

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2018/20 vom 8. Juli 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-07-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2018_20

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2018/20 du 8 juillet 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2018/20 del 8 luglio 2020

Regeste

Art. 28 ATSG; Art. 5 Abs. 3 BV; Art. 2 ZGB: Im vorliegenden Fall bestehen nicht unerhebliche Zweifel daran, ob die reglementarischen Bestimmungen, auf welche sich die Beschwerdegegnerin beruft, Geltung erlangt haben. Diese Frage kann jedoch offenbleiben, da dem Beschwerdeführer selbst bei Geltung dieser Regelungen keine nicht entschuldbaren Pflichtverletzungen vorgeworfen werden können. Der Beschwerdeführer ist in Anbetracht des treuwidrigen Verhaltens der Beschwerdegegnerin in seinem berechtigten Vertrauen darauf, dass die Kostendeckung des Rehabilitationsaufenthaltes keine Kontaktaufnahme seinerseits erfordern würde, zu schützen. Deshalb ist er so zu stellen, als ob er seinen Pflichten ausreichend nachgekommen wäre. Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juli 2020, KV 2018/20).

Volltext

Entscheid vom 8. Juli 2020 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. KV 2018/20 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Severin Gabathuler, Glaus & Partner Rechtsanwälte, Obergasse 28, Postfach 133, 8730 Uznach, gegen X.____ AG, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rückforderung / Ablehnung Kostenübernahme Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter), unterzeichnete am 31. Oktober 2016 einen Versicherungsantrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (W.____) bei der X.____ AG (nachfolgend: X.____) (act. G 3.2). Die X.____ akzeptierte den Antrag und liess dem Versicherten eine entsprechende Versicherungspolice zukommen (act. G 3.5; vgl. ferner act. G 3.3 f.). Am 6. Januar 2018 fiel der Versicherte während einer Skitour zu Boden, woraufhin er nach einer Reanimation ins Spital B.____ gebracht wurde (act. G 1 S. 3, G 1.7 f. und G 3.17 S. 3). Am 16. Januar 2018 erteilte die X.____ gegenüber dem Rehabilitationszentrum Z.____ Kostengutsprache für einen Rehabilitationsaufenthalt des Versicherten vom 17. Januar bis 6. Februar 2018, wobei sie die Kostengutsprache dem Versicherten in Kopie an dessen Wohnadresse schickte. Als Information für den Versicherten war auf der Kostengutsprache angemerkt, dass für den Rehabilitationsaufenthalt die Freigabe durch das telemedizinische Zentrum von Y.____ fehle. Ohne eine vorgängige Freigabe könne sich die X.____ an den Kosten nicht beteiligen (act. G 3.9 f.). Gleichentags erfolgte seitens des Rehabilitationszentrums Z.____ eine Rückfrage bei der X.____, ob bezüglich des markierten Textes in der Kostengutsprache noch etwas zu tun sei, was die X.____ mit der Begründung verneinte, dies sei Sache des Versicherten (vgl. act. G 1.5). Mit Eintrittsbestätigung vom 17. Januar 2018 informierte das Spital B.____ den Versicherten darüber, dass die X.____ für eine dreiwöchige Rehabilitation

im Rehabilitationszentrum Z.____ Kostengutsprache erteilt habe (act. G 1.3). Am 18. Januar 2018 trat der Versicherte vom stationären Aufenthalt im Spital B.____ für einen Rehabilitationsaufenthalt in das Rehabilitationszentrum Z.____ über (act. G 1.7 f., G 3.13 und G 3.17 S. 3). Am 2. Februar 2018 verlängerte die X.____ gegenüber dem Rehabilitationszentrum Z.____ (in Kopie an die Wohnadresse des Versicherten) ihre Kostengutsprache für die Rehabilitation bis zum 28. Februar 2018, wobei auf der Kostengutsprache als Information für den Versicherten wiederum ausgeführt war, dass für den Rehabilitationsaufenthalt die Freigabe durch das telemedizinische Zentrum von Y.