

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2002.00116 vom 25. Februar 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-02-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2002.00116

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2002.00116 du 25 février 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2002.00116 del 25 febbraio 2003

Erwägungen

E. 1

1.1???? Nach den Verfahrensbestimmungen in Art. 80 ff. des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG), wie sie bis Ende 2002 in Kraft gewesen waren, konnte eine versicherte Person, die mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden war, verlangen, dass dieser innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung erliess (Art. 80 Abs. 1 KVG). Gegen Verfügungen konnte innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung beim Versicherer Einsprache erhoben werden (Art. 85 Abs. 1 KVG), und Einspracheentscheide waren innert 30 Tagen beim vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde anfechtbar (Art. 86 Abs. 1 KVG). Beschwerde - so genannte Rechtsverweigerungs- oder Rechtsverzögerungsbeschwerde - konnte ferner auch dann erhoben werden, wenn der Versicherer entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erliess (Art. 86 Abs. 2 KVG).

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. Das ATSG und die ATSV sind gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVG, gültig ab 1. Januar 2003, auch auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das KVG keine Abweichung vorsieht. Ausserdem sind mit dem ATSG verschiedene weitere Bestimmungen des KVG und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) revidiert worden (vgl. Ziff. 11 des Anhangs zum ATSG). An der bisherigen verfahrensrechtlichen Ordnung im Krankenversicherungsrecht hat sich dadurch jedoch wenig geändert. Wie bisher hat der Versicherer dort, wo die betroffene Person mit seinem Entscheid nicht einverstanden ist, auf deren Verlangen eine Verfügung zu erlassen, wobei keine Frist mehr erwöhnt ist, innert derer diese Verfügung ergehen muss (Art. 80 Abs. 1 KVG in der ab 1. Januar 2003 in Kraft stehenden Fassung in Verbindung mit Art. 49 Abs. 1 und Art. 51 ATSG). Verfügungen können wiederum mit Einsprache (Art. 52 ATSG) und Einspracheentscheide mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde (Art. 56 Abs. 1 ATSG) angefochten werden. Wie bisher kann schliesslich auch dann Beschwerde erhoben werden, wenn der Versicherungsträger entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt (Art. 56 Abs. 2 ATSG).

1.2???? Die Beschwerdegegnerin machte vorab geltend, die Beschwerdeführenden vermöchten mit dem Vorwurf der Rechtsverweigerung oder -verzögerung deshalb nicht durchzudringen, weil sie nach dem telefonischen Ersuchen des Beschwerdeführers 1 um Erlass einer Verfügung vom 27. November 2002 bereits am 17. Dezember 2002 Beschwerde eingereicht hätten und somit die 30tägige Frist, die altArt. 80 Abs. 1 KVG der

Kasse zum Verfügungserlass einräumte, nicht abgewartet hätten (Urk. 6 S. 2 f.). Allerdings behauptete die Beschwerdegegnerin selber nicht, dass sie die angeforderte Verfügung innert 30 Tagen zu erlassen gedacht habe, und sie hat im vorliegenden Verfahren denn auch keine solche Verfügung nachgereicht. Ihre Ausführungen in der Beschwerdeantwort sowie auch die grundsätzlich unbestritten gebliebene Sachverhaltsdarstellung des Beschwerdeführers 1 in der Telefonnotiz vom 27. November 2002 (Urk. 3/3) und im Schreiben vom 5. Dezember 2002 (Urk. 3/4) lassen vielmehr darauf schliessen, dass die Beschwerdegegnerin mit dem Verfügungserlass zuwarten wollte, bis die Beschwerdeführenden ihr gewisse Angaben geliefert hatten. Nachdem sich die Beschwerdeführenden ihr gegenüber jedoch auf den Standpunkt gestellt hatten, diese Angaben seien für den Entscheid über die beantragte Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht erforderlich (vgl. Urk. 3/3 und Urk. 3/4), waren in der beantragten Verfügung gerade über diese Streitfrage zu befinden gewesen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang überdies darauf, dass die Rechtsprechung die Rüge, das Verfahren werde durch unnötige Beweisvorkehrungen verzögert, bereits prüft, bevor die Verzögerung tatsächlich eingetreten ist (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen C. vom 28. Dezember 2001, K 65/01, Erw. 3a mit Hinweis auf BGE 126 V 248 Erw. 2d).

