreglementen oder Allgemeinen Bedingungen) geregelt. Diesen kann entnommen werden, ob bzw. wie lange Dokumente nach Vertragsende noch im Portal abrufbar sind. Versicherte, welche ein Kundenportal eröffnen, erklären sich entweder durch explizite Annahme dieser Reglemente oder – sofern entsprechend statuiert – allein durch die Nutzung des Kundenportals mit den Bestimmungen einverstanden. Die Ombudsstelle rät Versicherten deshalb, das Nutzungsreglement für das Kundenportal durchzulesen und Dokumente, die sie über das Vertragsende hinaus behalten möchten, ausserhalb des Kundenportals zu

speichern. In den obgenannten Beispielen statuierten die Nutzungsreglemente der Versicherer die Datenlöschung mit Vertragsbeendigung bzw. sechs Monate danach.

3.6 Fälle mit Bezug zu Leistungen

Fall 12 Leistungsbezug bei Versorgungsengpässen

Ein Versicherter erhielt von seiner Ärztin das Medikament Saxenda verschrieben. Die Limitationen der Spezialitätenliste waren beim Versicherten erfüllt. Das Medikament war jedoch in keiner der vom Versicherten in Genf aufgesuchten Apotheken verfügbar. Der Versicherte teilte der Ombudsstelle mit, von jeder Apotheke habe er die Auskunft erhalten, das Medikament sei nicht verfügbar. Bei einer Apotheke habe er sein Rezept schliesslich hinterlegt. Als das Medikament trotz mehrmaliger Nachfrage auch drei Monate später in der Apotheke immer noch nicht verfügbar gewesen sei, sei er ins grenznahe Frankreich gegangen und habe es dort bezogen. Die Rechnung für diesen Bezug sowie die ärztliche Verordnung habe er anschliessend seinem Versicherer eingereicht, welcher eine Kostenübernahme abgelehnt habe.

Auf Intervention der Ombudsstelle wies der Versicherer auf ein vom BAG am 21. März 2023 den Krankenversicherern, Ärzten und Ärztinnen sowie Apothekern und Apothekerinnen zugestelltes, verbindliches Rundschreiben hin, welches sich zur Vergütungspflicht bei Versorgungsengpässen von Arzneimitteln der Spezialitätenliste äussert. Daraus geht hervor, dass vom Ausland importierte Medikamente nur dann von der Grundversicherung vergütet werden, wenn sie bei ausgewiesenem Medikamentenengpass via eine Apotheke oder einen Arzt bzw. eine Ärztin importiert werden. Da der Versicherte das Medikament selbst in Frankreich bezogen hatte und nicht bei einer Apotheke in der Schweiz, hielt der Versicherer an seiner Kostenablehnung fest. Er wies ergänzend darauf hin, dass er den Versicherten entsprechend hätte informieren können, wäre dieser vor dem Medikamentenbezug in Frankreich mit ihm in Kontakt getreten.

Die Ombudsstelle rät Versicherten, bei einem Medikamentenengpass die Apotheke oder den Arzt bzw. die Ärztin ausdrücklich auf die Möglichkeit eines Imports anzusprechen, sofern der Leistungserbringer dies nicht von sich aus vorschlägt.

Fall 13 Selbstbehandlung einer Ärztin

Eine Versicherte hatte als Ärztin sowohl sich als auch ihre vier Kinder behandelt. Die über die Ärztekasse ausgestellten Rechnungen (im System tiers garant) vergütete der Versicherer vollumgänglich. Später forderte er von der Versicherten gewisse Beträge zurück, welche Rechnungen für die von ihr getätigten Selbstbehandlungen betrafen. Die Versicherte wandte sich an die Ombudsstelle und machte geltend, sie habe sich vor Durchführung der Selbstbehandlung telefonisch beim Versicherer nach der Kostenübernahme erkundigt und dieser habe eine Leistungspflicht bejaht. Die Versicherte war jedoch nicht in der Lage, anzugeben, wann sie den Versicherer angerufen und mit wem sie gesprochen hatte.

