

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2002.00076 vom 31. Oktober 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2002.00076

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2002.00076 du 31 octobre 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2002.00076 del 31 ottobre 2003

Erwägungen

E. 2

Hiegegen liess T.____ mit Eingabe vom 28. August 2002 Beschwerde erheben und die Weiterausrichtung der Krankentaggelder über den 9. April 2002 hinaus beantragen. Das Rehabilitationsprogramm habe er nicht abgelehnt, und die intrathekalen Cortisoninjektionen habe er verweigert, da diese für ihn als Diabetiker ein erhebliches gesundheitliches Risiko dargestellt hätten. Ein Rehabilitationsprogramm ohne Cortisoninjektionen sei ihm gar nie angeboten worden, weshalb ihm keine Verletzung der Schadenminderungspflicht zur Last gelegt werden könne (Urk. 1). In der Vernehmlassung vom 7. Oktober 2002 schloss die Helsana auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). In der Replik vom 1. November 2002 hielt der Beschwerdeführer an seinem Antrag fest (Urk. 13). Er reichte eine Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), vom 29. Oktober 2002 ein, mit welcher ihm bei einem Invaliditätsgrad von 80 % ab dem 1. Januar 2002 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen worden war (Urk. 14/3). In der Duplik beantragte die Beschwerdegegnerin die "teilweise Gutheissung" der Beschwerde, da der Beschwerdeführer im Hinblick auf die Rentenverfügung, welche der Kasse bislang unbekannt gewesen sei, unter Vorbehalt einer allfälligen Überentschädigung weiterhin Anspruch auf Krankentaggelder habe (Urk. 22). In der Eingabe vom 8. Januar 2003 stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, die Anerkennung in der Duplik müsse zur vollständigen Gutheissung der Beschwerde führen (Urk. 25). Mit Verfügung vom 13. Januar 2003 wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 26).

3. Mit Verfügung vom 1. Juli 2003 wurde die Helsana verpflichtet, weitere Akten einzureichen (Urk. 27). Dem kam die Beschwerdegegnerin am 4. Juli 2003 nach (Urk. 29; Urk. 30/1-10). Der Beschwerdeführer nahm dazu nicht Stellung (Urk. 37).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. 1. 1. 1. 1.

1.1. Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV) in Kraft getreten und haben in einzelnen Sozialversicherungsgesetzen und -verordnungen zu Revisionen geführt. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit

Hinweisen). Da sich der hier zu beurteilende Sachverhalt vor dem 1. Januar 2003 verwirklicht hat, gelangen die materiellen Vorschriften des ATSG und der ATSV sowie die gestützt darauf erlassenen Gesetzes- und Verordnungsrevisionen im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2002 in Kraft gewesen sind.

1.2. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 125 V 195 Erw. 2, 122 V 158 Erw. 1a, je mit Hinweisen). Auch an die Anträge der Parteien ist das Gericht damit grundsätzlich nicht gebunden, weshalb die Rechtsstreitigkeit der freien richterlichen Überprüfung in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht unterliegt, auch wenn die Beschwerdegegnerin in der Duplik vom 12. Dezember 2002 einen Antrag auf teilweise Gutheissung der Beschwerde gestellt hat.

2. Der Taggeldanspruch

2.1. Der Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist (Art. 72 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG]). Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten (Abs. 3). Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Absatz 3 vorgesehenen Dauer geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsunfähigkeit bleibt erhalten (Abs. 4). Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung nach Artikel 78 Absatz 2 hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern. Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung (Abs. 5).

2.2. Die freiwillige Taggeldversicherung

2.2.1. Die freiwillige Taggeldversicherung gemäss Art. 67 ff. KVG stimmt weitgehend mit dem bisherigen Recht überein, und insbesondere die Definition der Arbeitsunfähigkeit im KVG ist die gleiche wie unter dem Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG), weshalb die bisherige Rechtsprechung zu den einzelnen Begriffselementen auch unter dem neuen Recht Gültigkeit hat (vgl. RKUV 1998 Nr. KV 45 S. 430). Als arbeitsunfähig gilt demnach eine Person, die infolge eines Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch beschränkt oder unter der Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit wird laut Rechtsprechung nach dem Masse bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist dagegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 114 V 283 Erw. 1c mit Hinweisen).

