

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00028 vom 30. November 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2005.00028

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00028 du 30 novembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00028 del 30 novembre 2006

Erwägungen

E. 1

1.1 Die vorliegende Beschwerde stützt sich auf die von A. ___ an den Beschwerdeführer abgetretene Forderung vom 4. Oktober 2001 im Betrag von Fr. 219.40 betreffend die Behandlung vom 25. Juli bis 15. August 2001 (Urk. 3/8 und 3/10). Die Forderung von A. ___ ging mit all ihren Befugnissen, Vorzügen und Schwächen sowie mit all ihren Nebenrechten und mit ihren Belastungen auf den Beschwerdeführer über. Da die Abtretung ohne Einfluss auf die Zuständigkeit der für die Beurteilung entsprechender Streitigkeiten vorgesehenen Gerichte bleibt, ist das Sozialversicherungsgericht als kantonales Versicherungsgericht nach Art. 56 und 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ATSG) zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen der Parteien vom 17. August 2004, K 66/02, Erw. 4.2 und 4.3).

Zu prüfen ist, ob A. ___ beziehungsweise der in die Rechte von A. ___ eingetretene Beschwerdeführer Anspruch auf Kostenerstattung der genannten Behandlung hat.

1.2 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

1.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 447 Erw. 1.2.1, 127 V 467 Erw. 1). Es ist mithin nach den im Zeitpunkt der durchgeführten Behandlung im Jahr 2001 in Kraft gestandenen Bestimmungen zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Kostenerstattung hat.

2. Die Beschwerde

2.1 Der Beschwerdeführer liess in der Beschwerde im Wesentlichen geltend machen, entgegen der Rechtsauffassung der Beschwerdegegnerin sei nicht der Kanton Zürich als Versicherungsnehmer forderungsberechtigt, sondern der Versicherte A. ___ selbst (Urk. 1 S. 7 f., Urk. 13 S. 4 und 5). Als freiberuflich praktizierender Allgemeinpraktiker geniesse er den verfassungsmässigen Schutz von Art. 27 der Bundesverfassung (BV). Es sei von einer durch die Nichtberücksichtigung auf der Asyl-Hausarztliste bewirkten schwer wiegenden Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit auszugehen, welche einer klaren formellgesetzlichen Grundlage bedürfte (Urk. 1 S. 8 f.).

Art. 41 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ermächtigt die Versicherten, die Wahl der Leistungserbringer im Einvernehmen mit dem Versicherer zu beschränken. Der Kanton Zürich könne aber nicht unter Berufung auf Art. 41 Abs. 4 KVG mit Wirkung für die Versicherten, aber ohne deren Zustimmung, den Kreis der Leistungserbringer beschränken. Weder Art. 41 Abs. 4 noch Art. 62 Abs. 3 KVG stellen eine hinreichend klare gesetzliche Grundlage zur Beschränkung der Leistungserbringer für Asylsuchende durch einen Dritten (Kanton) dar (Urk. 1 S. 10, 13 S. 5). Bei Art. 26 Abs. 4 der Asylverordnung 2 über Finanzierungsfragen (AsylV 2) handle es sich zudem nicht um eine formell-gesetzliche Grundlage und sie basiere nicht auf einer hinreichenden Delegationsnorm (Urk. 1 S. 10 f., 13 S. 5). Auch im Asylgesetz finde sich die formell-gesetzliche Grundlage nicht, die seinen Ausschluss als Leistungserbringer für Asylsuchende erlaube. Erst mit dem in der aktuellen Revision des Asylgesetzes vorgesehenen Art. 82a des Asylgesetzes (AsylG) werde eine formellrechtliche Grundlage geschaffen (Urk. 1 S. 10 f.; vgl. auch Urk. 13 S. 7 ff.). Es sei auch der Anspruch auf Gleichbehandlung der Gewerbenossen verletzt. Seine Nichtberücksichtigung habe zudem nicht im öffentlichen Interesse gelegen (Urk. 1 S. 12). Dass er mangels Meldung an die AGZ den Gleichbehandlungsanspruch mit Bezug auf die Aufnahme auf die Asyl-Hausarztliste gleichsam verwirkt habe, sei eine unzulässige Folgerung (Urk. 1 S. 13 und 13 S. 8). Im Weiteren erfülle er die Kriterien gemäss Anhang 3 zum Rahmenvertrag (Urk. 1 S. 15).

