

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2001.00056 vom 18. März 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2001.00056

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2001.00056 du 18 mars 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2001.00056 del 18 marzo 2004

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Rechtspflege im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung nach dem KVG beruht auf dem System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege, bei welchem dem verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren stets ein (nichtstreitiges) Verfügungs- und Einspracheverfahren (vgl. Art. 80 Abs. 1, 85 Abs. 1 und 86 Abs. 1 KVG) vorauszugehen hat (Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, S. 73 Ziff. 2.2 und S. 127). Der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht zugänglich sind Einspracheentscheide im Sinne von Art. 86 Abs. 1 KVG; Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn der Versicherer entgegen dem Begehren des Betroffenen keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt (Art. 86 Abs. 2 KVG; vgl. auch Art. 80 Abs. 1 KVG). Diesfalls gilt die Rechtsverweigerung oder -verletzung als Anfechtungsgegenstand und das kantonale Gericht hat einzig zu prüfen, ob eine Rechtsverweigerung oder -verletzung vorliegt (RKUV 2000 Nr. KV 131 S. 246, 1998 Nr. KV 37 S. 320 Erw. 4b; vgl. auch BGE 112 V 25 Erw. 1).

2.2 An dieser Verfahrens- und Zuständigkeitsordnung nach KVG hat sich mit dem Inkrafttreten des ATSG im Wesentlichen nichts verändert (vgl. Art. 56 ATSG). Namentlich kann wie bis anhin beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde auch dann erhoben werden, wenn der Versicherungssträger entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt (vgl. Art. 56 Abs. 2 ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 56 Rz 12).

2.3 Zu einer Rechtsverweigerungsbeschwerde ist nach dem auch für das kantonale Verfahren richtungweisenden Art. 103 lit. a des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege (OG; vgl. BGE 125 V 342 Erw. 4a) nur berechtigt, wer ein schutzwürdiges Interesse daran hat, dass die Instanz, welche der Vorwurf trifft, in der ihr unterbreiteten Sache endlich entscheidet (SVR 1998 UV Nr. 11 Erw. 5b/aa mit zahlreichen Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt gleichermassen für eine Rechtsverweigerungsbeschwerde (vgl. Koller/Häfner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Auflage, Zürich 1998, S. 255 Rz 725). Ein Interesse ist in der Regel nur schutzwürdig, wenn es sich nicht nur bei der Beschwerdeeinreichung, sondern auch noch im Zeitpunkt der Urteilsfällung als aktuell und praktisch erweist (SVR 1998 UV Nr. 11 Erw. S. 32 Erw. 5b/aa mit Hinweisen).

2.4 Die Beschwerdegegnerin hat in Sachen der Beschwerdeführerin bis anhin weder eine Verfügung noch einen Einspracheentscheid erlassen. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist damit die von der Beschwerdeführerin mit der Beschwerde vom 4. Juli 2001 gerügte

Rechtsverweigerung beziehungsweise Rechtsverzögerung, und das Gericht hat einzig zu prüfen, ob eine solche vorliegt. Nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung ist es dagegen nicht zulässig, über die Streitsache materiell zu entscheiden. Soweit die Beschwerdeführerin materielle Begehren stellt, ist auf ihre Beschwerde damit nicht einzutreten. Einer Überprüfung nicht mehr zugänglich sind zudem allfällige Beanstandungen bezüglich einer durch die Beschwerdegegnerin verschuldeten Rechtsverweigerung oder Rechtsverzögerung, die bereits im ersten, infolge des Beschwerdefückzugs vom 14. Juni 2001 erledigten Beschwerdeverfahren KV.2001.00009 geltend gemacht worden waren (vgl. SVR 2000 UV Nr. 6 S. 19 f. Erw. 1).