2.2.2. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit ist unter Berücksichtigung des bisherigen Berufs festzusetzen, solange vom Versicherten vernünftigerweise nicht verlangt werden kann, seine restliche Arbeitsunfähigkeit in einem anderen Berufszweig zu verwerten. Der Versicherte, welcher seine restliche Arbeitsunfähigkeit nicht verwertet, obgleich er hiezu unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage und gegebenenfalls einer bestimmten Anpassungszeit in der Lage wäre, ist nach der beruflichen Tätigkeit zu beurteilen, die er

bei gutem Willen ausüben könnte; das Fehlen des guten Willens ist nur dort entschuldbar, wo es auf einer Krankheit beruht (BGE 114 V 283 Erw. 1d mit Hinweisen).

2.2.3.1.1 Steht fest, dass der Versicherte unter dem Blickwinkel der Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat, so hat ihn die Krankenkasse dazu aufzufordern und ihm zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse sowie zur Stellensuche eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, während welcher das bisherige Krankengeld geschuldet bleibt. In der Praxis wird in der Regel eine Frist von drei bis fünf Monaten ab der Aufforderung der Kasse zur Stellensuche als angemessen erachtet (vgl. BGE 114 V 289 Erw. 5b; BGE 111 V 239 Erw. 2a mit Hinweisen; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 204 Rz 371).

2.2.4.1.1 Ein Verstoß gegen die Schadenminderungspflicht kann ferner vorliegen, wenn die versicherte Person die Zustimmung zu einer gefahrlosen Behandlung verweigert, die gute Aussichten auf eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit hat. Die Behandlung muss zumutbar sein. Die Praxis verlangt, dass die Behandlung verhältnismässig gefahrlos ist, keine nennenswerten Schmerzen bereitet, aber eine leistungsrelevante Besserung des Gesundheitszustandes erwarten lässt. Die Gefährlosigkeit der Operation ist relativ aufzufassen. Massnahmen mit erfahrungsgemäss sehr geringer Komplikationsrate sind zumutbar (Gebhard Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 519; vgl. auch ZAK 1985 S. 326 Erw. 1 und AHI 1997 S. 39 f. Erw. 4b).

2.2.5.1.1 Bei der Schadenminderungspflicht der versicherten Person handelt es sich um einen allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts (BGE 123 V 233 Erw. 3c, 117 V 278 Erw. 2b, 400, je mit Hinweisen; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Freiburg 1999, S. 57, 551 und 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Diss. Zürich 1995, S. 61).

3.1.1.1.1

3.1.1.1.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich was folgt:

3.2 Hausarzt Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. März 2001 lumboschialgieartige Schmerzen bei LWS-Discopathie, eine essentielle Hypertonie, einen Diabetes Mellitus sowie eine Polyarthrose. Die Rückenbeschwerden hätten trotz intensiver analgetischer und physikalischer Therapie nicht behoben werden können, weshalb der Versicherte zu Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, in spezialärztliche Behandlung überwiesen worden sei (Urk. 30/5). Dr. B.____ attestierte dem Versicherten am 13. Juni 2001 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl im angestammten Beruf als auch in jeder Verweisungstätigkeit (Urk. 30/6). Der Vertrauensarzt der Helsana, Dr. med. C.____, erachtete dennoch weitere Abklärungen des Beschwerdeführers als notwendig (Urk. 30/7).

3.3.1.1.1 Am 3. September 2001 trat der Versicherte in die Klinik Bellikon ein. Die Ärzte hielten fest, sie hätten den Eindruck gewonnen, die zuvor behandelnden Ärzte hätten dem Versicherten von den Behandlungsvorschlägen abgeraten, insbesondere von der epiduralen Infiltration. Aufgrund dessen kam es nicht zur Aufnahme in die Klinik. Die

Rehaklinik Bellikon hielt dennoch fest, dass bei optimaler Motivation und Leistungsbereitschaft einschliesslich Bereitschaft zur epiduralen Infiltration mit Ã¼berwiegender Wahrscheinlichkeit die Belastbarkeit fÃ¼r eine zumindest leichte ganztÃ¤gige Arbeit zu erreichen gewesen wÃ¤re (Bericht vom 3. September 2001; Urk. 8/2).

