

2024

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	8
1.3 Eingänge nach Sprachen	8
1.4 Interventionen der Ombudsstelle	9
2 Zusammenarbeit mit Krankenversicherern und Behörden	10
II Ausgewählte Fälle	11
3 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG	12
3.1 Fälle mit Bezug zum Versicherungsabschluss	12
Fall 1 Rechtzeitigkeit der Kündigung	12
Fall 2 Versicherungslücke infolge des europäischen Koordinationsrechts	13
3.2 Fälle mit Bezug zu Prämien	15
3.2.1 Ausstände und Versicherwechsel bei Mündigkeit	15
Fall 3 Am 1. Januar 2024 noch minderjährige Versicherte	16
3.2.2 Unterlassener Einschluss der Unfalldeckung	16
Fall 4 Leistungen trotz fehlenden Prämien und Prämiennachforderung	16
3.2.3 Technische und administrative Probleme	17
Fall 5 Betreibung des falschen Versicherten	17
Fall 6 Fehlende oder inkorrekte Zahlungsangaben	18
3.3 Fälle mit Bezug zu Leistungen	19
3.3.1 Boom der «Abnehmspritzen»	19
Fall 7 Ozempic und Wegovy	19
3.3.2 Leistungszusprache und Leistungskontrolle	20
Fall 8 Datenschutzverletzung bei einer Kostengutsprache	20
Fall 9 Falschabrechnung eines Alters- und Pflegeheims	21
Fall 10 Kürzung von Leistungen der Grundpflege nicht mehr länger zulässig	22

4	Zusatzversicherungen nach VVG	24
4.1	Vertragslose Zustände im Bereich der Spitalzusatzversicherungen	24
4.2	Leistungseinstellung in der Zusatzversicherung	24
	Fall 11 Einstellung von alternativmedizinischen Leistungen	26
4.3	Leistungscoordination in der Zusatzversicherung	28
	Fall 12 Ersatzpflicht bei Mehrfachversicherung	28
4.4	Globalbudget	29
	Fall 13 Ungedeckter Kantonsanteil zulasten des Zusatzversicherers?	30
5	Taggeldversicherung	32
5.1	Taggeldversicherung nach KVG und VVG	32
	Fall 14 KVG-Taggeldversicherung: Leistungen nach Ende des Arbeitsvertrages	32

Vorwort der Ombudsfrau



Susanne Müller Ineichen
Ombudsfrau

Die Ombudsstelle Krankenversicherung erhielt auch im Jahr 2024 wieder eine Vielzahl unterschiedlicher Anfragen. Im Bereich der Prämien suchten Versicherte häufig Rat zu der am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Regelung, wonach Versicherte, die 18 Jahre alt werden, trotz Ausständen aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit auf das Ende des Kalenderjahres den Versicherer wechseln können. Anfragen erhielt die Ombudsstelle auch im Zusammenhang mit einer unterjährigen Prämienhöhung eines Versicherers. Dieser musste wegen seiner schlechten finanziellen Lage auf Geheiss des Bundesamtes für Gesundheit per 1. September 2024 in vier Kantonen seine Prämien massiv anheben. Im Themenfeld der Leistungen nahm – parallel zur

steigenden Zahl von Kostengutsprachegesuchen bei den Krankenversicherern – die Anzahl der Anfragen zu Medikamenten zur Gewichtsreduktion wie etwa Ozempic oder Wegovy zu. Ein Dauerbrenner blieben zudem Fälle mit internationalem Bezug, insbesondere zum EU-/EFTA-Koordinationsrecht. Dieses Thema beschäftigt die Ombudsstelle inzwischen beinahe täglich, weshalb es in den Jahresberichten regelmässig anhand ausgewählter Beispiele näher beleuchtet wird. Ein weiteres häufiges Anliegen im Jahr 2024 war die Rechtzeitigkeit der Kündigung in der Grundversicherung. Da der 30. November 2024 auf einen Samstag fiel, trafen einige Kündigungen von Versicherten nicht mehr fristgerecht bei den Krankenkassen ein, wodurch der geplante Kassenwechsel nicht vollzogen werden konnte.

Im Bereich der Zusatzversicherung stiegen ab Sommer 2024 Anfragen von Kunden eines Zusatzversicherers, der die Kostenübernahme für alternativmedizinische Behandlungen einstellte oder stark einschränkte. Dies nahm die Ombudsstelle zum Anlass, im vorliegenden Jahresbericht die generellen Voraussetzungen für Kostenübernahmen aus der Zusatzversicherung näher zu beleuchten. Ein weiteres Thema, das die Ombudsstelle auch 2024 intensiv beschäftigte, waren vertragslose Zustände in der Spitalzusatzversicherung für die halbprivate und private Abteilung, insbesondere in der Westschweiz. Viele Versicherte äusserten ihren Unmut darüber, trotz hoher Prämien die versicherten Leistungen der Spitalzusatzversicherungen nicht beanspruchen zu können.

Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ombudsstelle für ihr grosses Engagement und ihren unermüdlichen Einsatz, Unklarheiten zu beseitigen und bei Streitigkeiten eine einvernehmliche Lösung zu finden. Ebenso danke ich den

Versicherten und den Krankenversicherern für das Vertrauen, das sie unserer Institution entgegenbringen. Ein weiterer Dank geht an den Stiftungsrat für die Unterstützung und das mir entgegengebrachte Vertrauen.

Nun wünsche ich Ihnen eine angenehme Lektüre und interessante Einblicke beim Lesen des Jahresberichts 2024.

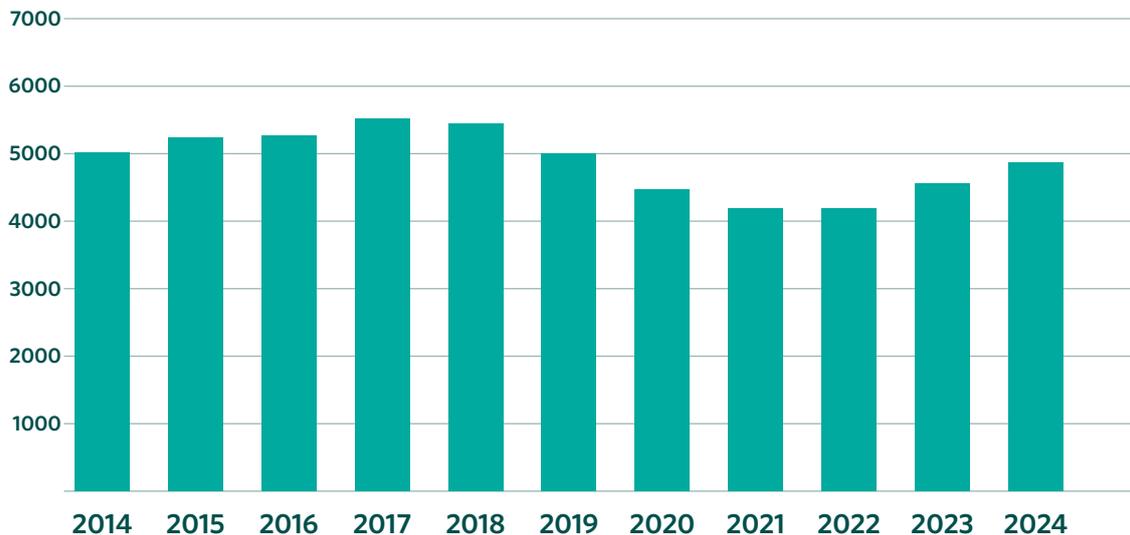
S. Müller Ineichen

Susanne Müller Ineichen
Ombudsfrau

I | Allgemeiner Teil

1 Zahlen zur Fallentwicklung

Im Jahr 2024 gingen bei der Ombudsstelle total 4 834 Fälle ein, 274 mehr als im Vorjahr (2023: 4 560). Der Aufwärtstrend der Anfragen hielt damit auch im Jahr 2024 an. Gründe für den Anstieg der Fallzahlen können einerseits wiederum in einer beträchtlichen Prämienerrhöhung auf 2025 gesehen werden. Andererseits erhält die Ombudsstelle seit 2023 stetig mehr Anfragen auf elektronischem Weg. Dies ist eine Konsequenz der Ende November 2022 neu gestalteten Website. Die Ombudsstelle Krankenversicherung wird im Netz einfacher gefunden, was sich in den Falleingängen niederschlägt.



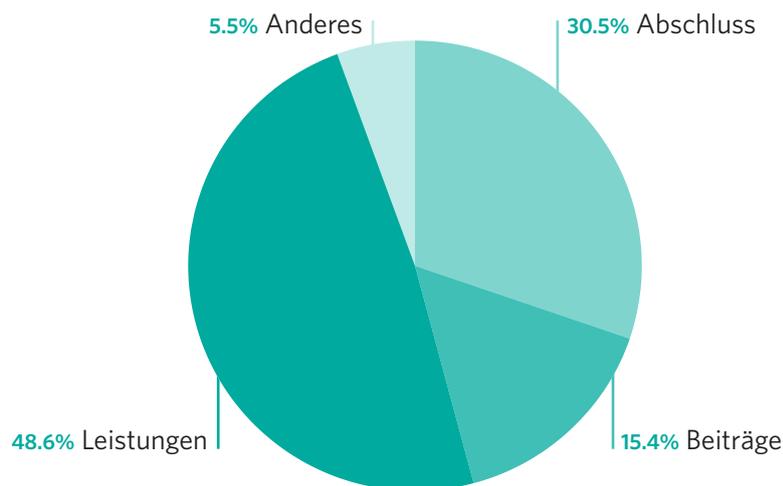
Die Fälle mit internationalem Bezug haben im Berichtsjahr erneut zugenommen. Zudem zeigten auch mehrere im Jahr 2024 eingegangene Fälle, dass die Umsetzung des europäischen Koordinationsrechts in der Praxis teils auf erhebliche Probleme stößt (vgl. dazu exemplarisch Fall 2). Auch in Fällen ohne internationalen Bezug stellt die Ombudsstelle fest, dass die Komplexität der Anfragen zunimmt und parallel dazu auch der Bearbeitungsaufwand.

Die Anfragen an die Ombudsstelle unterscheiden sich jeweils erheblich in ihrem Umfang sowie in der Art und Weise, wie sie dokumentiert sind. Sie reichen von mehrseitigen, handgeschriebenen Anfragen mit umfangreichen Beilagen hin zu teils fast kryptischen Gesuchen. Die kürzeste Anfrage, welche die Ombudsstelle im Jahr 2024 erreichte, lautete: «Es ist kompliziert, bitte nehmen sie mit mir Kontakt auf». Dies hat die Ombudsstelle in der Folge gemacht, und der Fall konnte rasch einer Klärung zugeführt werden.

Per 1. Januar 2024 traten im Bereich der Krankenversicherung einige Gesetzes- bzw. Verordnungsänderungen in Kraft. Eine wichtige Änderung war die neu geschaffene Möglichkeit, dass junge Erwachsene trotz Ausständen aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit den Versicherer wechseln können. Auch die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erfuhr verschiedene Änderungen. Zum revidierten Art. 106c Abs. 5 KVV, welcher den Versicherern bei Überschüssen aus der Prämienverbilligung neu die Möglichkeit gibt, solche mit Verlustscheinforderungen zu verrechnen, gingen bei der Ombudsstelle zahlreiche Anfragen ein.