2.2 Die Beschwerdeführerin demgegenüber macht geltend, sie bestreite die rechtsgültige Abtretung von allfälligen Ansprüchen auf Vergütung der Behandlung vom 25. Juli bis 15. August 2001 (Urk. 8 S. 5). Der Anspruch auf Versicherungsleistungen aus dem Rahmenvertrag stehe nämlich dem Kanton Zürich zu (vgl. Urk. 2 S. 3). Wenn überhaupt, liege höchstens eine unechter Vertrag zu Gunsten eines Dritten vor. Ein direktes Forderungsrecht ergebe sich weder aus Gesetz, Vertrag noch Übung (Urk. 8 S. 5 und 7 f.). Die Frage, ob grundsätzlich Leistungen des Beschwerdeführers zu Gunsten von versorgeabhängigen Asylsuchenden von der Helsana zu vergütet seien, sei nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Diesfalls wäre eine Gestaltungsklage anzuheben, wobei sie selbst aber dann nicht passivlegitimiert wäre, da sie nicht dafür zuständig sei, welche Leistungserbringer auf die Asyl-Hausarztliste gesetzt werden (Urk. 8 S. 6). Nach Art. 62 Abs. 3 KVG komme dem Bundesrat die Kompetenz zu, die besonderen Versicherungsformen nach Art. 41 Abs. 4 KVG näher zu regeln. Von dieser Möglichkeit habe der Bundesrat mit Art. 26 AsylV 2 Gebrauch gemacht. Den versorgeabhängigen Asylsuchenden komme bezüglich der Sozialversicherungen ohnehin ein anderer Status als den anerkannten Flüchtlingen und den Einheimischen zu (Urk. 8 S. 10). Der Beschwerdeführer könne sich nicht auf die Wirtschaftsfreiheit berufen, da der Bund befugt sei, den Zugang zur Tätigkeit im Bereich der Krankenversicherung zu regeln und Beschränkungen zu unterwerfen (Urk. 17 S. 7 f.). Es liege jedenfalls kein schwerer Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit vor, weshalb eine Verordnung genüge, um die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken (Urk. 8 S. 11). Die AsylV 2 sei gesetzeskonform und basiere auf einer genügenden Delegationsnorm (Urk. 17 S. 8 f.). Das Interesse an der Kostensenkung im Gesundheitswesen beispielsweise sei zudem ein ausreichendes Interesse, welches es rechtfertige, in die Wirtschaftsfreiheit einzugreifen (Urk. 8 S. 13, 17 S. 11). Weder sei bei der Nichtberücksichtigung des Beschwerdeführers das rechtliche Gehör verletzt worden noch sei seine Nichtaufnahme willkürlich noch unzulässig (Urk. 8 S. 16 und 17

S. 10).

Ä

E. 3

3.1.Ä Ä Ä Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen (Art. 3 Abs. 1 KVG). Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern nach Art. 11 KVG frei wählen. Andererseits müssen die Versicherer in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen (Art. 4 Abs. 1 und 2 KVG). Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Neben dem Recht, den Versicherer frei zu wählen und ihn zu wechseln (vgl. Art. 7 KVG), steht den Versicherten nach KVG auch die freie Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, zu (Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG). Dieses Wahlrecht können die Versicherten nach Art. 41 Abs. 4 KVG im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (vgl. Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG). Der Versicherer muss dann grundsätzlich nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, die Versicherten beanspruchten aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer (vgl. Art. 41 Abs. 2 KVG). Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert (Art. 41 Abs. 4 KVG). Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Art. 41 Abs. 4 KVG vermindern (Art. 62 Abs. 1 KVG). Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen und die besonderen Versicherungsformen näher regeln (Art. 62 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 KVG; vgl. auch Art. 93 ff. der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV).