Die Ombudsstelle wies die Versicherte zuerst darauf hin, dass keine kassenpflichtige ärztliche Behandlung vorliege, wenn ein Arzt oder eine Ärztin sich selbst behandle. Begründet werde dies damit, dass das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient unter die Bestimmungen über das Auftragsrecht falle und dass niemand mit sich selbst einen Vertrag schliessen könne (BGE 133 V 416). Darüber hinaus seien gewisse in Rechnung gestellte Tarmed-Positionen bei ein und derselben Person nur schwerlich vorstellbar, so z.B. 00.0610 (Instruktion von Selbstmessung, Selbstbehandlung durch den Facharzt) oder 00.0141 (Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten). Auch aus dem Grundsatz des Vertrauensschutzes könne die Versicherte nichts zu ihren Gunsten ableiten, da die Falschauskunft nicht bewiesen und zudem fraglich sei, inwiefern ihr überhaupt ein Schaden entstanden sei. Die Rückforderung des Versicherers betreffend die Selbstbehandlung sei deshalb korrekt.

Fall 14 Medikamente bei ambulanter Behandlung

Ein Versicherter war in einem besonderen Modell versichert, bei welchem Medikamente nur übernommen werden, sofern sie in einer vom Versicherer anerkannten Apotheke bezogen werden. Ausgenommen von dieser Regelung sind nachgewiesene Notfälle. Der Versicherte musste sich einer ambulanten Chemotherapie unterziehen. Vor der intravenösen Therapie in der Arztpraxis wurde ihm jeweils ein Medikament gegen Übelkeit verabreicht, welches auf der Spezialitätenliste figuriert. Der Arzt rechnete das Medikament während den ersten 12 Behandlungen im System des tiers payant ab. Der Versicherer übernahm die Kosten. Bei der 13. Behandlung stellte der Arzt dem Versicherten das Medikament direkt in Rechnung (tiers garant). Der Versicherte reichte die entsprechende Rechnung dem Krankenversicherer zur Rückerstattung ein. Dieser lehnte eine Kostenübernahme ab. Der Versicherte wandte sich an die Ombudsstelle und fragte, ob das Vorgehen des Versicherers korrekt sei.

Die Ombudsstelle empfahl dem Versicherten, vom behandelnden Arzt eine schriftliche Bestätigung zu verlangen, dass dieser das Medikament selbst bezogen und in der Arztpraxis verabreicht hatte. Nach Erhalt dieser Bestätigung wandte sich die Ombudsstelle an den Versicherer. Dieser antwortete, er sei bereit, die Kosten des Medikaments ausnahmsweise zu übernehmen.

Die Ombudsstelle ist der Ansicht, dass in diesem Fall eine Pflicht zur Kostenübernahme besteht. Das Medikament gegen Übelkeit wurde vom Arzt bezogen, war Teil der ambulanten Chemotherapie und wurde vorgängig dazu abgegeben.

Anders präsentiert sich die Situation dagegen, wenn Versicherte, die ein solches Modell gewählt haben, Medikamente im Anschluss an einen Arztbesuch von ihrem selbstdispensierenden Arzt zur Selbsteinnahme verabreicht erhalten. Da sich diese Versicherten verpflichteten, Bezüge von Medikamenten nur in einer anerkannten Vertragsapothek zu tätigen, lehnen Versicherer eine Kostenübernahme in einer solchen Konstellation jeweils ab, was reglementskonform ist.

4 Zusatzversicherungen nach VVG

4.1 Vertragsschluss

Versicherungsabschlüsse erfolgen in zunehmender Zahl auf elektronischem Wege. Diesen Trend bekommt auch die Ombudsstelle zu spüren, welche im Jahr 2023 eine weitere Zunahme der Anfragen im Zusammenhang mit elektronischen Vertragsabschlüssen feststellte. Versicherten ist dabei oft nicht bewusst, dass sie durch Antippen gewisser Schaltflächen bereits einen rechtsverbindlichen Antrag stellen. Viele Versicherte sind (nach wie vor) der Meinung, für einen Vertragsabschluss brauche es eine handschriftliche Unterschrift. Dem ist nicht so. Verträge bedürfen gemäss Art. 11 Abs. 1 OR nur dann einer besonderen Form, wenn das Gesetz eine solche vorschreibt. Für den Abschluss von Versicherungsverträgen hat der Gesetzgeber keine Formvorschriften statuiert, weshalb sie formfrei gültig sind. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann ein Versicherungsvertrag u.a. per Internet, E-Mail, Telefon, mündlich oder sogar durch konkludentes Verhalten erfolgen (BGE 120 II 266 E. 3a/bb).