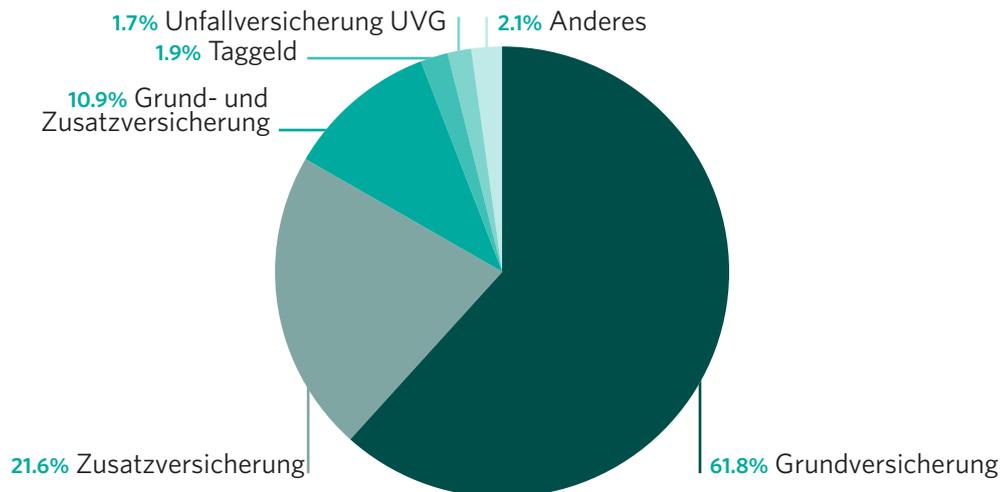
1.1 Eingänge nach Materien

Von den 4 834 Fällen, die 2024 bei der Ombudsstelle eingegangen sind, ergibt sich bei einer Aufteilung nach Materien folgendes Bild: 1 475 Fälle im Bereich Abschluss, worunter auch der Wechsel der Versicherung fällt (2023: 1 353), 743 im Bereich Beiträge, worunter Prämien und Kostenbeteiligungen gruppiert werden (2023: 725) sowie 2 347 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2023: 2 149). Die übrigen 269 Fälle betrafen andere Problemstellungen wie z.B. Fragen im Zusammenhang mit Prämienverbilligung, Datenschutz etc. (2023: 333).



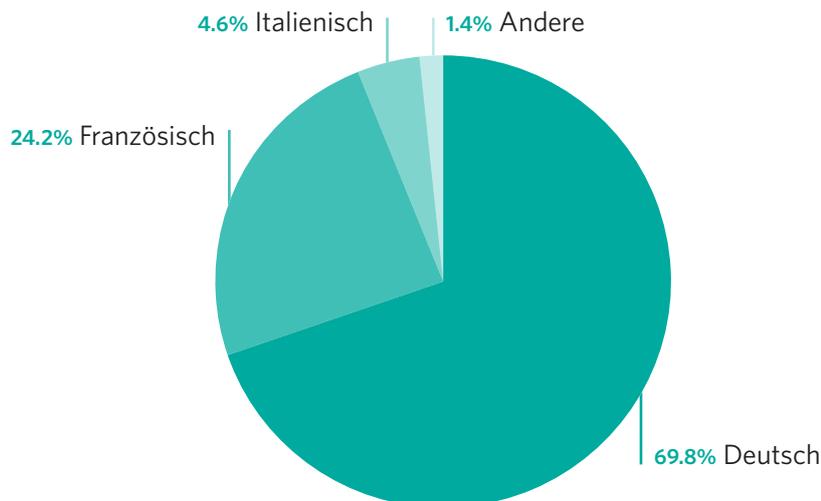
1.2 Eingänge nach Versicherungszweigen

2 988 Fälle betrafen ausschliesslich die Grundversicherung (2023: 2 716) und 1 042 Fälle ausschliesslich die Zusatzversicherung (2023: 777). In 528 Fällen gelangten Versicherte mit Anfragen zu beiden Versicherungssparten an die Ombudsstelle (2023: 751). In 91 Fällen ging es um das Thema Taggeld (2023: 104). In 85 Fällen betrafen die Anfragen die obligatorische Unfallversicherung nach UVG, weshalb die Ombudsstelle die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verwies (2023: 80). Die übrigen 100 Fälle tangierten Themen, die nicht im Zusammenhang mit der Krankenversicherung standen, sondern zum grössten Teil andere Sozialversicherungen betrafen (IV, AHV, UV, ALV).



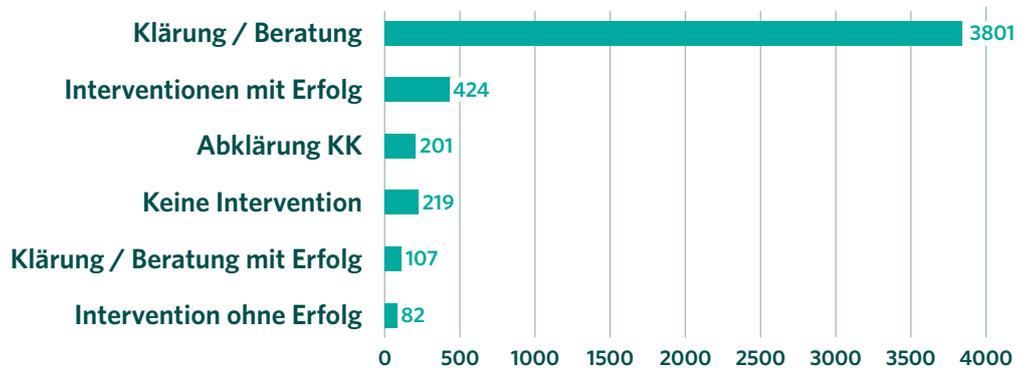
1.3 Eingänge nach Sprachen

3 374 Eingänge entfielen auf Deutsch (2023: 3 160), 1 172 auf Französisch (2023: 1 116), 222 auf Italienisch (2023: 225) und 66 auf andere Sprachen, v.a. Englisch (2023: 59).



1.4 Interventionen der Ombudsstelle

In 3801 Fällen bzw. 78,6 % aller Anfragen konnte die Ombudsstelle Fragen der Versicherten klären bzw. einen Entscheid des Versicherers bestätigen (2023: 3694). In 506 Fällen hat die Ombudsstelle einen Antrag auf Überprüfung des von der versicherten Person beanstandeten Entscheides beim Krankenversicherer gestellt (2023: 419) und war dabei in 424 Fällen erfolgreich (2023: 345), was einer Erfolgsquote von 83,8 % entspricht (2023: 82,3 %). In 219 Fällen verzichtete die Ombudsstelle auf eine Intervention, weil z.B. eine Verfügung ergangen und somit der Rechtsweg eröffnet war (2023: 191). In 201 Fällen hat sie den Versicherer lediglich um Unterlagen gebeten, die sie von den Versicherten aus sprachlichen oder altersbedingten Gründen nicht erhältlich machen konnte (2023: 124). In 107 Fällen konnte die Ombudsstelle die Versicherten so weit über die Rechtslage aufklären, dass sie ihr Problem mit dem Versicherer erfolgreich selbst lösen konnten (2023: 132).



2 Zusammenarbeit mit Krankenversicherern und Behörden

Die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern war auch im Jahr 2024 als sehr positiv zu werten. Die grosse Mehrheit der Krankenversicherer hat für eine rasche und seriöse Bearbeitung unserer Interventionen gesorgt. Auf Interventionsschreiben erhielt die Ombudsstelle in aller Regel spätestens nach drei bis vier Wochen eine Antwort der Versicherer.

Nebst einem regelmässigen Austausch – welcher mit einigen grösseren Versicherern stattfindet – gelangt die Ombudsstelle jeweils auch gezielt an Krankenversicherer, sofern sich Anfragen bezüglich ein und desselben Versicherers zu häufen beginnen und teils nicht klar ist, ob der Versicherer eine interne Praxis geändert oder systemtechnische bzw. andere Anpassungen vorgenommen hat, welche die Zunahme der Anfragen erklären könnten. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass es für die Ombudsstelle Krankenversicherung sehr hilfreich ist, wenn sie von Krankenkassen vor Anpassungen, welche direkte Auswirkungen auf die Versicherten haben und bei diesen zu möglichen Unklarheiten führen können, vorab informiert wird. Eine solch frühzeitige Information ermöglicht es der Ombudsstelle, Versicherte bei entsprechenden Anfragen bereits von Beginn weg gut zu beraten.

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.

Ein Dank geht auch an die Aufsichtsbehörden im Bereich Krankenversicherung, nämlich das BAG und die Finma. Mit beiden findet ebenfalls ein jährliches Treffen statt. Bei Bedarf stehen diese beiden Behörden der Ombudsstelle Krankenversicherung auch darüber hinaus gezielt für Auskünfte zur Verfügung.

II | Ausgewählte Fälle

3 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

3.1 Fälle mit Bezug zum Versicherungsabschluss

Die Ombudsstelle Krankenversicherung war im Jahr 2024 in 30,5% aller Fälle mit Versicherungsabschlüssen konfrontiert. Darunter fallen z.B. der Beitritt zu einer Grundversicherung oder deren Kündigung sowie Probleme, die bei einem Wechsel des Versicherers entstehen können. Eine Grundversicherung endet in aller Regel mit einer Kündigung seitens des Versicherten. Allerdings gibt es Fälle, in denen kraft Gesetz (insbesondere des europäischen Koordinationsrechts) ein Vertrag dahinfällt, wie der nachfolgende Fall 2 veranschaulicht.

Fall 1 Rechtzeitigkeit der Kündigung

Die Ombudsstelle hat im Jahr 2024 zahlreiche Anfragen erhalten, in welchen Versicherte der Meinung waren, ihre Grundversicherung rechtzeitig gekündigt zu haben, die Kündigung vom Versicherer jedoch nicht akzeptiert wurde.

Gemäss Art. 7 Abs. 2 KVG kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorausgeht. Die Kündigungsfrist ist gemäss der sogenannten Empfangstheorie eingehalten, wenn die Kündigung am letzten Tag der gesetzlichen Frist beim Krankenversicherer während der gewöhnlichen Geschäftszeit eingegangen ist (Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Eugster, Art. 7 N 11). Die Kündigung muss den Versicherer damit am letzten Werktag des Monats November erreichen.

Im Jahr 2024 war der 30. November ein Samstag. Der letzte Werktag war somit der 29. November. In Fällen, in welchen die Kündigung der Versicherten bei der Krankenkasse erst am Samstag, 30. November 2024 (Postfach) oder am Montag, 2. Dezember 2024 eingegangen war, musste die Ombudsstelle den Ratsuchenden mitteilen, dass ihre Kündigung infolge Verspätung keine Rechtswirkung entfalte.