____ fehle. Ohne eine vorgängige Freigabe könne sich die X.____ an den Kosten nicht beteiligen (act. G 3.11). Mit Schreiben vom 27. Februar 2018 teilte die X.____ dem Versicherten mit, dass sie die Überweisungen für die Behandlungen im Rehabilitationszentrum Z.____ sowie die ärztliche Behandlung erhalten habe. Weiter informierte sie den Versicherten darüber, dass sie die Überweisungen allerdings nicht in den Kundendaten hinterlegen könne, da das telemedizinische Zentrum von Y.____ für das Aufnehmen der medizinischen Daten zuständig sei. Deshalb sei es wichtig, alle Behandlungen und Weiterüberweisungen vorgängig mit Y.____ abzusprechen. Der Versicherte werde gebeten, Y.____ umgehend zu kontaktieren (act. G 1.9). Am 2. März 2018 erhielt die X.____ die Rechnung des Rehabilitationszentrums Z.____ für den Aufenthalt des Versicherten vom 18. Januar bis 28. Februar 2018 (act. G 3.13). Am 20. März 2018 ging bei der X.____ eine Apothekenrechnung für einen Medikamentenbezug des Versicherten vom 26. Februar 2018 ein (act. G 3.14). Mit einer Leistungsabrechnung vom 20. April 2018 forderte die X.____ den Versicherten zur Rückzahlung der bereits an das Rehabilitationszentrum Z.____ geleisteten Zahlung in der Höhe von Fr. 14'742.-- auf. Als Begründung für die Rückforderung hielt die X.____ fest, dass das telemedizinische Zentrum von Y.____ die Leistung weder verordnet noch freigegeben habe, weshalb die X.____ die Kosten nicht übernehmen könne (act. G 3.15). Mit Mail vom 26. April 2018 machte der Versicherte gegenüber der X.____ geltend, dass er im Februar 2018 die Überweisungsbestätigung erhalten und sich daraufhin bei Y.____ gemeldet habe, um seinen Fall zu schildern. Er sei seit dem 6. Januar 2018 in Behandlung und bitte um erneute Überprüfung des Falles und um Begleichung der Apothekenrechnung (act. G 3.16). Am 27. April 2018 antwortete die X.____ dem Versicherten per Mail. Sie erklärte, dass nicht lediglich die Apothekenrechnung ausstehend sei, sondern auch weitere Leistungen abgelehnt worden seien, wobei der abgelehnte Betrag sich auf gesamthaft Fr. 15'227.80 belaufe. Sie stellte sich weiterhin auf den Standpunkt, dass sie für die Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt nicht aufzukommen habe, offerierte dem Versicherten jedoch die abgelehnten Kosten gleichwohl ausnahmsweise zu übernehmen, sofern er sich mit einem Betrag von Fr. 6'500.-- (zuzüglich Franchise und Selbstbehalt) an den Kosten beteilige (act. G 3.16 S. 2). Mit Mail vom 30. April 2018 wies der Versicherte die X.____ darauf hin, dass er nach Erhalt des Schreibens vom 27. Februar 2018 Y.____ telefonisch kontaktiert und seinen Fall mit dem Herzinfarkt vom 6. Januar 2018 geschildert habe. Er bitte die X.____ darum, sich die Gesprächsaufzeichnung anzuhören und hoffe auf eine baldige Klärung der Situation (act. G 3.16 S. 3). Mit Mail vom 1. Mai 2018 wies die X.____ den Versicherten darauf hin, dass er verpflichtet gewesen wäre, sich nach einem Notfallereignis innert fünf Tagen beim telemedizinischen Zentrum von Y.____ zu melden. Da er Y.____ erst viel später kontaktiert habe, könne sie die Leistungen nicht vollumfänglich zu seinen Gunsten korrigieren. Sie bitte ihn jedoch, nochmals über das von ihr gemachte Angebot nachzudenken (act. G 3.16 S. 4). In einer gleichentags verfassten Mail teilte der Versicherte der X.____ mit, dass er ihrem Zahlungsvorschlag leider nicht zustimmen könne