3.2.Ä Ä Ä

3.2.1.Ä Ä Nach Art. 3 Abs. 3 KVG kann der Bundesrat die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, insbesondere auf solche, die in der Schweiz tätig sind oder sich längere Zeit dort aufhalten (lit. a) und auf solche, die im Ausland von einem Arbeitgeber mit einem Sitz in der Schweiz beschäftigt werden (lit. b). Dies ist in Art. 1 Abs. 2 lit. c KVV für diejenigen Personen erfolgt, die ein Asylgesuch in der Schweiz nach Art. 18 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998 (AsylG) gestellt haben, und für Personen, welchen nach Art. 66 AsylG vorübergehender Schutz gewährt wurde, sowie für Personen, für welche die vorläufige Aufnahme nach Art. 14a des Bundesgesetzes über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer (ANAG) verfügt worden ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Asylsuchende sowie Schutzbedürftige sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Zuweisung an die Kantone nach Artikel 27 AsylG zu versichern. Vorläufig Aufgenommene sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Verfügung der vorläufigen Aufnahme zu versichern. Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Einreichung des Asylgesuchs oder der Anordnung der vorläufigen Aufnahme oder der Gewährung vorübergehenden Schutzes. Sie endet am Tag, an dem diese Personen die Schweiz nachgewiesenermassen verlassen haben, oder am 30. Tag nach dem rechtskräftig verfügten Ausreisedatum oder mit ihrem Tod (Art. 7 Abs. 5 KVV).

3.2.2.2 Nach Art. 80 Abs. 1 Satz 1 AsylG gewährleisten die Kantone die Fürsorge für Personen, die sich gestützt auf das Asylgesetz in der Schweiz aufhalten. Für die Ausrichtung von Fürsorgeleistungen gilt kantonales Recht. Für Asylsuchende und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung ist die Unterstützung nach Möglichkeit in Form von Sachleistungen auszurichten (Art. 82 Abs. 1 und 2 AsylG).

Der Bund zahlt den Kantonen für Asylsuchende und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung bis längstens zum Tag, an dem die Wegweisung zu vollziehen ist oder an dem sie eine Aufenthaltsbewilligung erhalten oder einen Anspruch auf Aufenthaltsbewilligung haben, eine Pauschale für die Fürsorgekosten und einen Pauschalbetrag an die Betreuungs- und Verwaltungskosten (Art. 88 Abs. 1 lit. a und b AsylG). Nach Art. 88 AsylG setzt der Bundesrat die Pauschalen fest und regelt die Abgeltung besonderer Fürsorgeleistungen, welche nicht pauschal abgegolten werden, sowie das weitere Verfahren (Art. 89 Abs. 1 und 3 AsylG). Er kann den Kantonen als "weitere Beiträge" auch einen Beitrag an die Krankenkassenprämien ausrichten. Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen und das Verfahren zur Ausrichtung und Abrechnung der Beiträge (Art. 91 Abs. 5 und 8 AsylG).

In der AsylV 2 hat der Bundesrat gestützt auf Art. 119 AsylG die Festsetzung, Ausrichtung, Abrechnung und Rückerstattung von Leistungen des Bundes, der Kantone und Dritter im Asylbereich näher geordnet (Art. 1). Die Art. 26 ff. AsylV 2 regeln die Gesundheitskosten. Nach Art. 26 Abs. 4 AsylV 2 schränken die Kantone für Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung die Wahl des Versicherers und der Leistungserbringer ein, namentlich in Fällen, in denen zwischen Versicherungen und Leistungserbringern Vereinbarungen nach den Artikeln 42 Abs. 2 und 62 KVG abgeschlossen worden sind. Die Kantone haben die geeigneten Massnahmen zu ergreifen, um die Qualität des Leistungsangebotes sicherzustellen. Im übrigen gilt Artikel 41 Abs. 4 KVG sinngemäss (vgl. auch der bis zum 30. September 1999 in Kraft gestandene Art. 26 Abs. 4 AsylV 2, AS 1995 S. 5045 f.). Hat ein Kanton die Wahl des Versicherers und der Leistungserbringer nach Abs. 4 eingeschränkt, so vergütet ihm der Bund die Tagespauschale für angebrochene Monate bei allen Alterskategorien vollumfänglich. Zudem erhält der Kanton anstelle der Tagespauschale für junge Erwachsene die Tagespauschale für Erwachsene (Art. 26 Abs. 5 AsylV 2 in Kraft seit 1. Januar 2001; vgl. auch Art. 26 Abs. 2 AsylV 2).