Dasselbe Problem stellte sich auch bei Versicherten, die ihre Wahlfranchise auf das Folgejahr heruntersetzen wollten. Gemäss Art. 94 Abs. 2 KVV ist auch hier die Frist von Art. 7 Abs. 2 KVG massgebend. Erreichten Gesuche um Herabsetzung der Wahlfranchise den Versicherer am Samstag, 30. November 2024 oder erst anfangs Dezember 2024, waren auch diese verspätet und blieben folgenlos. Auch für die Erhöhung

einer Wahlfranchise gelten dieselben Grundsätze, wobei der Fristablauf diesfalls der letzte Werktag im Monat Dezember eines Jahres ist (Art. 94 Abs. 2 KVV e contrario).

Zahlreiche Anfragen erhielt die Ombudsstelle auch von Versicherten, die zwar am 29. November 2024 per E-Mail gekündigt hatten, diese jedoch ausserhalb der üblichen Geschäftsöffnungszeiten beim Versicherer eintraf (z.B. um 18.20 Uhr). In den uns unterbreiteten Fällen akzeptierten die Versicherer die Kündigung wegen Eingangs ausserhalb der üblichen Geschäftsöffnungszeiten nicht. Da sich weder das KVG noch die KVV zur Frage äussert, bis wann eine per E-Mail zugestellte Kündigung beim Versicherer eingehen muss, um Rechtswirkung zu entfalten, fragte die Ombudsstelle beim BAG nach. Dieses wies in seiner Antwort an die Ombudsstelle vorab darauf hin, dass aufgrund des Legalitätsprinzips im Bereich der sozialen Krankenversicherung Krankenversicherer keine Kündigungen über den letzten Tag der Frist hinaus akzeptieren dürften. Es sei den Krankenversicherern jedoch unbenommen, für elektronische Kündigungen die Geschäftszeit zu verlängern (z.B. Eingang bis um 23.59 Uhr am letzten Tag der Frist, d.h. im Jahr 2024 bis am 29. November 2024, 23.59 Uhr). Solche längeren Annahmezeiten müssten jedoch im Reglement statuiert sein und wegen des Grundsatzes der Gleichbehandlung bei allen Versicherten gleichermassen angewandt werden.

Tipp: Um sicherzustellen, dass eine Kündigung rechtzeitig beim Versicherer eintrifft, empfiehlt die Ombudsstelle, eine Kündigung der Grundversicherung spätestens Mitte November und aus Beweisgründen mit eingeschriebener Post zu versenden. So lassen sich Diskussionen über die Rechtswirksamkeit einer Kündigung und die unangenehme Situation, dass zu Beginn eines Jahres unklar ist, ob man weiterhin bei der bisherigen oder bei der neu gewählten Krankenkasse versichert ist, vermeiden. Vorsorglich weist die Ombudsstelle darauf hin, dass der letzte Werktag im Jahr 2025 der 28. November ist.

Fall 2 Versicherungslücke infolge des europäischen Koordinationsrechts

Die Ombudsstelle erhielt im Jahr 2024 mehrere Anfragen von Eltern junger, nicht erwerbstätiger Versicherten mit Wohnsitz in Frankreich, die aufgrund der Erwerbstätigkeit ihrer Eltern in der Schweiz bei schweizerischen Krankenkassen versichert und in Frankreich mit dem Formular S1 für die internationale Leistungsaushilfe eingetragen waren. Teils erst Jahre nach Erreichen des 20. Altersjahrs erhielten sie die Mitteilung, ihre schweizerische Grundversicherung werde rückwirkend zum 20. Geburtstag aufgehoben.

Nicht erwerbstätige Familienangehörige unterstehen gemäss den europäischen Koordinationsregeln denselben Rechtsvorschriften wie die erwerbstätige Person (VO Nr. 883/2004 Anhang XI «Schweiz» Ziff. 3 lit. a Nr. iv). Sind beide Eltern (oder der allein sorgeberechtigte Elternteil) als Grenzgänger dem schweizerischen Sozialversicherungsrecht unterstellt, ohne zugunsten der französischen Krankenversiche-

nung optiert zu haben, müssen sich die Kinder, solange sie nicht selbst erwerbstätig sind und somit als Familienangehörige gelten, zusammen mit den Eltern in der Schweiz versichern. Zur Definition der Familienangehörigen verweist die Verordnung Nr. 883/2004 in Art. 1 lit. i) auf das Recht des Wohnstaats. Nach französischem Recht gelten nur Personen bis zum 20. Lebensjahr als Familienangehörige. Danach sind sie (als Nichterwerbstätige) dem Sozialversicherungsrecht und damit auch der Krankenversicherungspflicht im Wohnstaat unterstellt, d.h. in Frankreich.

Der nachfolgende Fall zeigt exemplarisch die dadurch entstehende Problematik auf:

Eine in Genf erwerbstätige Grenzgängerin, welche in Frankreich wohnte, war mit ihren nichterwerbstätigen Zwillingen seit Jahren bei einer schweizerischen Krankenkasse versichert. Drei Jahre, nachdem die Zwillinge das 20. Altersjahr erreicht hatten, erhielt die Mutter von dieser die Mitteilung, dass die Zwillinge ab dem Alter von 20 Jahren nicht mehr bei ihr versichert sein könnten und die Versicherung rückwirkend aufgehoben werde, da nach französischem Recht Personen ab 20 Jahren nicht mehr als nichterwerbstätige Familienangehörige qualifiziert würden. Der Versicherer verlangte von der Mutter die Rückerstattung der für die beiden Kinder übernommenen Leistungen, unter Abzug der bezahlten Prämien. Da eines der Kinder erhebliche Leistungen in der Schweiz bezogen hatte, belief sich die Netto-Rückforderung auf CHF 18 522.45. Der französische Versicherer (CPAM) seinerseits war nicht bereit, die Zwillinge rückwirkend ab deren 20. Altersjahr zu versichern. Selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, hätte die CPAM die Übernahme der in der Schweiz bezogenen Leistungen mit dem Einwand ablehnen können, es habe sich um geplante Behandlungen in der Schweiz gehandelt, welche nicht – wie erforderlich – mit dem Formular S 2 vorgängig genehmigt worden seien.

Die Ombudsstelle gelangte an den Versicherer und ersuchte darum, dass dieser von einer rückwirkenden Aufhebung der Versicherung bzw. der Einforderung des Betrages von CHF 18 522.45 absehe. Zwar liege der ursprüngliche Fehler bei der CPAM, welche – bei Erreichen des 20. Altersjahres der Zwillinge – eine Meldepflicht gehabt hätte und dem schweizerischen Versicherer die Beendigung der Eintragung für die internationale Leistungsaushilfe umgehend mit dem Formular SO18 hätte melden müssen. Da der Versicherer jedoch seit einiger Zeit mit solchen Konstellationen aus Frankreich konfrontiert gewesen sei, hätte auch ihm selbst klar sein müssen, dass bei in Frankreich wohnhaften, nicht erwerbstätigen Familienangehörigen mit Erreichen des 20. Altersjahr keine Versicherungspflicht in der Schweiz mehr bestehe. Als Versicherer verfüge er zudem über die Geburtsdaten seiner Versicherten, weshalb es ihm aus Sicht der Ombudsstelle möglich gewesen wäre, die Versicherten auf die mit Erreichen des 20. Altersjahres in der Schweiz endende Versicherungspflicht sowie die Pflicht zum Neuabschluss einer Versicherung in Frankreich hinzuweisen. Indem der Versicherer auch nach dem 20. Geburtstag der Zwillinge weiterhin Prämienrechnungen zugestellt habe, habe die Mutter nach Treu und Glauben davon ausgehen dürfen, diese seien weiterhin in der Schweiz versicherungspflichtig. Auch BGE 143 V 341 Erw. 5.2.1. könne auf die vorliegende Konstellation analog angewandt werden. Da sich an den Verhältnissen (abgesehen vom Altersjahr) zudem nichts geändert habe, könne auch den

Versicherten keine ungenügende Mitwirkung vorgeworfen werden, zumal bei solch komplexen rechtlichen Ausgangslagen in erster Linie die Versicherer über die nötigen Sachkenntnisse verfügten. Der schweizerische Versicherer teilte der Ombudsstelle mit, er verzichte auf die Rückforderung des Betrages von CHF 18 522.45, was faktisch einer Weiterführung der Versicherung bis zur Aufnahme der Zwillinge in die französische Sozialversicherung gleichkam.

Aufgrund der Vielzahl der Anfragen mit der obgenannten Problematik hat die Ombudsstelle auch beim BAG nachgefragt, wie vermieden werden könne, dass solche Lücken entstünden, zumal das Ziel des europäischen Koordinationsrechts ja gerade sei, eine Koordination zwischen verschiedenen Rechtssystemen in dem Sinne sicherzustellen, dass Versicherte weder doppelt noch gar nicht versichert seien. Das BAG teilte der Ombudsstelle mit, es sei der Ansicht, dass in solchen Fällen darauf hingewirkt werden sollte, Wechsel nur mit Wirkung für die Zukunft vorzunehmen.

Tipp: Bei internationalen Sachverhalten ist es wichtig, dass Versicherte bei einer Änderung der Verhältnisse (z.B. Neubezug einer Rente, Aufgabe der Erwerbstätigkeit, Verlegung des Wohnsitzes in ein anderes Land etc.) ihrem Versicherer umgehend eine Mitteilung machen bzw. sich vorgängig beim Versicherer informieren, welche rechtlichen Konsequenzen eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nach sich zieht.

3.2 Fälle mit Bezug zu Prämien

Auch im Geschäftsjahr 2024 erreichten die Ombudsstelle viele Fragen zum erneuten, deutlichen Prämienanstieg auf 2025. Am höchsten fiel die Erhöhung (der mittleren Grundversicherungsprämie über alle Altersklassen) mit 10,5% im Kanton Tessin aus, gefolgt vom Kanton Glarus mit 9,2% und dem Kanton Jura mit 8,9%.

Betroffene der erwähnten, unterjährigen Prämienerrhöhung per 1. September 2024 wollten von der Ombudsstelle wissen, ob ein solches Vorgehen zulässig sei. Ihnen erläuterte die Ombudsstelle, dass das BAG als Aufsichtsbehörde über die Grundversicherer als sichernde Aufsichtsmassnahme gestützt auf Art. 38 Abs. 2 lit. g KVAG eine Prämienerrhöhung anordnen dürfe und dies im Falle des Versicherers per 1. September 2024 getan habe. Sie wies die Versicherten zudem darauf hin, dass ihnen aufgrund von Art. 7 Abs. 2 KVG auch bei einer unterjährigen Prämienanpassung ein Kündigungsrecht zustehe und eine Kündigung bis spätestens 31. Juli 2024 beim Versicherer eintreffen müsse.

3.2.1 Ausstände und Versicherwechsel bei Mündigkeit

Zahlreiche Versicherte erfuhren über die Medien von der Möglichkeit, dass junge Versicherte trotz Ausständen aus der Zeit der Minderjährigkeit ab dem Jahr 2024 den Versicherer wechseln können. Einige Ratsuchende musste die Ombudsstelle jedoch enttäuschen, da von der neuen Regelung nur jene Versicherte profitieren, die am

1. Januar 2024 noch minderjährig waren (Übergangsbestimmung zur Änderung vom 18. März 2022, Abs. 2). Personen, die am 1. Januar 2024 bereits volljährig waren, kommen nicht in den Genuss der neuen Regelung. Für sie gilt nach wie vor Art. 64a Abs. 6 KVG. Ein Versichererwechsel ist für sie deshalb nur dann möglich, wenn sämtliche Ausstände für Prämien und Kostenbeteiligungen aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit (inklusive Verzugszinsen und Betriebskosten) beglichen sind.