Ä

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Die Krankenkassen entscheiden meistens ohne Erlass einer formellen Verfügung, indem sie den Versicherten etwa durch einfachen Brief ihren Entscheid mitteilen oder indem sie Rechnungsbeträge erstatten (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 158). Ein Versicherter, der mit einem formlosen Entscheid des Versicherers nicht einverstanden ist, kann verlangen, dass dieser innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung erlässt (Art. 80 Abs. 1 KVG). Liegt nach Ablauf der 30 Tage keine schriftliche Verfügung vor, so ist das Vorliegen einer Rechtsverzögerung oder -verweigerung - in der Regel - zu bejahen (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 229 Fn 1039). Das KVG legt aber nicht fest, innert welcher Frist ein Versicherer über ein Gesuch erstmals formlos oder - von sich aus - mittels schriftlicher Verfügung (vgl. Eugster, a.a.O., S. 229 Rz 409) zu entscheiden hat. War eine Krankenkasse etwa (noch) bei der Prüfung des Leistungsanspruches, so konnte bei Verlangen einer Verfügung durch den Versicherten nicht nach Ablauf von 30 Tagen seit der Stellung des Begehrens in jedem Fall auf eine durch die Krankenkasse verschuldete Rechtsverzögerung oder Rechtsverweigerung geschlossen werden (vgl. Eugster, a.a.O., S. 229 Fn 1039). Eine Rechtsverzögerung und damit eine Verletzung von Art. 29 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV) liegt nach der Rechtsprechung zu Art. 4 aBV aber unter anderem dann vor, wenn eine Verwaltungsbehörde sich zwar bereit zeigt, einen Entscheid zu treffen, diesen aber nicht binnen der Frist fasst, welche nach der Natur der Sache und nach der Gesamtheit der übrigen Umstände als angemessen erscheint (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 28. Dezember 2001 in Sachen C., K 65/01, Erw. 3a, unter Hinweis auf BGE 117 Ia 197 Erw. 1c, 107 Ib 164 Erw. 3b).

Ohne weiteres ist entgegen dem engen Wortlaut von Art. 80 Abs. 1 KVG vom Recht der Versicherten auszugehen, auch in Fällen, wo noch kein formloser Entscheid des Versicherers vorliegt, direkt eine anfechtbare Verfügung zu verlangen und im Anschluss die allfällige Rechtsverzögerung oder Rechtsverweigerung gemäss Art. 86 Abs. 1 und 2 KVG gegebenenfalls vor das kantonale Versicherungsgericht zu bringen. Denn die gegenüber den Versicherten verschuldeten Rechtsverzögerungen und Rechtsverweigerungen der Krankenkassen gelten als anfechtbare Verfügungen, die im Bereich des KVG auf dem ordentlichen Verfahrensweg angefochten werden können (vgl. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 240 Rz 502 und S. 241 f. Rz 505; anders, Eugster, a.a.O., S. 229 Fn 1039; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen C. vom 28. Dezember 2001, K 65/01, Erw. 3).

3.2 Nach Art. 80 Abs. 1 KVG ist die versicherte Person ausdrücklich ermächtigt, eine schriftliche, einsprachliche Verfügung zu verlangen. Der Anspruch auf eine einsprachliche Verfügung setzt aber voraus, dass die Verfahrensvoraussetzungen erfüllt sind, worunter namentlich die Zuständigkeit der angerufenen Instanz und das Rechtsschutzinteresse fallen (vgl. Rhinow/Koller/Kiss, Öffentliches Prozessrecht und Justizverfassungsrecht des Bundes, Basel 1996, S. 182 Rz 952 und 954).