3.2.3 Im Kanton Zürich trat am 1. Januar 2003 Art. 5a des Gesetzes über die Öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz; LS 851.1) in Kraft. Nach Art. 5a Sozialhilfegesetz richtet sich die Hilfe für Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung (nachfolgend Asylsuchende) nach besonderen Vorschriften. Der Regierungsrat erlässt eine Asylfürsorgeverordnung, worin insbesondere die Gesundheitsversorgung für Asylsuchende geregelt wird (§ 5a Abs. 2 Sozialhilfegesetz). Gemäss § 11 der kantonalen Asylfürsorgeverordnung (AfV) vom 25. Mai 2005, in Kraft seit 1. Juli 2005, sorgt der Kanton für die Kranken- und Unfallversicherung der ganz oder teilweise sozialhilfeabhängigen Asylsuchenden. Er kann die Wahl des Versicherers und der Leistungserbringer gemäss Art. 26 Abs. 4 der AsylV 2 einschränken.

Vor Inkrafttreten der AfV am 1. Juli 2005 war die obligatorische Krankenpflegeversicherung von Fürsorgeabhängigen Asylsuchenden im Kanton

ZÄ¼rich durch verschiedene RegierungsratsbeschlÄ¼sse geregelt (vgl. Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons ZÄ¼rich, Sitzung vom 25. Mai 2005, Nr. 752 S. 2; vgl. auch Urk. 9/3 S. 1 und S. 4, 9/4 und 9/5).

3.2.4Ä Ä Die am 24. September 2006 in der eidgenÄ¼ssischen Volksabstimmung gutgeheissene Revision des Asylgesetzes sieht in nArt. 82a Abs. 1 vor, dass die Krankenversicherung fÄ¼r Asylsuchende und SchutzbedÄ¼rftige ohne Aufenthaltsbewilligung unter Vorbehalt der nachfolgenden Bestimmungen nach den Bestimmungen des KVG auszugestalten ist. Nach nArt. 82a Abs. 3 AsylG kÄ¼nnen die Kantone unter anderem einen oder mehrere Versicherer bezeichnen, welche eine Versicherung mit eingeschrÄ¼nkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG nur fÄ¼r Asylsuchende und SchutzbedÄ¼rftige ohne Aufenthaltsbewilligung anbieten. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der EinschrÄ¼nkung der Wahl der Leistungserbringer (nArt. 82a Abs. 5 AsylG, BBl 2005 S. 7457).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit nArt. 82 Abs. 1 AsylG sollte die MÄ¼glichkeit der Kantone, die Wahl des Versicherers ebenso wie die der Leistungserbringer fÄ¼r Asylsuchende und SchutzbedÄ¼rftige einzuschrÄ¼nken, im Gesetz verankert werden. Eine Verschiebung dieser Regelung auf Gesetzesstufe drÄ¼nge sich aus GrÄ¼nden der Rechtsstaatlichkeit auf (vgl. Botschaft zur Ä¼nderung des Asylgesetzes, BBl 2002 S. 6919).

Ä

E. 4

4.1Ä Ä Ä Ä Strittig und zu prÄ¼fen ist, ob A.____ beziehungsweise seinem Rechtsnachfolger aus dem Rahmenvertrag Ä¼berhaupt AnsprÄ¼che gegenÄ¼ber der Beschwerdegegnerin zustehen. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, versichert sei der Kanton ZÄ¼rich und nicht A.____. Selbst wenn man von einem Vertrag zugunsten eines Dritten ausgehe, so stehe dem Dritten, d.h. A.____, kein Forderungsrecht zu (Urk. 8 S. 5 und 7 ff. und Urk. 2 S. 3).

4.2Ä Ä Ä Ä

4.2.1Ä Ä Unbestritten ist, dass der Versicherte im massgeblichen Zeitpunkt der Behandlung unter die besonderen Bestimmungen fÄ¼r Asylsuchende fiel. Bei Asylsuchenden handelt es sich nach Art. 1 Abs. 2 lit. c KVV um versicherungspflichtige Personen im Sinne des KVG.