Sind unerwünschte elektronische Vertragsabschlüsse in der Grundversicherung infolge des Doppelversicherungsverbot nachträglich teilweise noch annullierbar, ist die Situation in der Zusatzversicherung schwieriger. Kann der Versicherer darlegen (z.B. mit einem elektronischen Zeitstempel, vgl. Beispiel 15), dass der Versicherte die Schaltfläche für einen rechtsverbindlichen Antrag angeklickt hat – was in aller Regel der Fall ist – und hat der Versicherer in der Folge seine Annahme erklärt, so ist der Vertragsabschluss bewiesen.

In Unkenntnis der Tatsache, einen Vertrag abgeschlossen zu haben oder in der Annahme, bei der nachfolgend zugestellten Police handle es sich um ein Versehen des Versicherers, verpassen viele Versicherte in der Folge auch die 14-tägige Frist für den Widerruf des Antrages nach Art. 2a Abs. 2 VVG.

Der nachfolgende Fall zeigt illustrativ den Ablauf eines auf elektronischem Weg zustande gekommenen Zusatzversicherungsvertrages. Die Abfolge der einzelnen Schritte oder die eingesetzten Kommunikationsmittel können sich von Versicherer zu Versicherer unterscheiden. Der sogenannte Zeitstempel muss jedoch bei jedem Versicherer vorhanden sein, um zu beweisen, dass ein rechtswirksamer Antrag gestellt worden ist.

Fall 15 Rechtsverbindlichkeit eines Online-Antrages

Eine junge Versicherte wandte sich an die Ombudsstelle und führte aus, sie habe offenbar fünf Zusatzversicherungen mit einer Laufzeit vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2025, ohne sich eines Vertragsabschlusses bewusst zu sein. Sie habe sich zwar für den Abschluss von Zusatzversicherungen interessiert. Bei einem Versicherer habe sie auch ein Beratungsgespräch auf der Agentur gehabt und eine Offerte erhalten, habe sich dann jedoch entschieden, auf Zusatzversicherungen ganz zu verzichten. Nach Erhalt der Prämienrechnungen für die fünf Zusatzversicherungen habe sie sich an den Versicherer gewandt und um deren Aufhebung ersucht. Der Versicherer habe ihr daraufhin mitgeteilt, die Zusatzversicherungen würden aufrechterhalten und könnten erst per 31. Dezember 2025 gekündigt werden. Weitere Versuche der Versicherten blieben erfolglos, weshalb sie im Sommer 2023 die Ombudsstelle kontaktierte.

Die Ombudsstelle bat den Versicherer, aufzuzeigen, ob, wann und wie es zu einem rechtsverbindlichen Antrag und im Anschluss daran zu einem Vertrag gekommen sei. Die Abklärungen ergaben folgenden Ablauf: nach Konsultation der Plattform Comparis erhielt die Versicherte vom Versicherer am 29. November 2022 per E-Mail eine Offerte. Am 13. Dezember 2022 fand auf der Agentur des Versicherers ein Kundengespräch statt, bei welchem der Gesundheitsfragebogen besprochen und vom Berater ausgefüllt wurde. Gleichentags erhielt die Versicherte nochmals eine E-Mail mit dem um die ausgefüllten Gesundheitsfragen ergänzten Antrag. In der besagten E-Mail fand sich ein Feld «Drucken Sie Ihre unverbindliche Offerte aus oder schliessen Sie online eine Versicherung ab». Die Versicherte klickte auf dieses Feld und wurde danach nach einem Zugangscode gefragt. Diesen hatte sie zuvor vom Kundenberater mündlich übermittelt erhalten. Nach Eingabe des Zugangscodes und dem Klicken auf das Feld «Anmelden» erschien eine neue Seite, auf welcher oben die von der Versicherten ausgewählten Produkte der Zusatzversicherung mit Prämien sowie die weiteren für die Zusatzversicherung gemäss Gesetz erforderlichen Dokumente einsehbar waren (Art. 3 VVG und Art. 45 VAG). In kleinerer Schrift fanden sich weiter unten Zusatzbemerkungen. Mit Akzeptieren der Zusatzbemerkungen (u.a. wie ein online-Abschluss zustande kommt), der Kenntnisnahme der Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Datenschutzerklärungen sowie dem Klicken auf die Schaltfläche «Jetzt abschliessen» wurde der Antrag mit bindender Wirkung an den Versicherer gesandt. Gleichzeitig wurde im System des Versicherers ein Dokument mit einem sogenannten Zeitstempel generiert.

