



Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Versicherungsbedingungen (VB)

casamed hmo

Ausgabe 2022

Versicherungsbedingungen (VB) casamed hmo nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Ausgabe 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	Seite 4	13	Ausnahmen	Seite 5
1.1	Bundesrechtliche Bestimmungen und kantonales Recht	Seite 4	13.1	Augenarzt, Frauenarzt, Kinderarzt, Zahnarzt	Seite 5
1.2	Anwendung auf Versicherer der Sympany Gruppe	Seite 4	13.2	Notfälle	Seite 5
1.3	Funktionsweise alternatives Versicherungsmodell	Seite 4	13.3	Definition Notfall	Seite 6
2	Gegenstand der Versicherung	Seite 4	14	Listen mit möglichen Leistungserbringern	Seite 6
3	Allgemeine Pflichten	Seite 4	15	Verstoss gegen die Bedingungen des alternativen Versicherungsmodells	Seite 6
4	Haftung aus medizinischer Behandlung	Seite 4	16	Änderung der Versicherung wegen veränderter Rahmenbedingungen	Seite 6
5	Ende der Versicherung	Seite 4	17	Wechsel des koordinierenden Leistungserbringers	Seite 6
6	Einstellung durch den Versicherer	Seite 4	18	Zahlungsverbindung	Seite 6
7	Unfalldeckung	Seite 4	19	Gebühren	Seite 6
8	Anzeige- und Meldepflichten	Seite 4	19.1	Mahn- und Inkassogebühren	Seite 6
8.1	Unfallmeldung	Seite 4	19.2	Ratenzahlung	Seite 6
8.2	Mitwirkung der versicherten Person	Seite 4	20	Schweigepflicht	Seite 6
8.3	Ermächtigung zur Auskunftserteilung	Seite 4	21	Rechtspflege	Seite 6
8.4	Unterlassung der Meldepflicht	Seite 5	21.1	Verfügung	Seite 6
9	Rechte und Pflichten bezüglich Leistungen Dritter	Seite 5	21.2	Einsprache	Seite 6
10	Allgemeine Leistungsvoraussetzungen	Seite 5	21.3	Beschwerdeverfahren	Seite 6
10.1	Wahl des koordinierenden Leistungserbringers	Seite 5	22	Rechtskraft	Seite 7
10.2	Kontaktaufnahme koordinierender Leistungserbringer	Seite 5	23	Rechtsschutz	Seite 7
10.3	Verhalten bei Nicht-Erreichbarkeit des koordinierenden Leistungserbringers	Seite 5	24	Datenschutz	Seite 7
10.4	Verhalten bei vorhandener Zusage zur Kostenübernahme	Seite 5	25	Auslegung	Seite 7
11	Verpflichtung zu speziellen Massnahmen bezüglich integrierter Versorgung	Seite 5	26	Inkrafttreten	Seite 7
12	Anpassung der Listen der anerkannten koordinierenden Leistungserbringer	Seite 5			

Zweck der Versicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Diagnose und Behandlung bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Sie kann mit der ordentlichen oder einer wählbaren Franchise abgeschlossen werden. Weiter besteht die Auswahl zum Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl oder als alternatives Versicherungsmodell im Sinne einer besonderen Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Bundesrechtliche Bestimmungen und kantonales Recht

Grundlagen dieser Versicherung sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG), des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung vom 26. September 2014 (KVAG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und die dazugehörenden Ausführungsbestimmungen sowie die vorliegenden Versicherungsbedingungen (VB). Bundesrecht und kantonales Recht gehen diesen Versicherungsbedingungen (VB) vor.

1.2 Anwendung auf Versicherer der Sympany Gruppe

Der auf der Police genannte Rechtsträger erbringt als Krankenversicherer die Versicherungsleistungen und wird nachfolgend als «Versicherer» bezeichnet.

1.3 Funktionsweise alternatives Versicherungsmodell

casamed hmo ist ein alternatives Versicherungsmodell im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

Bei Abschluss von casamed hmo erklärt sich die versicherte Person bereit, bei einer medizinischen und/oder pflegerischen Behandlung jeweils vorgängig die von ihr gewählte HMO-Praxis (nachfolgend «koordinierender Leistungserbringer») gemäss Liste des Versicherers zu konsultieren.

