

Ombudsman
Krankenversicherung

Tätigkeitsbericht
2010

Stiftung Ombudsstelle Krankenversicherung

Stiftungsrat

Rudolf Gilli	Zumhofhalde 38, 6010 Kriens, Präsident
Paul Zbinden	RA, Dr. iur., alt Nationalrat, Rte. Cité-Bellevue 6, 1700 Fribourg, Vizepräsident
Christoffel Brändli	mag. oec. HSG, Ständerat, Auwaldweg 7, 7302 Landquart
Mariantonia D'Andrea Jäger	Dr. med. Psychiatrie und Psychotherapie, Wagnerstrasse 5, 3007 Bern
Christiane Langenberger	alt Ständerätin, Rue de l'Eglise, 1122 Romanel-sur-Morges
Fabiola Monigatti	lic. iur. LLM, Via da Melga 62c, 7742 Poschiavo
Markus Moser	Dr. iur., Bruggbühlstrasse 30a, 3172 Niederwangen

Geschäftsstelle

Rudolf Luginbühl	Fürsprecher, Ombudsman
Morena Hostettler Socha	lic. iur., Rechtsanwältin, Rechtsdienst deutsche Schweiz und Tessin
Isabelle Gottraux	lic. iur., Rechtsdienst französische Schweiz
Urs Eigensatz	Dipl. Krankenversicherungsexperte
Charles Lorétan	Dipl. Krankenversicherungsexperte
Hans-Thomas Scherrer	lic. iur., Sekretär der Ombudsstelle

**Ombudsman der sozialen Krankenversicherung,
Morgartenstrasse 9, 6003 Luzern**

Telefone (Auskunftsdienst jeweils 09.00–11.30)

Deutsch	041 226 10 10
Französisch	041 226 10 11
Italienisch	041 226 10 12
Telefax	041 226 10 13

Mail: info@om-kv.ch
Website: www.ombudsman-kv.ch (mit Kontaktformular)

Inhaltsverzeichnis

1	Geschäftsstelle	4
2	Stiftungsrat	4
3	Zahlen	4
4	Erledigungsgrundsätze	6
5	Kündigung, Abschluss, Kassenwechsel	9
6	Krankenpflegeleistungen Grundversicherung	14
7	Taggeldleistungen	17
8	Krankentaggeldversicherung	18
9	Prämienzahlung	19
10	Besonderheiten	20
11	Ausblick	22

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Jahresbericht nur die männliche Form verwendet.

1 Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle in Luzern wurde auch im Jahr 2010 vom Ombudsman Rudolf Luginbühl geleitet. Er verfügt über zwei juristische Mitarbeiterinnen (Isabelle Gottraux und Morena Hostettler Socha), zwei Krankenversicherungsexperten (Urs Eigensatz und Charles Lorétan) und den Sekretär (den Juristen Hans-Thomas Scherrer). Die Zunahme der Fallzahlen im Jahr 2009 machte die Aufstockung des Personalbestandes von 4,5 auf 5,3 Stellen notwendig, wobei durch die Anstellung eines zweiten Leistungsspezialisten französischer Muttersprache dem Gewicht der Romandie besonders Rechnung getragen wurde. Doch steht das Team durch eine erneute deutliche Fallzunahme im Berichtsjahr immer noch unter grossem Druck.

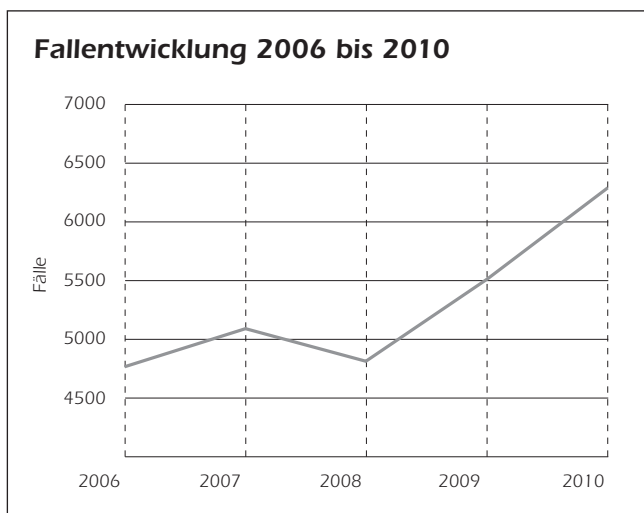
2 Stiftungsrat

Der Stiftungsrat tagte im Berichtsjahr zwei Mal zu ordentlichen Sitzungen, am 14. April und am 3. November. Ausserordentliche Geschäfte lagen nicht vor.

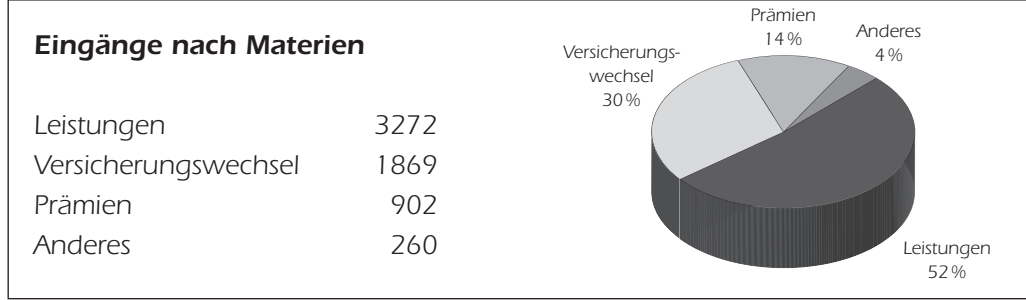
3 Zahlen

Im Berichtsjahr sind beim Ombudsman 6303 Fälle eingegangen (2009: 5523, 2008: 4815). Damit liegt die Zahl der bearbeiteten Fälle erneut deutlich höher als in den Vorjahren. Der Grund liegt in der starken Prämienhöhung auf Ende 2010, der immer noch starken Präsenz der Krankenversicherung in öffentlichen Diskussionen, aber auch in der restriktiveren Leistungspolitik der Versicherer selber.

Eingänge nach Materien

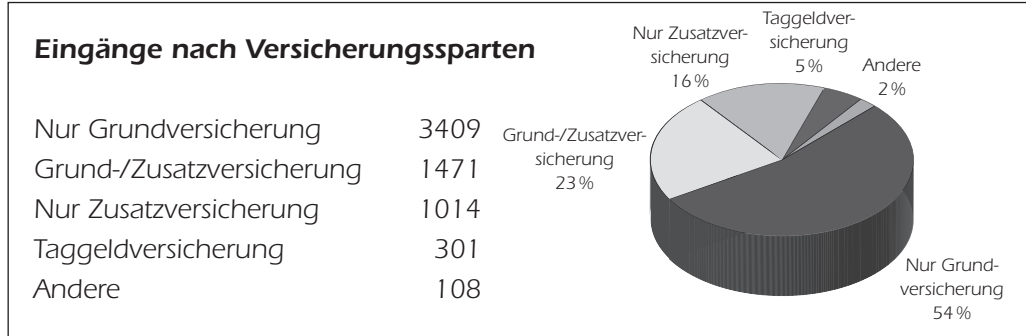


Die Aufteilung nach Materien zeigt 3272 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2009: 2897), 1869 im Bereiche Abschluss oder Wechsel der Versicherung (2009: 1627) und 902 mit dem Thema Prämien (2009: 678). Die übrigen 260 Fälle betrafen Fragestellungen allgemeiner Art (2009: 321). Ausser einer prozentualen Zunahme der die Prämien betreffenden Anfragen bleibt die Verteilung der Anfragen gleich wie im Vorjahr. Diese Zunahme der die Prämien betreffenden Anfragen deckt sich mit der Tatsache, dass Sorge Nummer 1 der Schweizer Bevölkerung gemäss einer alljährlich durchgeführten Umfrage die Höhe der Krankenkassenprämien ist.



Eingänge nach Versicherungssparten

3409 Fälle betrafen nur die Grundversicherung (2009: 2821). 1014 Fälle nur die Zusatzversicherung (2009: 820). 1471 Fälle beide Versicherungssparten gemeinsam (2009: 1300). Die Taggeldversicherung war in 301 Fällen angesprochen (2009: 261).



Im Bereich der Grundversicherung haben die Anfragen erneut am stärksten zugenommen. Die Gründe liegen in der Prämienhöhung und in der verschärften Leistungspraxis.

Eingänge nach Sprachen

4919 Eingänge entfielen auf Deutsch (2009: 4453), 1082 auf Französisch (2009: 909) und 180 auf Italienisch (2009: 139). Andere Sprachen 122 (2009: 22)



Die Gewichte haben sich nicht grundlegend verschoben. Zugenommen haben allerdings Anfragen, die nicht in einer Landessprache erfolgen.

Entwicklung der Eingänge

Die Ombudsstelle verzeichnet wiederum eine deutliche Zunahme der Anfragen. Sie beträgt in den beiden letzten Jahren zusammen um die 30%. Ein Teil der Zunahme konnte durch einen Stellenausbau aufgefangen werden, doch drängen sich weitere Massnahmen auf, sollte die Zunahme weitergehen. Entsprechend ist auch die Zahl der Ende Jahr noch pendenten Dossiers von 278 (2009) auf 527 angestiegen. Gemeint sind Dossiers, die zwar in Arbeit sind, aber noch nicht abgeschlossen werden konnten. Dazu trägt auch der Arbeitsdruck bei den Versicherungen bei, die auf Anfrage der Ombudsstelle antworten müssen.