Offerte: 1001128137
Familienvorstand: X
Unterschriftsdatum: 13.12.2022 11:31:51 +01:00
Kundenberater: Y

Die darin erwähnte Offert-Nummer entsprach derjenigen Offerte, welche der Versicherten am 29. November 2022 sowie nochmals am 13. Dezember 2022 per E-Mail zugestellt wurde. Am 15. Dezember 2022 wurde die neue Police ausgestellt und an die Versicherte versandt. Aufgrund dieser Ausgangslage musste die Ombudsstelle der Versicherten mitteilen, dass erwiesenermassen ein Vertrag über die fünf Zusatzversicherungen zustande gekommen sei. Da auch die 14-tägige Widerrufsfrist nach Art. 2a Abs. 2 VVG, laufend ab 14. Dezember 2022 unbenutzt verstrichen sei, halte der Versicherer zu Recht an den Zusatzversicherungen fest.

Fall 16 Vereinbarung von Vorbehalten

Ein Versicherter stellte bei einem Versicherer einen Antrag für den Abschluss von sechs Zusatzversicherungen per 1. Januar 2024. Mit Schreiben vom 24. Juli 2023 teilte ihm der neue Versicherer mit, dass bei vier namentlich erwähnten Produkten ein Vorbehalt angebracht werde (Status nach Fraktur des linken Knöchels / Rückfälle und Spätfolgen). Ohne Rückmeldung des Versicherten innert 10 Tagen werde davon ausgegangen, dass er diese Entscheidung akzeptiere. Am 28. September 2023 teilte der Versicherte dem Versicherer mit, er wünsche keine Zusatzversicherungen. Am 28. Oktober 2023 erhielt der Versicherte die Police für die Zusatzversicherungen mit einem Vorbehalt bei vier von sechs Produkten. Am 7. November 2023 bat der Versicherte den Versicherer nochmals um Aufhebung aller Zusatzversicherungen, jedoch ohne Erfolg. Er wandte sich an die Ombudsstelle, welche beim Versicherer intervenierte.

Die Ombudsstelle machte geltend, wenn der Versicherer einen Vorbehalt anbringe, liege eine Gegenofferte vor. Falls der Versicherte eine Gegenofferte annehmen wolle, müsse dies ausdrücklich geschehen, ansonsten die Gegenofferte als abgelehnt zu betrachten sei (Olivier Subilia, in Commentaire romand, Loi sur le contrat d'assurance, 2022, Art. 1 N 102). Da der Versicherte die Gegenofferte des Versicherers vom 24. Juli 2023 nie ausdrücklich angenommen habe, sei bezüglich der vier Produkte kein Vertrag zustande gekommen. Ausserdem ersuchte die Ombudsstelle den Versicherer um Prüfung, ob er die beiden verbleibenden Zusatzversicherungen, welche mit keinem Vorbehalt belegt worden und deshalb gültig zustande gekommen waren, aus Kulanzgründen aufheben würde.

In der Folge annullierte der Versicherer sämtliche sechs Zusatzversicherungen, vier aus rechtlichen Gründen und zwei aus Kulanz.

4.2 Leistungssperre

Fall 17 Wegfall einer Leistungssperre

Ein Versicherter wandte sich wegen einer abgelehnten Kostenübernahme für den Einsatz einer Hüftprothese links auf der halbprivaten Abteilung, welche für den 24. November 2022 in der Klinik La Colline in Genf geplant war, an die Ombudsstelle. Grund für die Kostenablehnung sei gemäss dem Versicherer das Bestehen einer

Leistungssperre nach Art. 20 Abs. 3 VVG. Diese sei gemäss dem Versicherer eingetreten, da der Versicherte im Frühjahr 2022 gewisse Prämien schuldig geblieben sei. Die Prämien für das dritte und vierte Trimester 2022 habe er jedoch bezahlt. Zudem habe er am 9. Dezember 2022 den gemahnten Ausstand betreffend die Prämien vom Frühling 2022 beglichen. Daraufhin habe ihm der Versicherer am 13. Dezember 2022 telefonisch mitgeteilt, infolge der Leistungssperre erteile er auch künftig nie mehr Kostengutsprache für die linke Hüfte. Man habe ihm empfohlen, im Universitätsspital Genf die Vorbereitungen für den Einsatz der Hüftprothese aufzugleisen. Der Versicherte war damit nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle.