Anspruch auf Erlass einer Feststellungsverfügung besteht im Besonderen rechtsprechungsgemäss nur, wenn ein schutzwürdiges, d.h. rechtliches oder tatsächliches und aktuelles Interesse an der sofortigen Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses nachgewiesen ist, dem keine erheblichen öffentlichen oder privaten Interessen entgegenstehen, und wenn dieses schutzwürdige Interesse nicht durch eine rechtsgestaltende Verfügung gewahrt werden kann (BGE 129 V 290 Erw. 2.1, 126 II 303 Erw. 2c, je mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Die Beschwerdeführerin verlangte nach Erhebung der ersten Beschwerde vom 14. Januar 2001 und nach Rückzug derselben am 14. Juni 2001 bei der Beschwerdegegnerin bezüglich verschiedener Streitpunkte anfechtbare Verfügungen. Dies tat sie mit den Schreiben vom 3. Februar 2001 (Urk. 13/10), vom 20. Mai 2001 (Urk. 9/52), vom 17. und 26. Juni 2001 (Urk. 9/55 und 9/57). In der Beschwerde vom 4. Juli 2001 trägt die Beschwerdeführerin, dass die Beschwerdegegnerin den Begehren bis anhin nicht entsprochen hat, und hält fest, aus diesem Grund sei die Beschwerde wegen Rechtsverweigerung gerechtfertigt (Urk. 1).

Nachfolgend ist festzustellen, ob die Beschwerdegegnerin über die Aufhebung der Zusatzversicherungen nach VVG (vgl. Urk. 13/10, 9/55, 9/57), über die Aufnahme in die Taggeldversicherung (vgl. Urk. 9/52, 9/55 und 9/57) und über die gerügten Rechnungsstellungen (vgl. Urk. 13/10, 9/55, 9/57) hätte verfügen müssen.

4.2 Vorweg festzuhalten ist, dass die Beschwerdegegnerin insoweit zu Recht keine Verfügungen erlassen hat, als die Beschwerdeführerin anfechtbare Verfügungen bezüglich von Streitpunkten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) verlangt (vgl. Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG). Dies betrifft einerseits die von der Beschwerdeführerin als unrechtmässig gerügte Aufhebung der Zusatzversicherungen (CSS-Standardversicherung, Alternativversicherung, Notfallversicherung, Kur- und Pflegeversicherung) und einen allfällig beantragten Abschluss einer Taggeldversicherung nach VVG (vgl. Urk. 13/10, 9/52, 9/55 und 9/57). Insoweit kommt der Beschwerdegegnerin nämlich keine Kompetenz zum Erlass von Verfügungen zu. Entsprechende Begehren sind vielmehr im Klageverfahren geltend zu machen. Dies hat die Beschwerdeführerin im Klageverfahren KK.2001.00002 auch getan. Das Verfahren KK.2001.00002 wurde mit Beschluss und Urteil vom 11. Juli 2003 (vgl. Urk. 120 im Verfahren KK.2001.00002) rechtskräftig erledigt. Insoweit, als bezüglich von Streitpunkten betreffend die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung anfechtbare Verfügungen verlangt werden, ist auf die Rechtsverweigerungs- beziehungsweise Rechtsverzögerungsbeschwerde der Beschwerdeführerin nicht einzutreten (vgl.

KÄ¶llz/HÄ¶ner, a.a.O., S. 255 Rz 725).