4.2.2Ä Ä Die BegrÄ¼ndung des VersicherungsverhÄ¼ltnisses nach KVG setzt eine Anmeldung respektive einen Antrag auf Beitritt voraus (Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 7 Rz 10; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 35). Das VersicherungsverhÄ¼ltnis entsteht durch Verwaltungsakt, mit welchem der Versicherer auf Anmeldung hin die Aufnahme vollzieht (Eugster, a.a.O., S. 6 Rz 8). Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, weist die vom Kanton bezeichnete BehÄ¼rde einem Versicherer zu (Art. 6 Abs. 2 KVG). Die BegrÄ¼ndung des VersicherungsverhÄ¼ltnisses setzt demzufolge eine entsprechende WillenserklÄ¼rung voraus, sei es durch die versicherungspflichtige Person selber, durch deren gesetzlichen oder gewillkÄ¼rten Stellvertreter oder durch die fÄ¼r die Zwangszuweisung zustÄ¼ndige BehÄ¼rde (vgl. Eugster, a.a.O., S. 7 Rz 10). PrÄ¼mienschuldnerin ist die versicherte Person (vgl. Art. 61 Abs. 1 KVG). Die Zahlungspflicht kann jedoch im EinverstÄ¼ndnis mit dem Versicherer

von einer Drittperson wie beispielsweise einer Fürsorgebehörde oder vom Arbeitgeber übernommen werden (Eugster, a.a.O., S. 182 Rz 337).

Art. 26 Abs. 4 und 5 AsylV 2 sehen an diesem System der Einzelversicherung und Direktversicherung durch die Versicherten keine Änderungen vor. Die Verantwortung, sich zu versichern, liegt vielmehr gemäss Art. 7 Abs. 5 KVV bei den Asylsuchenden selbst (vgl. auch BGE 128 V 269 Erw. 3c/aa).

4.2.3 Das KVG kennt im Gegensatz zum bis am 31. Dezember 1995 in Kraft gestandenen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KUVG) im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kollektivversicherung nicht (Eugster, a.a.O., S. 6 f. Rz 9; vgl. auch Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen der Parteien vom 17. August 2004, K 66/02, Erw. 5, und in Sachen P. vom 25. August 2003, K 47/01, Erw. 4.2). Allerdings können etwa Fürsorgebehörden Aufgaben zur Durchführung der Krankenversicherung im Sinne einer administrativen Kollektivversicherung übernehmen (vgl. RKUV 1996 S. 139 und Art. 63 KVG). Werden Asylsuchende in Kollektivverträgen zusammengefasst, so handelt es sich nicht um Kollektivverträge im Sinne des alten Rechts, sondern um administrative Vereinbarungen zwischen einem Versicherungsnehmer und einem Versicherer, welche das Versicherungsverhältnis bestimmter einzelversicherter Personen betreffen und welche Vereinbarungen den Regeln und Verpflichtungen des KVG unterstehen (vgl. BGE 128 V 269 Erw. 3c/aa; RKUV 1996 S. 139). Solche Vereinbarungen können beispielsweise weder die Bestimmungen des KVG zum Wechsel des Versicherers abändern noch einen Unterbruch des Versicherungsverhältnisses zulassen (BGE 128 V 269 Erw. 3c/aa).

4.3 Mit dem Rahmenvertrag vom 8./9. Februar 2001 soll die obligatorische Krankenversicherung im Sinne des KVG von Asylsuchenden sichergestellt werden (vgl. Ziffern 2.2 und 4.1 des Rahmenvertrags, Urk. 3/3). Der Rahmenvertrag enthält insbesondere administrative Vereinbarungen zwischen dem Kanton Zürich und der Beschwerdegegnerin. Der Kanton Zürich tritt als Versicherungsnehmer auf, welcher die Asylsuchenden nach KVG versichert (vgl. Urk. 3/3). Dieser Rahmenvertrag beziehungsweise die über diesen Rahmenvertrag versicherten Asylsuchenden unterstehen den gesetzlichen Bestimmungen des KVG (vgl. BGE 128 V 269 f. Erw. 3c/aa und 4).

Die Beschwerdegegnerin bestreitet zu Recht nicht, dass sie gestützt auf die Meldung beziehungsweise den Antrag des Kantons Zürich (vgl. Ziffer 5.4 des Rahmenvertrags, Urk. 3/3) A.____ ab dem 1. April 2001 in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgenommen hat (Urk. 2 S. 2). Auch A.____ beziehungsweise sein Rechtsnachfolger berufen sich auf ein bestehendes Versicherungsverhältnis zur Beschwerdegegnerin. Damit ist davon auszugehen, dass die gestützt auf den Rahmenvertrag erfolgte faktische Zuweisung zur Helsana vom Versicherten gebilligt worden ist (vgl. Urk. 3/8, 3/9).

