

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00054

vom 30. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2016.00054

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00054 du 30 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00054 del 30 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1922 geborene und 2017 verstorbene X.____ war bei der Avenir Assurance Maladie SA (in der Folge: Avenir) für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert (Urk. 8/2). Er wurde zuhause durch die A.____ AG gepflegt (Urk. 8/10 ff.) und bezog eine Hilflosenentschädigung leichten Grades der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV; Urk. 8/4 S. 2). Mit Schreiben vom 18. November 2015 teilte die Avenir dem Versicherten mit, ab 1. Dezember 2015 werde sie ihre Leistungen für spitalexterne Krankenpflege aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um monatlich Fr. 94.-- kürzen. Falls ihm im Zusammenhang mit der Hilflosigkeit ungedeckte Kosten entstünden, könne er ihr die entsprechenden Belege und Unterlagen zur Prüfung zustellen (Urk. 8/5).

Der Versicherte verlangte daraufhin am 3. Dezember 2015 eine einsprachefähige Verfügung (Urk. 8/6). Mit Verfügung vom 30. Dezember 2015 kürzte die Avenir die Leistungen für die spitalexterne Pflege von X.____ mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2015 um Fr. 94.-- pro Monat (Urk. 8/7). Die dagegen am 20. Januar 2016 erhobene Einsprache (Urk. 8/8) wies die Avenir mit Einspracheentscheid vom 15. Juni 2016 ab und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Urk. 8/9 = Urk. 2).

E. 2

Gemäss Art. 69 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) darf das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person auf Grund des schädigenden Ereignisses gewährt werden.

Gemäss Art. 122 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) liegt eine Überentschädigung bei Sachleistungen in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden namentlich die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten (lit. a) respektive die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten (lit. b) übersteigen.

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid unter Hinweis auf BGE 127 V 94 auf den Standpunkt, es liege eine Überentschädigung vor, da der Versicherte sowohl eine Hilflosenentschädigung als auch Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung (KLV) beziehe und keine ungedeckten Kosten nachgewiesen habe (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort führte sie dazu aus, dass Leistungen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV weitgehend kongruent seien mit der Hilflosenentschädigung (Urk. 7 S. 6). Ferner wies sie darauf hin, dass der Versicherte keine ungedeckten Kosten im Zusammenhang mit der Hilflosigkeit geltend gemacht habe (Urk. 7 S. 7). In der Duplik nahm sie zu den im Beschwerdeverfahren geltend gemachten Kosten Stellung (Urk. 18 S. 2-4).

E. 3.2

Der Versicherte machte in seiner Beschwerde geltend, dass gemäss Art. 69 Abs. 1 ATSG nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung zu berücksichtigen seien bei der Berechnung der Überentschädigung und dass es sich bei der Hilflosenentschädigung um eine pauschalisierte, nicht kürzbare Geldleistung, bei den Entschädigungen für Pflegeleistungen hingegen um aufwand orientierte Sachleistungen handle (Urk. 1 S. 2). Des Weiteren wies er darauf hin, dass er in der Einsprache die Patientenbeteiligung für die spitalexterne Pflege von Fr. 8.-- pro Tag respektive Fr. 240.-- pro Monat geltend gemacht habe, wobei sich mit der neuen Pflegefinanzierung die Rechtslage im Vergleich zum von der Beschwerdegegnerin angeführten BGE 127 V 94 geändert habe (Urk. 1 S. 2). Gemäss Abs. 3 von Art. 96 (richtig: 69) ATSG seien Hilflosenentschädigungen explizit nicht kürzbar. Ferner wies er auf weitere nicht gedeckte Kosten hin (Urk. 1 S. 3). In der Replik brachte er erneut vor, die Rechtslage habe sich seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung massgeblich geändert. Selbst nach BGE 127 V 94 seien nicht nur die nachgewiesenen tatsächlichen Mehrkosten, sondern auch die erfahrungsgemäss anfallenden sonstigen Kosten miteinzubeziehen. Für das Jahr 1999 seien diese auf Fr. 15.-- pro Tag angesetzt worden. Zwischenzeitlich sei die Hilflosenentschädigung der AHV nur um 15 % erhöht worden, währenddem jene der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) verdoppelt worden sei. Im AHV-Bereich sei eine Kürzung daher nicht angebracht (Urk. 12 S. 2). Störend sei, dass ein prozentualer Anteil der eigentlich nicht kürzbaren Hilflosenentschädigung bei der Grundpflegeentschädigung in Abzug gebracht werde, sowie dass die unentgeltlichen Leistungen der Angehörigen unberücksichtigt blieben (Urk. 12 S. 3). In seiner Stellungnahme vom 21. Dezember 2016 wies er ein weiteres Mal auf die Unkürzbarkeit der Hilflosenentschädigung hin (Urk. 22).