Die Gründe für die Fallzunahme im Berichtsjahr sind die gleichen wie bereits im Vorjahr: Starke Prämien erhöhungen, verunglückte Kassenwechsel, verstärkte Leistungskontrolle und restriktivere Leistungs politik der Versicherer. Dazu kommen im Berichtsjahr bei einzelnen Versicherern spürbare Abrechnungsverzögerungen.

4 Erledigungsgrundsätze

Wie in früheren Jahresberichten wird die Aufgabe und Tätigkeit des Ombudsmann dargestellt, um seine Rolle und seine Möglichkeiten einer breiteren Bevölkerung bekannt zu machen. Diese Wiederholung drängt sich auf, da sich immer öfter auch Personen mit Anliegen an den Ombudsmann wenden, denen dieser nicht nachkommen kann. Deshalb werden diese Situationen vorweg behandelt.

Wann kann der Ombudsmann nicht helfen?

Nicht zuständig ist der Ombudsmann in folgenden Bereichen:

- Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und ihren Patienten (Behandlungsfragen, Haftpflichtfragen). Hier muss er die Versicherten an eine Patientenorganisation oder einen spezialisierten Anwalt verweisen.
- Differenzen zwischen Amtsstellen und Bürgern (beispielsweise im Bereich der Prämienverbilligung). Je nach Kanton existieren kantonale Ombudsstellen.
- Zwischen einzelnen Amtsstellen (beispielsweise Sozialdiensten, die sich über die Aufteilung von zu bezahlenden Prämienausständen nicht einig werden).
- Für die Überprüfung von behördlich genehmigten Grund- oder Zusatzversicherungsprämien. Die Krankenversicherer dürfen nur genehmigte und damit verbindliche Prämien anwenden, deren Berechnung der Ombudsmann nicht hinterfragen kann. Er kann nur intervenieren, wenn jemand innerhalb eines bewilligten Tarifs falsch eingestuft wird.
- Das Fehlverhalten von nicht qualifizierten, ungebundenen Versicherungsvermittlern, für das der Versicherer selber nicht einstehen muss. Auf diesen Punkt wird weiter unten im Detail eingegangen.

Angesichts der steigenden Fallzahlen beschränkt sich die Ombudsstelle in solchen Fällen auf kurze Auskünfte und Hinweise.

Viele Versicherte möchten Hilfe bei der Auswahl ihrer Krankenkasse. Eine solche Hilfe erhalten sie vom Ombudsmann in dieser Form nicht. Er gibt gerne Auskunft über die Vor- und Nachteile bestimmter Versicherungssysteme (z.B. Jahresfranchise, Hausarztmodelle, spezielle Zusatzversicherungsprodukte etc.) und hilft damit den Versicherten, ihre Entscheidungen selbst zu treffen. Er äussert sich jedoch nicht wertend über die einzelnen Krankenversicherer oder deren Versicherungsprodukte.

Steigen die Fälle weiter an, wird der Ombudsmann im Jahr 2011 auch für die übrigen Fälle verschärfte Kriterien anwenden müssen. Ziel soll jedoch bleiben, dass unvertretene Versicherte sich ohne grosse administrative Hürden an die Ombudsstelle wenden können. Für solche Fälle steht insbesondere auch ein Kontaktformular im Internet zur Verfügung.

Und falls der Versicherte eine Rechtsschutzversicherung hat?

Die Ombudsstelle wird dann nicht tätig, wenn Versicherte Ansprüche gegenüber einer Rechtsschutzversicherung haben oder bereits durch einen Anwalt vertreten sind. Leider kommt es immer häufiger vor, dass Rechtsschutzversicherungen, statt die

versicherte Leistung (Rechtsberatung und anwaltliche Vertretung) zu erbringen, die Versicherten direkt an die Ombudsstelle verweisen, damit diese ihnen unentgeltlich hilft. Diese Versicherten haben somit bei ihrer Rechtsschutzversicherung für eine Leistung Prämien bezahlt, die sie nun nicht erhalten. Zuständig für Streitigkeiten mit Rechtsschutzversicherungen ist die Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva, der praktisch alle Rechtsschutzversicherungen angeschlossen sind. Heikel wird es auch, wenn die Rechtsschutzversicherung den Fall als aussichtslos ablehnt, der Ombudsman jedoch beim Krankenversicherer erfolgreich vermitteln kann.

Wann kann der Ombudsman beigezogen werden?

Der Ombudsman will durch rechtzeitige Vermittlung dazu beitragen, die Zahl der Prozesse zu verringern. Versicherte, die Probleme haben, sollten sich also möglichst früh an den Ombudsman wenden. Er erhält damit die Möglichkeit, auf den Versicherer einzuwirken, bevor sich dieser mit einer einsprachefähigen Verfügung festlegt. Wird ihm die Sache erst nach Erlass einer solchen formellen Kassenverfügung vorgelegt, macht der Ombudsman den Gesuchsteller darauf aufmerksam, dass seine Eingabe den Lauf der Einsprachefrist nicht unterbricht. In diesem Stadium des Verfahrens interveniert er beim Krankenversicherer nur noch in seltenen Ausnahmefällen, beispielsweise wenn eine offensichtliche Rechtsverzögerung vorliegt und ein unvertreter Versicherter monatelang auf einen Einspracheentscheid warten muss.

Wer kann die Dienste der Ombudsstelle in Anspruch nehmen und wie ist dabei vorzugehen?

In erster Linie wenden sich die Versicherten selbst an die Ombudsstelle. Sie tun dies meist telefonisch oder per Post, in zunehmendem Masse aber auch über Mail. Dieses Medium ermöglicht zwar eine rasche Kontaktaufnahme, ist aber für medizinische Daten nicht geeignet. Es führt auch dazu, dass viele Anfragen schlecht dokumentiert erfolgen und zu Rückfragen führen. Die Website der Ombudsstelle (www.ombudsman-kv.ch) enthält ein Kontaktformular und entsprechende Hinweise zur Datensicherheit.

Leider erhält die Ombudsstelle immer mehr Unterlagen ohne konkrete Fragestellung oder Problemschilderung. Dies ist nicht nur bei Anfragen per Mail der Fall. Der Ombudsman will keine bürokratische Hürden aufbauen, muss aber auf einer genügenden Dokumentation bestehen, um die Fälle richtig einschätzen zu können. Dies ist auch im Interesse der anfragenden Personen.

Die Ombudsstelle wird nicht nur von Versicherten, sondern auch von Leistungserbringern und Sozialdiensten angerufen, die sich für ihre Patienten und Klienten verwenden, welche Probleme mit Krankenversicherern haben. Nur wenn die Patienten oder Klienten dies ausdrücklich wünschen, tritt der Ombudsman auch auf solche Anfragen ein. Es ist nicht die Aufgabe der Ombudsstelle, anderen Organisationen die Arbeit abzunehmen oder sich in tarifpolitische Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern einzumischen. Dafür gibt es andere Schlichtungsmöglichkeiten. Gegenüber Anfragen von Versicherten, die von Sozialdiensten betreut werden, reagiert die Ombudsstelle zurückhaltend und beschränkt sich auf Rechtsauskünfte. Von Interventionen sieht sie meist ab, da sie nicht die Aufgaben staatlicher Stellen übernehmen kann.

Welches sind die Themen, mit denen sich der Ombudsman befasst?

Der Ombudsman setzt sich bei Problemen aus der Grund- und der Zusatzversicherung ein, solange ein Krankenversicherer oder eine Partnergesellschaft eines Krankenversicherers betroffen ist. Ein Ombudsman, der sich lediglich auf die Grundversicherung beschränkt, wäre nicht sinnvoll. Sobald ein Versicherter auch über eine Zusatzversicherungsdeckung verfügt, sind in sehr vielen Schadenfällen Leistungen

aus beiden Sparten gleichzeitig geschuldet. Die Ombudsstelle der Krankenversicherung ist deshalb auch zuständig für Zusatzversicherungen (einschliesslich Taggeldversicherungen nach KVG und VVG) von vom Bund anerkannten Krankenkassen, von Versicherungskonzernen mit Schwerpunkt Krankenversicherung oder von Zusatzversicherern, die aus anerkannten Krankenkassen hervorgegangen sind.

Aus diesem Grund beruht die Abgrenzung der Tätigkeiten gegenüber der Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva nicht auf gesetzlichen Grundlagen, sondern auf Absprachen unter den beiden Trägerschaften und trägt dem Interesse der Versicherten und der Versicherer nach Klarheit und Praktikabilität Rechnung. Über die Websites der beiden Institutionen lassen sich die Zuständigkeiten leicht feststellen. Beide führen Versicherungen namentlich auf. Die guten Kontakte zwischen den beiden Ombudsstellen ermöglichen eine problemlose Zusammenarbeit zum Vorteil der Hilfe suchenden Personen.

Die Ombudsstelle der Krankenversicherung befasst sich nicht mit Versicherungszweigen, die nichts mit der Krankenversicherung zu tun haben, selbst wenn diese durch eine Krankenversicherung vermittelt bzw. verkauft werden und auf der gleichen Versicherungspolice aufgeführt sind. Als Beispiele seien Haushalt-, Haftpflicht- oder Lebensversicherungen erwähnt. Hier ist in den meisten Fällen die Ombudsstelle der Privatversicherung die Ansprechpartnerin. Leider gibt es auch Versicherungsgesellschaften, für die keine Ombudsstelle zuständig ist, da sie nicht Mitglieder der entsprechenden Verbände sind bzw. vom Ausland aus operieren. Im Vordergrund stehen ausländische Versicherungen für Studierende, die von einzelnen Universitäten empfohlen werden, deren Leistungskatalog aber selten mit demjenigen des KVG übereinstimmt. Diesen Studierenden wäre besser gedient, wenn sie der Sozialversicherung unterstellt würden und damit grundsätzlich auch Anspruch auf Prämienverbilligung hätten.