Der Versicherte war damit im massgeblichen Zeitraum bei der Beschwerdegegnerin nach den Bestimmungen des KVG als Einzelversicherter obligatorisch krankenpflegeversichert. Damit kann er beziehungsweise sein Rechtsnachfolger gegenüber der Beschwerdegegnerin grundsätzlich Ansprüche geltend machen.

Ä

5.1. Nach Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG können die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen (vgl. vorne Erw. 3.1). Die Wahlfreiheit der Versicherten darf von den Versicherern nicht einseitig eingeschränkt werden (Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Separatdruck S. 78 oben). Hingegen können die Versicherten ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versicherung auswählt (vgl. Art. 41 Abs. 4 Satz 1 KVG). Es können somit beide Seiten miteinander vereinbaren, dass die Auswahl sich auf bestimmte Leistungserbringer beschränken soll, die sich zu kostengünstigeren Formen der medizinischen Versorgung bereitfinden. Solche alternativen Versicherungsangebote sollen die Beteiligten zu kostensparendem Verhalten motivieren, dürfen jedoch nicht zu einer Risikoentmischung und Aufhebung der für die soziale Krankenversicherung grundlegenden Solidarität führen. Deswegen gilt auch für diese Versicherungsformen der Grundsatz der Freiwilligkeit und der Teilnahme am Risikoausgleich (Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Separatdruck S. 78 und 102). Auch die weiteren besonderen Versicherungsformen können den Versicherten nicht aufgezwungen werden, sondern stehen grundsätzlich in ihrem Wahlrecht (vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Separatdruck S. 102).

5.2. Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass dem Versicherten A. beim Abschluss und der Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses kein Mitspracherecht zuerkannt worden ist (vgl. Ziffern 5.4 und 5.6 und Anhang 4 des Rahmenvertrags, Urk. 3/3; vgl. auch Urk. 9/3 S. 2 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit kann nicht von einer zwischen der versicherten Person und dem Versicherer erfolgten einvernehmlichen Beschränkung der Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG ausgegangen werden. Der Kanton Zürich ist nicht versicherte Person im Sinne des KVG und ihm steht deshalb die Möglichkeit, nach Art. 41 Abs. 4 KVG auf das Wahlrecht teilweise zu verzichten, nicht zu (vgl. demgegenüber Urk. 9/3 S. 2). Die besonderen Versicherungsformen können denn den Versicherten auch im Rahmen einer ordentlichen Zuweisung nach Art. 6 Abs. 2 KVG nicht aufgezwungen werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu prüfen ist, ob die im Rahmenvertrag vorgesehene Beschränkung der Wahl der Leistungserbringer dennoch vor Gesetz und Verfassung standhält oder ob dieser Vertragsregelung die Anwendung versagt bleiben muss. Der Rahmenvertrag stützt sich auch auf Art. 26 Abs. 4 AsylV 2.

Ä Ä

E. 6

6.1. Nach der Rechtsprechung können Verordnungen des Bundesrates grundsätzlich auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüft werden. Bei (unselbstständigen) Verordnungen, die sich auf eine gesetzliche Delegation stützen, prüft das Gericht, ob sie sich in den Grenzen der dem Bundesrat im Gesetz eingeräumten Befugnisse halten. Wird dem Bundesrat durch die gesetzliche Delegation ein sehr weiter Spielraum des Ermessens für die Regelung auf Verordnungsebene eingeräumt, muss sich das Gericht auf die Prüfung beschränken, ob die umstrittenen

Verordnungsvorschriften offensichtlich aus dem Rahmen der dem Bundesrat im Gesetz delegierten Kompetenzen herausfallen oder aus andern Gründen verfassungs- oder gesetzwidrig sind. Es kann jedoch sein eigenes Ermessen nicht an die Stelle desjenigen des Bundesrates setzen und es hat auch nicht die Zweckmäßigkeit zu untersuchen. Die vom Bundesrat verordnete Regelung verstößt allerdings dann gegen Art. 8 Abs. 1 BV, wenn sie sich nicht auf ernsthafte Gründe stützt, wenn sie sinn- oder zwecklos ist oder wenn sie rechtliche Unterscheidungen trifft, für die sich ein vernünftiger Grund nicht finden lässt. Gleiches gilt, wenn die Verordnung es unterlässt, Unterscheidungen zu treffen, die richtigerweise hätte berücksichtigt werden sollen (BGE 132 V 275 Erw. 4 mit zahlreichen Hinweisen).