E. 4.3

4.3.1ÄÄ Die BeschwerdefÄ¶hrerin beantragte am 28. Mai (richtig: April) 2001 formlos den Abschluss einer Taggeldversicherung ab 1. Mai 2001 (Urk. 9/46, 9/49, 9/50). Mit Schreiben vom 14. Mai 2001 lehnte die Beschwerdegegnerin die beantragte Taggeldversicherung unter Hinweis auf eine vorgenommene Risikobeurteilung, welche unter Einbezug des Alters und des Gesundheitszustandes, der LeistungsbezÄ¶ge der letzten Jahre und der Entwicklung frÄ¶herer Krankheiten und UnfÄ¶lle nach medizinischen und statistischen Vorlagen erfolgt sei, ab (Urk. 9/51). Daraufhin verlangte die BeschwerdefÄ¶hrerin mit Schreiben vom 20. Mai 2001 den Erlass einer anfechtbaren VerfÄ¶gung innert 10 Tagen und wies die Beschwerdegegnerin zudem darauf hin, dass im Brief vom 14. Mai 2001 nicht ausgefÄ¶hrt worden sei, ob sich die Ablehnung der Aufnahme in die Taggeldversicherung auf die Taggeldversicherung nach VVG und diejenige nach KVG beziehe (Urk. 9/52). GemÄ¶ss einem Ä¶bermittlungszettel vom 22. Mai 2001 orientierte die Beschwerdegegnerin die BeschwerdefÄ¶hrerin dahingehend, dass sich ihr Schreiben vom 14. Mai 2001 einzig auf die Taggeldversicherung nach VVG bezogen habe, und sie sandte ihr in der Beilage ein Antragsformular und das Reglement fÄ¶r die Versicherung nach KVG zu (Urk. 9/53). Die BeschwerdefÄ¶hrerin machte in der Replik indes geltend, kein entsprechendes Antragsformular erhalten zu haben (Urk. 12 S. 1). Am 17. Juni 2001 bekrÄ¶ftigte die BeschwerdefÄ¶hrerin ihr Begehren um Erlass einer anfechtbaren VerfÄ¶gung auch hinsichtlich des Abschlusses der Taggeldversicherung (Urk. 9/55). Im Schreiben vom 25. Juni 2001 wies die Beschwerdegegnerin sie darauf hin, dass sie bezÄ¶glich der Taggeldversicherung nach VVG bereits Ä¶ber die Ablehnung orientiert worden sei. Insoweit kÄ¶nnten keine VerfÄ¶gungen erlassen werden. FÄ¶r den Abschluss einer Taggeldversicherung nach KVG mÄ¶sse die BeschwerdefÄ¶hrerin das ihr bereits zugestellte Antragsformular vollstÄ¶ndig und wahrheitsgetreu ausfÄ¶llen. Die bestehenden und vorbestandenen Krankheiten kÄ¶nnten unter einen fÄ¶nfjÄ¶hrigen Leistungsausschluss gestellt werden (Urk. 9/56). Mit Brief vom 26. Juni 2001 bestand die BeschwerdefÄ¶hrerin erneut auf dem Erlass einer VerfÄ¶gung. GemÄ¶ss dem von der Beschwerdegegnerin eingereichten Schreiben vom 26. Juni 2001 hielt die BeschwerdefÄ¶hrerin aber gleichzeitig auch fest, da sie zur Zeit Ä¶ber eine Anstellung verfÄ¶ge, benÄ¶tze sie keine Taggeldversicherung nach KVG (vgl. Urk. 9/57 S. 2). In dem von der BeschwerdefÄ¶hrerin eingereichten Exemplar fehlt die entsprechende Textpassage (vgl. Urk. 3/20 S. 2). Die BeschwerdefÄ¶hrerin erhob am 4. Juli 2001 beim Sozialversicherungsgericht Beschwerde wegen Rechtsverweigerung und machte geltend, die Beschwerdegegnerin verweigere ihr mit einer ungenÄ¶genden BegrÄ¶ndung den Abschluss einer Taggeldversicherung. Ferner gebe sie ihr keine genaue, detaillierte Auskunft, worauf sich die Ablehnung beziehe (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin fÄ¶hrte in der Beschwerdeantwort vom 23. Oktober 2001 (Urk. 8) aus, nachdem die BeschwerdefÄ¶hrerin das ihr zugesandte Antragsformular bis zum jetzigen Zeitpunkt weder ausgefÄ¶hrt noch retourniert habe, sei nicht ersichtlich, worÄ¶ber sie verfÄ¶gen solle. Denn sie habe der BeschwerdefÄ¶hrerin den Abschluss der Versicherung angeboten und sie auf die Vorgehensweise hingewiesen. Es liege nun an der BeschwerdefÄ¶hrerin, tÄ¶tig zu werden und die notwendigen Angaben zu liefern (Urk. 8 S. 3). Die BeschwerdefÄ¶hrerin macht in der Replik vom 9. September 2003 demgegenÄ¶ber geltend, ein Antragsformular habe sie nicht erhalten. Die

Beschwerdegegnerin sei zudem über ihren Gesundheitszustand bestens informiert. Sie habe immer vollständig mitgewirkt. Zu Unrecht habe die Beschwerdegegnerin zudem beim Abschluss der Taggeldversicherung einen weiteren Vorbehalt angebracht (Urk. 12 S. 1 und 2).