Die Versicherte im nachfolgenden Fall war am 1. Januar 2024 noch minderjährig und profitierte deshalb von der neuen Regelung.

Fall 3 Am 1. Januar 2024 noch minderjährige Versicherte

Einer Versicherten, die am 21. März 2024 volljährig wurde und sich bezüglich der Möglichkeit des Versichererwechsels auf das Jahr 2025 trotz Ausständen aus der Zeit der Unmündigkeit erkundigte, erteilte die Ombudsstelle folgende Auskunft:

Im neu geschaffenen Art. 61a KVG werde für die Prämien der Kinder und in Art. 64 Abs. 1bis KVG für die Kostenbeteiligung der Kinder geregelt, wer Schuldner sei. Gemäss diesen beiden Bestimmungen seien die Prämien und Kostenbeteiligungen für das Kind bis zum Ende des Monats, in dem dieses volljährig werde, ausschliesslich von dessen Eltern geschuldet. Für diese Prämien und Kostenbeteiligungen dürfe das Kind auch nach Eintritt der Volljährigkeit nicht belangt werden. Eine hierfür eingeleitete Betreuung gegen das volljährig gewordene Kind sei nichtig.

Per 1. Januar 2024 sei auch Art. 64a Abs. 7bis KVG neu in Kraft getreten. Gemäss dieser Bestimmung könnten Versicherte, die volljährig geworden seien, den Versicherer in Abweichung von Art. 64a Abs. 6 KVG auf das Ende des Kalenderjahres auch wechseln, wenn Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen oder Betriebskosten aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit ausstehend seien.

Die Ombudsstelle riet der Versicherten, darauf zu achten, dass sie ab April 2024 keine (neuen) Prämienausstände generiere, denn diese würden ihr selbst zugerechnet. Ebenso würden offene Kostenbeteiligungen für Behandlungen ab 1. April 2024 (Ende des Monats der Volljährigkeit) als ihre Schulden angesehen. Beide könnten sie am Versichererwechsel hindern. Auch Verzugszinsen für Ausstände ab April 2024 müssten bezahlt sein, damit ein Wechsel des Versicherers auf 2025 klappe.

3.2.2 Unterlassener Einschluss der Unfalldeckung

Fall 4 Leistungen trotz fehlenden Prämien und Prämiennachforderung

Ein Versicherter machte sich im Jahr 2016 selbständig. Zuvor hatte er in einem Anstellungsverhältnis gearbeitet und war dadurch über seinen Arbeitgeber gegen Unfall versichert. Nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit schloss er weder eine freiwillige Unfallversicherung nach Art. 4 Abs. 1 UVG ab noch hob er die Sistierung der Unfalldeckung bei seinem Krankenversicherer auf, obwohl er von seinem Arbeitgeber entsprechend informiert worden war. Im Jahr 2024 zog er sich eine schwere Beinverletzung zu und musste hospitalisiert werden. Während des Spitalaufenthalts hatte der

Versicherte mit seinem Krankenversicherer Kontakt. Dieser sagte ihm, dass der Unfall gedeckt sei, er die Prämien seit Wegfall der Unfalldeckung nach UVG im Jahr 2016 jedoch nachzahlen müsse. Der Krankenversicherer übernahm die Behandlungskosten und stellte dem Versicherten in der Folge die Franchise, den Selbstbehalt sowie den Spitalbeitrag als Kostenbeteiligung in Rechnung. Der Versicherte beklagte sich bei der Ombudsstelle darüber, dass er einerseits Prämien habe nachzahlen müssen und obendrauf noch eine saftige Rechnung für die Kostenbeteiligung von der Krankenkasse erhalten habe. Zudem dürfe der Versicherer die Prämie für das Unfallrisiko seines Wissens nur für die letzten fünf Jahre nachfordern.

Die Ombudsstelle wies den Versicherten darauf hin, dass Unfälle gemäss Art. 8 Abs. 2 KVG durch die Krankenkasse gedeckt seien, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise ende. Der Versicherte war somit seit 2016 bei seiner Krankenkasse für Unfälle gedeckt, auch wenn er den Unfall nicht eingeschlossen hatte und folglich auch keinen Prämienanteil für das Unfallrisiko bezahlte.

Was die Prämiennachforderung ab 2016 betreffe, so bestätigte die Ombudsstelle dem Versicherten, dass seine Annahme korrekt sei. Art. 10 Abs. 2 KVG sehe zwar vor, dass die versicherte Person, welche den Unfall trotz Information durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse nicht einschliesse, dem Versicherer den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG schulde. Gemäss der Doktrin dürfte eine Nachforderung jedoch nur in den Grenzen der 5-jährigen Verwirkungsfrist für Beiträge gemäss Art. 24 Abs. 1 ATSG zulässig sein. Die Ombudsstelle empfahl dem Versicherten, sich unter Berufung auf die vorgenannte Bestimmung an den Versicherer zu wenden und die Stornierung der Prämiennachforderung für die Jahre 2016 bis und mit 2018 zu beantragen.

Was die Behandlungskosten des Unfalls anbelange, übernehme die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG i.V.m. Art. 28 KVG bei Unfällen die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Dies bedeute gleichzeitig, dass die Krankenkasse auch bei einem Unfall u.a. die Franchise – welche im Falle des Versicherten CHF 2500 betrug und mangels anderer Leistungsbezüge noch nicht beansprucht worden war – in Rechnung stellen dürfe.

Tipp: Nach Aufgabe einer unselbständigen Tätigkeit (mit oder ohne nachfolgende Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit), bei Renteneintritt sowie nach einer Aussteuerung bei der Arbeitslosenversicherung empfiehlt es sich, seinem Krankenversicherer innerhalb von 30 Tagen mitzuteilen, dass das Unfallrisiko wieder einzuschliessen sei.

3.2.3 Technische und administrative Probleme

Die Ombudsstelle Krankenversicherung erhält jährlich zahlreiche Anfragen, in welchen Systemprobleme gewisser Krankenversicherer zu unangenehmen Konsequenzen für die Versicherten führen. Das nachfolgende Beispiel steht exemplarisch für einen solchen Fall.

Fall 5 Betreuung des falschen Versicherten

Ein Versicherter war verbeiständet. Als Beiständin amtierte seine verheiratete Schwester. Der Versicherte, dessen Schwester sowie deren Ehemann waren bei derselben Krankenkasse grundversichert. Der Versicherte erhielt eine vollumfängliche Prämienverbilligung und musste deshalb keine Prämien mehr bezahlen. Für Kostenbeteiligungen hatte er ein Lastschriftverfahren eingerichtet. Das Ehepaar seinerseits bezahlte seine Jahresprämien jeweils im Voraus. Im Jahr 2023 erhielt der Ehemann eine Betreuung für Kostenbeteiligungen seines Schwagers. Um weitere rechtliche Schritte abzuwehren, bezahlte er die betriebene Summe von CHF 586.30 inklusive Betreuungskosten, verlangte mit Schreiben vom 19. September 2023 jedoch die Rückerstattung des bezahlten Betrages sowie die Klärung des Sachverhalts. Die Krankenkasse entschuldigte sich mit Schreiben vom 12. Dezember 2023 und teilte dem Ehemann mit, er sei versehentlich betrieben worden. Man werde ihm den Betrag von CHF 586.30 zurückerstatten, abzüglich der Betreuungskosten von CHF 45.30, für welche er aufkommen müsse. Nachdem der Versicherte im März 2024 die in Aussicht gestellte Rückzahlung immer noch nicht erhalten hatte, wandte er sich an die Ombudsstelle.

Diese intervenierte beim Versicherer und erkundigte sich, wie es dazu gekommen sei, dass der Schwager für Kostenbeteiligungen des Versicherten betrieben wurde. Ausserdem verlangte sie die Rückzahlung des Betrages von CHF 586.30 ohne Abzug für Betreuungskosten. In ihrer Antwort an die Ombudsstelle führte die Krankenkasse aus, dass zwei IT-Probleme zur versehentlichen Betreuung geführt hätten. Das Lastschriftverfahren auf dem Konto des Versicherten sei irrtümlicherweise storniert worden und zudem sei der Schwager vom System als Prämienschuldner des Versicherten erfasst worden. Der Versicherer erstattete dem Schwager den Betrag von CHF 586.30 zurück und bereinigte die Einträge im System.

Auch auf Seiten der Versicherten läuft nicht immer alles rund. Die Ombudsstelle erhält des Öfteren Fälle, in welchen Versicherte zwar Zahlungen für Prämien und Kostenbeteiligungen tätigen, in der Folge aber dennoch Mahnungen oder gar Betreibungen erhalten. Bei den Abklärungen mit den Krankenversicherern stellt sich dann oft heraus, dass Versicherte nicht die korrekten Einzahlungsscheine verwendet hatten oder nötige Angaben fehlten. Auch im nachfolgenden Fall war dem so.

Fall 6 Fehlende oder inkorrekte Zahlungsangaben

Eine Versicherte wandte sich an die Ombudsstelle mit dem Hinweis, sie habe am 13. Mai 2024 eine weitere ungerechtfertigte Zahlungsaufforderung ihres Versicherers erhalten, nachdem ihr bereits 2023 zwei solche zugestellt worden seien. Eine Betreuung im Jahr 2023 gegen sie sei erst zurückgezogen worden, nachdem sie mit dem Gang ans Gericht gedroht habe. Die entsprechenden Zahlungsaufforderungen

und Betreibungen würden ihren Leumund beeinträchtigen, da sie am betreffenden Gericht als Gerichtspräsidentin arbeite. Sie bezahle ihre Prämien sowie diejenigen ihrer Söhne immer per Dauerauftrag. Teils erhalte ihr Lebenspartner vom Versicherer Rückzahlungen auf das gemeinsame Konto für angeblich zu viel bezahlte Beträge.

Der Versicherer teilte der Ombudsstelle auf deren Interventionsschreiben hin mit, man habe festgestellt, dass ein Grossteil der von der Versicherten getätigten Zahlungen über keinen Zahlungsbetrag verfügt und die Höhe der Einzahlungen teilweise nicht mit den geschuldeten Prämien übereingestimmt hätten. Die Einzahlungen hätten folglich nicht immer korrekt zugewiesen werden können, weshalb diverse Rückerstattungen erfolgt seien. Der Versicherer sei darauf angewiesen, dass jeweils die Referenznummer der QR-Rechnung verwendet werde, um Zahlungseingänge eindeutig zuordnen zu können. Nicht klar zuordenbare Zahlungseingänge würden jeweils mit dem ältesten offenen Posten verrechnet, entsprechend der in Art. 87 Abs. 1 OR vorgesehenen Regelung. Der Versicherer nahm in der Folge Korrekturbuchungen vor, wies jedoch darauf hin, dass dies für ihn mit grossem Aufwand verbunden gewesen sei. Die Versicherte ergänzte in der Folge die Daueraufträge noch mit den Namen der Familienmitglieder sowie deren Versichertennummern. Danach erfolgte die Zuordnung der Zahlungen in korrekter Weise.