Die Ombudsstelle bat den Versicherten um Mitteilung, ob er vom Versicherer für den Ausstand vom Frühjahr 2022 je betrieben worden sei, was dieser verneinte. Deshalb wandte sich die Ombudsstelle an den Versicherer und machte geltend, mangels Betreuung seien die Verträge aufgrund der in Art. 21 Abs. 1 VVG vorgesehenen rechtlichen Fiktion zwei Monate nach Ablauf der 14-tägigen Mahnfrist am 29. August 2022 dahingefallen. Aufgrund der Tatsache, dass der Versicherer die vom Versicherten für die Zeit ab Juli 2022 fristgerecht und regelmässig bezahlten Prämien entgegengenommen habe, sei konkludent ein neuer Vertrag (mit denselben Bedingungen wie der untergegangene) entstanden. Dieser neue Vertrag sei mit keiner Leistungssperre belegt, da der Versicherte ab Juli 2022 die Prämien fristgerecht bezahlt habe und die Leistungssperre des älteren Vertrages zusammen mit diesem untergegangen sei.

Der Versicherer teilte der Ombudsstelle unter Berufung auf Art. 21 Abs. 2 VVG mit, dass – sofern die Prämie vom Versicherer nachträglich angenommen werde – seine Haftung in dem Zeitpunkt wieder auflebe, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt sei. Der Versicherte habe die rückständige Prämie erst am 9. Dezember 2022 bezahlt. Deshalb sei die Leistungssperre erst am 9. Dezember 2022 dahingefallen und sämtliche Krankheiten, welche während der Leistungssperre bis zum 9. Dezember 2022 (neu) diagnostiziert worden seien, seien für immer von einer Deckung ausgeschlossen.

Die Ombudsstelle intervenierte ein zweites Mal beim Versicherer und wies darauf hin, dass Art. 21 Abs. 2 VVG nur denjenigen Fall regle, in dem ein Ausstand noch innerhalb der zweimonatigen Frist nach Art. 21 Abs. 1 VVG bezahlt werde. Diesfalls falle eine Leistungssperre ab dem Zeitpunkt dahin, in welchem die rückständige Prämie samt Zinsen beim Versicherer eintreffe.

Im vorliegenden Fall sei die Zahlung des Versicherten jedoch nach Ablauf der zweimonatigen Frist am 29. August 2022 beim Versicherer eingetroffen, zumal der Versicherte die Rückstände des Frühjahrs 2022 erst am 9. Dezember 2022 bezahlte. Es sei somit nicht Art. 21 Abs. 2 VVG, sondern Art. 21 Abs. 1 VVG anwendbar. Gemäss diesem Gesetzesartikel liege das Vertragsschicksal nach Ablauf der 14-tägigen Mahn-

frist in den Händen des Versicherers. Eine der drei folgenden Konstellationen könne dabei eintreten:

1. Der Versicherer fordere die rückständige Prämie innert zweier Monate ein (durch Betreuung). Damit zeige er, dass er am Vertrag festhalten wolle.
2. Der Versicherer teile dem Versicherten mit, dass er auf die ausstehenden Prämien verzichte und den Vertrag kündige.
3. Der Versicherer lasse die zweimonatige Frist untätig (d.h. ohne Schritt 1 oder 2) verstreichen. Diesfalls stelle das Gesetz die unwiderlegbare Vermutung auf, dass der Vertrag nach Ablauf der zweimonatigen Frist untergehe.

Der Versicherer habe vorliegend die zweimonatige Frist verstreichen lassen (Konstellation 3). Damit seien die Verträge des Versicherten untergegangen. Da die Prämien ab Juli 2022 jedoch pünktlich bezahlt worden seien und der Versicherer diese Zahlungen nicht zurückgewiesen habe, sei gestützt auf Art. 1 OR stillschweigend ein neuer Vertrag zustande gekommen, zumal ein Konsens über die wesentlichen Vertragspunkte wie Prämien und Leistungen vorläge.

Der Versicherer teilte der Ombudsstelle in der Folge mit, dass eine erneute Überprüfung des Falles ergeben habe, dass eine Kostengutsprache für einen Spitalaufenthalt in der Klinik La Colline für den Einsatz der Hüftprothese erteilt werden könne. Der Versicherer werde den Leistungserbringer kontaktieren und ihm die Kostengutsprache für den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung aus dem betreffenden Versicherungsprodukt erteilen.

5 | Taggeldversicherung

5.1 Arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit

Die Ombudsstelle hat im Berichtsjahr zahlreiche Fälle im Bereich Krankentaggeld erhalten, in welchen eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit vorlag. Insbesondere bei einem Versicherer stellte die Ombudsstelle fest, dass Versicherten teils fragwürdige Vergleichsvereinbarungen vorgelegt wurden.