4.3.2.2 Nach Art. 67 Abs. 1 KVG kann jede Person, die in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15. aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, bei einem Versicherer nach Art. 68 beziehungsweise nach Art. 11 KVG eine Taggeldversicherung abschliessen. Der Abschluss der Einzeltaggeldversicherung ist antragsbedingfügig (Eugster, a.a.O., S. 197 Rz 359). Die Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede zum Beitritt berechnigte Person aufnehmen (Art. 68 Abs. 1 KVG). Die Versicherer können Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zurückzuführen können (Art. 69 Abs. 1 KVG). Nach Art. 69 Abs. 3 KVG ist der Versicherungsvorbehalt nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit sowie Beginn und Ende der Vorbehaltsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet sind.

4.3.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat bis anhin über die Aufnahme der Beschwerdeführerin in die freiwillige Taggeldversicherung nach den Art. 67 ff. KVG weder formlos noch mittels anfechtbarer Verfügung entschieden. Gemäss den Angaben vom 22. Mai 2001 und vom 25. Juni 2001 (Urk. 9/53 und 9/56) bezog sich das erste ablehnende Schreiben vom 14. Mai 2001 (Urk. 9/51) einzig auf die Taggeldversicherung nach VVG. Ebenfalls nicht entschieden hat die Beschwerdegegnerin über eine allfällige Anbringung eines Vorbehaltes. Im Schreiben vom 25. Juni 2001 (Urk. 9/56) wies sie die Beschwerdeführerin nämlich nur auf das ihr von Gesetzes wegen und aufgrund des massgeblichen Reglementes grundsätzlich zustehende Recht, Vorbehalte anzubringen, hin. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurde ihr damit bis anhin weder die Aufnahme in die freiwillige Taggeldversicherung nach den Art. 67 ff. KVG verweigert noch wurde unrechtmässigerweise ein Vorbehalt angebracht (vgl. Urk. 1 und 12 S. 2). Es liegt damit noch gar keine Entscheidung vor, über welchen die Beschwerdegegnerin gemäss Art. 80 Abs. 1 KVG hätte verfügen müssen. Zu prüfen ist indes, ob die Beschwerdegegnerin über die Aufnahme mit oder ohne Vorbehalte erstmals formlos oder mittels anfechtbarer Verfügung hätte entscheiden müssen.

4.3.4.1 Die Beschwerdeführerin beantragte am 28. April 2001 formlos den Abschluss einer Taggeldversicherung (Urk. 9/46). Mit dieser formlosen Anmeldung hatte sie das Verwaltungsverfahren in Gang gesetzt und damit grundsätzlich Anspruch auf eine entsprechende Entscheidung über die Aufnahme in die freiwillige Taggeldversicherung nach den Art. 67 ff. KVG und deren Modalitäten (vgl. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2. Auflage, Bern 1997, S. 334 Rz 1 und 3; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, a.a.O., S. 239 Rz 500). Die Krankenkassen sind aber berechnigt, an die Anmeldung oder das Beitrittsgesuch besondere Formerfordernisse zu stellen und zu verlangen, dass die von ihnen gestellten Fragen wahrheitsgemäss beantwortet werden (Maurer, a.a.O., S. 109; vgl. auch Eugster, a.a.O., S. 196 f. Rz 358 und Fn 881). Das massgebliche Reglement der Beschwerdegegnerin für die Versicherungen nach KVG, Ausgabe Januar 2001, sieht in Art. 2.1 der gemeinsamen Bestimmungen für den Beitritt zu den Versicherungen entsprechend vor, dieser sei auf dem von der CSS abgegebenen Formular schriftlich zu erklären. Die gestellten Fragen

sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Gemäss Art. 3 der gemeinsamen Bestimmungen ermächtigt der Bewerber mit der Unterzeichnung des Antragsformulars die von ihm beigezogenen Medizinalpersonen, der CSS alle Angaben über den Gesundheitszustand oder den Verlauf einer Krankheit oder eines Unfalles zu machen, deren sie zur Beurteilung des Antrages und für die Durchführung der Versicherung bedarf. Nach Art. 30.2 der besonderen Bestimmungen zur Taggeldversicherung nach KVG kann die CSS vom Bewerber verlangen, dass er ein ärztliches Zeugnis über seinen Gesundheitszustand beibringt. Reicht der Bewerber das ärztliche Zeugnis nicht innert zwei Monaten ein, wird der Versicherungsantrag als dahingefallen betrachtet (vgl. Urk. 22 und Urk. 3/1).

Bei einer formlosen Anmeldung ist der Versicherungsträger verpflichtet, der antragsstellenden Person das besondere Formular zum Ausfüllen zuzustellen, wobei jedoch die Wirkungen der Anmeldung auf den Eingang des ersten Schreibens zurückbezogen werden (vgl. Locher, a.a.O., S. 334 Rz 3).

4.3.5 Wie den Akten zu entnehmen ist, bezog die Beschwerdegegnerin das formlose Begehren der Beschwerdeführerin vom 28. April 2001 auf Abschluss einer Taggeldversicherung vorerst nur auf die von ihr ebenfalls angebotene Taggeldversicherung nach VVG. Nachdem die Beschwerdeführerin diesem Umstand getraut hatte, liess die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben die Mitteilung vom 22. Mai 2001 und ein Antragsformular zukommen (Urk. 9/53). Ob diese Mitteilung der Beschwerdeführerin zugesandt worden war, was diese bestreitet, kann offen bleiben. Denn auf das erneute Schreiben der Beschwerdeführerin vom 17. Juni 2001 hin reagierte die Beschwerdegegnerin umgehend mit einer klar verändlichen Auskunft über die Modalitäten der Aufnahme in die Taggeldversicherung nach KVG und wies auch auf das bereits zugesandte Antragsformular hin (Urk. 9/56). Unbestrittenermassen verlangte die Beschwerdeführerin in der Folge bei der Beschwerdegegnerin kein Antragsformular, welches sie zuvor nicht erhalten haben will, und reichte bei der Beschwerdegegnerin auch kein ausgefülltes Antragsformular ein. Gemäss dem von der Beschwerdegegnerin eingereichten und mit seinen vollständigen Ausführungen massgeblichen Schreiben vom 26. Juni 2001 zog sie ihre formlose Anmeldung vom 28. April 2001 vielmehr zurück, indem sie der Beschwerdegegnerin mitteilte, sie benötige keine Taggeldversicherung nach KVG, da sie zur Zeit angestellt sei. Sie werde sich noch überlegen, ob sie bei einer anderen Krankenkasse eine Versicherung eingehen werde (vgl. Urk. 9/57 S. 2). Unter diesen Umständen war die Beschwerdegegnerin von vornherein zu keinen weiteren Schritten und namentlich auch nicht zum Erlass einer anfechtbaren Verfügung verpflichtet. Denn die Pflicht der Behörde, tätig zu werden und zu entscheiden, setzt zumindest das Vorliegen einer hängigen Anmeldung voraus (vgl. Locher, a.a.O., S. 334 Rz 1). Die am 4. Juli 2001 erhobene Rechtsverweigerungs- und Rechtsverzagungsbeschwerde erweist sich damit als unbegründet.

