

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2003.00023

vom 21. April 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-04-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2003.00023

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2003.00023 du 21 avril 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2003.00023 del 21 aprile 2004

Erwägungen

E. 1

1.1. Dr. S. ____, geboren 1956, stellte am 14. November 2001 bei der öffentlichen Krankenkassen (nachfolgend die Krankenkasse) das Gesuch um Aufnahme in die Taggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) über eine Jahreslohnsomme von Fr. 180'000.-- nach einer Wartefrist von 30 Tagen (Urk. 3/1). Im Fragebogen der Krankenkasse zu ihrem Gesundheitszustand verneinte sie unter anderem, momentan krank oder arbeitsunfähig zu sein (Frage 1), in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Naturheiler, Chiropraktor, Physiotherapeuten oder Psychologen in einer mehr als 3 Wochen dauernden Behandlung gewesen zu sein (Frage 2) und in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen mehr als 3 Wochen arbeitsunfähig gewesen zu sein (Frage 3), und bestätigte am 14. November 2001 unterschriftlich die wahrheitsgetreue Beantwortung der Gesundheitsfragen (Urk. 3/2). Gestützt auf diese Angaben wurde Dr. S. ____, auf den 1. März 2002 in die Taggeldversicherung aufgenommen (Urk. 3/3).

1.2. Am 7. Juli 2002 trat die Versicherte notfallmässig in das Kreisspital B. ____, ein, wo folgende Ausgangsdiagnosen gestellt wurden: Thorakale Tendoperiostosen, Colon irritabile, Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (Urk. 3/7/7). Die Krankenkasse erbrachte unter Berücksichtigung der Wartefrist vom 7. Juli bis 1. Oktober 2002 vorerst Taggeldleistungen von Fr. 28'109.55 (Urk. 3/4). Wegen dieser Arbeitsunfähigkeit nahm die Krankenkasse medizinische Abklärungen vor und stellte dabei fest, dass die Versicherte vom 1. September 1999 bis 31. Januar 2000 10 Therapiesitzungen bei der Psychologin Dr. phil. A. ____, in Anspruch genommen sowie sich vom 8. Juni bis 18. Juli 2001 in ambulanter und zeitweilig auch stationärer Behandlung befunden hatte (vgl. Urk. 3/7/26-29 und Urk. 8/3). Mit Schreiben vom 7. November 2002 (Urk. 3/4) teilte die Krankenkasse der Versicherten mit, sie habe auf dem Versicherungsantrag durch die Verheimlichung der vorbestandenen psychischen Krankheit bewusst falsche Angaben über ihren Gesundheitszustand gemacht und damit eine Aufnahme unter Anbringung eines Versicherungsvorbehaltes im Sinne von Art. 69 KVG verhindert; zudem habe sie für die Folgen der vorbestandenen psychischen Erkrankung die Auszahlung von Taggeldleistungen im Betrag von Fr. 28'109.55 erwirkt. Deshalb werde die Versicherte rückwirkend auf den 1. März 2003 aus der Taggeldversicherung ausgeschlossen, welcher Ausschlussentscheid mit separater Post zugestellt werde, und die Versicherte habe die zu Unrecht bezogenen Taggelder im Betrag von Fr. 28'109.55 innert 10 Tagen zurückzuerstatten, andernfalls der Betrag auf dem Rechtsweg eingefordert werde (Urk. 3/4). Mit Verfügung vom 7. November 2002 teilte die Krankenkasse der Versicherten die rückwirkende Aufhebung der Taggeldversicherung auf den 1. März

2002 mit (Urk. 3/5). Die dagegen erhobene, undatierte Einsprache der Versicherten (Urk. 3/7/14) wies die Krankenkasse mit Entscheid vom 13. Februar 2003 ab (Urk. 2 = Urk. 3/7/4-6).