Was können die Versicherten vom Ombudsman und seinem Team erwarten?

Versicherte erhalten eine Einschätzung ihrer Probleme und eine Hilfestellung, wenn sie mit ihrem Krankenversicherer nicht mehr zu Rande kommen. Ihre Fragen werden detailliert geprüft. Gegebenenfalls wird direkt beim Krankenversicherer interveniert. Die Interventionen erfolgen in der überwiegenden Mehrzahl schriftlich und führen zu schriftlichen Stellungnahmen. Ist die Sache dringend, werden die Versicherer auch telefonisch kontaktiert. Der Ombudsman verfügt bei jedem Krankenversicherer über Personen, die seine Anfragen direkt entgegennehmen, intern prüfen und beantworten. Stellt der Ombudsman fest, dass der anfragende Kunde selber einem Irrtum unterliegt, also in seiner Einschätzung falsch liegt, erläutert er ihm die gesetzlichen und die vertraglichen Bestimmungen. Er erklärt das Versicherungssystem und gibt Verhaltenstipps zur Vermeidung weiterer Missverständnisse ab.

Kann der Ombudsman die Geschäftspolitik der Krankenversicherer beeinflussen?

Die Tätigkeit des Ombudsman erfolgt bezogen auf den Einzelfall und gestützt auf geltendes Recht. Er ist keine Aufsichtsbehörde für die Krankenversicherer und kann diesen weder generell noch im Einzelfall Anweisungen erteilen. Seine Aufgabe ist die Vermittlung, die das grundsätzliche Vertrauen des Kunden wie des Krankenversicherers voraussetzt. Deshalb gibt er keine Werturteile über Institutionen der Krankenversicherung ab.

Das Reglement berechtigt den Ombudsman dazu, den Dachverband der Krankenversicherer (santésuisse) oder sogar die Öffentlichkeit zu informieren, wenn sich in

einem Sachbereich die Klagen der Versicherten häufen. Primär wendet er sich jedoch an den betroffenen Krankenversicherer und regt direkt Verbesserungen an. Damit dient er der Qualitätssicherung in der Branche und kann so in Teilbereichen tatsächlich Einfluss auf die Geschäftspolitik der Krankenversicherer nehmen.

In mehreren Fällen hat der Ombudsman im Berichtsjahr mit Geschäftsleitungen von Krankenversicherungen Kontakt aufgenommen, z.B. auf eine Häufung von Problemen hingewiesen. In der Regel begrüssen die Versicherer solche Interventionen und sind meist auch bereit, Hand zu unbürokratischen Problemlösungen zu bieten. So konnte der Ombudsman erreichen, dass ein Versicherer, der mit massiven Abrechnungsverzögerungen zu kämpfen hatte, gewisse Fälle ausserhalb der Reihe erledigte und Versicherte nicht die Bank spielen mussten.

Ist der Ombudsman eine Auskunftsstelle?

Gemäss der Stiftungsurkunde und dem dazu gehörenden Reglement bezweckt die Ombudsstelle, Missverständnisse zwischen Versicherten und Kassen durch Beratung sowie Information zu beheben und bei Meinungsverschiedenheiten mit dem Versicherer zu vermitteln. Die Öffentlichkeit erwartet heute neben der eigentlichen Vermittlung vermehrt die Erteilung von Auskünften und Einschätzungen. Die Ombudsstelle erteilt Auskünfte nur mit Zurückhaltung und befasst sich primär dann mit einem Fall, wenn der Versicherte alle Unterlagen zur Verfügung stellt. Einschätzungen zu Prozessaussichten und Ratschläge zum weiteren Vorgehen in einem laufenden Verfahren gibt sie nicht ab.

Die folgenden Kapitel zeigen einige Anfragen, die im Berichtsjahr an die Ombudsstelle gerichtet wurden. Es handelt sich um eine Auswahl, die keineswegs Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

5 Kündigung, Abschluss, Kassenwechsel

Ähnlich wie im letzten Jahr ist der grosse Prämienaufschlag in der Grundversicherung und bei einzelnen Zusatzversicherungen für den Fallanstieg bei der Ombudsstelle mitverantwortlich. Viele Versicherte wollten vom Ombudsman wissen, ob konkrete Aufschläge überhaupt begründet werden können und ob diese legal seien. Einmal mehr war dabei die unglückliche Nennung von Durchschnittszahlen durch die Bundesbehörden der Auslöser. Regelmässig musste die Ombudsstelle betonen, dass behördlich genehmigte Prämien, genau gleich wie beispielsweise Tarife im öffentlichen Verkehr, verbindlich sind. Soweit es ihr möglich war, hat sie allerdings den Versicherten die Gründe für die Prämienerrhöhung dargelegt und damit Begründungen geliefert, die einzelne Versicherer den Versicherten schuldig geblieben sind. Dazu gehören beispielsweise altersbedingte Prämien sprünge in der Zusatzversicherung, geänderte Rabattsätze in der Grundversicherung, Rabattverluste durch Mutationen etc. Einzelne Versicherer haben erkannt, dass der Ombudsman ihren Versicherten helfen kann, wenn sie ihm gewisse Hintergründe zur Prämiengestaltung nicht vorenthalten. Andere wiederum haben sich diesbezüglich zurückhaltender verhalten. Wenig Verständnis hat der Ombudsman dafür, wenn ein Versicherer Anfragen seiner empörten Versicherten mit dem Argument abzuschmettern versucht, die Gründe für gewisse Prämienerrhöhungen gehörten zum Geschäftsgeheimnis. Es erstaunt nicht, dass sich viele Versicherte, die solch standardisierte Korrespondenz erhalten hatten, an den Ombudsman gewandt haben.

Kündigungsrecht

In der **Grundversicherung** ist die Rechtslage gut überschaubar. Das Gesetz ermöglicht eine Kündigung innert eines Monats nach Erhalt einer neuen Prämie. Da in den allermeisten Fällen in der Praxis die Prämien erhöhungen auf Jahresbeginn erfolgen, können die Versicherten die Grundversicherung problemlos wechseln, immer unter der Voraussetzung allerdings, dass keine bis Ende November gemahnten Ausstände Ende Dezember noch unbezahlt sind und dass der neue Versicherer dem alten bis Ende Jahr die Weiterversicherungsbestätigung zugestellt hat. Ein neues Bundesgerichtsurteil bringt jetzt Klärung der Rechtsfrage, wann ein Grundversicherer sich mit der Wahl einer neuen Kasse festgelegt hat: Der bisherige Versicherer muss die Rücknahme einer Kündigung und die Weiterführung eines Versicherungsverhältnisses grundsätzlich akzeptieren, solange nicht feststeht, dass die Krankenpflegeversicherung durch einen neuen Versicherer gewährleistet ist, d.h. dieser der alten Kasse noch keine Weiterversicherungsbestätigung zugestellt hat. Auf eine Kündigung kann also zurückgekommen werden, bis eine Weiterversicherungsbestätigung vorliegt, weil der Wechsel des Krankenversicherers erst mit der gesetzlich vorgeschriebenen Weiterversicherungsbestätigung rechtsverbindlich wird.

Heikler ist es in der **Zusatzversicherung**. Die Erstlaufzeiten der Zusatzversicherungen und die ordentlichen Kündigungsfristen sind von Versicherungsprodukt zu Versicherungsprodukt unterschiedlich. Auch die ausserordentlichen Kündigungsmöglichkeiten wegen Prämien erhöhungen variieren. Nicht jeder Rabattverlust ermöglicht die Kündigung, wenn nebenbei sonst keine Prämien erhöhung erfolgt. Eine solche Situation war beispielsweise in einem Fall gegeben, in dem ein Kind erwachsen wurde und wegen der damit verbundenen Prämien erhöhung vom Versicherer die Möglichkeit bekam, die Zusatzversicherung zu kündigen. Die Schwester dagegen verlor durch die Kündigung des Bruders den Familienrabatt, musste aber bleiben, da der Versicherer die dadurch erfolgte Prämien erhöhung nicht als Kündigungsmöglichkeit anerkannte. Intransparent ist die Sache für die Versicherten dann, wenn die Versicherer die Prämienrabatte auf der Police nicht ausweisen, ja zum Teil nicht einmal in den AVB verankert haben, sondern sie als reines Entgegenkommen betrachten, das jederzeit wieder aufgehoben werden kann.

Die meisten Versicherer akzeptieren in der Zusatzversicherung Kündigungen nur für dasjenige Versicherungsprodukt, das von der Erhöhung konkret betroffen ist. Schikanös empfinden Versicherte dies dann, wenn jemand nur noch für das eine oder andere unbedeutende Zusatzversicherungsprodukt beim alten Versicherer bleiben muss, weil deren geringe Prämie unverändert geblieben ist. Glücklicherweise gibt es immer wieder Situationen, in denen der Versicherer dies nach einer Intervention des Ombudsmann einsieht, und nicht auf der Weiterführung eines Versicherungsprodukts mit einer Monatsprämie von wenigen Franken besteht.