(act. G 3.16 S. 5). Am 7. Mai 2018 verlangte der Versicherte von der X.____ eine einsprachefähige Verfügung (act. G 3.16 S. 6 ff.). Am 24. Mai 2018 erliess die X.____ einerseits eine Verfügung, mit welcher sie die Kostenübernahme für die Apothekenrechnung vom 20. März 2018 ablehnte, und andererseits eine Rückforderungsverfügung für die bereits an das Rehabilitationszentrum Z.____ erbrachten Leistungen in der Höhe von Fr. 14'742.-- (act. G 3.18 f.). Gegen diese Verfügungen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw S. Gabathuler, Uznach, am 28. Juni 2018 Einsprachen erheben (act. G 3.20 und G 3.21). Mit Einspracheentscheid vom 13. November 2018 wies die X.____ die beiden vom Versicherten erhobenen Einsprachen ab (act. G 3.23). Gegen diesen Einspracheentscheid liess der weiterhin durch Rechtsanwalt Gabathuler vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 10. Dezember 2018 Beschwerde erheben. Er liess beantragen, der Einspracheentscheid vom 13. November 2018 sei aufzuheben und die X.____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die Kosten gemäss der Apothekenrechnung vom 20. März 2018 zu übernehmen sowie von einer Rückforderung der übernommenen Behandlungskosten für die Zeit vom 18 Januar bis 28. Februar 2018 im Rehabilitationszentrum Z.____ abzusehen. Weiter liess er die Zusprache einer angemessenen Parteientschädigung sowie die Auferlegung allfälliger Verfahrenskosten an die Beschwerdegegnerin beantragen (act. G 1). In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde vom 10. Dezember 2018 unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers (act. G 3). In seiner Replik vom 11. Februar 2019 liess der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Anträgen festhalten (act. G 6). In ihrer Duplik vom 15. März 2019 hielt die Beschwerdegegnerin an den in der Beschwerdeantwort gestellten Rechtsbegehren fest (act. G 8). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Kosten der Apothekenrechnung vom 20. März 2018 zu Recht ablehnt und die Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt des Beschwerdeführers zu Recht zurückfordert (vgl. act. G 1 i.V.m. G 1.2). Sie begründet die Rückforderung bzw. Leistungsablehnung damit, dass der Beschwerdeführer die im Reglement zum Versicherungsprodukt W.____ enthaltene Verpflichtung, sich vor der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung bzw. nach einem Notfall zum erstmöglichen Zeitpunkt, spätestens aber innert fünf Tagen, beim telemedizinischen Zentrum zu melden, verletzt habe (vgl. act. G 1.2 und G 3). Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass ihm diese Pflichten nicht bekannt gewesen seien. Ihm sei nie ein Reglement zugestellt worden, sodass nicht von einer vertraglichen Abänderung der im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) enthaltenen Leistungspflicht ausgegangen werden könne. Aber auch im Falle der Zustellung des Reglements müsste den reglementarischen Bestimmungen die Geltung untersagt werden, da sie namentlich aufgrund ihrer Ungewöhnlichkeit der Geltungs- und Inhaltskontrolle von allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) nicht standhielten. Selbst wenn aber diese Pflichten gelten würden, könne ihm im vorliegenden Fall keinerlei Verschulden angelastet werden. Bei Eintritt in die Rehabilitation sei er aus medizinischer Sicht noch gar nicht in der Lage gewesen, seiner Meldepflicht nachzukommen. Als er seine Urteilsfähigkeit während des Klinikaufenthalts langsam wiedererlangt habe, habe er auch die Relevanz der Kostendeckung langsam wieder zu begreifen begonnen und sich danach erkundigt. Da er die Antwort erhalten habe, dass die Versicherung bereits orientiert sei und Kostengutsprache erteilt habe, habe er darauf vertraut, dass die von der Klinik gemachte