Könnte nach dem Gesagten schon im Zeitpunkt der Einreichung der Beschwerde vom 17. Dezember 2002 als feststehend gelten, dass die Beschwerdegegnerin die beantragte Verfügung innert 30tägiger Frist nicht erlassen würde, so lag bereits damals eine Rechtsverweigerung beziehungsweise -verzögerung vor. Dies gilt unabhängig davon, ob das Ende der 30tägigen Frist gemäss Art 80 Abs. 1 KVG noch ins Jahr 2002 gefallen wäre oder ob die Frist wegen eines allfälligen Stillstandes während der Gerichtsferien (vgl. Art 13 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]) erst im Jahr 2003 geendet hätte und sich somit die Übergangsrechtliche Frage nach der Anwendbarkeit der verfahrensrechtlichen Bestimmungen des ATSG gestellt hätte. Denn wie bereits dargelegt lassen diese Bestimmungen die Rechtsverweigerungs- oder -verzögerungsbeschwerde grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen zu wie die bis Ende 2002 gültig gewesenen Vorschriften; dass keine Frist mehr festgelegt ist, innert derer die angeforderte Verfügung zu erlassen ist, räumt dem Versicherungssträger nicht generell mehr Zeit für den Verfügungserlass ein; vielmehr kann diese Neuerung nur bedeuten, dass der Versicherer innert derjenigen Zeit zu verfügen hat, die den Verhältnissen des konkreten Falles angemessen ist, also unter Umständen auch bereits vor Ablauf von 30 Tagen. Keine Rolle spielt auch, ob die Beschwerdegegnerin die Anmeldung der Beschwerdeführenden vom 29. Oktober 2002 - wie sie geltend machte (vgl. Urk. 6 S. 3 und Urk. 7/4) - erst am 11. November 2002 oder allenfalls schon zu einem früheren Zeitpunkt erhalten hatte.

E. 2

2.1.1 Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, die unter der Herrschaft des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) ergangen war, hatte das Gericht im Falle einer gerechtfertigten Rechtsverweigerungs- oder Rechtsverzögerungsbeschwerde materiell zu entscheiden und durfte die Sache nicht zum Erlass einer Verfügung an die Krankenkasse zurückweisen (vgl. RKUV 2000 S. 245 Erw. 2a mit Hinweisen). Diese Rechtsprechung änderte das höchste Gericht für den Geltungsbereich des KVG. Es erwog dabei, Streitgegenstand sei nunmehr einzig die Prüfung der beanstandeten Rechtsverweigerung oder Rechtsverzögerung, weshalb das Gericht nicht materiell über die Versicherungsleistungen zu entscheiden habe, zumal die

versicherte Person andernfalls des neu eingeführten Einspracheverfahrens verlustig ginge (vgl. RKUV 2000 S. 246 Erw. 2b-d). Diese Überlegungen, die nach dem Inkrafttreten des KVG zur Änderung der Rechtsprechung geführt haben, gelten für die Zeit nach dem Inkrafttreten des ATSG und der ATSV sowie der damit zusammenhängenden Revisionen der Krankenversicherungsgesetzgebung weiterhin.

Allerdings muss dort, wo die Tatsachenfeststellungen vollständig sind, die Parteien Gelegenheit hatten, dazu Stellung zu nehmen, und das Interesse der beschwerdeführenden Person an einem raschen Verfahren (vgl. Art. 87 lit. a KVG) höher zu gewichten ist als deren Interesse an der Wahrung des doppelten Instanzenzugs, ein gerichtlicher Entscheid in der Sache ausnahmsweise weiterhin zulässig sein, wie dies im Sinne einer Ausnahme schon unter der Herrschaft der bis Ende 2002 gültig gewesenen Verfahrensbestimmungen praktiziert wurde. Die Zulässigkeit einer solchen Ausnahme ist auch im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu bejahen (vgl. BGE 124 III 233 Erw. 2d).