Es gibt jedoch auch Fälle, in denen Kündigungen korrekt akzeptiert werden, die nie hätten ausgesprochen werden dürfen. Dies hat ein älteres Ehepaar erlebt, das den Lockrufen zu einem Kassenwechsel erlegen ist und seine umfassenden, aber teuren Zusatzversicherungen gegen eine günstigere Lösung eintauschen wollte. Es hatte gekündigt, bevor es beim neuen Versicherer aufgenommen war. Der entsprechende Antrag wurde angesichts des Alters und des Gesundheitszustands abgelehnt. Das Ehepaar musste erfahren, dass eine Kündigung ein sofort wirkendes Gestaltungsrecht ist und nicht einfach widerrufen werden kann. Es ist erstaunlich, wie Versicherte immer wieder davon ausgehen, Anträge seien nicht bindend oder Kündigungen

könnten widerrufen werden. Viele glauben zudem zu Unrecht, es gelte bei Versicherungsabschlüssen ein Widerrufsrecht wie bei Haustürgeschäften.

Anzeigepflichtverletzung und Rückwärtsversicherungsverbot

Nicht nur beim Austritt stellen sich heikle Fragen, sondern auch beim Neueintritt bzw. Neuabschluss. Sei es, dass Versicherer die Grundversicherung nicht zugestehen wollen, weil ein entsprechendes Antragsformular fehlt und der Beitritt, zwar mit allen notwendigen Angaben, aber in einem normalen Brief angemeldet wurde. Oder der Beitritt wurde über eine Website vorgenommen und kann letztlich nicht bewiesen werden. Zu Diskussionen führen immer wieder Prämienunterschiede zwischen von Vergleichsdiensten oder der Kasse selber publizierten Prämien und den auf der Police aufgeführten Prämien. Sei es, die rückzuvergütende Umweltabgabe ist nicht aufgeführt oder es wird nicht genügend klar, wer geografisch welchem Hausarztmodell beitreten kann und wer nicht. Solche Fragen sind jedoch meist durch Vermittlung lösbar.

Noch schwieriger wird es in der Zusatzversicherung. Der Ombudsman wird nicht müde, die Versicherten darauf hinzuweisen, dass die Gesundheitsfragen in den Antragsformularen korrekt und vollständig zu beantworten sind und es nicht Sache des Antragstellers ist, abzuschätzen, was den Versicherer zu interessieren hat und was nicht. Es fällt auf, dass Anträge für Zusatzversicherungen kaum noch angenommen werden, wenn die geringsten Leiden deklariert werden müssen. Es fällt ebenfalls auf, dass wohl deshalb Versicherungsvermittler immer wieder den Antragstellern suggerieren, gewisse erlittene Erkrankungen seien so bedeutungslos, dass sie nicht deklariert werden müssten. Die Folge sind meist unerfreuliche Verfahren wegen Anzeigepflichtverletzung, sobald Vorzustände während späterer Behandlungen aktenkundig werden. In diesen Fällen kann der Versicherer den Vertrag innert vier Wochen seit Kenntnis aller Fakten, die die Anzeigepflichtverletzung belegen, kündigen, was dem Ombudsman regelmässig Anfragen beschert. Die Erfahrung zeigt, dass in den meisten Fällen tatsächlich eine Anzeigepflichtverletzung begangen wurde, was durchaus auch unbewusst passiert sein kann. Nicht in allen Fällen dagegen schaffen es die Versicherer, fristgerecht vom Vertrag zurückzutreten. Damit bleibt dem Versicherten zwar der Vertrag erhalten, der Versicherer kann jedoch immer noch für die aktuelle Behandlung die Leistungen verweigern, wenn diese auf ein offensichtlich vorbestandenes Gesundheitsproblem zurückgeht. Dazu dient ein plakatives Bild, das die Versicherten manchmal schockiert. Ein brennendes Haus ist nicht mehr versicherbar. Das Versicherungsvertragsgesetz in seiner heutigen Form kennt keine Rückwärtsversicherung.

In der Heilungskostenzusatzversicherung allerdings ist auch bei medizinischen Vorzuständen kaum von einem Totalschaden auszugehen. Die Vorzustände sind als Teilschäden anzusehen, die als solche nicht versicherbar sind, ohne dass deswegen der ganze Vertrag dahinfällt. Allerdings kann der Versicherer gemäss in der Fachliteratur kritizierter Rechtsprechung dann von vollständiger Nichtigkeit ausgehen und ist an den Vertrag nicht mehr gebunden, wenn er den Vertrag gar nie abgeschlossen hätte, hätte er den Gesundheitsschaden vorher gekannt. Durch diese Hintertüre versucht er, je nach Fall die formellen Voraussetzungen bei der Geltendmachung einer Anzeigepflichtverletzung zu umgehen. Dies tat auch derjenige Versicherer, der einem Antragsteller vorwarf, durch Nichtdeklaration einer sehr kurzen psychiatrischen Behandlung zwei Jahre vor Antragstellung eine Anzeigepflichtverletzung begangen zu haben, dann jedoch keine fristgerechte Kündigung des Vertrags aussprach bzw. die dazu gesetzlich vorgesehene Frist verpasste, sondern den Vertrag wegen des Rückwärtsversicherungsverbots rückwirkend total und nicht nur auf das konkrete

Leiden bezogen als nichtig betrachtete. Werden die für die Versicherten geltenden Schutzvorschriften auf diese Weise ausgehebelt, stellt sich schon die Frage, wie gefahrlos überhaupt noch neue Zusatzversicherungen abgeschlossen werden können. Diese Entwicklung, die offenbar im Zunehmen begriffen ist, dürfte in Verbindung mit der enormen Aktivität der Versicherungsvermittler gerade im Bereich der Zusatzversicherung zu einer Verunsicherung bei den Versicherten führen und dem Image der Branche schaden.

Juristisch nicht korrekt gehandelt hat derjenige Versicherer, der einem einen Vorzustand korrekt deklarierenden Versicherten einseitig und ohne Rücksprache einen Leistungsausschluss angebracht hatte und, als sich der Versicherte wehrte, auf der nur reduziert zugestandenen Versicherung bestand. Die Anbringung eines Vorbehaltes hat dadurch zu geschehen, dass der Versicherer den Aufnahmeantrag des Versicherers ablehnt und ihm eine Gegenofferte mit einer reduzierten Deckung stellt, die der Versicherte dann ablehnen oder annehmen kann. Erst dann kommt ein Vertrag mit einer Leistungseinschränkung bzw. einem Ausschluss zustande.

Lohnt sich die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung?

Diese Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Abschluss einer Heilungskosten-zusatzversicherung zeigen, dass es durchaus sinnvoll sein kann, die Grund- und die Zusatzversicherung zu trennen, um bei der Grundversicherung Prämien sparen zu können, ohne das Risiko eines Zusatzversicherungswechsels einzugehen. Rundherum werden Zusatzversicherungswechsel als problemlos bezeichnet und selbst für kleine Prämieinsparungen propagiert. Der Ombudsman dagegen erlaubt sich regelmässig, auf mögliche Probleme und Risiken hinzuweisen.

Doch selbst Grundversicherungswechsel sind nicht immer von Vorteil. Die Enttäuschung einer Reihe von Versicherten war gross, als sie erfahren mussten, dass ihnen der Zusatzversicherer einen Kombirabatt aufgehoben hat, als sie die Grundversicherung kündigten. Es gibt zwar im KVG ein Verbot der Koppelung der Zusatz- an die Grundversicherung. Doch verhindert dieses nur, dass eine Zusatzversicherung wegfällt oder gekündigt wird, wenn die Grundversicherung gewechselt wird. Es verhindert nicht eine Prämienhöhung in der Zusatzversicherung. Der Wegfall der Grundversicherung kann in der Zusatzversicherung auch zu teuren Umstufungen führen, wenn z.B. jemand von einer HMO- oder Hausarztzusatzversicherung in die ordentliche, teurere Variante eingeteilt wird, weil die HMO- oder Hausarztgrundversicherung nicht mehr bei der gleichen Kasse besteht und die Kostenkontrolle für den Versicherer nicht mehr gewährleistet ist.

Selbst im Leistungsfall können sich Diskussionen ergeben. Dies musste jener Versicherte erfahren, der einen freiwilligen Check-Up durchführen liess. Der Grundversicherer lehnte die Kostenübernahme ab, da ein reiner Check-Up keine Pflichtleistung darstellt. Der Zusatzversicherer betrachtete ihn dagegen als Krankheitsbehandlung und verweigerte den in den Versicherungsbestimmungen vorgesehenen Beitrag, da der Check-Up zu einer Diagnose geführt hatte. Damit hätte der Grundversicherer die Kosten übernehmen müssen. Bei diesem bestand jedoch eine hohe Wahlfranchise, weswegen der Versicherte die Leistungen vom Zusatzversicherer wollte.

Und wieder unseriöse Versicherungsvermittler

Zu sehr vielen Anfragen haben auch dieses Jahr die Aktivitäten der meist ungebundenen Versicherungsvermittler geführt. Reihenweise wurden Falschberatungen geltend gemacht. Immer noch steht das gleiche Verhaltensmuster im Raum:

Ein Vermittler meldet sich von sich aus an, um die Policen zu überprüfen und Einsparmöglichkeiten aufzuzeigen. Meist unter Zeitdruck verlangt er von den Kunden Unterschriften. Nicht nur müssen sie ihm die korrekte Beratung und den Erhalt diverser Dokumente bestätigen. Sie müssen auch unterschreiben, um eine «verbindliche Offerte» zu erhalten. Diese Unterschrift setzen sie allerdings vielfach bereits unter einen verbindlichen Antrag. Würden sie diesen zuerst durchlesen, sähen sie, dass der Versicherer darauf sogar ausdrücklich hinweist. An diesen Antrag sind sie 14 Tage gebunden, obwohl dies vom Vermittler manchmal mündlich anders dargestellt wird. Immer wieder behaupten Vermittler zudem, Versicherungsanträge seien gar nicht bindend. Da in den meisten solchen Fällen die Fehler nicht von den Versicherern, sondern von ungebundenen Vermittlern gemacht werden, sind die Interventionsmöglichkeiten der Ombudsstelle sehr beschränkt. Sie richten sich an die Krankenversicherer. Die Ombudsstelle ist keine anwaltliche Vertretung der Versicherten gegen fehlbare Versicherungsvermittler. Die Versicherer selber bemühen sich zwar um Klärung des Sachverhalts und signalisieren teilweise auch ein Entgegenkommen, um temporäre Doppelversicherungen zu vermeiden, doch halten sie in der Regel an den Abschlüssen mindestens der Zusatzversicherungen fest. War die Grundversicherung nicht gekündigt, weil der Versicherte zuerst nur eine Offerte wollte, ist wenigstens hier das Problem gelöst. Die bestehende Grundversicherung geht vor.