Meldung an den Krankenversicherer ausreichend sei. Im Übrigen habe sich die Beschwerdegegnerin treuwidrig verhalten, indem sie dem Rehabilitationszentrum Z.____ eine falsche Auskunft erteilt habe, womit sie ihn selber daran gehindert habe, die verlangte Meldung zu erstatten (act. G 1 und G 6). Gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG können die Versicherten ihr Wahlrecht hinsichtlich der Leistungserbringer (vgl. namentlich Art. 41 Abs. 1 KVG) im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung auswählt. Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. Telefonmodelle, bei denen sich die Versicherten im Grundsatz verpflichten, sich vor der Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen an ein Beratungszentrum zu wenden, werden als Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer akzeptiert, obwohl nur der Behandlungspfad vorbestimmt, die Wahl des konkreten Leistungserbringers hingegen frei ist (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2014, 9C_8/2014 und 9C_9/2014, E. 3.2, und vom 25. Juni 2015, 9C_325/2015, E. 1 ff.). Das vom Versicherungsprodukt W.____ vorgesehene Telefonmodell ist somit im Grundsatz (ohne Berücksichtigung der einzelnen reglementarischen Bestimmungen) zulässig, sofern es vereinbart worden ist. Die mit dem Telefonmodell einhergehenden Pflichten, auf welche sich die Beschwerdegegnerin beruft, gehen einzig aus dem Reglement W.____ hervor (vgl. act. G 3.4 S. 4 ff. und G 3.7). Eine Bindung des Beschwerdeführers an die von der Beschwerdegegnerin angeführten Pflichten setzt somit voraus, dass das entsprechende Reglement für das Versicherungsvertragsverhältnis mit dem Beschwerdeführer Geltung erlangt hat. Damit allgemeine Geschäftsbedingungen, worunter auch allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) fallen, Geltung erlangen, ist erforderlich, dass sie Gegenstand der Parteiabrede geworden sind. Sie müssen durch entsprechende Abrede ausdrücklich oder stillschweigend in den Vertrag einbezogen worden sein. Hierzu ist auch erforderlich, dass der Vertragspartner die AVB kennt oder wenigstens die Möglichkeit gehabt hat, in zumutbarer Weise von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen, was voraussetzt, dass die AVB direkt oder wenigstens ohne grössere Hindernisse einsehbar sind (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2013, 4C.282/2003, E. 3.1; Claire Huguenin, Obligationenrecht, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2019, N 614 ff. mit Hinweisen; Ahmet Kut, in: Andreas Furrer/Anton K. Schnyder [Hrsg.], Handkommentar zum Schweizer Privatrecht, Obligationenrecht – Allgemeine Bestimmungen, Art. 1-183 OR, 3. Aufl. Zürich 2016, N 51 f. zu Art. 1; Jolanta Kren Kostkiewicz, in: Jolanta Kren Kostkiewicz /Stephan Wolf/Marc Amstutz/Roland Fankhauser [HRSG.], OR Kommentar, 3. Aufl. Zürich 2016, N 8 zu Art. 1). Die vorliegend zu beurteilenden reglementarischen Bestimmungen sind von der Beschwerdegegnerin im Hinblick auf Art. 41 Abs. 4 KVG zu weiten Teilen autonom ausgestaltet worden, sodass sich eine (analoge) Anwendung der für das Privatrecht entwickelten Grundsätze zur Geltung von allgemeinen Geschäftsbedingungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2013, 4C.282/2003, E. 3.1) aufdrängt. Vorliegend ist es fraglich, ob die reglementarischen Bestimmungen, auf welche sich die Beschwerdegegnerin beruft, Vertragsbestandteil geworden sind. Zwar hat der Beschwerdeführer am 31. Oktober 2016 ein Antragsformular unterzeichnet, auf welchem vorgedruckt folgendes zu lesen ist: "Ich bestätige, die relevanten Reglemente erhalten und in vollem Umfang anerkannt zu haben" (act. G 3.2). Welches Reglement damit Vertragsbestandteil geworden sein soll, ist aus diesem pauschalen Genehmigungsvermerk jedoch nicht eindeutig zu schliessen. Folglich ist nicht ohne weiteres klar, ob genau diejenigen reglementarischen Bestimmungen, auf die