Der koordinierende Leistungserbringer ist in allen medizinischen Belangen die erste Ansprechperson für die versicherte Person. Bei medizinischer Notwendigkeit überweist der koordinierende Leistungserbringer die versicherte Person zur weiteren Behandlung an Fachärztinnen und Fachärzte, an Therapeutinnen und Therapeuten oder ins Spital.

2 Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Das Unfallrisiko ist mitversichert, wenn es auf der Versicherungspolice aufgeführt ist.

3 Allgemeine Pflichten

Die versicherte Person hat die ärztlichen Weisungen zu befolgen und alles zu tun, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert.

4 Haftung aus medizinischer Behandlung

Die Haftung für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den die versicherte Person behandelnden Leistungserbringern.

5 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet:

- durch Kündigung,
- durch Wegzug ins Ausland, ausser bei Weiterbestehen der Versicherungspflicht,
- im Todesfall.

6 Einstellung durch den Versicherer

Der Versicherer kann die Versicherung casamed hmo unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 2 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen oder innert derselben Frist eine Abänderung des Produkts vornehmen.

Die versicherte Person hat per Datum der Einstellung die Wahl, entweder in eine andere besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl zu wechseln. Die versicherte Person wird gleichzeitig mit der Kündigung durch den Versicherer auf die Möglichkeiten aufmerksam gemacht.

Übt die versicherte Person das Wahlrecht bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht aus, führt dies automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl.

7 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann für Berufs- und Nichtberufsunfälle ausgeschlossen werden, wenn eine volle obligatorische Unfalldeckung nach UVG nachgewiesen wird. Der Ausschluss erfolgt auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats. Der Einschluss der Unfalldeckung erfolgt unmittelbar auf das Ende der Unfallversicherung nach UVG. Den Wegfall der Unfallversicherung nach UVG hat die versicherte Person umgehend zu melden.

8 Anzeige- und Meldepflichten

8.1 Unfallmeldung

Werden Unfallleistungen geltend gemacht, ist zusätzlich das Formular «Unfallmeldung» auszufüllen und einzureichen. Die Unfallmeldung muss dem Versicherer innert 10 Tagen nach dem Unfallereignis versandt werden.

8.2 Mitwirkung der versicherten Person

Die versicherte Person hat dem Versicherer unentgeltlich alle Auskünfte zu erteilen, welche zur Abklärung des Leistungsanspruchs erforderlich sind. Dazu zählen auch Verfügungen anderer Sozialversicherer und Belege von allfälligen Privatversicherern.

8.3 Ermächtigung zur Auskunftserteilung

Die versicherte Person hat alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen/Ärzte, Spitäler, Therapeutinnen/Therapeuten, Versicherungen und Amtsstellen, zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind.

8.4 Unterlassung der Meldepflicht

Nachteile, die sich aus der Verletzung von Anzeige- und Meldepflichten ergeben, gehen zulasten der versicherten Person.

9 Rechte und Pflichten bezüglich Leistungen Dritter

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer umgehend über jegliche Leistungen von Dritten (z.B. Unfall-, Haftpflicht-, Militär- oder Invalidenversicherung) sowie über Vereinbarungen von Abfindungssummen zu informieren, sofern dieser im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat. Die versicherte Person darf ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nicht ganz oder teilweise auf Leistungen von Dritten verzichten. Kürzt eine andere Kranken-, Unfall- oder Sozialversicherung ihre Leistungen aus Gründen, die auch den Versicherer zu einer Leistungskürzung berechtigen, ersetzt dieser den durch die Kürzung bedingten Ausfall nicht.

10 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

10.1 Wahl des koordinierenden Leistungserbringers

Beim Abschluss des alternativen Versicherungsmodells casamed hmo bezeichnet die versicherte Person den von ihr gewählten koordinierenden Leistungserbringer, der bereit ist, sie aufzunehmen, und meldet diesen dem Versicherer. Meldet die versicherte Person nach Mahnung keinen koordinierenden Leistungserbringer, ist der Versicherer berechtigt, ihr einen solchen zuzuweisen.