Diese Voraussetzungen, die dem Gericht bei festgestellter Rechtsverzögerung oder -verweigerung ausnahmsweise einen Entscheid in der Sache erlauben, sind im vorliegenden Fall erfüllt. Der Sachverhalt ist aufgrund der eingereichten Unterlagen erstellt, und beide Seiten nahmen die Gelegenheit wahr, im Gerichtsverfahren dazu Stellung zu nehmen. Ausserdem besteht - wie zu zeigen ist - eine klare Rechtslage, und es liegt daher auch nicht im Interesse der Beschwerdegegnerin, wenn das Verfahren durch einen Rückweisungsentscheid weiter verlängert würde. Über die Pflicht der Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführenden in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufzunehmen, ist daher materiell zu entscheiden.

2.2.2.2.2.2. Gemäss Art. 4 Abs. 1 KVG können die versicherungspflichtigen Personen unter den Versicherern nach Art. 11 KVG frei wählen, und die Versicherer müssen nach Art. 4 Abs. 2 KVG in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen. Dass die Beschwerdegegnerin als anerkannte Krankenkasse im Sinne von Art. 12 Abs. 1 KVG zum Betrieb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist (vgl. Art. 11 lit. a KVG), ist unbestritten. Ebenfalls nicht strittig ist, dass die Beschwerdeführenden dem Kreis der versicherungspflichtigen Personen im Sinne von Art. 3 KVG angehören. Sie haben sodann ihre Wohnadresse in ____, also in einer der Gemeinden, die auch nach der vorgenommenen Einschränkung (vgl. die Zeitungsausschnitte in Urk. 3/5, Urk. 7/2 und Urk. 7/5) noch im Tätigkeitsgebiet der Beschwerdegegnerin liegen. Für eine Wachstumsbegrenzung über die Einschränkung des Tätigkeitsgebietes hinaus, wie sie die Beschwerdegegnerin als wünschbar erachtet (vgl. Urk. 7/3), bietet das Gesetz demgegenüber keine Handhabe.

???????? Für den Wechsel von versicherungspflichtigen Personen von einer Kasse zu einer anderen sodann sind einzig die Vorschriften in Art. 7 KVG massgebend. Diese statuieren in Abs. 1 und 2 eine dreimonatige beziehungsweise - bei Prämienerrückung - eine einmonatige Kündigungsfrist, und in Abs. 5 ist festgelegt, dass das Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer (erst) endet, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Hingegen wurde die Ausführensbestimmung in Art. 9 Abs. 3 KVV, die als zutreffendes Erfordernis für einen Wechsel die Begleichung sämtlicher Prämien- und Kostenbeteiligungsausstände verlangt, mit höchstgerichtlicher Entscheidung als gesetzwidrig beurteilt (BGE 125 V 266). Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführenden daher entgegen ihren Ausführungen in der Beschwerdeantwort (vgl. Urk. 6 S. 2) zu Unrecht dazu