sich die Beschwerdegegnerin berufen will, als vom Vertrag mitumfasst gelten können. Zum anderen gibt es trotz des Genehmigungsvermerks grosse Zweifel daran, ob dem Beschwerdeführer die einschlägigen reglementarischen Bestimmungen tatsächlich noch vor dem Vertragsabschluss zugestellt worden sind. Zum einen bestreitet der Beschwerdeführer den Erhalt des Reglements W.____ (vgl. act. G 1). Zum anderen geht aus dem von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid beschriebenen Ablauf des Vertragsabschlusses (act. G 1.2 S. 5 f.) sowie aus den im Beschwerdeverfahren eingereichten Ausdrucken der verschiedenen Schritte des Vertragsabschlusses (act. G 3.1) nicht hervor, dass das Reglement W.____ integrierender Bestandteil des Prozesses gewesen wäre. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass es dem normalen Vorgehen der Beschwerdegegnerin entspricht, den Neukunden erst nach dem Onlinevertragsabschluss bzw. nach dem Eingang des unterzeichneten Antrages eine Bestätigungsmail mit den reglementarischen Bestimmungen zuzustellen. Auch die Formulierungen in der dem Beschwerdeführer angeblich zugestellten Mail vom 11. November 2016 deuten darauf hin, dass das Reglement erst nach Vertragsabschluss versendet worden ist (act. G 3.4). Hat der Beschwerdeführer erst nach dem Absenden des Antrags vom Reglement erfahren, erwiese sich der pauschale Vermerk auf dem Antragsformular, wonach er sämtliche relevanten Reglemente erhalten und anerkannt habe, als falsch, womit zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses hinsichtlich der reglementarischen Bestimmungen nicht ohne Weiteres ein Rechtsbindungswille angenommen werden könnte. Es würde sich diesfalls die Frage stellen, ob der Beschwerdeführer trotz fehlender Reglements Zustellung die Möglichkeit gehabt hat, noch vor dem Absenden des Antrages in zumutbarer Weise vom Reglement Kenntnis zu nehmen. Diese Zumutbarkeit erscheint ebenfalls fraglich, zumal der Beschwerdeführer dem Antragsformular nicht entnehmen können, nach welchem Reglement er sich erkundigen müsste (vgl. act. G 3.2). Selbst wenn die reglementarischen Bestimmungen Vertragsbestandteil geworden wären, ist es zweifelhaft, ob eine Regelung, wonach sich Versicherte bei Notfällen – unabhängig ihres gesundheitlichen Zustandes – stets innert fünf Tagen bei einem medizinischen Zentrum melden müssen oder eine Meldung veranlassen müssen (vgl. Ziff. 7.4 des Reglements W.____, Ausgaben 01.2015 und 01.2018; act. G 3.4 S. 5 f. und G 3.7 S. 2 f.), gültig sein kann. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es nicht unerhebliche Zweifel daran gibt, ob die reglementarischen Bestimmungen, auf welche sich die Beschwerdegegnerin beruft, Geltung erlangt haben. Diese Frage kann jedoch, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden, offenbleiben, da dem Beschwerdeführer selbst bei Geltung dieser Regelungen keine nicht entschuldbaren Pflichtverletzungen vorgeworfen werden können. Wie die Beschwerdegegnerin selber eingeräumt hat, ist es dem Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich gewesen, sich innert fünf Tagen seit dem Herzinfarkt beim telemedizinischen Zentrum zu melden (vgl. act. G 1.2 S. 8), weshalb sie für die Kosten des Aufenthaltes im Spital B.