Tipp: Damit von Versicherten getätigte Zahlungen vom Versicherer korrekt angerechnet werden können, ist jeweils der von der Kasse zugestellte Einzahlungsschein zu verwenden. Da die Ombudsstelle verschiedentlich auch Fälle sieht, bei welchen mit Dauerauftrag getätigte Zahlungen vom Versicherer nicht richtig zugeordnet werden können, empfiehlt sie, sich bei diesbezüglichen Problemen umgehend an den Versicherer zu wenden.

3.3 Fälle mit Bezug zu Leistungen

3.3.1 Boom der «Abnehmspritzen»

Fall 7 Ozempic und Wegovy

Parallel zur Zunahme von Kostengutsprache gesuchen bei den Krankenversicherern für Medikamente wie Ozempic und Wegovy – welche gegen Diabetes Typ 2 und Übergewicht wirken – stiegen auch die diesbezüglichen Anfragen an die Ombudsstelle. Während zu Beginn des Jahres 2024 vor allem Fälle betreffend Ozempic eingingen (zur Gewichtsabnahme im Off-Label-Use, da Ozempic in der Spezialitätenliste [SL] für Diabetes Typ 2-Patienten vorgesehen ist), verlagerten sich die Anfragen als Folge von Lieferengpässen von Ozempic hin zu Wegovy. Letzteres wurde per 1. März 2024 in die SL aufgenommen. In den der Ombudsstelle unterbreiteten Fällen hatten die Versicherten von der Krankenkasse jeweils eine Kostenablehnung erhalten, deren Kor-

rektheit die Ombudsstelle in den meisten Fällen bestätigen konnte. Sie musste den Versicherten zum besseren Verständnis jedoch zusätzliche Informationen geben.

Viele Diabetes-Typ 2-Patienten, die wegen der Lieferengpässe von Ozempic zu Wegovy umstellen wollten, erfüllten die Limitation in der SL für Wegovy nicht. Bei Diabetikern Typ 2 wird Wegovy gemäss der SL nur übernommen, sofern sie nicht mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten, ausser einem zur Gewichtsreduktion eingesetzten, vorbehandelt worden sind. Wie Wegovy enthält auch Ozempic den Wirkstoff Semaglutid, welcher zu den GLP-1-Rezeptoragonisten gehört.

Bei Kostenablehnungen für Wegovy bei Nichtdiabetikern lag der Grund oft in der Tatsache, dass der BMI der Versicherten unter 35 lag.

Ablehnungen im Rahmen eines Off-Label-Use von Ozempic und Wegovy erfolgten ab 1. Januar 2024 von den Krankenkassen zudem zu Recht, da das BAG auf den 1. Januar 2024 einen Preisabschlag auf den Medikamenten verordnet hatte. Die Herstellerin Novo Nordisk Pharma AG war zu diesem Preisabschlag jedoch nicht bereit. Die Ombudsstelle konnte Versicherten diesfalls nur raten, das Gespräch mit dem behandelnden Arzt zu suchen und eine kassenpflichtige Therapiemethode zu besprechen.

3.3.2 Leistungszusprache und Leistungskontrolle

Im Rahmen eines Kostengutsprachege suches kam es zu einer gravierenden Datenschutzverletzung, wie Fall 8 zeigt.

Fall 8 **Datenschutzverletzung bei einer Kostengutsprache**

Eine Versicherte ist Primarlehrerin und als solche bei der Gemeinde X angestellt. Sie musste sich einer Operation unterziehen, hatte dies ihrem Arbeitgeber jedoch noch nicht mitgeteilt, da der Operationstermin noch nicht feststand. Eines Tages wurde sie vom Schulleiter unvermittelt in dessen Büro zitiert. Dieser eröffnete ihr, dass sie für die kommende Arbeitsunfähigkeit infolge der geplanten Brust-Schönheitsoperation keinen Lohn erhalten werde. Am Ende des Gespräches legte er ihr ein Dokument zur Unterschrift vor, womit sie den Lohnverzicht unterschriftlich hätte bestätigen müssen, was die Versicherte jedoch ablehnte.

Aufgrund der Akten, welche die Versicherte der Ombudsstelle einreichte, war folgendes erstellt: Am 19. August 2024 sandte der behandelnde Arzt der Krankenkasse der Lehrerin ein Kostengutsprache gesuch für eine beidseitige Brustrekonstruktion mittels freiem mikrochirurgischem Gewebstransfer vom Oberschenkel beidseits, welches die Krankenkasse mit Schreiben vom 26. August 2024 an den Arzt ablehnte. Darin stand:

Die vorgesehene Brustrekonstruktion beidseits mittels freiem mikrochirurgischem Gewebstransfer vom Oberschenkel beidseits gehört nicht zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die erhaltenen medizinischen Informationen begründen kein Leiden mit Krankheitswert im Rechtssinn. Aus diesen Gründen können wir uns an den Kosten nicht beteiligen.

Eine Kopie dieser Kostenablehnung versandte die Krankenkasse – unter grober Verletzung der Regeln über den Datenschutz – an die Gemeinde X. Nachdem drei Personen der Personalabteilung der Gemeinde vom Inhalt des Schreibens Kenntnis erhalten hatten, leitete eine von ihnen die Kostenablehnung an die Schulleitung weiter.

Die Versicherte wandte sich nach diesem Datenschutzvorfall empört an ihre Krankenkasse und verlangte eine schriftliche Erklärung der Vorgänge sowie eine Stellungnahme des Vertrauensarztes. Weiter machte sie geltend, dass ihre Glaubwürdigkeit gegenüber dem Arbeitgeber durch die Indiskretion massiv gelitten habe. Daraufhin erhielt sie vom Versicherer eine mündliche Entschuldigung und den Hinweis, die Ursache sei einem IT-Problem zuzuschreiben. In der Folge stellte der Arzt ein Wiedererwägungsgesuch und bat darum, sich die Zeit zu nehmen, die Leidensgeschichte der Versicherten zu studieren, die im Jahr 2005 beidseitigen Brustkrebs gehabt habe mit Brustentfernung und Wiederaufbau. Das Wiedererwägungsgesuch hiess die Krankenkasse in der Folge mit Schreiben vom 11. September 2024 gut.

Da der Versicherer nicht zu sämtlichen von der Versicherten beanstandeten Punkten Stellung genommen hatte, wandte sich diese an die Ombudsstelle. Letztere gelangte an den Versicherer und bat um Mitteilung, wie die gravierende Datenschutzverletzung habe passieren können. Sie machte geltend, die im vorliegenden Fall erfolgte Bekanntgabe von besonders schützenswerten Personendaten i.S.v. Art. 5 lit. c Ziff. 2 DSG an die Gemeinde X bzw. die Schulbehörde sei von Art. 84a KVG keinesfalls abgedeckt. Ebenso liege ein Verstoss gegen Art. 33 ATSG vor, dessen Verletzung nach Art. 54 Abs. 1 lit. d i.V.m. Abs. 2 KVAG auch mit Strafe belegt sei.

Aufgrund der Schwere der Persönlichkeitsverletzung sowie des Glaubwürdigkeitsverlustes gegenüber der Arbeitgeberin ersuchte die Ombudsstelle die betroffene Krankenkasse ebenfalls um die Prüfung der Ausrichtung einer Genugtuung. Sie begründete dies damit, dass gemäss Art. 78a KVG i.V.m. Art. 78 Abs. 1 ATSG u.a. der Versicherungsträger für Schäden hafte, die einer versicherten Person von einzelnen Funktionären widerrechtlich zugefügt worden seien. Gemäss Art. 78 Abs. 4 ATSG seien u.a. die Artikel 3 bis 9 des VG anwendbar. Art. 6 Abs. 2 VG statuieren, dass bei einer widerrechtlichen Persönlichkeitsverletzung und bei Verschulden des Beamten Anspruch auf Leistung einer Geldsumme als Genugtuung bestehe, sofern die Schwere der Verletzung es rechtfertige und diese nicht anders wiedergutmacht werden könne. Diese Voraussetzungen waren aus Sicht der Ombudsstelle allesamt erfüllt.

In seiner Antwort an die Ombudsstelle forderte der Versicherer die Versicherte auf, ihren Anspruch auf Genugtuung zu substantiieren, was diese in der Folge tat. Bis Redaktionsschluss dieses Jahresberichtes war die Antwort der Krankenkasse immer noch ausstehend, obwohl der Fall seit längerer Zeit pendent ist.

Fall 9 Falschabrechnung eines Alters- und Pflegeheims

Eine Versicherte lebte in einer Alterswohnung, die einem Alters- und Pflegeheim im Kanton X angegliedert war. Sie beanstandete, die von ihrer Krankenkasse in Rechnung gestellten Kostenbeteiligungen seien nicht korrekt, da die vom Alters- und Pflegeheim

(im System des tiers payant) abgerechneten Leistungen für Spitex nicht erbracht worden seien. Sie habe weder je direkt Leistungen verlangt noch sich solche von ihrem langjährigen Hausarzt verordnen lassen. Die Versicherte verweigerte die Bezahlung der Kostenbeteiligung und erhielt in der Folge Mahnungen und Zahlungserinnerungen. Um des Friedens willen bezahlte sie schlussendlich die bestrittenen Beträge.

Die Tochter der Versicherten war damit nicht einverstanden und gelangte ihrerseits nochmals an den Versicherer. Auf dessen Empfehlung hin bat die Tochter das Alters- und Pflegeheim um Herausgabe des medizinischen Dossiers. Obwohl im Zeitraum zwischen 19. Juli 2023 und 16. Juni 2024 zwölf Rechnungen des Alters- und Pflegeheims im Gesamtbetrag von CHF 988.35 abgerechnet worden waren, fanden sich im medizinischen Dossier kaum Angaben über die erbrachten Leistungen. Die Versicherte selbst hatte zudem nie eine Rechnungskopie erhalten.

Die Tochter wandte sich schliesslich mit der Bitte um Unterstützung an die Ombudsstelle. Zwecks Überprüfung der Korrektheit der Kostenbeteiligung ersuchte diese den Versicherer, gestützt auf Art. 56 Abs. 2 lit. b KVG die Leistungen zu überprüfen, einen allenfalls zu viel bezahlten Betrag vom Leistungserbringer zurückfordern sowie die Kostenbeteiligung der Versicherten im Nachgang neu zu berechnen. Die Ombudsstelle legte dem Versicherer auch einen auf Veranlassung der Tochter vom Hausarzt ausgestellten Bericht vom 27. Februar 2024 vor. Darin führte der Hausarzt aus, er habe 2022 von der Leistungserbringerin eine Verordnung erhalten, die er hätte unterzeichnen sollen. Da er der Meinung gewesen sei, der darin enthaltene Minutenaufwand sei übertrieben, habe er die Unterschrift verweigert. Daraufhin sei er von einer Mitarbeiterin des Alters- und Pflegeheims telefonisch kontaktiert worden. Diese habe ihm mitgeteilt, die in der Verordnung aufgeführten Zeiten seien obere Limiten, welche man maximal benötigen könnte. Es sei wichtig, dass die Ärzte Maximalzeiten bestätigen würden; denn falls bei zu knapp verordneten Minuten ein höherer Bedarf nötig werde, verkompliziere dies die Bearbeitung mit der Konsequenz, dass sich die Vergütungen der Krankenkassen zeitlich verzögerten. Deshalb habe er im Januar 2023 die Verordnung unterzeichnet in der Hoffnung, dass nur die absolut erforderlichen Pflegemassnahmen erbracht würden.