Nach solchen Vermittlerbesuchen kommt es nicht nur vor, dass Versicherte am Schluss mit mehrfachen Abschlüssen, sondern auch ohne wichtige Zusatzversicherungen dastehen. Dies erlebte eine allzu leichtgläubige Familie nach einem Besuch eines Mitarbeiters einer einschlägig bekannten Vermittlerfirma. Sie unterzeichnete eine ganze Reihe von Dokumenten, darunter auch die Kündigungen für die bisherigen Zusatzversicherungen bei verschiedenen Gesellschaften, wobei allerdings abgemacht wurde, dass diese vom Vermittler erst abgeschickt werden dürfen, wenn die Aufnahme in die neuen Versicherungen bestätigt sei. Die Familie hatte ausserdem zum Ausdruck gebracht, nur gesamthaft wechseln zu wollen, da das Ziel der Aktion war, alle beim gleichen Versicherer versichert zu sein. Leider hielt sich der Vermittler nicht an die Abmachung und kündigte zu früh. Einzelne Familienmitglieder konnten aus gesundheitlichen Gründen nicht neu zusatzversichert werden. Einzelne bisherige Zusatzversicherer boten Hand zu einer Wiederaufnahme, andere blieben angesichts des Risikos, das sie nun nicht mehr tragen mussten, hart und beharrten auf der form- und fristgerecht eingereichten Kündigung. Dies traf insbesondere auf ein Familienmitglied zu, das in einer laufenden Spitalbehandlung stand und deshalb auf Neujahr sogar die Spitalabteilung wechseln musste.

Die Medien haben die Vermittlerproblematik immer wieder aufgegriffen und auch der Ombudsman hat sich in diesem Zusammenhang mehrfach öffentlich geäussert, was ihm einen gewissen Druck seitens von Vermittlerfirmen eingetragen hat, obwohl die Warnung vor schwarzen Schafen sicher im Interesse aller seriösen Versicherungsbroker ist, die unter dem Verhalten gewisser Kollegen leiden. Zunehmend entsteht der Eindruck, dass auch aufsichtsrechtlich die Problematik suboptimal gelöst ist.

Abschlüsse ohne gültige Prämien

Zu einer grossen Zahl Anfragen bei der Ombudsstelle hat eine Entwicklung in der Branche geführt, die nicht zuletzt auch durch die Versicherungsvermittler ausgelöst wurde. Immer früher im Kalenderjahr werden Kunden dazu gedrängt, den Antrag für neue Versicherungen zu unterzeichnen. In der Zusatzversicherung kann es durchaus Sinn machen, rechtzeitig einen Probe- oder Proforma-Antrag zu stellen, um noch vor

Ablauf der Kündigungsfrist zu wissen, ob man beim neuen Versicherer ohne Ausschlüsse aufgenommen wird. Immerhin kennen gewisse Zusatzversicherer Kündigungsfristen von bis zu 6 Monaten. Bindet man sich jedoch durch einen Abschluss vor Kenntnis der später geltenden Prämien, wird es für beide Seiten heikel.

In der Grundversicherung werden die neuen Prämien erst Ende Oktober bekannt gegeben. Tritt man bereits im März einer neuen Kasse bei, geschieht dies immer aufgrund der aktuellen, und nicht der künftigen Prämien. Der Ombudsman ist deshalb der Auffassung, dass diejenige Gesetzesbestimmung, die ein Kündigungsrecht von einem Monat ab Erhalt der neuen Prämien einräumt, auch für Versicherte gilt, deren neue Versicherung noch gar nicht zu laufen begonnen hat, sondern aufgrund von alten Prämien abgeschlossen worden ist. Da jedes Jahr mit neuen Prämien zu rechnen ist, macht ein solcher frühzeitiger Abschluss in der Grundversicherung keinen Sinn. Zugegebenermassen ist die Rechtslage in diesem Bereich nicht höchstrichterlich beurteilt.

In der Zusatzversicherung hat ein Versicherter das gesetzliche Recht, eine Police abzulehnen, wenn sie nicht mit dem Antrag übereinstimmt und der Versicherer nicht bereit ist, sie dem angenommenen Antrag anzupassen. Die Frist dazu beträgt vier Wochen. Losgelöst von diesem zeitlich eng limitierten Policenberichtigungsrecht kann sich ein Versicherter auch auf einen Willensmangel berufen, wenn ein Irrtum über den Inhalt des Vertrags bestand. Denn die Prämien sind ein Wesensbestandteil eines Versicherungsvertrags. Ein solcher Irrtum muss innerhalb eines Jahres geltend gemacht werden. Wenn somit der Versicherer mit dem Kunden im März aufgrund der dann aktuellen Prämien einen Vertrag schliesst, riskiert er, den Kunden noch vor Beginn der Versicherungsdeckung zu verlieren, wenn er in der Zwischenzeit die Prämien erhöht.

Diese Situation ist für alle Seiten unbefriedigend und von Rechtsunsicherheit geprägt. Es wäre wünschenswert, wenn Beitritte zur Grundversicherung erst aufgrund der tatsächlich genehmigten Prämien erfolgen würden und in der Zusatzversicherung vermehrt mit dem Instrument eines Probeantrags nur zur rechtzeitigen Gesundheitsprüfung gearbeitet würde.

6 Krankenpflegeleistungen aus der Grundversicherung

Leistungsfragen bilden weiterhin das Schwergewicht der Tätigkeit der Ombudsstelle. In diesem Bereich kann sie auch regelmässig erfolgreich vermitteln. Versicherer machten tatsächlich Fehler oder sie kommunizierten ihre Entscheide schlecht und die Ombudsstelle konnte sie den Versicherten zu deren Zufriedenheit erläutern. Leistungsabrechnungen sind für viele Versicherte immer noch ein Buch mit sieben Siegeln, obwohl in deren Design und damit in deren Verständlichkeit ständig Fortschritte gemacht werden. Nicht immer sind allerdings neue Formen der Darstellung informativer. So haben sich nach einer Umgestaltung durch einen Versicherer einige seiner Versicherten beim Ombudsman beklagt, dass aus der Abrechnung nicht mehr auf Anheb ersichtlich werde, ob eine Leistung aus der Grund- oder aus der Zusatzversicherung stamme bzw. wie der Stand der noch geschuldeten Jahresfranchise nach der letzten ausbezahlten Leistung sei. Der Versicherer hat zugesichert, die Darstellung der Abrechnungen zu überprüfen.

Die folgenden Beispiele sollen aufzeigen, wie die Leistungsspezialisten der Ombudsstelle arbeiten und wo die Ombudsstelle etwas bewirken kann:

- Ein Versicherter hat sich an den Ombudsman gewandt, weil sein Grundversicherer eine Knochendichtemessung nicht übernimmt. Diese Diagnosemethode wird nur in bestimmten, schweren Fällen durch die Grundversicherung bezahlt. Der Versicherte musste somit der Ombudsstelle einen Bericht seines Arztes vorlegen, der seine gesundheitliche Situation aufzeigte. Mit diesem Bericht wandte sich die Ombudsstelle an die Kasse und erreichte, dass diese ihre Haltung revidierte und auf die Forderung des Versicherten eintrat. Dies tat sie sogar gegen die Empfehlung ihres eigenen Vertrauensarztes.
- Ein Versicherer widersetzte sich der Forderung einer Versicherten auf Übernahme von Laboranalysen. Er begründete allerdings die Ablehnung völlig falsch, indem er auf Leistungen von Hebammen Bezug nahm. Nachdem die Ombudsstelle mehrmals interveniert hatte, kam der Versicherer nach vier Monaten auf den Fall zurück und erbrachte die Leistungen. Der Ombudsman musste beim betreffenden Versicherer nicht nur in diesem Fall persönlich vorstellig werden und die Arbeit des zuständigen Juristen beanstanden. Die Situation ist heute bereinigt.
- Ein Versicherer wollte den gesetzlichen Badekurbeitrag aus der Grundversicherung nur in Fällen ausrichten, in denen eine versicherte Person in einem Kurhotel Unterkunft bezieht. Die Ombudsstelle erreichte, dass die Kasse in einem Fall die gesetzlichen Leistungen erbrachte, in dem die versicherte Person in einer von ihr selber gemieteten Ferienwohnung wohnte und von dort aus die Badekur durchführte, was durchaus der Rechtslage entspricht. Nicht geschuldet ist der Badekurbeitrag nur dann, wenn die Wohnung dauernd oder allenfalls saisonweise gemietet wird und so als eigene Wohnung gilt, was hier nicht der Fall war.
- Ein Versicherter wurde in einem Spital mit einem in der Grundversicherung nicht kassenpflichtigen Medikament behandelt. Der Krankenversicherer hatte zwar dem Spital geschrieben, er übernehme das betreffende Medikament nicht, hatte es dann aber sogar über den Spitalaufenthalt hinaus bezahlt. Allerdings forderte er später einen Teil der Zahlungen direkt beim Versicherten zurück, der vorher nie über eine Leistungsverweigerung informiert worden war. Die Ombudsstelle beanstandete das konkrete Vorgehen des Versicherers. Dieser lenkte ein und verzichtete auf die Rückforderung gegenüber dem ahnungslosen Versicherten.
- Ein Pflegeheim stufte eine pflegebedürftige Versicherte falsch ein. Der Versicherer bezahlte damit zu hohe Pflegeleistungen. Als die Sache bemerkt wurde, verlangte der Versicherer den Differenzbetrag von der Versicherten zurück. Diese hatte allerdings von der falschen Kassenleistung in gutem Glauben profitiert, konnte sie selber die Einstufung ja gar nicht beurteilen. Zudem bedeutete die Rückforderung für ihre bescheidenen finanziellen Verhältnisse klarerweise eine grosse Härte. Der Versicherer berücksichtigte die konkrete Sachlage und verzichtete auf die direkte Rückforderung bei der versicherten Person.
- Eine in einem Hausarztmodell versicherte Person gab nach dem Eintritt in ein Pflegeheim ihrer Krankenversicherung bekannt, dass von nun an der Heimarzt für sie zuständig sei. Der Versicherer reagierte nicht. Als der Heimarzt die Versicherte ins Spital einweisen musste, verweigerte der Versicherer jedoch die Leistungen, da nicht der früher definierte Hausarzt die Einweisung vorgenommen hatte. Die Ombudsstelle machte den Versicherer auf die Meldung sowie die Tatsache aufmerksam, dass der Versicherer seit längerer Zeit selber die Pflegeheimleistungen erbracht hatte und regte die Übernahme der Spitalbehandlung an. Der Versicherer erklärte sich dazu bereit. Die versicherte Person trat, um weitere Probleme zu