____ aufgekommen ist (act. G 3.17 und G 1.2 S. 8). Sie ist jedoch der Ansicht, dass der Beschwerdeführer sich im Zeitpunkt des Eintritts in den Rehabilitationsaufenthalt hätte melden können und müssen (vgl. act. G 1.2 S. 8). Gemäss einer Bestätigung von Dr. med. univ. C.____, Klinik für Neurologie, Rehabilitationszentrum Z.____, vom 19. November 2018, ist der Beschwerdeführer bei Eintritt in den Rehabilitationsaufenthalt gesundheitlich nicht in der Lage gewesen, telefonischen Kontakt aufzunehmen (act. G 1.7). Ob ihm die Instruktion einer Drittperson möglich gewesen wäre, ist aufgrund des von Dr. C.____ beschriebenen Gesundheitszustandes ebenfalls zweifelhaft (act. G 1.7; vgl. ferner act. G 1.8). Ab welchem Zeitpunkt dem Beschwerdeführer eine Meldung aus gesundheitlichen

Gründen wieder möglich gewesen wäre, lässt sich aufgrund der Aktenlage nicht genau bestimmen. Am ehesten ist anzunehmen, dass die Fähigkeit zur Meldung irgendwann im Verlauf des Rehabilitationsaufenthaltes wieder eingetreten ist, da der Beschwerdeführer ausgeführt hat, dass er im Verlauf des Rehabilitationsaufenthaltes seine Urteilsfähigkeit langsam wiedererlangt habe und die Kostendeckungsfrage langsam wieder habe überblicken können (vgl. act. G 1 S. 9). Folglich wäre es ihm gesundheitlich allenfalls noch während des Rehabilitationsaufenthaltes möglich gewesen, eine Meldung zu veranlassen. Möglichweise würde eine Pflichtverletzung jedoch bereits aus gesundheitlichen Gründen ausser Betracht fallen. Der Beschwerdeführer hat sich dann aber nach dem Austritt aus dem Rehabilitationsaufenthalt nach seinen unbestritten gebliebenen Aussagen jedenfalls umgehend an das telemedizinische Zentrum gewandt (vgl. act. G 1 S. 10 N 44 und G 1.12 S. 1 und 3). Dass sich der Beschwerdeführer – vorausgesetzt es wäre ihm gesundheitlich möglich gewesen – nicht bereits während des Rehabilitationsaufenthaltes an das telemedizinische Zentrum gewandt hat, ist sodann aufgrund des Verhaltens der Beschwerdegegnerin entschuldbar. Denn auch wenn die Versicherten sich ihrer vertraglichen Pflichten grundsätzlich selber bewusst sein müssen und diesen ohne vorgängige Aufforderung nachzukommen haben, trifft die Beschwerdegegnerin nach Art. 27 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gleichwohl eine Beratungspflicht. Sie ist gehalten, die Versicherten zumindest bei entsprechenden Nachfragen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und ihnen die Modalitäten des Versicherungsvertrages situationsadäquat zu erläutern (BSK ATSG-Kurt Pärli/Lea Mohler, Basel 2019, N 24 ff. zu Art. 27; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2020, N 28 ff. zu Art. 27). Der Versicherungsträger muss nicht über sämtliche Eventualitäten informieren, hat jedoch gewisse Abläufe und Situationen zu antizipieren. Er hat sich also in einem bestimmten Mass aktiv zu verhalten und die versicherte Person gegebenenfalls sogar unaufgefordert über bestimmte Elemente zu informieren. Der Umfang der Beratungspflicht ist im Einzelfall unter Beachtung der konkreten Umstände und des Grundsatzes von Treu und Glauben zu bestimmen (Art. 5 Abs. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]; BSK ATSG-Pärli/Mohler, a.a.O., N 25 zu Art. 27; Kieser, a.a.O., N 29 f. zu Art. 27). Auch wenn Art. 27 ATSG in erster Linie die Beratung der versicherten Personen normiert (bezüglich anderer interessierter Personen, auf welche die Beratungspflicht ebenfalls anwendbar sein könnte, vgl. Kieser, a.a.O., N 21 zu Art. 27), ist sie im vorliegenden Fall auch im Rahmen der Nachfrage seitens des Rehabilitationszentrums Z.____ anzunehmen. Denn dieses hat sich im Interesse des Beschwerdeführers bei der Beschwerdegegnerin informiert und das Reglement W.