Bei Delegationsnormen kann zwischen gesetzesergänzenden beziehungsweise gesetzesvertretenden Rechtsverordnungen einerseits und Ausführungsverordnungen andererseits unterschieden werden (vgl. BGE 125 V 172 Erw. 6; Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Auflage, S. 27 Rz 136 ff.). Gesetzesvertretende Verordnungen beruhen auf einer Ermächtigung durch ein Gesetz, das noch keine vollständige materielle Regelung enthält; solche Verordnungen füllen die weitmaschigen, sich auf das Grundsätzliche beschränkende Regelung im Gesetz neue Normen hinzu (Häfelin/Müller/Uhlmann, a.a.O., S. 27 Rz 136 f.). Im Rahmen der generellen Kompetenz, Ausführungsverordnungen zu erlassen, können demgegenüber Gesetzesbestimmungen lediglich verdeutlicht, soweit nötig das Verfahren geregelt und (echte) Lücken ausgefüllt werden.

Ausführungsbestimmungen dürfen aber nicht im Vergleich zum Gesetz zusätzliche Beschränkungen auferlegen, selbst wenn diese mit dem Gesetz im Einklang stehen; Ansprüche, die aus dem Gesetz hervorgehen, kann eine Vollzugsverordnung nicht beseitigen (vgl. BGE 125 V 273 Erw. 6b).

6.2 Nach Art. 26 Abs. 4 AsylV 2 schränken die Kantone für Asylsuchende neben der freien Wahl des Versicherers auch die Wahl der Leistungserbringer ein. Damit werden zwei grundsätzliche Wahlrechte der Versicherten nach KVG beschränkt. Art. 26 Abs. 4 AsylV 2 muss sich somit auf eine gesetzliche Delegationsnorm stützen können, die dem Bundesrat in diesem Bereich einen weiten Spielraum des Ermessens zubilligt. Die generelle Kompetenz, Ausführungsbestimmungen zu erlassen, ist dabei von vorneherein nicht als ausreichend zu betrachten (vgl. BGE 125 V 273 Erw. 6b und 275 Erw. 6f; vgl. demgegenüber Urk. 17 S. 8).

6.3 Die AsylV 2 stützt sich auf Art. 119 des Asylgesetzes, welcher den Bundesrat mit dem Vollzug beauftragt und zum Erlass von Ausführungsbestimmungen ermächtigt. Die Art. 88 Abs. 4, 89 und 91 Abs. 8 AsylG ermächtigen den Bundesrat zudem, die Regelung der Abgeltung der kantonalen Fürsorgeleistungen näher zu ordnen.

Mit letzteren Bestimmungen wird dem Bundesrat im Bereich der Abgeltung der kantonalen Fürsorgeleistungen zwar ein weiterer Spielraum des Ermessens zubilligt. Die (spezifische) Ausgestaltung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von Asylsuchenden wird von der Materie dieser Delegationsnormen indessen klarerweise nicht umfasst (vgl. Häfelin/Müller/Uhlmann, a.a.O., S. 85 Rz 407; BGE 125 V 272 Erw. 6a; vgl. demgegenüber Urk. 17 S. 9).

6.4. Nach Art. 3 Abs. 3 KVG kann der Bundesrat die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen. Gestützt darauf hat der Bundesrat in der KVV die Versicherungspflicht auf Asylsuchende ausgedehnt (vgl. oben Erw. 3.2.1). Art. 62 Abs. 3 KVG ermächtigt zudem den Bundesrat, die besonderen Versicherungsformen, wozu auch die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gehört (vgl. Art. 41 Abs. 4 und 61 Abs. 1 KVG), näher zu regeln. Er legt dabei insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Art. 105 KVG bleibt in jedem Fall vorbehalten. Nach Art. 62 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat zudem neben der Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers weitere Versicherungsformen zulassen. Nach Art. 96 KVG kommt dem Bundesrat zudem generell die Vollzugskompetenz im Bereich der Krankenversicherung zu (vgl. auch Art. 182 Abs. 2 BV; BGE 125 V 273 Erw. 6b).