vermeiden, von sich aus in die ordentliche Grundversicherung über. Die Frage, ob Versicherte, die in Pflegeheimen wohnen, noch die Möglichkeit haben, in einem Hausarztmodell versichert zu sein, ist umstritten. Viele Versicherer akzeptieren dies nicht, mit dem Argument, diese Versicherten hätten gar keine Möglichkeit, durch bewusste Wahl des Hausarztes die Kosten zu beeinflussen und damit auch kein Anrecht auf Rabatt.

- Ein Versicherter musste sich in den USA notfallmässig einer Blinddarmoperation unterziehen. Der Versicherer erbrachte die aus der Grundversicherung vorgesehenen Leistungen an die Operation, reagierte jedoch nicht mehr auf die ebenfalls eingereichten Rechnungen für ambulante Nachbehandlungen. Erst als sich der Leistungsspezialist der Ombudsstelle einschaltete, ging der Versicherer der Sache nach, nahm mit dem Zusatzversicherer Kontakt auf und erklärte sich anschliessend bereit, selber auch Leistungen an die Nachbehandlungen zu erbringen.
- Eine Versicherte liess sich wegen ihres grünen und grauen Stars am linken Auge operieren. Alle Leistungen des Augenzentrums, ausser derjenigen, die die Linse selber betraf, rechnete der Krankenversicherer anstandslos ab. Der Versicherer behauptete zuerst, die Linse sei als Speziallinse gemäss Mittel- und Gegenständeliste nicht kassenpflichtig, räumte dann aber ein Missverständnis ein und übernahm sämtliche Kosten. Vorgängige Reklamationen der versicherten Person hatten nichts gefruchtet.

Nicht immer kann die Ombudsstelle etwas bewirken. In vielen Fällen wollen Versicherer eine restriktivere Leistungspraxis konsequent durchsetzen. Bewegt sich diese im Rahmen des geltenden Rechts, müssen Versicherte dieses Vorgehen akzeptieren oder prozessieren. Solche Leistungsverschärfungen können immer wieder bei Rehabilitationsaufenthalten beobachtet werden. Versicherer akzeptieren solche immer seltener stationär. Grundversicherten wird eine ambulante Rehabilitation empfohlen. Zusatzversicherten Personen wird manchmal auch eine Erholungskur offeriert, welche im Leistungskatalog der Grundversicherung nicht enthalten ist. Dies musste auch der Versicherte akzeptieren, dem der Versicherer nach einer Herzoperation eine stationäre Rehabilitation versagte. Der Versicherer weigerte sich sogar, seinen Entscheid dem Versicherten angemessen zu begründen. Der Ombudsman versuchte zu vermitteln, indem er vorschlug, der behandelnde Arzt sollte in einem ersten Schritt den Vertrauensarzt des Versicherers im Detail über seine Überlegungen informieren. Der Versicherte befürchtete jedoch trotz gegenteiliger Aussage des Ombudsman, der Versicherer würde ihm den Zusatzversicherungsvertrag kündigen und akzeptierte die vorgeschlagene ambulante Rehabilitation.

In diesem Fall bedauerte der Ombudsman, nicht beim Versicherer intervenieren zu können. Es gibt aber auch Fälle, in denen von der Ombudsstelle Aktivitäten erwartet werden, die in keiner Weise angezeigt sind. Stellvertretend dient folgendes Beispiel:

Ein Versicherter wendet sich an den Ombudsman, damit dieser bei seinem Grundversicherer erreicht, dass dieser das Reinigungsmittel für seine Kontaktlinsen übernimmt. Tue er dies nicht, drohe eine Augenentzündung, die den Versicherer viel mehr koste.

Manche Versicherte betrachten ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung als All-Risk-Versicherung und erwarten beispielsweise den vollen Ersatz zerbrochener Brillen nach Unfällen oder die Übernahme der Suchkosten für vermissten Personen, ohne dass die Voraussetzungen für eine Rettung (lebensbedrohliche Situation, lebenserhaltende Behandlung) oder einen medizinischen Transport erfüllt sind. In diesen Bereich gehören auch Ansprüche, die junge Trendsportler bzw. deren Eltern an die Kranken-

versicherung stellen. Immer wieder sehen die Spezialisten der Ombudsstelle Fälle, in denen nicht verstanden wird, dass eine Wahlfranchise auch für die Behandlung von Sportunfällen gilt. Schliesslich sei Sport ja gesund und die hohe Franchise wegen der guten Gesundheit des Nachwuchses gewählt worden. Bei erwerbstätigen Personen tritt das Problem nicht auf, da die obligatorische Unfallversicherung nach UVG diese Kostenbeteiligung nicht kennt.

7 Krankenpflegeleistungen aus der Zusatzversicherung

Auch Zusatzversicherungen geben Anlass zu Reklamationen und Unverständnis. Dies zeigen folgende Beispiele:

- Haushaltshilfeleistungen (eine typische Zusatzversicherungsleistung, die in der Grundversicherung nicht vorgesehen ist) sind bei den meisten Versicherungen an harte Auflagen geknüpft. Ein Versicherer verlangt als Voraussetzung eine hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit auch in den täglichen Arbeitsverrichtungen. Der Versicherer will damit nur in schweren, akuten oder vorübergehenden Krankheits- oder Unfallsituationen einen Beitrag bezahlen. Die Umschreibung in seinen AVB gibt jedoch immer wieder Anlass zu Anfragen bei der Ombudsstelle. Auf Intervention der Ombudsstelle hin hat der Zusatzversicherer allerdings bei einem Aidskranken zugestimmt, die Haushaltshilfeleistungen zu erbringen, nachdem glaubhaft gemacht worden war, dieser sei nicht mehr in der Lage, seinen Haushalt zu besorgen.
- In einem anderen Fall verweigerte ein Versicherer Haushaltshilfeleistungen mit dem Argument, die Haushaltshilfe müsse durch einen hauptberuflich tätigen, spezialisierten Leistungserbringer erbracht werden, um die Qualität der Dienstleistung zu garantieren und um professionelle Leistungserbringer von Nachbarschaftshilfe abzugrenzen. Unglücklicherweise hatte der Versicherte eine an sich qualifizierte und beruflich tätige Haushaltshilfe schwarz beschäftigt, sie also nicht gegen Unfall versichert und keine Sozialabgaben bezahlt. Der Versicherer anerkannte schliesslich, dass zwischen dem Versicherten und der Haushaltshilfe ein Arbeitsvertrag vorlag und erbrachte seine Leistungen. Selbstverständlich hat die Ombudsstelle den Versicherten auf seine arbeitsvertraglichen Pflichten hingewiesen.
- Ein Versicherter blieb nach einem Sturz in seinem Haus am Boden liegen. Nachbarn alarmierten die Polizei, als sie den regungslosen Versicherten durch das Fenster entdeckten. Die Polizei selber alarmierte unverzüglich den Rettungswagen, der allerdings nicht zum Einsatz kam, da die Polizisten in der Zwischenzeit den Versicherten soweit betreuen und aufrichten konnten, dass sich ein medizinischer Transport oder gar eine Rettung erübrigte. Der Versicherer hat gemäss konstanter Rechtsprechung (massgebende Situation im Zeitpunkt der Alarmierung und nicht des Eintreffens des Rettungswagens) den aus der Grundversicherung vorgesehenen Teil der Kosten übernommen. Er weigerte sich jedoch, ergänzende Leistungen aus der Zusatzversicherung zu erbringen, da der Transport nicht stattgefunden hatte. Die unterschiedliche Entscheidpraxis in der Grund- und Zusatzversicherung befremdete den Versicherten. Nachdem der Versicherer auf eine Frage des Leistungsspezialisten der Ombudsstelle durch subalterne Mitarbeitende nur oberflächlich antworten liess, intervenierte der Ombudsman persönlich. Der Versicherer kam dem Versicherten ohne Anerkennung einer Rechtspflicht entgegen und erklärte sich bereit, seine Leistungspraxis einer internen Prüfung zu unterziehen.