E. 4.1

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei den Hilflosenentschädigungen und bei den Leistungen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV um weitgehend gleichartige Leistungen im Sinne von Art. 69 Abs. 1 Satz 2 ATSG (BGE 125 V 297 E. 5b). Dies gilt in dem Umfang, in welchem die Leistungen der Grundpflege dazu dienen, die Kosten für die durch die Hilflosigkeit nötig gewordenen Massnahmen zu vergüten (BGE 127 V 94 E. 3d). Mit Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 hielt das Bundesgericht fest, unter der bis zur neuen Pflegefinanzierung geltenden Rechtslage rechtfertige es sich im Sinne der Rechtskontinuität, die bisherige überentschädigungsrechtliche Rechtsprechung (BGE 127 V 94) beizubehalten (E. 4.5). Damit wurde auch gesagt, dass die Weiterführung der genannten Rechtsprechung neu zu prüfen ist, nachdem am 1. Januar 2011 das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft getreten ist (vgl. Cancar, Intersystemische Leistungskoordination bei der spitalexternen Pflege - die Büchse der Pandora?, in: Pflegerecht 2015, S. 76).

E. 4.2

Bei Leistungen für Hilflosigkeit und bei Vergütungen für Pflegekosten sowie für andere aus der Hilflosigkeit erwachsende Kosten handelt es sich laut dem per 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten Art. 74 Abs. 2 lit. d ATSG um gleichartige Leistungen. Anderer Art sind demgegenüber vom Versicherungsträger und von Dritten zu erbringende Vergütungen für Heilungs- und Eingliederungskosten (lit. a). Soweit sowohl die Hilflosenentschädigung als auch die vom Krankenversicherer erbrachten Pflegeleistungen für die Grundpflege ausgerichtet werden und unter lit. d fallen, ist die Zulässigkeit einer Kürzung der Pflegeleistungen infolge Überentschädigung nach Art. 69 ATSG in Verbindung mit Art. 122 Abs. 1 KVV zu prüfen. Dass Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt werden dürfen (Art. 69 Abs. 3 ATSG), schliesst die Kürzung der Beiträge der Krankenversicherung an die Pflegeleistungen aufgrund des Zusammentreffens mit einer Hilflosenentschädigung nicht aus (Cancar, a.a.O., S. 76 a.E.). Dass es sich bei der Hilflosenentschädigung um eine Geldleistung und bei den Beiträgen der Krankenversicherung an die Kosten der Pflege um Sachleistungen in Form von Kostenvergütungen handelt (BGE 125 V 297 E. 5a; Cancar, a.a.O., S. 73), steht einer Gleichartigkeit laut der in vorstehender E. 3.1 angeführten bundesgerichtlichen Rechtsprechung ebenfalls nicht entgegen.

Unter die bei der Frage nach einer Überentschädigung zu berücksichtigenden Mehrkosten im Sinne von Art. 69 Abs. 2 ATSG fallen unter anderem Kostenbeteiligungen gegenüber der Krankenversicherung (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N 43 zu Art. 69 ATSG). In der Lehre wird davon ausgegangen, dass bei den infolge der Neuordnung der Pflegefinanzierung (Art. 25a

des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; KVG) zusätzlich von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten praktisch keine Überentschädigung mehr in Frage kommt (Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zürich 2010, Rz 4 zu Art. 78 KVG) respektive wird die Zulässigkeit einer Kürzung verneint (Cancar, a.a.O., S. 77). Ferner wird angedacht, dass dem Verteilungskampf zwischen Krankenversicherung und versicherter Person zugunsten des restfinanzierenden Kantons ein Ende gesetzt werden könnte (Landolt, Urteil des Bundesgerichts, II. sozialrechtliche Abteilung, vom 12. Juli 2012 (9C_43/2012), in: Pflegerecht 2013, S. 47).