Der Versicherer antwortete der Ombudsstelle, er habe vom Leistungserbringer eine Vervollständigung der Unterlagen verlangt. Diese seien nach Erhalt einer internen Prüfung unterzogen worden. Zusätzlich seien auch Rechnungen aus den Monaten April und Mai 2022 in die Prüfung miteinbezogen worden. Bezüglich einiger in Rechnung gestellter Leistungen habe man festgestellt, dass diese nicht den RAI-Ansätzen (System zur Einstufung des Pflegebedarfs, welches vor allem in der Westschweiz verwendet wird) entsprächen. Man habe dem Pflegeheim CHF 410.36 zu viel überwiesen. Dieses sei aufgefordert worden, die Rechnungen zu korrigieren. Die Kostenbeteiligung der Versicherten werde im Nachgang entsprechend angepasst.

Tipp: Art. 42 Abs. 3 KVG sieht vor, dass Leistungserbringer den Versicherten im System des tiers payant (der Leistungserbringer stellt die Rechnung direkt der Krankenkasse zu) eine Rechnungskopie zustellen müssen. Dies ermöglicht den Versicherten die Kontrolle der Rechnung und der vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen. Falls Versicherte wie im obgenannten Fall entgegen der gesetzlichen Regelung keine Rechnungskopie erhalten, empfiehlt die Ombudsstelle, beim Leistungserbringer unter Hinweis auf Art. 42 Abs. 3 KVG eine solche nachzufordern. Versicherte in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und hohen Leistungsbezügen haben zudem – sofern sie eine Falschfakturierung des Leistungserbringers vermuten – die Möglichkeit, auf das Case Management der Krankenkasse zuzugehen und dieses um weitere Abklärungen zu ersuchen.

Fall 10 Kürzung von Leistungen der Grundpflege nicht mehr länger zulässig

Die Ombudsstelle erreichten in den letzten Jahren regelmässig Anfragen, in welchen Bezüger einer Hilflosenentschädigung bei mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit von der Krankenkasse eine Rechnung für die Rückerstattung eines Teils der übernommenen Leistungen der Grundpflege i.S.v. Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV erhielten. Die Krankenversicherer beriefen sich dabei auf das Verbot der Überentschädigung, welches in Art. 69 ATSG und Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV statuiert ist sowie auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 127 V 94). Dementsprechend durften sie KVG-Pflegebeiträge kürzen, falls diese zusammen mit der Hilflosenentschädigung die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten überstiegen, und zwar bis zu 44 % der monatlichen Hilflosenentschädigung. Das Bundesgericht ging nämlich davon aus, dass im Regelfall 56 % der Hilflosenentschädigung benötigt werden, um die Pflegekosten zu finanzieren.

Am 29. August 2024 änderte das Bundesgericht seine langjährige Praxis (BGer 9C_480/2022). Es kam zum Schluss, dass beim Zusammentreffen von Hilflosenentschädigung und Grundpflegeentschädigung kein Überentschädigungstatbestand vorliege, zumal Überentschädigung eine funktionale Kongruenz voraussetze, was Natur und Wirkungsweise der konkurrierenden Leistungen betreffe. Krankenpflegebeiträge und Hilflosenentschädigung seien funktional jedoch verschiedenartig. Seit der Praxisänderung des Bundesgerichts ist eine Kürzung von Leistungen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV bei gleichzeitigem Bezug einer Hilflosenentschädigung somit nicht mehr möglich.

Tipp: Die Ombudsstelle hat festgestellt, dass gewisse Krankenversicherer die bundesgerichtliche Praxisänderung, die ab dem 29. August 2024 gilt, offenbar noch nicht vollziehen und nach wie vor Kürzungen vornehmen. Versicherten mit einer Hilflosenentschädigung wird deshalb empfohlen, die entsprechenden Abrechnungen bzw. allfällige Rückforderungen der Krankenkasse für Leistungen der Grundpflege genau zu prüfen.

4 Zusatzversicherungen nach VVG

4.1 Vertragslose Zustände im Bereich der Spitalzusatzversicherungen

Auch im Jahr 2024 erreichten die Ombudsstelle Krankenversicherung zahlreiche Anfragen von Versicherten, die über eine Spitalzusatzversicherung für die halbprivate oder private Abteilung verfügen, von ihrem Zusatzversicherer jedoch die Mitteilung erhielten, dass für ihren geplanten Spitalaufenthalt gar keine oder nur eine beschränkte Kostengutsprache erteilt werden könne. Die Versicherten verstanden nicht, wie es sein konnte, dass ihnen Leistungen verweigert wurden, für welche sie teils seit Jahrzehnten hohe Prämien bezahlen.

Im Bereich der Spitalzusatzversicherung schliessen Spitäler und Zusatzversicherer je einzeln Verträge über die Vergütung der Leistungen ab. Im Jahr 2020 stellte die FINMA als Aufsichtsbehörde über die Zusatzversicherer fest, dass die Rechnungen im Bereich der Krankenzusatzversicherung oft intransparent waren und gewisse Leistungen, welche bereits durch die Grundversicherung vergütet worden waren, teilweise auch nochmals über die Spitalzusatzversicherungen in Rechnung gestellt wurden. Die FINMA verlangte von den Spitälern und Zusatzversicherern in der Folge transparentere Verträge, in welchen die Mehrleistungen der Spitalzusatzversicherung klar ausgewiesen werden mit dem Ziel, die Prämien der Spitalzusatzversicherungen für die Versicherten in einem vertretbaren Rahmen zu halten. Dies erforderte Neuverhandlungen über die Verträge, welche nicht immer rasch zu einem erfolgreichen Abschluss kamen. Solange kein neuer Vertrag zustande kam, lag somit ein sogenannter vertragsloser Zustand vor mit der Folge, dass die Krankenzusatzversicherer nicht leistungspflichtig waren. Bis Ende 2024 konnte sich ein Grossteil der Spitäler und der Krankenzusatzversicherer vertraglich einigen. In den Kantonen Waadt und Genf verliefen die Verhandlungen jedoch insbesondere wegen den Belegärzten harzig. Deshalb sind in diesen beiden Kantonen aktuell noch vertragslose Zustände zu verzeichnen.

4.2 Leistungseinstellung in der Zusatzversicherung

Bei der Ombudsstelle gehen regelmässig Anfragen von Zusatzversicherten ein, welche sich danach erkundigen, ob es zulässig sei, dass ihr Zusatzversicherer eine weitere Kostenübernahme, insbesondere für alternativmedizinische Behandlungen, ablehne, obwohl der jährliche maximale Leistungsbetrag noch nicht erreicht sei. Im Jahr 2024 erhielt die Ombudsstelle ab Sommer 2024 jedoch eine massiv zunehmende Zahl diesbezüglicher Anfragen, die nur den Versicherer X betrafen.

An dieser Stelle wird deshalb vorab die rechtliche Ausgangslage betreffend die Leistungseinstellung in der Zusatzversicherung generell dargelegt und im Fall 11 spezifisch auf das Vorgehen des Versicherers X eingegangen.

Der Vertragsinhalt in Versicherungsverträgen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) generell und damit auch in den Krankenzusatzversicherungen wird durch Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen (abgekürzt AVB und BVB) geregelt. Die AVB und BVB werden von den Versicherten mit Unterzeichnung des (verbindlichen) Versicherungsantrages akzeptiert und – falls der Versicherer den Antrag annimmt – damit zum Vertragsbestandteil. In den AVB und BVB ist unter anderem statuiert, welche Leistungen Versicherer erbringen und unter welchen Voraussetzungen. In den AVB der Krankenzusatzversicherer findet sich regelmässig ein Hinweis, wonach Leistungen nur dann übernommen werden, wenn Behandlungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (abgekürzt WZW). Gewisse Versicherer erwähnen in ihren Bedingungen explizit, was unter diesen drei Begriffen zu verstehen ist. Selbst wenn sich darin keine näheren Ausführungen finden, kann eine Anlehnung an Art. 32 KVG erfolgen, denn auch in der Grundversicherung sind die Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit die zentrale Voraussetzung für eine Kostenübernahme. Mit den drei Begriffen ist folgendes gemeint:

Wirksamkeit

Eine medizinische Leistung muss in allgemeiner Weise geeignet sein, auf den angestrebten medizinischen Nutzen hinzuwirken. Die Wirksamkeit muss zudem mit wissenschaftlichen Studien belegt sein.

Zweckmässigkeit

Im konkreten Behandlungsfall ist diejenige Massnahme auszuwählen, die gemessen am angestrebten Erfolg den besten therapeutischen Nutzen aufweist. Die Zweckmässigkeit hat somit einen vergleichenden Charakter (verschiedene mögliche Leistungen werden verglichen).

Wirtschaftlichkeit

Bei mehreren (wirksamen und zweckmässigen) Behandlungen gilt diejenige als wirtschaftlich, welche (bei einem vergleichbaren medizinischen Nutzen) am günstigsten ist.

In den AVB behalten sich Krankenzusatzversicherer regelmässig auch das Recht vor, von Leistungserbringern zusätzliche Auskünfte oder Unterlagen zu verlangen, sei es für die erstmalige Abklärung einer Leistungspflicht oder während laufender Be-

handlung. Ausserdem findet sich auch stets die Klausel, wonach der Versicherte den Leistungserbringer von seiner beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer entbindet.

Die Ombudsstelle stellt fest, dass viele Versicherte glauben, voraussetzungslos auf die in den Versicherungsbedingungen festgelegten jährlichen Maximalbeträge Anspruch zu haben (z.B. Kostenübernahme pro Kalenderjahr: 75 %, maximal CHF 4 000). Dem ist nicht so. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur dann bzw. nur so lange, wie auch die drei Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind. Zwecks Überprüfung dieser drei Kriterien während einer laufenden Behandlung verlangen Versicherer von den Leistungserbringern direkt oder via den Versicherten jeweils einen medizinischen Bericht des behandelnden Therapeuten, des Hausarztes oder des Spezialisten, der die medizinische Notwendigkeit einer Weiterführung der Therapie darlegen muss. Aufgrund eines solchen medizinischen Berichtes kann die Krankenkasse dann prüfen, ob die drei Voraussetzungen (kumulativ) noch bejaht werden können. Falls dem so ist, übernimmt der Versicherer weiterhin Leistungen, andernfalls teilt er dem Versicherten mit, dass künftig keine oder allenfalls nur noch reduzierte Leistungen übernommen werden. Dieses Vorgehen ist aus juristischer Sicht korrekt, sofern in den AVB die Kriterien von WZW enthalten sind, unabhängig davon, ob diese als Leistungsvoraussetzung oder als Leistungsausschlussgrund formuliert sind.