3.4. Dr. C. erachtete im Hinblick darauf die Annahme einer ArbeitsunfÃ¤higkeit spÃ¤testens nach der vorgesehenen Behandlungszeit nicht mehr als gerechtfertigt (Stellungnahme vom 7. September 2001; Urk. 8/4 = Urk. 30/8). Am 9. Oktober 2001 schlug Dr. C. schliesslich vor, bei der Klinik Bellikon abzuklÃ¤ren, ob dort eine cortisonfreie Therapie mÃ¶glich sei; gegebenenfalls sei der Eintritt des Versicherten zu veranlassen (Urk. 19).

3.5. Im Schreiben vom 18. Dezember 2001 an Dr. C. fÃ¼hrte Dr. B. aus, dass er und der Versicherte mit dem ursprÃ¼nglich vorgesehenen Rehabilitationsprogramm einverstanden gewesen seien, nicht jedoch mit den intrathekalen Injektionen, da mit dem Diabetes mellitus zumindest teilweise eine Kontraindikation vorliege. Eine Wiederaufnahme einer ErwerbstÃ¤tigkeit sei aufgrund der zum Teil schweren organischen SchÃ¤digung bis auf weiteres illusorisch, weshalb eine Einstellung der Krankentagelder nicht rechtmÃ¤ssig sei (Urk. 3/1).

3.6. Die Klinik Bellikon nahm am 23. Januar 2002 zum Schreiben von Dr. B. Stellung. Am Evaluationstag habe man dem Versicherten ein Ergonomie-Trainingsprogramm vorgeschlagen. Dazu habe sich der Versicherte am Eintrittstag indes nicht in der Lage gefÃ¼hlt. Bei der ebenfalls vorgeschlagenen epiduralen Infiltration sei wohl der Diabetes mellitus zu beachten, indes liege keine absolute Kontraindikation vor. Es sei dagegen nicht abwegig, auf den Einsatz von Cortison zu verzichten (Urk. 8/1).

3.7. Im Bericht vom 25. MÃ¤rz 2002 bekrÃ¤ftigte Dr. B., dass er die Prognose bezÃ¼glich einer ErwerbstÃ¤tigkeit als ungÃ¼nstig erachte, weshalb eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung wohl unumgÃ¤nglich sei (Urk. 8/3).

3.8. Am 9. April 2002 hielt Dr. C. an seiner zuvor geÃ¤usserten EinschÃ¤tzung fest (Urk. 30/10).

3.9. Dr. med. D., Facharzt FMH fÃ¼r Innere Medizin und Rheumatologie, erklÃ¤rte im Zeugnis vom 16. August 2002, die Taggeldeinstellung seitens der Helsana sei unverstÃ¤ndlich, da die vorgeschlagene Therapieart fÃ¼r den Versicherten unsicher und auch risikoreich gewesen sei (Urk. 3/2).

4. Dr. med. D.

4.1. Es ist aktenkundig und war bereits bei VerfÃ¼gungserlass unbestritten, dass der BeschwerdefÃ¼hrer aufgrund seines Gesundheitsschadens nicht mehr in seinen angestammten Beruf zurÃ¼ckkehren kann, weshalb er bei einer ArbeitsunfÃ¤higkeit von 100 % ab dem 29. Januar 2001 Anspruch auf ein volles Krankentaggeld der Helsana hatte. Ebenso wurde von Seiten der Beschwerdegegnerin zu Recht nicht dargetan, ohne vorgÃ¤ngige medizinische Massnahmen sei der BeschwerdefÃ¼hrer in der Lage, ganz oder teilweise eine leidensangepasste Arbeit auszuÃ¼ben. Unklar ist demgegenÃ¼ber, ob der Versicherte sich den ihm empfohlenen medizinisch-therapeutischen Massnahmen in der Klinik Bellikon widersetzte, welche die Verbesserung seiner ArbeitsfÃ¤higkeit in einer

leidensangepassten Tätigkeit zum Ziel gehabt hätten. Gegebenenfalls stellt sich die Frage, ob die allfällige und ungerechtfertigte Weigerung eine Einstellung der Taggelder zur Folge haben müsste, wie es die Beschwerdegegnerin annimmt.