angehalten, Angaben des bisherigen Versicherers zu solchen Ausst?nden beizubringen oder bei der Beschaffung dieser Angaben mitzuwirken (vgl. das eingereichte Formular "Wechsel des Versicherers", Urk. 7/1). Ebenfalls auf keine gesetzliche Grundlage vermag sich die Beschwerdegegnerin zu st?tzen, wenn sie ihren Entscheid ?ber die Aufnahme der Beschwerdef?hrenden in die obligatorische Krankenpflegeversicherung von Angaben des bisherigen Versicherers ?ber erbrachte Leistungen abh?ngig machen will (vgl. auch hierzu das Formular in Urk. 7/1). Es konnte den Beschwerdef?hrenden daher nicht schaden, auch diesbez?glich die Mitwirkung zu verweigern. Auch eine Pflicht, die aktuelle Police des bisherigen Versicherers vorzulegen (vgl. Urk. 6 S. 2), findet sich im Gesetz nicht. Soweit die Beschwerdegegnerin schliesslich darlegte, die Beschwerdef?hrenden h?tten nicht einmal den Namen des bisherigen Versicherers bekanntgegeben, so liegt eine solche Bekanntgabe wohl im eigenen Interesse der Aufnahmebewerber, da ihre Entlassung aus dem bisherigen Versicherungsverh?ltnis von der Mitteilung des neuen Versicherers an den bisherigen im Sinne von Art. 7 Abs. 5 KVG abh?ngig ist. Voraussetzung f?r den grunds?tzlichen Entscheid ?ber die Aufnahme ist die betreffende Information aber nicht.

2.3???? Aus diesen Erw?gungen ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, die Beschwerdef?hrenden in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufzunehmen, und zwar den Beschwerdef?hrer 1 und die Beschwerdef?hrerin 2 mit der gesetzlichen Mindestfranchise von Fr. 230.-- (Art. 64 Abs. 2 lit. a und Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 103 Abs. 1 KVV) und den Beschwerdef?hrer 3 ohne Franchise (Art. 64 Abs. 4 KVG; w?hlbare Franchisen im Sinne von Art. 93 KVV kennt die Beschwerdegegnerin offenbar nicht [vgl. Urk. 7/2]). Nicht entschieden werden kann aufgrund der vorhandenen Unterlagen, ob dem Beschwerdef?hrer 1 im Sinne seines Antrages die Sistierung der Unfalldeckung gem?ss Art. 8 Abs. 1 KVG zu gew?hren ist. Diesbez?glich fehlt es am entsprechenden, nach Art. 8 Abs. 1 Satz 2 KVG vom Gesuchsteller zu erbringenden Nachweis der anderweitigen vollen Unfalldeckung nach dem Bundesgesetz ?ber die Unfallversicherung (UVG). Die Beschwerdegegnerin wird dem Beschwerdef?hrer 1 daher anl?sslich der Aufnahme noch Gelegenheit zu geben haben, diesen Nachweis zu erbringen.

???????? Was den Zeitpunkt der Aufnahme anbelangt, so kann die Entlassung aus dem bisherigen Versicherungsverh?ltnis, wie bereits dargelegt, erst erfolgen, wenn die Beschwerdegegnerin dem bisherigen Versicherer im Sinne von Art. 7 Abs. 5 KVG Mitteilung gemacht hat. Da eine solche Mitteilung fr?hestens nach erfolgter Aufnahme mit Gew?hrung des entsprechenden Versicherungsschutzes erfolgen kann und Doppelversicherungen zu vermeiden sind, kommt eine Verpflichtung zur r?ckwirkenden Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung per 1. Januar 2003 nicht in Frage. Die Beschwerdegegnerin ist vielmehr zu verpflichten, die Beschwerdef?hrenden sp?testens auf den Beginn desjenigen Monats aufzunehmen, der dem Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils folgt. Die von den Beschwerdef?hrenden angesprochene Frage der Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Erstattung der Pr?miendifferenz (vgl. Urk. 1 S. 1), ist an dieser Stelle noch nicht zu entscheiden.

Das Gericht erkennt:

1.???????? In Gutheissung der Beschwerde wird die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die Beschwerdef?hrenden sp?testens auf den Beginn des Monats, der dem Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils folgt, im Sinne der Erw?gungen in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufzunehmen.

2.???????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. A.____, unter Beilage des Doppels von Urk. 6 und je einer Kopie von Urk. 7/1-5

- Krankenkasse Turbenthal

- Bundesamt f?r Sozialversicherung

4.???????? Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgen?ssischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdef?hrers oder seines Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugeh?rige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdef?hrer sie in H?nden hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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