Darin, dass die Beschwerdegegnerin auch nach Eingang der vorliegenden Rechtsverweigerungsbeschwerde am 4. Juli 2001 nicht über die Aufnahme in die freiwillige Taggeldversicherung nach den Art. 67 ff. KVG mit oder ohne Anbringung eines Vorbehaltes entschied, ist ebenfalls keine Rechtsverweigerung oder Rechtsverzögerung zu erblicken. Denn unklar ist, ob die Beschwerdeführerin wiederum ernsthaft am Abschluss einer Taggeldversicherung nach KVG interessiert war und ist (vgl. Urk. 1 und 12). Die Beschwerdeführerin ist jedenfalls der von der Beschwerdegegnerin verlangten

klagbaren Anspruch auf Aufklärung und Beratung begründet (vgl. Maurer, a.a.O., S. 17 und S. 158 und demgegenüber Eugster, a.a.O., S. 226 Rz 406). Kommt ein Krankenversicherer seiner Aufklärungs- oder Beratungspflicht in einem Fall nicht oder nur ungenügend nach und kommt die versicherte Person dadurch zu einem irreversiblen Schaden, so hat der Krankenversicherer jedoch grundsätzlich dafür einzustehen (vgl. Eugster, a.a.O., S. 227 Rz 406; Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 27 Rz 17).

Nach Art. 80 Abs. 1 KVG muss der Versicherer zudem auf das entsprechende Begehren der versicherten Person hin, welche mit einer Entscheidung nicht einverstanden ist, eine begründete Verfügung erlassen. Dabei muss die Verfügung mindestens so abgefasst sein, dass die betroffene Person sie gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann, was voraussetzt, dass sie sich über deren Tragweite ein Bild machen kann; in diesem Sinne müssen wenigstens kurz die massgebenden Überlegungen genannt werden, auf welche die Verwaltung ihre Verfügung stützt (BGE 118 V 58 Erw. 5b; Locher, a.a.O., S. 354). Art. 80 KVG konkretisiert damit im Grunde die Beratungspflicht der Krankenkassen, welche ihnen im Verfügungsverfahren nach Art. 80 KVG zukommt.

4.4.3.1 Die Beschwerdeführerin erhebt Anspruch auf Erläuterung der als unklar gerügten Rechnungen. Bei (Prämien-)Rechnungen handelt es sich um formlose Entscheidungen der Krankenkassen, für deren Nöhere Prüfung bei bestehenden Unklarheiten oder Nichteinverständnis der Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt werden muss (vgl. Maurer, a.a.O., S. 158). Der Krankenversicherer muss daraufhin eine begründete Verfügung erlassen (Art. 80 Abs. 1 und 2 KVG; Art. 51 Abs. 2 und 49 Abs. 1 und 3 ATSG).

Vorliegend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin mittlerweile die umstrittenen Rechnungen - namentlich des Jahres 2000 - bezahlt hat (vgl. Urk. 9/33), und dass es ihr mit dem Begehren um weitere Erläuterung und Erlass von Verfügungen um die begründete Feststellung der Rechts- beziehungsweise Unrechtmässigkeit der früheren Prämienrechnungen geht. Rückforderungs- oder Schadenersatzansprüche werden bezüglich der gerügten fehlerhaften Rechnungen keine mehr geltend gemacht (vgl. demgegenüber Urk. 9/44).

4.4.4.1 Anspruch auf Erlass einer Feststellungsverfügung besteht indes nur dann, wenn ein schutzwürdiges, d.h. rechtliches oder tatsächliches Interesse an der sofortigen Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses nachgewiesen beziehungsweise gemäss dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Art. 49 Abs. 2 ATSG glaubhaft gemacht worden ist (vgl. Erw. 3.2; Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 49 Rz 18 und 19).