Gemäss Art. 25a Abs.

E. 4.3.1

Die Avenir nahm die Kürzung ihrer Pflegeleistungen um 44 % des Betrags der Hilflosenentschädigung gestützt auf BGE 127 V 94 vor. Das Bundesgericht hielt in jenem Entscheid fest, dass mit der Hilflosenentschädigung auch andere Kosten als die durch die Krankenversicherung erbrachten Grundpflegeleistungen zu decken seien. Diese nicht in die Überentschädigungsberechnung einzubeziehenden Kosten setzte es für das Jahr 1999 bei schwerer Hilflosigkeit auf Fr. 15.-- pro Tag respektive Fr. 450.-- pro Monat fest. Damit machten diese 56 % der Hilflosenentschädigung von Fr. 804.-- aus (BGE 127 V 94 E. 5e). Die Überentschädigung in jenem Fall reduzierte sich entsprechend - nebst den ausgewiesenen Kosten - um Fr. 450.-- statt wie vom Krankenversicherer anerkannt um Fr. 150.-- (BGE 127 V 94 E. 5b und Dispositiv). Nur das diesen Betrag von Fr. 450.-- übersteigende

Ausmass der Hilflosenentschädigung wurde somit in die Überentschädigungsberechnung einbezogen (vgl. auch Landolt, Urteil des Bundesgerichts, II. sozialrechtliche Abteilung, vom 10. Juni 2011 [9C_886/2010], in: Pfl egerecht 2012 S. 50 mit Hinweis auf BGE 127 V 94 E. 5e).

E. 4.3.2

Gewisse Pauschalisierungen sind in der Massenverwaltung durchaus zulässig. Darüber hinaus ist der konkrete Nachweis einer Überentschädigung mit praktischen Schwierigkeiten verbunden, weil er eine Aufschlüsselung der Leistungen voraussetzt, die sich angesichts der grundsätzlichen Unterschiede in den Leistungsarten kaum sachgerecht und rechtsgleich vornehmen lässt (BGE 125 V 297 E. 5b). Folglich ist von der Hilflosenentschädigung des Versicherten im Betrag von Fr. 235.-- (vgl. Merkblatt 3.01 der AHV/IV: Altersrenten und Hilflosenentschädigungen der AHV, S. 9; abrufbar im Internet) vorab ein Abzug von 56 % (entsprechend Fr. 131.60) vorzunehmen.

Dies rechtfertigt sich, da die Hilflosenentschädigung auch Bereiche umfasst, welche nicht mit jenen der Grundpflege

kongruent sind. So dient die Hilflosenentschädigung auch der Entschädigung von Drittleistungen, die nicht zu den Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV gehören, namentlich Dienstleistungen Dritter zur Kontaktnahme mit der Umwelt, bei der Fortbewegung im und ausser Haus sowie der persönlichen Überwachung (BGE 125 V 297 E. 5b; 127 V 94 E. 5e). Die Hilflosenentschädigung dient der Deckung derjenigen Kosten, die aufgrund der Hilflosigkeit und des dadurch bedingten Beizugs von Dritten für die Bewältigung der alltäglichen Lebensverrichtungen entstehen. Sie wird unabhängig davon ausgerichtet, wie hoch die effektiv entstandenen Kosten sind oder ob tatsächlich Dienstleistungen von Drittpersonen in Anspruch genommen werden (Cancar, a.a.O., S. 74).

Von den verbleibenden Fr. 103.40 sind sodann die nachgewiesenen ungedeckten Mehrkosten abzuziehen. Zu berücksichtigen sind die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten (Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV). Diese müssen den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht genügen (Kieser, a.a.O., N 42 zu Art. 69

ATSG). Rechnung zu tragen ist auch den Kostenbeteiligungen gegenüber der Krankenversicherung (Kieser, a.a.O., N 43 zu Art. 69 ATSG; Cancar, a.a.O., S. 75).