10.2 Kontaktaufnahme koordinierender Leistungserbringer

Die versicherte Person verpflichtet sich, vor Inanspruchnahme jeglicher medizinischer und/oder pflegerischer Leistungen und Behandlungen immer zuerst den von ihr gewählten koordinierenden Leistungserbringer zu kontaktieren. Dieser berät die versicherte Person in medizinischen Belangen und gibt ihr den optimalen Behandlungspfad vor. Die Weisungen sind von der versicherten Person zu befolgen. Für Nachkontrollen und Überweisungen an andere Leistungserbringer ist nochmals eine Rücksprache mit dem koordinierenden Leistungserbringer erforderlich.

10.3 Verhalten bei Nicht-Erreichbarkeit des koordinierenden Leistungserbringers

Falls der koordinierende Leistungserbringer nicht erreichbar ist, muss dieser schnellstmöglich nachträglich über die erfolgten Behandlungen informiert werden.

10.4 Verhalten bei vorhandener Zusage zur Kostenübernahme

Der koordinierende Leistungserbringer muss auch dann über die Behandlung informiert werden, wenn vonseiten des Versicherers eine Zusage zur Übernahme von Kosten ausgestellt wurde.

11 Verpflichtung zu speziellen Massnahmen bezüglich integrierter Versorgung

Ist bei Vorliegen einer spezifischen (insbesondere chronischen oder potenziell chronischen) Erkrankung eine ganzheitliche Versorgungsplanung angezeigt, ist die versicherte Person verpflichtet, sich speziellen Massnahmen zur integrierten Versorgung wie

z.B. Disease Management (organisierter, patientenzentrierter Mehrkomponenten-Ansatz zur ganzheitlichen Gesundheitsversorgung) zu unterziehen.

Die versicherte Person wird vom Versicherer, dem koordinierenden Leistungserbringer oder von einem anbietenden Dritten auf die Massnahmen aufmerksam gemacht und ist verpflichtet, diese zu befolgen.

Die versicherte Person ist ausserdem verpflichtet, beim Bezug von Medikamenten, Laborleistungen, Hilfsmitteln usw. kostengünstige Bezugsquellen (z.B. Versandapotheken) zu berücksichtigen. Die im jeweiligen Fall zu berücksichtigende Bezugsquelle wird ihr vom Versicherer oder vom koordinierenden Leistungserbringer mitgeteilt. Die versicherte Person verpflichtet sich, sich mit dem Medikament behandeln zu lassen, welches zur Behandlung des Leidens wirksam, zweckmässig und am wirtschaftlichsten ist. Es kann sich dabei um ein Generikum, ein Biosimilar oder ein wirtschaftliches Originalpräparat handeln.

Bezieht die versicherte Person ein Medikament, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, macht sie der Versicherer oder der koordinierende Leistungserbringer darauf aufmerksam.

12 Anpassung der Listen der anerkannten koordinierenden Leistungserbringer

Die Liste der vom Versicherer anerkannten koordinierenden Leistungserbringer kann vom Versicherer jederzeit einseitig geändert werden. Der versicherten Person steht bei einer Änderung der Liste kein ausserordentliches Kündigungsrecht zu. Die Liste ist auf der Website des Versicherers publiziert. Beim Ausscheiden des von der versicherten Person gewählten koordinierenden Leistungserbringers informiert der Versicherer die versicherte Person schriftlich. Die versicherte Person hat nach erfolgter Information 30 Tage Zeit, einen neuen auf der Liste aufgeführten koordinierenden Leistungserbringer zu wählen. Es kommen die Bestimmungen gemäss Ziffer 10.1 zur Anwendung.

13 Ausnahmen

13.1 Augenarzt, Frauenarzt, Kinderarzt, Zahnarzt

Untersuchungen und Behandlungen in Augenarzt-, Frauenarzt- und Zahnarztpraxen kann die versicherte Person ohne vorherigen Beizug des gewählten koordinierenden Leistungserbringers durchführen lassen.

Die Behandlungen bei Kinderärztinnen und -ärzten sind, bis zum Erreichen des Alters 16 der versicherten Person, von der Beizugspflicht des koordinierenden Leistungserbringers ausgenommen. Beim Erreichen des Alters 16 ist die versicherte Person verpflichtet, einen koordinierenden Leistungserbringer zu wählen. Es kommen die Bestimmungen gemäss Ziffer 10.1 zur Anwendung.