____ sieht in den Ausgaben 2015 und 2018 vor, dass die versicherte Person die von ihr geforderte Meldung auch durch eine Drittperson veranlassen kann (vgl. den Wortlaut "orientieren lassen" in Ziff. 7.4 der Ausgaben 01.2015 und 01.2018 des Reglements W.____; act. G 3.4 S. 5 f. und G 3.7 S. 2 f.; vgl. ferner die Mailauskunft der Beschwerdegegnerin vom 27. April 2018; act. G 3.16 S. 2). Wie bereits erwähnt, erfordert ein Tätigwerden aufgrund der Beratungspflicht auch nicht in jedem Fall ein Antrag seitens der versicherten Person, sondern ist dann angezeigt, wenn der Versicherungsträger Handlungsbedarf feststellt (Kieser, a.a.O. N 28 zu Art. 27). Ein solcher kann sich auch durch die Nachfrage eines Leistungserbringers ergeben. Jedenfalls ist die Beschwerdegegnerin aufgrund der sie treffenden Beratungspflicht somit auch im Rahmen der Nachfrage des Rehabilitationszentrums gehalten gewesen, in zumutbarer Weise darauf hinzuwirken, dass der Beschwerdeführer seine Pflichten erfüllen kann, um den Eintritt

unliebsamer Rechtsfolgen zu verhindern (vgl. Kieser, a.a.O., N 28 zu Art. 27; BSK ATSG-Pärli/Mohler, a.a.O., N 24 zu Art. 27). Schliesslich gebietet auch der allgemeine Rechtsgrundsatz von Treu und Glauben, dass die Beschwerdegegnerin Auskünfte möglichst unmissverständlich erteilt (zum Grundsatz von Treu und Glauben vgl. Ulrich Häfelin/Georg Müller/ Felix Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl. Zürich/ St. Gallen 2016, N 620 ff.). Die Beschwerdegegnerin ist aufgrund der erteilten Kostengutsprache über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zumindest in den Grundzügen informiert gewesen. Ihr muss bekannt gewesen sein, dass der Beschwerdeführer hospitalisiert gewesen ist und von dem Spitalaufenthalt direkt in den Rehabilitationsaufenthalt übergetreten ist. Als dann das Rehabilitationszentrum Z.____ aufgrund des anscheinend auch für einen Leistungserbringer unklaren Hinweises auf der Kostengutsprache, wonach die Freigabe durch das telemedizinische Zentrum fehle (vgl. act. G 3.9), bei der Beschwerdegegnerin nachgefragt hat (vgl. act. G 1.5 S. 1), wäre sie nach Treu und Glauben gehalten gewesen, das Rehabilitationszentrum darüber aufzuklären, dass die versicherte Person einen Telefonanruf an das telemedizinische Zentrum tätigen müsse, mithin die Benachrichtigung der Krankenversicherung nicht ausreiche. Aufgrund des Wissens um den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und um den nahtlosen Eintritt in das Rehabilitationszentrum sowie aufgrund der Nachfrage seitens des Rehabilitationszentrums hätte die Beschwerdegegnerin nämlich erkennen können, dass der Beschwerdeführer sich seiner Pflichten möglicherweise nicht bewusst gewesen ist bzw. irrtümlicherweise davon ausgegangen ist, dass diese aufgrund der Klärung der Kostendeckung durch die Leistungserbringer hinfällig sind. Statt durch eine entsprechende Auskunftserteilung darauf hinzuwirken, den Beschwerdeführer vor einem möglichen Irrtum zu bewahren oder ihn aus einem solchen zu befreien, hat die Beschwerdegegnerin dem Rehabilitationszentrum Z.____ eine irreführende Auskunft gegeben, wonach nichts mehr zu tun sei, da dies Sache der versicherten Person sei (vgl. act. G 1.5 S. 1). Mit einer solchen Auskunft hat die Beschwerdegegnerin in Kauf genommen, dass das Rehabilitationszentrum Z.