Fall 18 Vergleichsvereinbarung

Eine Versicherte war bei einem Arbeitgeber in einem unbefristeten Arbeitsvertrag angestellt und über einen Krankentaggeld-Kollektivvertrag für Lohnausfall versichert. Die Versicherte kündigte den Arbeitsvertrag auf den 31. Juli 2023. Infolge Mobbing am Arbeitsplatz war sie ab dem 24. März 2023 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Am 27. Juni 2023 wurde sie vom Taggeld-Versicherer zu einem Standortgespräch eingeladen, anlässlich welchem ein Vereinbarungsentwurf erstellt wurde. Dieser lautete auszugsweise wie folgt:

Schadenminderung / Ausscheiden aus dem Kollektivvertrag

1. Sachverhalt

Frau X. ist seit dem 24.03.2023 aufgrund von psychischen Beschwerden zu 100 % arbeitsunfähig. Auslöser für die Arbeitsunfähigkeit sind bestehende Probleme am Arbeitsplatz. Die Arbeitsplatzproblematik wurde anlässlich der Standortbestimmung am 27.06.2023 durch Frau X. selbst bestätigt. Frau X. wurde darauf hingewiesen, dass der Versicherer Y. bei bestätigter Arbeitsplatzproblematik nicht leistungspflichtig sei. Frau X. äusserte die Befürchtung, die bereits bezahlten Taggelder zurückzahlen zu müssen. Diese belaufen sich per Austrittsdatum auf eine Höhe von CHF 7322. Sollte dieser Fall eintreten, werde sie zum Gang auf das Sozialamt gezwungen.

Nach eingehender Besprechung wurde unter gegenseitigem Einverständnis entschieden, die vorliegende Vergleichsvereinbarung zu treffen, damit beide Parteien möglichst schadenfrei voneinander getrennt werden können.

2. Vergleichsvereinbarung

Um einen Rechtsstreit zu vermeiden, schliessen die Parteien folgenden Vergleich:

- 1.1. Die Rückforderungssumme beträgt insgesamt CHF 7 322. Der Versicherer Y. verzichtet auf den gesamten Teil des vertraglichen Rückforderungsanspruchs.
- 1.2. Die Versicherte X. wird von der Rückerstattungspflicht befreit.
- 1.3. Die Versicherte X. erklärt sich im Übrigen mit der Einstellung der Taggeldleistungen per 31.07.2023 als einverstanden und verzichtet auf die Geltendmachung weitere Forderungen aus dem Kollektiv-Krankentaggeldvertrag.
- 1.4. Die Parteien sind sich darüber einig, dass die Versicherte X. aus dem Kollektiv-Krankentaggeldvertrag ausgeschieden ist, kein weiterer Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht und die Versicherte X. auf ihr Übertrittsrecht in einen Einzel-Krankentaggeldvertrag verzichtet.
- 1.5. Die Vertragsparteien zeigen sich per 31.07.2023 per Saldo aller Ansprüche auseinandergesetzt.

3. Stillschweigeabkommen

Die Parteien verpflichten sich, die Details der vorliegenden Vereinbarung vertraulich zu behandeln. Insbesondere werden Informationen über die Inhalte der Verhandlung und der vorgenannte Betrag nicht an Dritte kommuniziert (...).

Die Versicherte unterzeichnete die Vereinbarung anlässlich des Standortgespräches nicht. In der Folge wandte sie sich an die Ombudsstelle und führte aus, sie sei keinesfalls in der Lage, dem Versicherer den geforderten Betrag zurückzuerstatten, weshalb sie die vorgelegte Vereinbarung wohl unterzeichnen müsse.

Die Ombudsstelle riet der Versicherten, die Vergleichsvereinbarung nicht zu unterzeichnen. Sie teilte dieser mit, dass der Hinweis des Versicherers, bei einer arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit bestehe keine Leistungspflicht, nicht korrekt sei. Zudem erläuterte die Ombudsstelle der Versicherten das ihr in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gewährte Übertrittsrecht in die Einzelversicherung bzw. welche Folgen ein Verzicht darauf hätte. Die Versicherte verzichtete in der Folge auf die Unterzeichnung der Vergleichsvereinbarung. Über ihren Arbeitgeber erhielt sie bis am 31. Juli 2023 Krankentaggelder ausbezahlt.