13.2 Notfälle

In einer Notfallsituation ist der koordinierende Leistungserbringer zu kontaktieren. Ist dies nicht möglich, kann die diensthabende Notfallorganisation oder ein Spital am Aufenthaltsort aufgesucht werden. In diesen Fällen ist die versicherte Person verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt den koordinierenden Leistungserbringer zu orientieren oder orientieren zu lassen und ihm eine Bescheinigung der Notfallpraxis einzureichen.

13.3 Definition Notfall

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

14 Listen mit möglichen Leistungserbringern

Der Versicherer behält sich vor, dem koordinierenden Leistungserbringer eine Liste mit möglichen Leistungserbringern zu übergeben, aus welcher der koordinierende Leistungserbringer zusammen mit der versicherten Person einen Leistungserbringer für die weitergehende Behandlung bestimmen muss. Der Versicherer entscheidet bei der Erstellung der Liste rechtsgleich und willkürfrei. Diese Liste ist bei Anwendung dieser Regelung beim Versicherer einsehbar.

15 Verstoss gegen die Bedingungen des alternativen Versicherungsmodells

Begibt sich die versicherte Person ohne Vorliegen einer Notfallsituation zu anderen Leistungserbringern als dem koordinierenden Leistungserbringer, wird sie vom Versicherer in jedem Fall auf das nicht vertragskonforme Verhalten bzw. den Verstoss hingewiesen. Dies erfolgt ebenso bei Nichteinhaltung der definierten speziellen Massnahmen gemäss Ziffer 11.

Weiter behält sich der Versicherer bei einem Verstoss gegen die Verpflichtungen gemäss den vorliegenden Versicherungsbedingungen das Recht vor, die versicherte Person auf den 1. des Folgemonats für mindestens 12, jedoch maximal 24 Monate aus sämtlichen alternativen Versicherungsmodellen auszuschliessen und/oder Kosten für Leistungen zurückzufordern, die nicht durch den koordinierenden Leistungserbringer ausgeführt oder angeordnet wurden oder dessen Weisungen widersprechen. Die Mitteilung über den Ausschluss bzw. die Kostenablehnung erfolgt schriftlich (per Briefpost oder auf digitalem Weg) und unter Angabe des pflichtwidrigen Verhaltens.

Ein Ausschluss aus dem Versicherungsmodell *casamed hmo* führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl.

16 Änderung der Versicherung wegen veränderter Rahmenbedingungen

Ist die ärztliche Behandlung durch den koordinierenden Leistungserbringer nicht oder nicht mehr möglich (insbesondere bei Aufenthalt im Pflegeheim und Behandlung durch dessen Arzt, Wegzug aus dem Versorgungsgebiet des gewählten koordinierenden Leistungserbringers, Ausscheiden des koordinierenden Leistungserbringers aus dem Versorgungssystem des Versicherers usw.), ist der Versicherer berechtigt, die Versicherung *casamed hmo* ohne vorgängige Ankündigung auf den 1. des Folgemonats aufzuheben.

Die versicherte Person kann jedoch, sofern sie aus dem Versorgungsgebiet wegzieht, der koordinierende Leistungserbringer aus einem Versorgungsgebiet ausscheidet oder dieser längere Zeit abwesend ist, innert 30 Tagen nach schriftlicher Mitteilung des Wohnsitzwechsels bzw. der Bekanntgabe des Ausscheidens oder der Abwesenheit des koordinierenden Leistungserbringers aus dem Angebot des Versicherers für das betreffende Versorgungsgebiet einen neuen koordinierenden Leistungserbringer

wählen. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von der versicherten Person nicht ausgeübt, führt dies automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl.

17 Wechsel des koordinierenden Leistungserbringers

In *casamed hmo* kann die versicherte Person zu einem anderen auf der Liste des Versicherers enthaltenen koordinierenden Leistungserbringer (einer anderen HMO-Praxis) wechseln. Das Gesuch für einen Wechsel hat schriftlich (per Briefpost oder auf digitalem Weg) und vor Inanspruchnahme von Leistungen beim neu gewählten Leistungserbringer zu erfolgen und ist direkt an den Versicherer zu richten.