1.1.1.1 Die Beschwerdeführerin machte wiederholt geltend, die unklaren Rechnungen hätten dazu geführt, dass ihr das Geld von der Sozialhilfebehörde nicht zur Verfügung gestellt worden sei und sie die Prämien der VVG-Versicherungen nicht mehr habe bezahlen können, welche Versicherungen dann von der Beschwerdegegnerin gestrichen worden seien (vgl. Urk. 9/45, 9/46, 9/57 S. 2). Aus diesem Grund verlangte sie immer wieder Nöhere Auskunft zu den Rechnungsstellungen und beanstandete auch im Jahr 2001 jede Unklarheit umgehend. Die Frage der Rechtmässigkeit der Aufhebung der VVG-Versicherungen und des Vorgehens der Beschwerdegegnerin war Gegenstand des mittlerweile erledigten Verfahrens KK.2001.00002 (vgl. Eugster, a.a.O., S. 227 Fn 1031). In diesem Punkt war die Klage vom 14. Januar 2001 als durch Anerkennung erledigt

abgeschrieben worden und es war festgestellt worden, dass die Klägerin auch nach dem 29. Februar 2000 in den bisherigen Zusatzversicherungen verblieb (vgl. Beschluss und Urteil im Verfahren KK.2001.00002, Urk. 120). Was damit allfällige Auswirkungen der gerügten unklaren Rechnungsstellungen auf den Bestand der Zusatzversicherungen nach VVG betrifft, besteht aktuell kein Interesse an einer weiteren Begründung der Rechnungen des Jahres 2000 mehr.

Auch ein anderes schutzwürdiges aktuelles Interesse der Beschwerdeführerin an der Feststellung der Rechtmässigkeit der einzelnen Prämienrechnungen ist nicht ersichtlich. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren und insbesondere in der Replik vom 9. September 2003 (Urk. 12) nach dem Urteil im Verfahren KK.2001.00002 wurde nicht mehr geltend gemacht (vgl. demgegenüber Urk. 9/44), es beständen begründete und ernsthafte Zweifel an der Gesamtheit der eingeforderten und bezahlten Prämien und die Feststellung der Recht- bzw. der Unrechtmässigkeit der einzelnen ausgesuchten Rechnungsstellungen werde benötigt, um allfällige Rückerstattungsansprüche gegenüber der Beschwerdegegnerin geltend zu machen (vgl. KÄllz/Härner, a.a.O., S. 75 Rz 201). Dabei kann offen bleiben, ob ein solches Interesse nicht mit einer rechtsgestaltenden Verfügung gewahrt werden müsste. Mangels eines aktuellen schutzwürdigen Interesses hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Erlass der verlangten Feststellungsverfahren über die Recht- bzw. Unrechtmässigkeit der verschiedenen Prämienrechnungen.

Damit fehlt es in diesem Punkt aber nunmehr auch am schätzenswerten aktuellen Interesse am Einreichen einer Rechtsverweigerungsbeschwerde (vgl. Erw. 2.3; SVR 1998 UV Nr. 11 S. 32). Die Rechtsverweigerungs- beziehungsweise Rechtsverzögerungsbeschwerde vom 4. Juli 2001 ist damit insoweit wegen dahingefallenen Rechtsschutzinteresses gegenstandslos geworden.

4.5. Soweit die Beschwerdeführerin nach wie vor Leistungsansprüche gegenüber der Beschwerdegegnerin aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder einer freiwilligen Taggeldversicherung (KVG) geltend machen wollte, wie sie dies an der Verhandlung vom 31. Oktober 2001 noch zu erkennen gab (vgl. Protokoll S. 10 ff.), hätte sie diese Ansprüche im Einzelnen klar zu benennen und diesbezüglich gegebenenfalls den Erlass einer anfechtbaren Verfügung zu verlangen.

Die Rechtsverweigerungs- und Rechtsverzögerungsbeschwerde ist damit abzuweisen, soweit sie nicht gegenstandslos geworden oder darauf nicht einzutreten ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Rechtsverweigerungs- und Rechtsverzögerungsbeschwerde wird abgewiesen, soweit diese nicht gegenstandslos geworden ist und darauf eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- B. _____

- CSS Kranken-Versicherung AG

- Bundesamt für Gesundheit