____ den Beschwerdeführer nicht aus einem allfälligen Irrtum bezüglich seiner Pflichten befreit bzw. ihn in einem solchen durch Unterlassen einer entsprechenden Information noch bestärkt. Jedenfalls hat die Beschwerdegegnerin mit ihrem Verhalten nicht darauf hingewirkt, dass der Beschwerdeführer über seine Pflichten aufgeklärt wird. Aufgrund der mangelhaften Auskunft der Beschwerdegegnerin ist der Beschwerdeführer in seinem berechtigten Vertrauen darauf, dass eine Klärung der Kostendeckung durch die Leistungserbringer im vorliegenden Fall ohne Kontaktaufnahme seinerseits stattgefunden habe, zu schützen (vgl. BSK ATSG-Pärli/Mohler, N 33 zu Art. 27; Kieser, a.a.O., N 37 ff. zu Art. 27 ATSG; Häfelin/Müller/Uhlmann, a.a.O. N 624 ff.). Das Spital B.____ hatte ihm ja auch bestätigt, dass die Beschwerdegegnerin für den Rehabilitationsaufenthalt Kostengutsprache erteilt habe (vgl. act. G 1.3). Aus der Zustellung von Kopien der Kostengutsprachen an die Wohnadresse des Beschwerdeführers kann die Beschwerdegegnerin ebenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten. Zum einen macht der Beschwerdeführer geltend, er habe diese Kostengutsprachen erst bei Austritt aus der Rehabilitation erhalten (vgl. act. G 6). Zum anderen hat die Beschwerdegegnerin ihm die Kopien trotz der Kenntnis darüber, dass er sich in diesem Zeitraum nicht zu Hause aufgehalten hat, lediglich an seine Wohnadresse zugestellt (vgl. act. G 3.10 und G 3.12). Ausserdem ist der Hinweis auf den Kostengutsprachen unklar gewesen, da er den Beschwerdeführer in den Glauben hätte versetzen können, dass auch eine nachträgliche Kontaktaufnahme mit dem telemedizinischen Zentrum ausreichend sei (vgl. act. G 3.9 ff.). Überdies scheint der

Hinweis selbst für das Rehabilitationszentrum Z.____ Fragen aufgeworfen zu haben. Jedenfalls hat gerade der Hinweis auf den Kostengutsprachen zur Nachfrage seitens des Rehabilitationszentrums geführt (vgl. act. G 1.5 S. 1), weshalb diese Kostengutsprachen nicht als Argument dafür dienen können, dass der Beschwerdeführer sich seiner Pflichten bewusst gewesen sei. Zusammenfassend ist unter Berücksichtigung der gesamten Umstände festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund des treuwidrigen Verhaltens der Beschwerdegegnerin in seinem berechtigten Vertrauen darauf, dass die Kostendeckung im vorliegenden Fall keine Kontaktaufnahme seinerseits erfordern würde, zu schützen ist. Deshalb ist er so zu stellen, als ob er seinen Pflichten ausreichend nachgekommen wäre (vgl. BSK ATSG-Pärli/Mohler, N 33 zu Art. 27; Kieser, a.a.O., N 37 ff. zu Art. 27; Häfelin/Müller/Uhlmann, a.a.O., N 700 ff.). Folglich hat die Beschwerdegegnerin für die Kosten seines Rehabilitationsaufenthaltes und den damit zusammenhängenden Bezug der Medikamente aufzukommen. Sie hat ihre Leistungspflicht für die Kosten der Apothekenrechnung vom 20. März 2018 somit zu Unrecht abgelehnt und die Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt vom 18. Januar bis 28. Februar 2018 im Rehabilitationszentrum Z.____ zu Unrecht zurückgefordert. Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. November 2018 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten gemäss der Apothekenrechnung vom 20. März 2018 in der Höhe von Fr. 230.35 abzüglich allfälliger Selbstbehalte (vgl. act. G 3.14) zu übernehmen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (vgl. Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Im hier zu beurteilenden Fall mit einer beachtlichen rechtlichen Komplexität bei gleichzeitig bescheidenem Aktenumfang rechtfertigt sich eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.--. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. November 2018 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die Kosten gemäss der Apothekenrechnung vom 20. März 2018 in der Höhe von Fr. 230.35 abzüglich allfälliger Selbstbehalte zu übernehmen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.