18 Zahlungsverbindung

Der Versicherer zahlt Leistungen an die versicherte Person an ein gemeldetes Post- oder Bankkonto aus. Unterbleibt eine Meldung der versicherten Person, kann der Versicherer eine Unkostenpauschale pro Leistungsabrechnung in Rechnung stellen.

19 Gebühren

19.1 Mahn- und Inkassogebühren

Säumigen Zahlerinnen und Zahlern kann der Versicherer neben den Betriebskosten auch angemessene Bearbeitungskosten, Umtriebsgebühren sowie Kosten für Mahnungen und Verzugszinsen in Rechnung stellen.

19.2 Ratenzahlung

Ist im Inkasso- und Betreibungsverfahren eine Ratenzahlung vereinbart worden, kann der Versicherer eine Ratengebühr für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand in Rechnung stellen.

20 Schweigepflicht

Die Mitarbeitenden des Versicherers unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht.

21 Rechtspflege

21.1 Verfügung

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, erlässt der Versicherer auf Verlangen innert 30 Tagen eine schriftlich begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

21.2 Einsprache

Gegen die Verfügung des Versicherers kann innerhalb von 30 Tagen seit der Zustellung Einsprache erhoben werden. Der Versicherer prüft die Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

21.3 Beschwerdeverfahren

Gegen den Einspracheentscheid des Versicherers kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden.

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in

welchem die versicherte Person respektive der Beschwerde führende Dritte Wohnsitz hat. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn der Versicherer innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich der letzte schweizerische Wohnsitz befand oder in dem der letzte schweizerische Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt zuständig.

22 Rechtskraft

Bei unbenutztem Ablauf der Beschwerdefrist tritt die Verfügung oder der Einspracheentscheid des Versicherers in Rechtskraft. Die auf Geldzahlungen gerichteten rechtskräftigen Verfügungen sind vollstreckbaren Gerichtsurteilen im Sinne von Art. 80 des Gesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) gleichgestellt.

23 Rechtsschutz

Bei Honorarstreitigkeiten der versicherten Person mit Leistungserbringern im Sinne des KVG kann der Versicherer auf Begehren der versicherten Person deren Vertretung vor den zuständigen Gerichten auf Kosten des Versicherers übernehmen, sofern das Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

24 Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich insbesondere nach den anwendbaren rechtlichen Datenschutzbestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 (DSG, SR 235.1), Art. 33 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) sowie Art. 84, 84a und 84b des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10). In Versicherungsverhältnissen mit internationalem Bezug richtet sich die Datenverarbeitung nach den anwendbaren Bestimmungen (z.B. DSGVO-Verordnung [EU] 2016/679 vom 27. April 2016).

Mit dem Abschluss des Versicherungsmodells casamed hmo willigt die versicherte Person ein, dass der Versicherer, der koordinierende Leistungserbringer oder in dessen Auftrag handelnde Dritte sich gegenseitig Behandlungs-, Diagnose- und Rechnungsdaten ihrer vollständigen medizinischen Versorgung übermitteln, soweit diese für die Abwicklung der Versicherung casamed hmo und insbesondere für die Überprüfung der Einhaltung der Pflichten der versicherten Personen benötigt werden (Qualitätssicherung und Sicherstellung einer optimalen Behandlung). Dies schliesst statistische Auswertungen zu casamed hmo ein. Ebenso willigt die versicherte Person in die Bearbeitung dieser Daten durch den Versicherer ein.

Die Daten werden in physischer oder elektronischer Form aufbewahrt.

Beim Wechsel zu einem anderen koordinierenden Leistungserbringer stimmt die versicherte Person der Weitergabe dieser Informationen an den neuen koordinierenden Leistungserbringer in schriftlicher und elektronischer Form zu und entbindet zu-

gleich den bisherigen koordinierenden Leistungserbringer vom Berufsgeheimnis für diese Datenbekanntgabe.

Detaillierte Ausführungen zum Datenschutz befinden sich auf der Website des Versicherers.

25 Auslegung

Die Originalfassung dieser Versicherungsbedingungen ist die deutsche Version. Die französische, die italienische und die englische Fassung sind Übersetzungen. Bei allfälligen Auslegungsdifferenzen ist der deutsche Text massgebend.

26 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt am 1. Januar 2022 in Kraft und ersetzt alle früheren Reglemente und Bestimmungen über die gesetzliche obligatorische Krankenpflegeversicherung.