2.1.1. Dagegen erhob Dr. S. ____, vertreten durch Rechtsanwalt Jörg Maron, Zürich, am 19. März 2003 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Antrag, in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 13. Februar 2003 sei die KKK zu verpflichten, ihr den Betrag für 33 Taggelder zu bezahlen, zuzüglich 5 % Zins seit dem 7. Dezember 2002. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die Fragen auf dem Antragsformular wahrheitsgetreu beantwortet zu haben; deshalb seien weder der rückwirkende Versicherungsausschluss noch die Rückforderung von Taggeldern rechtens, vielmehr habe sie für die vom 7. Juli bis 3. November 2002 dauernde Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf weitere 33 Taggelder (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 14. April 2003 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (Urk. 7). In der Replik vom 8. Mai 2003 (Urk. 11) und in der Duplik vom 21. Mai 2003 (Urk. 15) hielten die Parteien an ihren Standpunkten fest, worauf der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 26. Mai 2003 (Urk. 16) geschlossen wurde.

2.1.2. Das Gericht zieht in Erwägung:

2.1.2.1. 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.

2.1.2.2.

2.1.2.2.1. Die Rechtspflege bei Leistungsstreitigkeiten nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) beruht auf dem System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege, bei welchem dem verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren stets ein (nichtstreitiges) Verfügungs- und Einspracheverfahren vorauszugehen hat (Art. 80, 85 und 86 KVG).

2.1.2.2.2. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form eines Einspracheentscheides oder allenfalls einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt der Einspracheentscheid oder die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit kein Einspracheentscheid oder keine Verfügung ergangen ist (BGE 125 V 414 Erw. 1a, 119 Ib 36 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.3. Mit der im Streit liegenden Verfügung vom 7. November 2002 (Urk. 3/7/17) und dem Einspracheentscheid vom 13. Februar 2003 (Urk. 2) entschied die Beschwerdegegnerin ausdrücklich und ausschliesslich über den rückwirkenden Ausschluss aus der Taggeldversicherung infolge Anzeigepflichtverletzung. Die Rückforderung der bereits ausgerichteten Taggelder durch die Krankenkasse und die Forderung weiterer Taggelder durch die Versicherte waren dagegen nicht Gegenstand der Verfügung vom 7. November 2002; im Einspracheentscheid vom 13. Februar 2003 wurde bezüglich der Rückforderung vielmehr der Erlass einer separaten Verfügung in Aussicht gestellt (Urk. 2 S. 3). Anfechtungs- und Streitgegenstand ist vorliegend somit der rückwirkende Ausschluss aus der Taggeldversicherung. Die Rückforderung der bereits ausgerichteten Taggelder und die Forderung weiterer Taggelder bildeten dagegen nicht Gegenstand des nichtstreitigen Verwaltungsverfahrens und sind somit einer materiellen gerichtlichen Überprüfung entzogen; insofern ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Daran ändert nichts, dass die Beschwerdegegnerin in einem separaten Schreiben vom 7. November 2001 (Urk. 3/4), dem erkennbarerweise kein Verfügungscharakter zukam, gegenüber der Beschwerdeführerin eine Taggeldrückforderung geltend machte und bei Nichtbezahlung die Beschreitung des Rechtsweges, was den Erlass einer anfechtbaren Verfügung voraussetzte, in Aussicht stellte.