- Eine Versicherte verfügte über eine seit Jahren bestehende generelle Zusatzversicherung, die auch gewisse Zahnleistungen enthält, und zusätzlich über eine erst kürzlich abgeschlossene spezielle Zahnzusatzversicherung. Sie musste einen Zahn behandeln lassen, der beim Abschluss der Zahnzusatzversicherung mit einem Leistungsausschluss belegt worden war. Zur Diskussion standen im konkreten Fall somit nur die beschränkten Leistungen aus der generellen Zusatzversicherung. Der Versicherer wandte jedoch den Leistungsausschluss für den betreffenden Zahn auch auf die generelle Zusatzversicherung an. Dort war statuiert, dass die speziellen Zahnleistungen den generellen Leistungen vorgehen. Die Versicherte wurde somit schlechter gestellt, weil sie später eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen hatte. Sie erhielt weniger Leistungen als sie erhalten hätte, wenn sie die Zahnzusatzversicherung gar nicht abgeschlossen hätte. Der Ombudsman machte geltend, durch den Leistungsausschluss sei der entsprechende Zahn in der später abgeschlossenen, speziellen Zahnzusatzversicherung gar nicht versichert und damit die Situation bezüglich dessen Behandlung genau gleich, wie wenn keine Zahnzusatzversicherung bestehen würde. Der Versicherer akzeptierte dieses Argument und bezahlte die in der generellen Zusatzversicherung vorgesehenen Leistungen.

Zusatzversicherungen können im Gegensatz zur Grundversicherung auch Kulanzleistungen erbringen. Dies eröffnet der Mediation in unklaren Fällen einen grösseren Spielraum als in der Grundversicherung. Frustrierend kann es allerdings für einen kompromissbereiten Versicherer wie auch für den Vermittler werden, wenn ein Versicherter auf ein grosszügiges Vergleichsangebot nicht eingehen will und darauf besteht, unbedingt Recht zu haben. In einem Fall wollte ein Versicherter selbst die vollen Leistungen des Zusatzversicherers zurückweisen, nur weil sie der Versicherer ohne Anerkennung einer Rechtspflicht offeriert hatte. Glücklicherweise liess er sich umstimmen.

8 Krankentaggeldversicherung

Fälle aus der Krankentaggeldversicherung gehören zum täglichen Brot der Ombudsstelle. Sie sind in der Regel anspruchsvoll und zeitintensiv. Im letzten Tätigkeitsbericht wurde die Gerichtspraxis dargestellt, die es den Versicherern zunehmend ermöglicht, ihre Leistungen gestützt auf die Schadenminderungspflicht der Versicherten zeitlich zu limitieren. Auch solche Fälle waren wiederum in grösserer Anzahl zu behandeln. Im letzten Tätigkeitsbericht waren auch die massiv höheren Prämien ein Thema, die Versicherte zu bezahlen haben, wenn sie von der Kollektivversicherung in die Einzelversicherung übertreten müssen. In diesem Jahr sind bei bestimmten Versicherern besonders Prämien erhöhungen aufgefallen, die auf Ende Jahr als Sanierungsmassnahme vorgenommen wurden. In einzelnen Fällen wollte der Versicherer von einem Kleinbetrieb für 2011 einen neun Mal höheren Prämienbetrag als 2010. Die Prämienforderung wurde zwar reduziert, war jedoch immer noch vier Mal höher. Das Problem bei solchen Situationen liegt meist darin, dass Kleinstbetriebe kollektiv versichert werden und sich damit finanziell selber erhalten müssen. Im krassen Fall bestand der versicherte Betrieb gerade mal aus einem Mitarbeiter, nämlich dem Betriebsinhaber, der an einem Burn-Out litt. Solche Konstruktionen sind unter dem versicherungstechnischen Gesichtspunkt fraglich.

9 Prämienzahlung

Das rechtliche Inkasso sorgt regelmässig für Konflikte. So bestehen Differenzen zwischen der Ombudsstelle und einzelnen Versicherern in der Ausgestaltung des Mahnwesens. Die Ombudsstelle beanstandet fehlende Transparenz, wenn Grund- und Zusatzversicherungsprämien nicht getrennt gemahnt werden. Zudem fiel im Berichtsjahr auf, dass einzelne Versicherer in der Grundversicherung Kassenwechsel durch Hinweise auf ausstehende kleinere Forderungen verhindern wollten, die sie vorher jahrelang nicht gemahnt hatten und von denen Versicherte möglicherweise nicht einmal gewusst hatten. Es gab sogar mehrere Fälle, wo Zusatzversicherer eine Deckungslücke wegen Ausständen geltend machten, ohne die Ausstände letztlich belegen zu können, was natürlich dazu führte, dass sie die vorher wegen der Deckungslücke abgelehnten Leistungen nachträglich übernehmen mussten.

Auch in folgendem Fall trug die Intervention der Ombudsstelle Früchte: Ein Versicherer betrieb die Mutter eines volljährigen Sohnes für dessen Ausstände. Erst nach mehreren Interventionen erklärte sich der Versicherer bereit, die Verträge der Mutter und des Sohnes nicht mehr als Familienversicherung zu führen, sondern im EDV-System zu trennen. Die Mutter erhielt allerdings noch während Monaten weitere Mahnungen und Beteiligungen, da offenbar das EDV-System des besagten Versicherers dermassen komplex ist, dass an mehreren Stellen Eingaben nötig waren, um den nachhaltigen Erfolg zu garantieren. Selbst mit dem Originaleinzahlungsschein getätigte Zahlungen wurden nicht immer dem richtigen internen Konto zugewiesen.

Für die Ombudsstelle ist es bei Inkassofällen zu Beginn manchmal schwierig abzuschätzen, ob die Fehler tatsächlich dem Versicherer passiert sind. Meist sind auch die betroffenen Versicherten nicht ganz schuldlos oder haben die Probleme, die dann zu einer Kettenreaktion geführt hatten, durch ihr eigenes Verhalten verursacht. Diskussionen im Inkassobereich sind mit einzelnen Versicherern deutlich problemgeladener als im Leistungsbereich. Der Ombudsstelle wird dabei ab und zu unterstellt, sie verweide sich für Versicherte, die keinen Schutz verdienen. Der Ombudsman ist sich dieses Problems bewusst, kann jedoch Versicherte, die selber nicht korrekt gehandelt haben, nicht einfach zurückweisen, wenn auch der Versicherer Fehler gemacht hat.

Teilweise tragen Versicherte jedoch keine Schuld an den Inkassoproblemen, die durch ihr Verhalten entstehen und manchmal nicht enden wollen. Die Ombudsstelle musste vermehrt mit Versicherungen Rücksprache nehmen, die den kantonalen Stellen Verlustscheine nicht zur Übernahme vorgelegt und damit nicht die Voraussetzungen geschaffen hatten, dass diese übernommen und Leistungsaufschübe aufgehoben werden konnten.

Glücklicherweise ist endlich die in früheren Tätigkeitsberichten angesprochene Rechtsfrage erstinstanzlich entschieden, was mit Leistungsaufschüben passiert, nachdem über den betroffenen Versicherten ein Privatkonkurs eröffnet worden ist. Während aufgrund einer altrechtlichen Rechtslage klar war, dass die generelle Regel der Rechtswohltat nach Privatkonkurs im Schuldbetreibungs- und Konkursrecht (SchKG) der damaligen speziellen Verordnungsbestimmung der Krankenversicherung vorgeht, stellte sich die Frage neu, nachdem die Regelung über den Leistungsaufschub in der Krankenversicherung auf Gesetzesstufe gehoben worden war. Immer mehr Krankenversicherungen vertraten in der Folge die Meinung, die Spezialgesetzgebung

des KVG gehe der generellen Regelung im SchKG vor. Der Ombudsman sah dies anders und intervenierte regelmässig, jedoch nicht immer mit Erfolg. In einem Fall, in dem der Versicherer aufgrund einer solchen Intervention nicht nachgeben wollte, prozessierte die Versicherte in eigener Verantwortung. Nach einigen prozessualen Hindernissen, die ihr der Versicherer unverständlicherweise in den Weg legte und die zu einer nochmaligen Intervention durch den Ombudsman führten, erreichte die Versicherte schliesslich vor einem kantonalen Gericht, dass der Versicherer verurteilt wurde, ihren Leistungsaufschub aufzuheben. Sie hatte ab Eröffnung des Privatkonkurses regelmässig die Prämien und Kostenbeteiligungen bezahlt. Der Versicherer zog das Urteil nicht weiter und änderte seine Praxis. In der Zwischenzeit liegen auch andere, rechtskräftige erstinstanzliche Urteile gegen andere Versicherer vor.

