

Fallbeispiele

Autor(en): **[s.n.]**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Zeitschrift für öffentliche Fürsorge : Monatsschrift für Sozialhilfe : Beiträge und Entscheide aus den Bereichen Fürsorge, Sozialversicherung, Jugendhilfe und Vormundschaft**

Band (Jahr): **79 (1982)**

Heft 1

PDF erstellt am: **19.03.2021**

Persistenter Link: <http://doi.org/10.5169/seals-838670>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Fallbeispiele

1. Rückständige, nicht einbringliche Krankenkassenprämien, Abdeckung mit Fürsorgeleistungen

Frage 1.1:

Nach welchen Gesichtspunkten werden Prämienrückstände, die nicht einbringlich sind, den wohnörtlichen Fürsorgebehörden gemeldet?

Antwort:

Es gibt keine Regelungen, abgesehen von allfälligen Bestimmungen über die obligatorische Krankenversicherung. Zur Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes sollte *möglichst frühzeitig* die Fürsorgebehörde orientiert werden, wenn der Versicherte sich nicht in der Lage sieht, in absehbarer Zeit den Rückstand abzutragen und die laufenden Beiträge zu bezahlen. Es ist dann nach Prüfung der Verhältnisse Sache der Fürsorgebehörde, zu entscheiden, ob sie beistehen will.

Frage 1.2:

Werden mit dem Nachschliessen des Prämienrückstandes die Voraussetzungen geschaffen, den Versicherungsschutz auch rückwirkend wieder herzustellen, so dass ein bei der Nachzahlung des Rückstandes schon eingetretener Schadenfall versichert ist?

Antwort:

In den meisten Kassenstatuten steht die Bestimmung, dass während des Verzuges in der Beitragszahlung keine Versicherungsleistungen gewährt werden. Die nachträgliche Bezahlung der rückständigen Beiträge hat nicht rückwirkend Kraft. Dies gilt übrigens auch in der privaten Versicherung (vergleiche Ziff. XI 4, 14 der iur. Kartothek).

2. Spitalzusatzversicherung, Entzug des Leistungsanspruches

Bei Dauer-Klinikaufenthalt von IV- und AHV-Rentnern werden, sofern der Hospitalisierte keine familienrechtlichen Verpflichtungen zu erfüllen hat, Krankenkassenleistungen verwirkt, sofern mit dem Renteneinkommen der Klinikaufenthalt abgedeckt werden kann.

Frage 2.1:

Welches sind die Rechtsgrundlagen, die eine Verwirkung von Krankenkassenleistungen, für welche Prämien erbracht worden sind, abstützen?

Antwort:

Bei der Spitalzusatzversicherung handelt es sich um einen *freiwilligen* Versicherungszweig. Es gelten daher die Versicherungsbedingungen. Sie bestimmen, welche zusätzlichen Leistungen die Kasse ausrichtet.

Frage 2.2:

Nach welchem Massstab wird der Lebensbedarf des in der Klinik versorgten Versicherten bemessen, um ihm das Recht auf Bezug von Zusatzversicherungsleistungen zu entziehen? Es ist zu bedenken, dass dauernd Versorgte nach allgemeinbekannten Tatsachen oft Lebensbedürfnisse und entsprechenden finanziellen Bedarf haben, die über seine Unterkunft, Verpflegung und Betreuung in der Klinik hinausgehen.

Antwort:

Nach dem Gesagten bestimmen die Versicherungsbedingungen den Leistungsumfang der Spitalzusatzversicherung. Diese Bedingungen sind keineswegs einheitlich. Grundsätzlich werden, wie der Name sagt, *ungedekte Spitalkosten* vergütet. Übrige Lebensbedürfnisse werden regelmässig nicht berücksichtigt. Dies ist auch nicht der Zweck einer Krankenkasse.

3. Krankentaggeldversicherung, Überdeckung

Frage:

Welches Koordinationsinstrumentarium steht zur Verfügung, damit Überdeckung vermieden werden kann? Es ist beispielsweise an folgenden Fall zu denken:

Eine ausländische Haftpflichtversicherung erbringt Taggeldleistungen für einen Unfallgeschädigten, der noch 50% arbeitsfähig ist, gleichzeitig erhält er SUVA-Leistungen, und es besteht im weitem noch ein Taggeldversicherungsanspruch bei einer privaten Taggeldversicherung.

Antwort:

Im Verhältnis der Haftpflichtversicherung zur SUVA gilt Art. 100 KUVG. Die Anstalt tritt in die Rechte des Versicherten gegenüber der Haftpflichtversicherung ein. Eine Krankenkasse ist bei Drittleistungspflicht nur subsidiär bis zur Gewinngrenze leistungspflichtig (Art. 36, Abs. 3 KUVG). Wenn daher die Haftpflichtversicherung für den Lohnausfall aufkommt, ist weder SUVA noch Krankenkasse leistungspflichtig.

4. Taggeldanspruch und IV-Rente

Frage:

Fällt der Taggeldanspruch ganz dahin, wenn eine IV-Rente gesprochen wird? Die Taggeldleistungen, welche als Lohnersatz gedacht sind, können bei Entstehung des Anspruches auf die IV-Rente in bezug auf die Leistungsdauer (mindestens 720 Tage) noch nicht erschöpft sein. Über die Dauer des Lohnersatzes sind die Bestimmungen des Arbeitsvertrages zu beachten.

Antwort:

Eine Krankenkasse hat die IV-Rente bis zur Gewinnngrenze zu ergänzen, wobei selbstverständlich immer maximal nur das versicherte Taggeld zu gewähren ist. Bei Reduktion des Taggeldes wegen Überversicherung verlängern sich entsprechend Anrechnungszeit von 900 Tagen und Bezugsdauer von 720 Tagen. Es gelten für die Kassen nicht die Bestimmungen des Arbeitsvertrages.

5. Temporäre Krankenversicherung für Ausländer

Frage:

Welche Möglichkeiten bieten die Krankenversicherungen an, um Ausländer, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten, unter Versicherungsschutz zu stellen, wenn ihre Versicherungen im Herkunftsland keine Leistungen ins Ausland erbringen? Es geht hier beispielsweise um die vielen hier in der Schweiz zu Besuch weilenden Familienangehörigen von Emigranten.

Antwort:

Es sind die Aufnahmebedingungen der Kasse massgebend. Diese sehen in der Regel einen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Kasse vor. Daneben besteht noch bei gewissen Kassen die Voraussetzung des *dauernden Aufenthaltes*. Ein nur vorübergehender Aufenthalt genügt üblicherweise nicht.