E. 3

3.1. Nach Art. 1 Abs. 1 KVG regelt dieses Gesetz die soziale Krankenversicherung. Diese umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung. Die freiwillige Taggeldversicherung wird in den Art. 67 bis 77 KVG geregelt. Nach Art. 67 Abs. 1 KVG kann eine Taggeldversicherung abschliessen, wer in der Schweiz Wohnsitz hat und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat. Der Versicherer ist verpflichtet, in seinem örtlichen Tätigkeitsgebiet jede zum Beitritt berechnete Person in die Taggeldversicherung aufzunehmen (Art. 68 Abs. 1 KVG; Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, SBVR, S. 197 Rz 359). Diese Aufnahmepflicht der Versicherer im Bereich der freiwilligen Taggeldversicherung entspricht jener im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung (vgl. Art. 4 Abs. 2 KVG). Insofern ist festzuhalten, dass es nicht im Ermessen der Versicherer steht, ob sie dem Aufnahmegesuch einer berechtigten Person entsprechen wollen oder nicht. Die Versicherer müssen vielmehr jede berechnete Person ungeachtet ihres Gesundheitszustandes in die Taggeldversicherung aufnehmen (Eugster, a.a.O., S. 199 Rz 362). Gemäss Art. 69 Abs. 1 KVG können die Versicherer jedoch Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das Gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können. Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach fünf Jahren dahin (Art. 69 Abs. 2 KVG). Der Versicherungsvorbehalt ist nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt und die vorbehaltene Krankheit sowie Beginn und Ende der Vorbehaltsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet werden (Art. 69 Abs. 3 KVG).

Der Versicherer hat den Vorbehalt spätestens im Zeitpunkt der Bestätigung der Aufnahme oder Herverversicherung mitzuteilen. Danach kann kein Versicherungsvorbehalt mehr angebracht werden, es sei denn, die antragstellende Person habe ihre Anzeigepflicht schuldhaft verletzt (BGE 110 V 309). In den Bestimmungen

Über die freiwillige Taggeldversicherung nach Art. 67 ff. KVG wird die Frage, innert welcher Frist die Krankenkasse bei der Feststellung einer Anzeigepflichtverletzung reagieren muss, nicht geregelt. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat diese Fristen unter dem früheren KUVG in Analogie zu Art. 47 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) festgesetzt (BGE 112 V 185). Danach muss die Krankenkasse den Vorbehalt innert Jahresfrist ab dem Tag anbringen, an dem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis hatte oder hätte haben müssen, spätestens aber innerhalb von fünf Jahren seit der Anzeigepflichtverletzung. Diese Praxis muss auch für das neue KVG gelten.

3.2 Das KVG setzt bei der freiwilligen Taggeldversicherung nur die tragenden Eckpfeiler. Alles übrige kann in Versicherungsbedingungen vereinbart werden, die jedoch keinen zwingenden Bestimmungen des KVG und allgemeinen verfassungs-, verwaltungs- oder sozialversicherungsrechtlichen Prinzipien widersprechen dürfen (Eugster, a.a.O., S. 196 Rz 358). Das KVG enthält weder im Bereich der sozialen Krankenversicherung noch in jenem der freiwilligen Taggeldversicherung eine Bestimmung, ob überhaupt und allenfalls unter welchen Umständen ein Versicherer eine versicherte Person aus der Versicherung ausschliessen kann.

Unklar ist, ob die Versicherer nach den neuen Bestimmungen des KVG noch berechtigt sind, aufgrund allfälliger statutarischer Vorschriften ein Mitglied bei schwerwiegenden Regelverstößen wie bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht gänzlich aus der Krankenkasse beziehungsweise aus der freiwilligen Taggeldversicherung auszuschliessen. Selbst wenn man von der Zulässigkeit einer solchen Sanktion ausginge, wäre dazu jedoch die altrechtliche Praxis zum früheren Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) zu beachten, wonach die Sanktion in einem angemessenen Verhältnis zu dem von der Kasse verfolgten Zweck und zum Verschulden der versicherten Person stehen muss (Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, S. 555 f.; vgl. auch BGE 124 V 126 Erw. 8b, SVR-Rechtsprechung 2001 KV Nr. 16).

Die Aufhebung des Versicherungsverhältnisses setzt danach ein besonders schweres Verschulden voraus. Es müssen Umstände vorliegen, welche das Versicherungsverhältnis für den Versicherer aufgrund eines krassen Fehlverhaltens als schlechthin unzumutbar erscheinen lassen (BGE 111 V 319 Erw. 2, 108 V 248 Erw. 2a). Solche Umstände wären in einem versuchten oder vollendeten Versicherungsbetrug zu erblicken (BGE 108 V 249).