Mit den Art. 3 Abs. 3, 62 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 KVG wurde dem Bundesrat vom Gesetz ebenfalls je ein weiterer Spielraum des Ermessens für die Regelung auf Verordnungsebene eingeräumt (vgl. auch BGE 125 V 272 f. Erw. 6a unter Hinweis auf RKUV 1998 Nr. KV 39 S. 375). Aber auch die Art. 3 Abs. 3, 62 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 KVG enthalten keine Kompetenz, in Abänderung des Gesetzes die Wahl der Leistungserbringer für bestimmte versicherungspflichtige Personen anders als einvernehmlich zu beschränken beziehungsweise die obligatorische Krankenpflegeversicherung für einzelne vorgegebene Personengruppen spezifisch auszugestalten oder zu ordnen. Soweit die Versicherungsausgestaltung im KVG Besonderheiten zulässt, so sind diese gemäss KVG freiwillig und können den Versicherten nicht aufgezwungen werden (vgl. Erw. 5.1; vgl. auch Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Separatdruck S. 102). Die Regelung in Art. 26 Abs. 4 AsylV 2 überschreitet offensichtlich sowohl die an den Bundesrat delegierte Befugnis zur Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz nach Art. 3 Abs. 3 KVG als auch diejenige zur näheren Ausgestaltung der besonderen Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in Art. 62 Abs. 3 KVG und erweist sich damit als gesetzwidrig (vgl. RKUV 1998 Nr. KV 39 S. 378). Die im Rahmenvertrag vorgesehene Beschränkung der Wahl der Leistungserbringer widerspricht damit Art. 41 Abs. 1 KVG und ist deshalb unbeachtlich.

Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob es nach Art. 26 Abs. 4 AsylV 2 für die gältige Einschränkung von Versicherer und Leistungserbringer einer zusätzlichen formellgesetzlichen kantonalen Regelung bedürft hätte (vgl. Häfelin/Haller, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, 6. Auflage, Zürich 2005, S. 330 ff. Rz 1155 und 1159 ff.).

6.5. Vorliegend ist somit nicht von der eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat A.____ beziehungsweise seinem Rechtsnachfolger Dr. M.____ die Kosten der bei Dr. M.____ durchgeführten Behandlung im Umfang von Fr. 219.40 zu vergüten.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

Ä

7. Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Der Anwalt des Beschwerdeführers reichte eine Kostennote ein und macht einen Aufwand von 21 Stunden 40 Minuten und Barauslagen von Fr. 258.10 geltend (Urk. 20 und 21). Nach Art. 52 Abs. 3 ATSG wird im Einspracheverfahren in der Regel keine Parteientschädigung ausgerichtet. Der bis zur Einleitung des vorliegenden Beschwerdeverfahrens geltend gemachte Aufwand ist deshalb nicht zu entschädigen (vgl. Zünd, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Zürich 1999, N 15 zu § 34, S. 246). Die angeführten Aufwendungen sind somit erst ab dem 2. März 2005 mit dem Studium des Einspracheentscheids zu berücksichtigen. Dies führt zu einem entschädigungsberechtigten Aufwand von 18 Stunden 10 Minuten sowie zu berücksichtigenden Barauslagen von Fr. 200.10. Ausgehend vom gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- resultiert eine Entschädigung von Fr. 4'124.85 (18,167 x Fr. 200.-- zuzüglich Barauslagen von Fr. 200.10 = Fr. 3'833.50 zuzüglich Mehrwertsteuer von 7,6 %).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Die Einzelrichterin erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Helsana Versicherungen AG vom 8. Februar 2005 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer die Kosten der in der Zeit vom 25. Juli bis 15. August 2001 durchgeführten Behandlung von A.____ im Betrag von Fr. 219.40 (Rechnung vom 4. Oktober 2001) zu erstatten.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 4'124.85 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Marc Spescha

- Helsana Versicherungen AG unter Beilage einer Kopie der Kostennote, Urk. 19 und 20

- Bundesamt für Gesundheit

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106

und 108 OG).

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