10 Besonderheiten

Es gibt eine Reihe von Themen, die im Berichtsjahr erstmals oder besonders zu Diskussionen geführt haben und die an dieser Stelle speziell erwähnt werden:

Internetkassen

Vermehrt sind Angebote auf dem Markt, die Prämienvergünstigungen ermöglichen, wenn der Kunde sich bereit erklärt, mit dem Versicherer nur über Internet zu verkehren. Dies mag in den meisten Fällen funktionieren. Die Ombudsstelle sieht jedoch immer wieder Situationen, in denen Versicherte ihrer Internetkasse hilflos ausgeliefert sind:

- Sie erhalten keine Antwort auf Mails oder Formularanfragen. Auf Nachfrage wird geltend gemacht, die Anfrage sei überhaupt nicht eingegangen.
- Antworten erfolgen von einer nicht namentlich genannten Stelle des Versicherers. Rückfragen sind damit nur schwer möglich. Eruibare Ansprechpartner gibt es nicht.
- Auch rechtlich relevante Mitteilungen erfolgen über den Internetbriefkasten des Versicherten bzw. die Website des Versicherers. Teilweise wird der Versicherte auch nicht über eine direkte E-Mail in Kenntnis gesetzt, dass in seinem Briefkasten wichtige Post (beispielsweise eine Mahnung mit Fristansetzung) liegt.
- Selbst unübliche und für die Versicherten unerwartete Mitteilungen liegen unangekündigt im Kundenbriefkasten. So musste der Ombudsman bei einem Versicherer intervenieren, der eine unterjährige Prämienhöhung in der Grundversicherung bei Kunden, die dem Internetverkehr zugestimmt hatten, nur auf diesem Weg kommuniziert hat und danach geltend machte, der Kunde habe die gesetzliche Kündigungsfrist versäumt. Leider widersetzte sich der Versicherer mit allen Mitteln der Intervention der Ombudsstelle.

Schlanker bis schlechter Service

Vermehrt begründen sehr günstige Versicherer, die viele Versicherte neu aufgenommen haben, ihre tiefen Prämien mit einem schlanken Service. Dagegen ist nichts einzuwenden, solange dies transparent geschieht. Antwortet dagegen ein Versicherer dem Versicherten auf keinem vorgesehenen Kommunikationskanal oder braucht er, um Leistungen abzurechnen, mehrere Monate, stellen sich Fragen. Die Ombudsstelle ist an sich keine Konsumentenvertretung, sondern eine Vermittlungsstelle im Einzelfall. Häufen sich allerdings solche Einzelfälle, kontaktiert der Ombudsman die beim Versicherer verantwortlichen Personen. Dies hat er auch im Berichtsjahr mehrfach getan und entsprechende Versicherer, die natürlich auch durch direkte Reklamationen sensibilisiert waren, in ihren Verbesserungsbemühungen bezüglich Erreichbarkeit, Kommunikation und fristgerechter Abrechnung bestärkt. Ein Fall soll dies veranschaulichen:

Ein Versicherer, der mit seinen Versicherten vorwiegend über Internet verkehrt, nahm Anträge von Neuversicherten entgegen, die keine Bankverbindung enthielten. Statt die Versicherten zu kontaktieren und die Angaben zu verlangen, erhob er bereits bei der ersten Leistungsauszahlung zusätzliche Gebühren, was bei Checkauszahlungen nicht grundsätzlich verboten ist. Eine Versicherte meldete daraufhin sofort per Mail ein Bankkonto, das der Versicherer wegen Überlastung allerdings während Wochen, ja Monaten nicht mutieren konnte. Dies führte zu weiteren mit Spesen belasteten Auszahlungen. Nach einer Intervention des Ombudsmann gab der Versicherer freimütig Probleme zu, war aber erst nach weiteren Vorstössen bereit, der Versicherten die erhobenen Spesen rückzuerstatten.

Die Ombudsstelle wurde wie noch selten mit Abrechnungsverzögerungen von Versicherern konfrontiert. In keinem Fall waren jedoch finanzielle Gründe seitens der Versicherer der Auslöser, obwohl die Versicherten dies in der Regel zuerst vermuteten. Die Probleme lagen in einem zu grossen Erfolg bei der Kundenanwerbung durch tiefe Prämien. Der Personalbestand konnte nicht rechtzeitig auf den Kundenansturm ausgerichtet werden. Oder der Versicherer erhob eine rigorose Kostenkontrolle zum vorrangigen Ziel. Kostenkontrolle bedeutet Abklärungen und solche brauchen Zeit. Mit den betroffenen Versicherern stand der Ombudsmann wegen sich häufender Abrechnungsverzögerungen im Kontakt, konnte einzelne Abrechnungen beschleunigen und den Versicherten das Vertrauen in die Versicherer zurückgeben.

Was bisher nur vereinzelt Versicherer praktiziert haben, scheint zunehmend um sich zu greifen. Immer mehr Versicherte müssen in ihrer Apotheke die Medikamente zuerst selber bezahlen und dann die Rezepte und Quittungen der Versicherung vorlegen. Insbesondere als auf Anfang 2010 ein bisher nicht für einen schlanken Service bekannter Versicherer zu diesem Mittel griff, häuften sich bei der Ombudsstelle die Anfragen. Helfen konnte die Ombudsstelle nicht direkt. Das System des tiers garant (Rechnungsstellung an den Patienten zur Rückvergütung durch die Kasse) ist das im Krankenversicherungsgesetz vorgesehene System. Das heute im Apothekenbereich von den meisten Kassen praktizierte System des tiers payant (Direktzahlung des Apothekers durch die Kasse) gilt nach Gesetz als die Ausnahme. Chronischkranken muss in solchen Fällen geraten werden, die Stammapotheke zu bitten, ihnen eine Rechnung mit Zahlungsfrist auszustellen, damit sie selber möglichst nicht Bank spielen müssen. Oder sie wechseln die Grundversicherung. Böse Zungen behaupten allerdings, dies gerade sei das angestrebte Ziel.

Kostenkontrolle

Der Ombudsmann wertet positiv, dass die Versicherer die Kostenkontrolle deutlich ernster nehmen als früher, auch wenn Versicherte, die früher in analogen Situationen rasch und unkompliziert Leistungen erhielten, sich an den Veränderungen stören. Heikel werden Veränderungen, wenn sie ohne genügende Informationen oder in einem unüblichen Zeitpunkt passieren. So haben sich bei der Ombudsstelle eine ganze Reihe von Versicherten beschwert, weil ihre Hausärzte sich weigerten, der Aufforderung des Versicherers nachzukommen, neu unterjährig und ohne vertragliche Verpflichtung bestimmte Formulare zur Überweisung an Spezialärzte auszufüllen. Der Ombudsmann musste die Versicherten informieren, dass sie selber gemäss Reglement des betreffenden Versicherungsmodells verpflichtet sind, die Überweisung zu belegen und sich nicht darauf berufen können, der Versicherer habe diese früher nicht näher geprüft. Beim Versicherer wiederum hat er in den konkreten Vermittlungsfällen erreichen können, dass an die Überweisung nicht Formerfordernisse gestellt werden,

die die Versicherten nicht erfüllen konnten und über die zwischen Versicherern und Leistungserbringern ein Dissens bestand.

Kritischere Versicherte

Die Ombudsstelle wird nicht nur von Versicherten angegangen, die von einem klaren Unrecht betroffen sind oder die durch Entscheide von Versicherungen finanziell unter Druck stehen. Manchmal geht es auch um minimale Forderungen. Eine Versicherte wollte mit allen Mitteln beweisen, dass ihr Versicherer bei allen Abrechnungen abrundet und sich so finanzielle Vorteile verschafft. Sie verlangte die Differenzen im Rappenbereich zurück. Die Versicherte hatte in ihren Beispielen tatsächlich mehrheitlich Recht und damit einen Computerfehler im Rahmen einer EDV-Umstellung bemerkt, an dessen Beseitigung der Versicherer allerdings schon arbeitete.

Leider gibt es immer wieder Versicherte, die nicht die nötige Geduld aufbringen, um auf Abklärungen durch die Ombudsstelle zu warten und die selber über verschiedene Wege parallel tätig werden. Sie schaden sich dabei in vielen Fällen selber. Dies ist einer Versicherten passiert, die an sich berechtigt, jedoch in inakzeptablem Ton bei verschiedenen Stellen vorstellig wurden, ohne die Ombudsstelle darüber zu informieren. Sie musste trotz grundsätzlicher Berechtigung ihres Anliegens zur Kenntnis nehmen, dass der Versicherer sich der Vermittlung widersetze, nachdem die Versicherte die zuständige Ansprechperson des Ombudsmann in inakzeptabler Weise verbal angegriffen und beleidigt hatte. Vermehrt sieht sich der Ombudsmann gezwungen, Versicherte an landesübliche Umgangsformen zu erinnern.

11 Rückblick und Ausblick

Das Berichtsjahr war geprägt durch folgende Faktoren:

- Misslungene Kassenwechsel auf 1.1.2010 und frühzeitiges Verkaufen von Versicherungen per 1.1.2011, ausgelöst durch die sehr deutliche Prämienhöhung und das Verhalten von unseriösen Versicherungsvermittlern.
- Verstärkt restriktivere Haltung der Versicherer bei den Leistungen aus der Grundversicherung durch die eingehende Prüfung der Leistungsanforderungen auf Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit. Stärkeres Ausnützen legaler Spielräume und das Fehlen von Kulanz in den Zusatzversicherungen.
- Unsicherheiten der Kunden im Umgang mit Versicherern mit eingeschränktem Service oder mit reinen Internetversicherungen.
- Dadurch weiter steigende Anzahl von Anfragen, wobei schlecht dokumentierte und querulatorische Anfragen besonders aufgefallen sind.

Der Ombudsmann ist den Versicherern für ihre hohe Kooperationsbereitschaft und ihre meist rasche Reaktion auf seine Eingaben dankbar und gibt der Hoffnung Ausdruck, dass dies auch im nächsten Jahr so bleiben wird.

Für die Ombudsstelle zeichnet sich keine Entspannung ab und es ist weiterhin mit hohen Fallzahlen zu rechnen. Deshalb unterzieht der Ombudsmann die Tätigkeit der Ombudsstelle im laufenden Jahr einer näheren Prüfung, was auch zu einer Überarbeitung der Zugangs- und Erledigungsgrundsätze führen kann.