E. 4.3.3

Die Avenir lehnte diverse der geltend gemachten Kosten - unter anderem rund Fr. 200.-- monatlich für Kraniosakraltherapie (Urk. 13/1, Urk. 19/30) - mit dem Argument ab, dass sie diese aus ihrer Zusatzversicherung vergüte (Urk. 18 S. 3). Der Versicherte verfügte über eine Zusatzversicherung für zusätzliche Heilungskosten der Leistungsstufe 2 sowie über die Zusatzversicherung Vitalis für spezielle Heilungskosten (Urk. 8/2). Bei den gestützt darauf erfolgenden Zahlungen handelte es sich jedoch nicht um gesetzliche Sozialversicherungsleistungen, welche zu einer Überentschädigung führen können (vgl. Art. 69 Abs. 2 ATSG), sondern um vertragliche Leistungen. Das Argument der Beschwerdegegnerin ist nach dem Gesagten nur zulässig, wenn im Gegenzug die Prämien der Zusatzversicherungen im Betrag von Fr. 63.-- pro Monat (Urk. 8/2) als Krankheitskosten respektive ungedeckte Mehrkosten anerkannt werden. Bei diesen vielen Leistungen umfassenden Zusatzversicherungen ist denn auch überwiegend wahr scheinlich, dass sie in

einem kausalen Zusammenhang zur Krankheit stehen respektive infolge Krankheit abgeschlossen wurden, was deren Subsumption unter Krankheitskosten beziehungsweise deren Berücksichtigung in der Überentschädigungsberechnung ebenfalls rechtfertigt.

Hinzu kommen weitere Krankheitskosten, die beim Versicherten verblieben. So kostete ihn die Kraniosakraltherapie in den (dokumentierten) Monaten Juli und August 2016 je Fr. 72.-- (Urk. 19/30), da aus der Zusatzversicherung vertrags gemäss lediglich 80 % der anfallenden Kosten gedeckt wurden. Darüber hinaus hatte der Versicherte jährlich die Franchise von Fr. 300.-- sowie den Selbstbehalt von Fr. 700.-- zu tragen (vgl. Urk. 19/29 und Urk. 19/30), was monatlich Fr. 83.35 ausmachte. In Anlehnung an Art. 69 Abs. 2 ATSG ist auch bei Art. 122 Abs. 1 KVV von einem weiten Kostenbegriff auszugehen (vgl. Kieser, a.a.O., N 40 ff. zu Art. 69 ATSG, wobei auch auf die Verordnung über die Krankenversicherung Bezug genommen wird). Bei den belegten Fr. 59.-- pro Monat für den Rotkreuz-Notruf (Urk. 13/1 und Urk. 13/3) handelt es sich um übliche, vernünftige und insbesondere wegen der Hilflosigkeit anfallende Ausgaben, welche demnach in die Berechnung miteinzubeziehen sind. Ferner fielen im Durchschnitt circa alle anderthalb Monate Kosten von Fr. 55.10 für Synthetikwatte an (Urk. 13/4, Urk. 13/6-8), was pro Monat Ausgaben von Fr. 36.75 ergab. Dabei handelte es sich unbestrittenermassen (Urk. 18 S. 2) um ungedeckte Krankheitskosten. Rechnet man all diese Kosten (Fr. 63.--, Fr. 72.--, Fr. 83.35, Fr. 59.-- und Fr. 36.75) zusammen, kommt man auf Fr. 314.10 pro Monat. Mit Blick darauf, dass die Hilflosenentschädigung des Versicherten insgesamt monatlich Fr. 235.-- beträgt und nur ein Teil der Hilflosenentschädigung mit der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV kongruent ist, liegt im vorliegenden Fall keine Überentschädigung vor. Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als begründet, weshalb sie gutzuheissen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Avenir Assurance Maladie SA vom 15. Juni 2016 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass eine Kürzung der Leistungen für die spitalexterne Pflege

wegen Überentschädigung nicht zulässig ist. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Z.____ - Avenir Assurance Maladie SA - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

E. 5

KVG dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat fest gesetzten Pflegebeitrages auf die versicherte Person überwältzt werden. Die Kantone regeln die Res tfinanzierung. Gemäss §

E. 9

Abs. 2 PflG in Verbindung mit Art. 7a Abs. 1 lit. a KLV). Somit hatte der Versicherte maximal monatlich rund Fr. 240.-- der Kosten seiner ambulanten Pflege zu tragen. Diese können jedoch ganz oder teilweise von den Gemeinden übernommen werden (§ 9 Abs. 3 PflG). Es ist nicht aktenkundig, ob und welche Kosten der Versicherte effektiv zu tragen hatte (vgl. Urk. 13/1-8), indessen kann dies offen bleiben.

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