4.2 Aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten lässt sich nicht abschliessend beurteilen, welche Therapien dem Versicherten durch die Klinik Bellikon wann vorgeschlagen worden waren, welche Erfolgsaussichten ihnen beizumessen waren und ob die entsprechenden Massnahmen dem Versicherten zumutbar gewesen wären. Diese Fragen können vorliegend allerdings offen bleiben, und die Beschwerde ist bereits aus einem anderen Grund gutzuheissen: Bevor eine Einstellung der Taggeldleistungen hätte ausgesprochen werden können, wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, dem Beschwerdeführer die in Aussicht genommene Sanktion, mithin die Leistungseinstellung zufolge Verletzung der Schadenminderungspflicht, anzuzeigen und ihm im Hinblick darauf Gelegenheit zu geben, seine ablehnende Haltung zu überdenken (vgl. RKUV 1987 K 802 S. 144 Erw. 1; BGE 105 V 178; Art. 31 Abs. 1 IVG analog; vgl. auch den im Verfügungszeitpunkt noch nicht anwendbaren Art. 21 Abs. 4 ATSG). Indem die Beschwerdegegnerin nach Einholung von ärztlichen Auskünften aber sofort die Leistungseinstellung verfügte, ohne den Versicherten vorgängig darüber zu informieren, kam sie dieser Verpflichtung nicht nach. Wohl hätte auch die Androhung selbst in Verfügungsform erfolgen können, eine Verknüpfung mit der unbedingten Leistungseinstellung nach vier Monaten müsste jedoch auch diesfalls als unzulässig qualifiziert werden. Die Androhung der Sanktion und die Einstellung der Leistung müssen zeitlich unabhängig erfolgen, was ein Vorgehen *uno actu* ausschliesst. Einer versicherten Person muss die Zeit bleiben, um angemessen auf die Androhung reagieren zu können, was durch die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin nicht gewährleistet war. Bereits aus diesem Grund war die Leistungseinstellung unrechtmässig, und die angefochtene Verfügung ist antragsgemäss aufzuheben.

Diese Erwägungen führen zur Gutheissung der Beschwerde.

5. Der Kasse steht es frei, nach ergänzenden Abklärungen und nach Durchführung eines förmlichen Mahn- und Bedenkzeitverfahrens im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG (in Kraft seit dem 1. Januar 2003) neu über eine allfällige Einstellung der Taggeldleistungen zu befinden. Auch wenn sich die Begriffe der rentenrechtlichen Invalidität und der taggeldreduzierten Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich nicht decken, wird die Beschwerdegegnerin dabei auch den Rentenentscheid der IV-Stelle vom 29. Oktober 2002 angemessen zu berücksichtigen haben (vgl. BGE 114 V 288 Erw. 4b mit zahlreichen Hinweisen). Kommt eine Leistungseinstellung nicht in Frage, wird die Beschwerdegegnerin abzuklären haben, ob der Beschwerdeführer durch die ihm seit 1. Januar 2002 ausgerichtete ganze Rente der Invalidenversicherung überversichert war, und sie wird gegebenenfalls über eine darauf zurückzuführende Leistungsreduktion entscheiden.

6. Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. f ATSG). Entgegen dem Antrag der Beschwerdegegnerin obsiegt der Beschwerdeführer vollständig und eine Klärung der Prozessentschädigung infolge allfälligem Selbstverschulden (Urk. 22 S. 2) fällt ausser Betracht, da der angefochtene Entscheid ohne materielle Prüfung bereits aus

formalrechtlichen GrÃ¼nden aufzuheben ist. Aufgrund der massgeblichen Kriterien ist die ProzessentschÃ¼digung auf Fr. 1'500.-- festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 25. Juli 2002 mit der Feststellung aufgehoben, dass der BeschwerdefÃ¼hrer im Sinne der ErwÃ¼rgungen Ã¼ber den 9. April 2002 hinaus Anspruch auf Taggelder der Helsana Krankenversicherungen AG hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem BeschwerdefÃ¼hrer eine ProzessentschÃ¼digung von Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

E. 4

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg
- Helsana Versicherungen AG
- Bundesamt fÃ¼r Sozialversicherung

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim EidgenÃ¶ssischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem EidgenÃ¶ssischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÃ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdefÃ¼hrenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehÃ¶rige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdefÃ¼hrende Person sie in HÃ¼nden hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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