Fall 11 Einstellung von alternativmedizinischen Leistungen

Eine Versicherte verfügt beim Versicherer X über eine Krankenzusatzversicherung, die diverse alternativmedizinische Leistungen deckt. Die Versicherte leidet an Morbus Basedow mit Symptomen wie einem stark überhöhten Muskeltonus und daraus resultierenden Verspannungen, insbesondere im Schulter-, Rücken- und Unterschenkelbereich, geschwollenen submandibulären Lymphknoten, innerer Unruhe mit Tachykardie sowie ausgeprägter Müdigkeit. Seit Beginn 2024 bezog sie diverse Massagen und Akupunktur-Sitzungen. Mit Leistungsabrechnung vom 19. Juni 2024 wurde der Versicherten mitgeteilt, für die Behandlungen in der Zeit vom 12. April 2024 bis 28. Mai 2024 in Höhe von total CHF 540 erhalte sie ein Guthaben von CHF 486. Mit Datum vom 25. Juni 2024 versandte der Versicherer X sämtlichen Versicherten mit Deckung für Alternativmedizin ein Schreiben, in dem daran erinnert wurde, dass ausschliesslich Behandlungen zu therapeutischen Zwecken von der Zusatzversicherung übernommen würden. Damit die Prämien der Zusatzversicherungen weiterhin so attraktiv wie möglich gehalten werden könnten, unterlägen alternativmedizinische Behandlungen den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Vor diesem Hintergrund behalte sich der Versicherer – gestützt auf die Versicherungsbedingungen – das Recht vor, im Falle einer übermässigen Inanspruchnahme die Rückerstattung einzuschränken oder zusätzliche Nachweise wie beispielsweise einen Arztbericht zu verlangen.

Im Juli 2024 bezog die Versicherte weitere Leistungen. Mit berechtigter Leistungsabrechnung vom 24. Juli 2024 forderte die Krankenkasse X von der Versicherten den Betrag von CHF 486 zurück sowie zusätzlich einen ebenfalls bereits vergüteten Betrag

von CHF 378 für Leistungen im Zeitraum 4. März 2024 bis 28. März 2024. Als Grund war auf der Leistungsabrechnung kleingedruckt vermerkt:

Gemäss Ihren Versicherungsbedingungen werden die vorliegenden Kosten aufgrund entweder übermässiger Inanspruchnahme oder Nichterfüllung des therapeutischen Zwecks der Behandlung nicht länger übernommen.

Die Versicherte beschwerte sich beim Versicherer X anfangs August 2024 über die Rückforderung und legte – ohne dass der Versicherer danach gefragt hätte – einen Bericht ihres Hausarztes bei, datierend vom 2. August 2024. Am 8. August 2024 antwortete die Krankenkasse X, der medizinische Dienst habe den Arztbericht geprüft. Aufgrund eines übermässigen Leistungsbezuges sowie der Tatsache, dass die Bestimmungen, die einen Leistungsanspruch begründeten (gemeint sind die Kriterien von WZW) nicht erfüllt seien, würde die Ablehnung einer Kostenübernahme bestätigt.

Die Versicherte wandte sich anfangs September 2024 mit einem weiteren Bericht ihrer Therapeutin an die Ombudsstelle. Diese bat den Versicherer zu prüfen, ob aufgrund der (neuen) medizinischen Ausgangslage auf die Rückforderung von total CHF 864 verzichtet werden könne und auch die ab Juli 2024 bezogenen Behandlungen übernommen werden könnten. Der Versicherer X teilte der Ombudsstelle mit, dass er auf die Rückforderung verzichte und darüber hinaus im Jahr 2024 noch 2 Massagesitzungen und 4 Akupunkturbehandlungen übernehme.

Wie der vorliegende Fall sowie sämtliche anderen Anfragen, welche die Ombudsstelle zu dieser Thematik ab Sommer 2024 erhalten hat, zeigen, hat der Versicherer X nicht nur für die Zukunft eine Kostenübernahme abgelehnt, sondern auch retroaktiv.

Auch wenn das vom Versicherer X praktizierte Vorgehen nicht branchenüblich ist, so ist es aus rechtlicher Sicht betrachtet zulässig, da der Versicherer X in seinen AVB unter dem Titel «Leistungsausschlüsse» die Kriterien von WZW statuiert hat. Allerdings – und dies hat der Versicherer X zumindest zu Beginn seiner «Ablehnungsserie» nicht getan – ist es seine Pflicht, im Einzelfall zu prüfen, ob die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit auch tatsächlich nicht erfüllt sind. Diese Prüfung kann wie bereits erwähnt nur anhand medizinischer Berichte erfolgen, und solche lagen dem Versicherer X bei den jeweiligen erstmaligen Ablehnungsschreiben gar nicht vor. Im vorliegenden Fall verlangte der Versicherer X mangels Vorliegens der Kriterien von WZW am 19. Juni 2024 die Rückerstattung bereits übernommener Leistungen, verfügte jedoch erstmals anfangs August 2024 über einen medizinischen Bericht, nachdem die Versicherte dem Versicherer einen solchen unaufgefordert hatte zukommen lassen.

Wie die Ombudsstelle in Erfahrung bringen konnte, sind es Kosteneinsparungsgründe, die den Versicherer X dazu bewogen haben, Leistungen für alternativmedizinische Behandlungen nach dem Bezug einer gewissen Anzahl Sitzungen fast standardmässig abzulehnen. Versicherte der Krankenkasse X müssen zudem auch im Jahr 2025 damit rechnen, dass Leistungen nur noch in beschränktem Umfang übernommen werden.

Bei allem Verständnis für Massnahmen zur Kosteneinsparung ist die Ombudsstelle der Ansicht, dass das vom Versicherer X gewählte Vorgehen, ab Sommer 2024 «flächendeckend» und anfänglich ohne Prüfung der Kriterien von WZW Leistungen für alternativmedizinische Behandlungen nicht mehr zu übernehmen, nicht angemessen ist. Versicherte mussten das vom Versicherer am 25. Juni 2024 versandte Schreiben generellen Inhalts auch nicht so verstehen, dass Leistungen retroaktiv bzw. ab 25. Juni 2024 nicht mehr übernommen würden.

Versicherten, welche sich am obgenannten Vorgehen des Versicherers X störten, konnte die Ombudsstelle insbesondere den Hinweis geben, dem Versicherer X einen Bericht eines Arztes einzureichen, falls dies noch nicht erfolgt sei. Weiter wies sie darauf hin, dass ein Wechsel des Zusatzversicherers bei Versicherten mit gesundheitlichen Vorerkrankungen und älteren Personen praktisch unmöglich sei. Es verbliebe Versicherten, die mit den Leistungen der Zusatzversicherung nicht mehr zufrieden seien, somit nur die Möglichkeit, das bisherige Produkt beizubehalten oder dieses im Wissen darum, wohl bei keinem anderen Anbieter eine Zusatzversicherung abzuschliessen zu können, zu kündigen. Schliesslich informierte die Ombudsstelle über die Möglichkeit, Leistungen auf dem Gerichtsweg einzuklagen. Sie wies jedoch darauf hin, dass eine WZW-Prüfung der medizinischen Berichte einen gewissen Ermessensspielraum beinhalte und damit auch ein Prozessrisiko einhergehe. Zudem habe selbst ein gutheissendes Gerichtsurteil keine Wirkung für die Zukunft, da sich der Gesundheitszustand und damit auch die Beurteilung von WZW verändern könne. Letztere sei nämlich immer wieder neu zu prüfen; relevant sei der Zeitpunkt des Entscheides über die Kostenübernahme.

4.3 Leistungskoordination in der Zusatzversicherung

Im Gegensatz zur Grundversicherung, wo Doppel- bzw. Mehrfachversicherungen untersagt sind, sind solche im Bereich der Zusatzversicherung zulässig. Den meisten Anfragen, welche die Ombudsstelle erreichen, liegt der Sachverhalt zugrunde, dass Versicherte unerwünscht zu Zusatzversicherungen gekommen sind und sich dieser entledigen möchten. Es gibt jedoch Fälle, in welchen Versicherte bewusst eine Doppelversicherung abschliessen, um in den Genuss einer höheren oder vollständigen Kostenübernahme zu kommen. Dies kann z.B. bei Produkten sinnvoll sein, die Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen bei Kindern bzw. Jugendlichen abdecken, da in den Zusatzversicherungsprodukten nie 100 % der kieferorthopädischen Behandlungskosten versichert sind. Allerdings ist es dabei nicht zulässig, mehr als die effektiven Kosten entschädigt zu erhalten (sofern die Versicherung als Schadenversicherung ausgestaltet ist, was bei Krankenzusatzversicherungen in aller Regel der Fall ist), wie das nachfolgende Beispiel zeigt.

Fall 12 Ersatzpflicht bei Mehrfachversicherung

Ein Vater wandte sich an die Ombudsstelle und machte geltend, ihm sei im Zusammenhang mit Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen seines Sohnes vom Versicherer X mitgeteilt worden, dass er demnächst eine Rückforderung in Höhe von CHF 920.75 erhalten werde. Er fragte, ob diese Rückforderung berechtigt sei.

Der Sohn ist sowohl beim Versicherer X (mit einer Kostenübernahme von 75 %, max. CHF 3 000 pro Kalenderjahr) sowie beim Versicherer Y (mit einer Kostenübernahme von 50 %, maximal CHF 12 000 pro Kalenderjahr) für kieferorthopädische Behandlungen versichert. Der Vater hatte beide Versicherer über die bestehende Doppelversicherung informiert. An die vom Vater eingereichte Rechnung in Höhe von CHF 3 683 bezahlten (vorerst) beide Versicherer die von ihnen geschuldeten Leistungen. Der Versicherer X übernahm CHF 2 762.25 (75 % von CHF 3 683), der Versicherer Y CHF 1 841.50 (50 % von CHF 3 683). Der Vater erhielt gesamthaft somit einen Betrag von CHF 4 603.75 ausbezahlt und damit 920.75 mehr als den Rechnungsbetrag.

Die Ombudsstelle erläuterte dem Vater die Rechtslage betreffend die Ersatzpflicht bei einer Doppelversicherung (Schadenversicherung) und bestätigte das Recht auf eine Rückforderung beider Versicherer.

Gemäss Art. 46c Abs. 1 VVG haftet bei einer Mehrfachversicherung jedes Versicherungsunternehmen für den Schaden in dem Verhältnis, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht. Mit dieser Bestimmung zur anteilmässigen Leistungsübernahme soll verhindert werden, dass der Versicherte von jedem Versicherer den ungekürzten Betrag erhält, falls er diesfalls im Ergebnis mehr als die effektiven Auslagen erzielt.

Da der Versicherer X im Schreiben an den Vater darauf hinwies, dass mit dem Versicherer Y eine interne Abmachung über die Aufteilung der Kosten bestehe, konnte die Ombudsstelle dem Vater mitteilen, die Rückforderung des Versicherers X sei korrekt, da er intern direkt mit dem Versicherer Y die Kostenaufteilung vornehmen werde.