E. 4

4.1 Es ist zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin anlässlich ihres Antrages um Aufnahme in die Taggeldversicherung die Anzeigepflicht verletzt hat.

Schuldhaft verletzt eine gesuchstellende oder versicherte Person die Anzeigepflicht, wenn sie der Kasse auf deren Frage hin eine bestehende Krankheit oder eine vorher bestandene, zu Rückfällen neigende Krankheit nicht anzeigt, obwohl sie darum wusste oder bei der ihr zumutbaren Aufmerksamkeit darum hätte wissen müssen (BGE 111 V 28 Erw. 1b, 110 V 310 Erw. 1). Leichtes Verschulden genügt zur Annahme einer Anzeigepflichtverletzung. Eine Ausnahme wird nur zugelassen, wenn die Beschwerden in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens betrachtet werden können wie zum Beispiel gelegentliche

Erkältungskrankheiten, grippale Infekte und Schnupfen (Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Basel 1993, S. 268).

Die gesuchstellende Person hat alle ausschlaggebenden, ihr bekannten Tatsachen zu nennen, selbst wenn sie - zu Recht oder zu Unrecht - annimmt, dass die Kasse davon Kenntnis hat oder haben müsste. Die versicherte Person ist daher auch gehalten, die Krankheiten, für die die Kasse seinerzeit Leistungen erbracht hat, anzugeben. Kommt sie dieser Pflicht nicht nach, so darf ihr die Verheimlichungseinrede nur dann nicht entgegengehalten werden, wenn die Kasse den nicht angezeigten Sachverhalt tatsächlich gekannt hatte oder hätte kennen müssen. Doch kann die Kasse nicht verpflichtet werden, regelmässig von sich aus in den über den Versicherten vorhandenen Akten Nachforschungen über vorbestandene Krankheiten und früher erbrachte Leistungen anzustellen. Um die Nachforschungspflicht der Kasse auszulösen, bedarf es zumindest eines entsprechenden Hinweises seitens der versicherten Person. Unterlässt die Kasse die ihr zumutbare Nachforschung unter Umständen, welche einen Vorwurf gegenüber einer versicherten Person bezüglich ihres Verschuldens als gegen Treu und Glauben verstossend erscheinen liessen, so ist eine Sanktion oder ein Vorbehalt nicht zulässig (BGE 112 V 187 Erw. 3c, 108 V 250 Erw. 4b mit Hinweisen).

Das Verhalten der gesuchstellenden Person ist aufgrund der Genauigkeit des ihr zur Beantwortung vorgelegten, von der Kasse erstellten Fragebogens zu beurteilen (RSKV 1978 Nr. 309 S. 3). Die Auskunfts- und Anzeigepflicht erstreckt sich auf die gestellten Fragen. Wenn der Versicherer es ganz oder teilweise unterlässt, bestimmte Fragen zum Gesundheitszustand zu stellen, besteht diesbezüglich keine Anzeigepflicht der gesuchstellenden Person.

E. 4.2

Im Aufnahmeformular vom 14. November 2001 (Urk. 3/2) verneinte die Beschwerdeführerin die Frage, in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Naturheiler, Chiropraktor, Physiotherapeuten oder Psychologen in Behandlung, die mehr als 3 Wochen dauerte, gewesen zu sein. Tatsächlich steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin vom 1. September 1999 bis 31. Januar 2000 mindestens 10 Therapiesitzungen bei der Psychologin Dr. A. besucht hatte (Urk. 8/3; nach Angaben der Beschwerdeführerin waren es sogar 15 Sitzungen, vgl. Urk. 1 S. 6). Die Beschwerdeführerin anerkennt, dass die Inanspruchnahme von Dr. A. mehr als 3 Wochen dauerte, macht jedoch geltend, dies nicht als Behandlung im Sinne der Frage verstanden zu haben. Sie habe damals wegen eines grossen Liebeskummers die Beratung der Psychologin in Anspruch genommen, wobei weder Therapien durchgeführt noch Medikamente abgegeben worden seien. Sie habe die Hilfe von Dr. A. zur Bewältigung des Liebeskummers als Bagatelle betrachtet, die als belanglose, vorübergehende Gesundheitsstörung nicht zu deklarieren gewesen sei.

Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Die Frage, ob die Antragstellerin in den letzten 5 Jahren in einer mehr als 3 Wochen dauernden Behandlung bei einem Psychologen war, war klar und konnte von der Beschwerdeführerin mit akademischer Ausbildung nicht falsch verstanden werden. Mit der Frage wurde nicht nach Art und Schwere einer Erkrankung geforscht, sondern unmissverständlich Auskunft darüber verlangt, ob eine länger dauernde Behandlung unter anderem bei einem Psychologen stattgefunden habe. Die sich über rund 5 Monate erstreckende und 10-15

À Á À Á À Á À Á Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass auch die Versicherungsbestimmungen zur Taggeldversicherung (VBT, Urk. 8/2), deren Übergabe an die Beschwerdeführerin nicht dokumentiert ist, im Falle von unrichtigen oder unvollständigen Angaben bei der Antragstellung die Möglichkeit eines rückwirkenden Vorbehalts vorsehen (Ziff. 2.2.3 Abs. 5 VBT), während ein im Zusammenhang mit einer Anzeigepflichtverletzung im Aufnahmeverfahren nicht erwählter Ausschluss nur nach vorgängiger Androhung möglich ist (Ziff. 2.7.3 Abs. 2 VBT). Nach dem Gesagten fällt ein rückwirkender Versicherungsausschluss ausser Betracht und es kann offen gelassen werden, ob ein solcher Ausschluss nach den Bestimmungen des KVG überhaupt zulässig ist.

5.3. À Á À Á Hingegen steht auf Grund der festgestellten Anzeigepflichtverletzung ohne Weiteres fest, dass die Beschwerdegegnerin berechtigt ist, die statutarische Ordnung beziehungsweise den rechtmässigen Zustand durch einen rückwirkenden Vorbehalt wieder herzustellen. Der nachträgliche Vorbehalt stellt keine Strafmassnahme dar, weshalb der Grundsatz der Verhältnismässigkeit anders als bei den verwaltungsrechtlichen Sanktionen nicht zu beachten ist. Entsprechend muss der Versicherer denn auch nicht vorgängig auf die Möglichkeit von Versicherungsvorbehalten aufmerksam machen (Eugster, a.a.O., S. 199 Rz 363 und S. 201 Rz 367).

5.4. À Á À Á Zusammenfassend ist der Einspracheentscheid vom 13. Februar 2003 damit aufzuheben, und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese im Sinne der Erwägungen über den rückwirkenden Vorbehalt verfähre.

6. À Á À Á À Á Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) haben die Parteien auf Antrag nach Massgabe ihres Obsiegens Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Dieser wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses bemessen. Die Rückweisung kommt einem Obsiegen gleich (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a mit Hinweisen). Die teilweise obsiegende Beschwerdeführerin hat deshalb Anspruch auf eine um 1/3 reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'200.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen).

Das Gericht erkennt:

1. À Á À Á À Á À Á Die Beschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist, teilweise gutgeheissen und die Sache unter Aufhebung des Einspracheentscheides der SKK vom 13. Februar 2003 an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen neu verfähre.

2. À Á À Á À Á À Á Das Verfahren ist kostenlos.

3. À Á À Á À Á À Á Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'200.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.

4. À Á À Á À Á À Á Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Jörg Maron

- SKK Luzern

- Bundesamt für Gesundheit