Tipp: Die Ombudsstelle rät Versicherten, nach dem Abschluss einer weiteren Zusatzversicherung, die zu einer gewollten Doppelversicherung führt, umgehend beide Versicherer über das Bestehen einer doppelten Deckung zu informieren. Eine solche Anzeigepflicht ergibt sich aus Art. 46b Abs. 1 VVG. Gemäss Art. 46b Abs. 3 VVG sind die Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nämlich nicht an den Vertrag gebunden, falls dieser die Anzeige absichtlich unterlassen oder die Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen hat, sich daraus einen rechtswidrigen Vorteil zu verschaffen.

4.4 Globalbudget

Im Bereich der Grundversicherung kann ein Kanton als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzen (Art. 51 KVG). Ein sogenanntes Globalbudget besteht somit darin, dass der

Kanton im Voraus für das kommende Jahr oder die kommenden Jahre festlegt, wie viel Mittel für den Betrieb der Spitäler oder Pflegeheime insgesamt zur Verfügung stehen. Das Gesamtvolumen wird auf die verschiedenen Leistungserbringer aufgeteilt, welche so zu wirtschaften haben, dass sie mit den ihnen zugesprochenen Budgets auskommen (Eugster, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, N 1030). Von einem Globalbudget haben bisher die Kantone Tessin, Waadt und Genf Gebrauch gemacht. Gemäss Art. 51 Abs. 1 KVG, 2. Satz bleibt die Kostenaufteilung nach Art. 49a KVG vorbehalten (d.h. der Kanton beteiligt sich an den Kosten des stationären Aufenthaltes zu mindestens 55 %, der Krankenversicherer zu maximal 45 %).

Der nachfolgende Fall zeigt, wie sich die Nichtübernahme des Kantonsanteils infolge Erschöpfung des Globalbudgets eines Spitals im Kanton Genf zulasten der Zusatzversicherung auswirkte, aus Sicht der Ombudsstelle in fragwürdiger Weise.

Fall 13 Ungedeckter Kantonsanteil zulasten des Zusatzversicherers?

Ein Versicherter mit Wohnsitz im Kanton Genf ist bei der Krankenkasse X grundversichert und bei der Krankenkasse Y Zusatzversichert, mit einer Spitalversicherung Halbprivat. Bei stationären Behandlungen auf der halbprivaten Abteilung muss der Versicherte gemäss den anwendbaren Versicherungsbedingungen eine Kostenbeteiligung von 20 %, maximal CHF 4 000 tragen. Im Spätherbst 2023 unterzog sich der Versicherte in einer Genfer Privatklinik einer Operation. Ursprünglich war geplant, diese ambulant durchzuführen. Infolge von Komplikationen musste der Versicherte jedoch über Nacht im Spital bleiben (halbprivate Abteilung). Die Genfer Privatklinik war für die vorgenommene Operation auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt. Der Grundversicherer übernahm den Anteil der Krankenkasse in Höhe von 45 %. Der Kanton Genf seinerseits verweigerte die Übernahme des Anteils von 55 % infolge Erschöpfung des Globalbudgets.

Den nicht gedeckten Kantonsanteil von 55 % in Höhe von CHF 17 338.50 sowie die Zusatzkosten für die halbprivate Abteilung stellte das Spital dem Zusatzversicherer Y in Rechnung. Dieser vergütete dem Spital die in Rechnung gestellten Beträge und forderte vom Versicherten die volle Kostenbeteiligung von CHF 4 000 ein. 20 % der Kosten für die halbprivate Abteilung beliefen sich auf CHF 2 131.70. Der restlichen Kostenbeteiligung bis zum Maximalbetrag von CHF 4 000 (CHF 1 868.30) lag der ungedeckte Kantonsanteil zugrunde.

Der Versicherte gelangte an die Ombudsstelle und erkundigte sich, ob es zulässig sei, dass sein Zusatzversicherer auch die Kostenbeteiligung von CHF 1 868.30 in Rechnung stelle. Die Ombudsstelle intervenierte in der Folge beim Versicherer Y und bat diesen, von der Belastung des Betrages von CHF 1 868.30 abzusehen, da dieser auf der Basis des Kantonsanteils des Kantons Genf von CHF 17 338.50 berechnet worden sei. Gemäss Lehre dürften Spitäler eine ausfallende Vergütung bei Überschreiten des Globalbudgets nicht den Versicherten oder einer allfälligen Zusatzversicherung überwälzen (Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz und Krankenver-

sicherungsaufsichtsgesetz, Egli / Waldner, Art. 51 N 51). Das Spital hätte somit den Ausfall des Kantonsanteils selbst tragen müssen.

Der Versicherer Y antwortete der Ombudsstelle, im Kanton Genf existierten Globalbudgets gemäss Art. 58f Abs. 6 lit. a KVV. Das Spital sei im vorliegenden Fall davon ausgegangen, dass das Budget für die beim Versicherten vorgenommene Operation bereits ausgeschöpft gewesen sei. Deshalb habe er von einem Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung profitieren können. Hätte der Versicherte nur in der allgemeinen Abteilung behandelt werden wollen, hätte er ein Spital aufsuchen müssen, bei welchem das Globalbudget noch nicht erreicht gewesen wäre. Der Versicherer betrachte Spitäler in Situationen wie der vorliegenden als Vertragsspitäler. Wenn der Versicherte nicht einverstanden sei mit der Kostenabrechnung des Versicherers, müsse er sich entweder an den Kanton Genf oder an das fragliche Spital wenden. Ausserdem verwies der Versicherer auf die Website des Kantons Genf ([Hospitalisation dans le canton de Genève | ge.ch](https://www.ge.ch/hospitalisation)). Dieser könne entnommen werden, dass die Kosten für Spitalaufenthalte von Grundversicherten in einer Privatklinik übernommen würden, sofern letztere für bestimmte Leistungsaufträge auf der Spitalliste aufgeführt sei und die Quote noch nicht ausgeschöpft sei. Darüber hinaus würde ein Teil oder sogar sämtliche Kosten zulasten des Patienten gehen. Um solche Kosten zu vermeiden, empfehle man Versicherten ohne Zusatzversicherung, das Universitätsspital HUG oder ein Privatspital, welches die Quote noch nicht ausgeschöpft habe, aufzusuchen. Zu der von der Ombudsstelle gestützt auf den Basler Kommentar vorgebrachten Rechtsauffassung nahm der Versicherer nicht Stellung. Der Ombudsstelle blieb daher nichts anderes übrig, als dem Versicherten mitzuteilen, dass die Intervention beim Versicherer erfolglos geblieben sei.

Für die Ombudsstelle Krankenversicherung gehen die Argumente des Zusatzversicherers jedoch an der relevanten Fragestellung vorbei. Aus ihrer Sicht darf ein ungedeckter Kantonsanteil nicht über die Zusatzversicherung abgerechnet werden, denn damit wird das Versichertenkollektiv der Zusatzversicherung mit Kosten aus der Grundversicherung belastet – in diesem Fall mit einem Betrag von CHF 17 338.50.

5 | Taggeldversicherung

5.1 Taggeldversicherung nach KVG und VVG

Krankentaggeldversicherungen, die in der Schweiz nicht obligatorisch sind, können nach zwei verschiedenen Gesetzen abgeschlossen werden, entweder nach dem KVG oder dem VVG. Eine KVG-Taggeldversicherung nach Art. 67ff. KVG stellt ein öffentlich-rechtliches Versicherungsverhältnis dar, eine Taggeldversicherung nach dem VVG ein privatrechtliches Vertragsverhältnis. Wegen seiner geringeren Flexibilität nimmt die Bedeutung der KVG-Taggeldversicherung immer mehr ab, und auch die Ombudsstelle Krankenversicherung hat viel häufiger Fragen zu VVG- als zu KVG-Taggeldversicherungen. Der nachfolgende Fall betraf Leistungen aus einer KVG-Taggeldversicherung.

Fall 14 KVG-Taggeldversicherung: Leistungen nach Ende des Arbeitsvertrages

Eine Versicherte war seit 15. November 2022 bei der Firma A. in einem 100 %-Pensum angestellt und über ihren Arbeitgeber beim Versicherer X in einem Kollektiv-Vertrag nach KVG taggeldversichert, der ab einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % Leistungen vorsah. Ab 6. März 2023 war die Versicherte im Umfang von 40 % arbeitsunfähig und erhielt (via ihren Arbeitgeber) Taggelder. Das Arbeitsverhältnis bei der Firma A. endete per 29. Februar 2024. Ab 1. März 2024 arbeitete die Versicherte bei der Firma B. Aufgrund der nach wie vor bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 40 % war sie jedoch nur in einem 60 %-Pensum angestellt. Bei der Firma B. war die Versicherte bei Versicherer Y für Lohnausfall infolge Krankheit wiederum in einem Kollektiv-Vertrag nach KVG taggeldversichert, für ein Pensum von 60 %. Der behandelnde Psychiater bescheinigte bis zum 30. Juni 2024 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %.

Mit E-Mail vom 20. Februar 2024 informierte der Versicherer X die Versicherte, sie könne in die Einzelversicherung übertreten, was diese in der Folge tat. Mit Schreiben vom 25. März 2024 teilte ihr der Versicherer X mit, dass sie aufgrund ihres Arbeitsunfähigkeitsgrades von 40 % keinen Anspruch auf Leistungen aus der KVG-Einzeltaggeldversicherung habe. Als Begründung verwies er auf Art. 72 Abs. 2 KVG, gemäss welchem der Taggeldanspruch nur dann entstehe, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig sei. Auch in Art. 8 Abs. 2 seines Taggeld-Reglements sei dies so vorgesehen. Die Versicherte gelangte an den Versicherer X und machte geltend, die Einzeltaggeldversicherung bringe so nichts und bat um deren Aufhebung. Gleichzeitig wandte sie sich auch an die Ombudsstelle mit der Frage, ob der Entscheid des Versicherers X korrekt sei, ab 1. März 2024 kein KVG-Taggeld aus der Einzelversicherung mehr auszurichten.

Die Ombudsstelle intervenierte beim Versicherer X und machte geltend, mangels Nachleistung in der KVG-Kollektivtaggeldversicherung müsse die versicherte Person

nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses in die Einzeltaggeldversicherung übertreten. Aus ihrer Sicht sei es nicht zulässig, Taggelder ab 1. März 2024 zu verweigern. In der juristischen Literatur (Eugster, Vergleich der Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG, S. 74 in: Krankentaggeldversicherung: arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, 2007) gewährleiste das KVG bei Ausscheiden aus einem Kollektivvertrag eine nahtlose Fortsetzung des bisherigen Versicherungsschutzes und die Deckung für bereits eingetretene Versicherungsfälle. Es widerspräche der Natur einer Taggeldversicherung nach KVG, wenn eine Versicherte, die in einem Kollektivtaggeldvertrag nach KVG Leistungen erhalten habe, bei nach wie vor ausgewiesener Arbeitsunfähigkeit in gleichem Umfang aufgrund einer Reglementsbestimmung, die für die Einzelversicherung einen höheren Arbeitsunfähigkeitsgrad als in der Kollektivversicherung vorsehe, keine Leistungen mehr erhalte.

Der Versicherer blieb bei seinem Standpunkt, dass keine Leistungen geschuldet seien. Der Ombudsstelle blieb deshalb nichts anderes übrig, als die Versicherte – unter Festhaltung am Vertrag – auf den Rechtsweg zu verweisen.

