

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2020.00076

vom 7. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2020.00076

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2020.00076 du 7 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2020.00076 del 7 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1987, ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in der Schweiz. Er ersuchte am 29. Januar 2019 um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (Urk. 7/1/1). Mit Verfügung vom 15. April

2019 (Urk.

7/4) wies die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (nachfolgend: Gesundheitsdirektion) das Gesuch ab. Die dagegen am 6. Mai 2019 (Urk. 7/5/1) erhobene Einsprache wies die Gesundheitsdirektion mit Entscheid vom 20. Oktober 2020 ab (Urk. 7/11 = Urk. 2).

E. 2

0. Oktober 2020 (Urk. 2) erhob X.____

am 15. November 2020 Beschwerde und beantragte die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz (Urk. 1).

Die Gesundheitsdirektion beantragte in der Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2020 (Urk.

E. 2.1

Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) schreibt vor, dass sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz 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 muss. Der Wohnsitz bestimmt sich nach Art. 23-26 des Zivilgesetzbuches (ZGB; Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, und Art. 3 Abs. 1 KVG).

Dieses allgemeine Versicherungsobligatorium für die gesamte schweizerische Wohnbevölkerung stellt ein unverzichtbares Instrument zur Gewährleistung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken dar (Gebhard Eugster, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer, Hrsg., 3. Aufl., Basel/Genf/München, 2016, E. Krankenversicherung, S. 418 Rz 29). In Anbetracht dieser gesetzgeberischen Absicht ist es folgerichtig, dass die Ausnahmen von der Versicherungspflicht und damit von der Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft eng umschrieben werden. Der Zweck des Obligatoriums besteht nicht nur darin, zu verhindern, dass infolge Fehlens einer Versicherung unter Umständen bei Risikoeintritt das Gemeinwesen für höhere oder alle Kosten aufkommen muss, sondern auch darin, die

Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu gewährleisten (BGE 132 V 310 E. 8.3, E. 8.5.6).

E. 2.2

Art. 3 Abs. 2 KVG ermächtigt den Bundesrat, Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorzusehen. Die Ausnahmen gibt es in der Form der Nichtunterstellung, die nach Gesetz oder Verordnung automatisch eintritt (Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV), und in der Form der Befreiung auf Gesuch hin, welche ein Tätigwerden der versicherten Person erfordert (Art. 2 Abs. 2 bis Abs. 8 KVV). Die Ausnahmen gemäss Verordnung stellen abschliessende Aufzählungen dar und unterliegen grundsätzlich einer restriktiven Interpretation (Eugster, a.a.O., S. 423 Rz 46).

E. 2.3

Gestützt auf Art. 2 Abs. 8 KVV sind Personen auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich auf Grund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnten. Diese Bestimmung schützt nicht allgemein Personen, für die der Wechsel zum schweizerischen System einen teureren und/oder weniger guten Versicherungsschutz bedeutet, die sich aber immerhin - wenn auch möglicherweise nicht im bisherigen Umfang, aber doch insoweit im bisherigen Umfang, als diesen Umfang garantierende Versicherungen in der Schweiz überhaupt angeboten werden - über das gesetzliche Minimum (obligatorische Krankenpflegeversicherung) hinaus Zusatzversichern können (privatrechtliche Versicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG]; vgl. Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG). Sie kann nur von denjenigen Personen mit Erfolg angerufen werden, die sich - im Rahmen des in der Schweiz nutzbaren Versicherungsangebots - nur deshalb nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern können, weil sie wegen ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes entsprechende Zusatzversicherungen entweder überhaupt nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen abschliessen können. Diese Gesetzesbestimmung soll mit anderen Worten nicht den Nachteil verhindern, den eine Person dadurch erleidet, dass das schweizerische System den Versicherungsschutz, den sie bisher unter dem ausländischen System genoss, überhaupt nicht oder nicht zu gleich günstigen Bedingungen vorsieht. Er soll vielmehr den Nachteil vermeiden, der daraus resultiert, dass eine Person bis zum Erreichen ihres bisherigen ausländischen Versicherungsniveaus von in der Schweiz tatsächlich vorhandenen Angeboten wegen ihres Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann (BGE 132 V 310 E. 8.5.6).

Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen. 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, aus den eingereichten Unterlagen sei ersichtlich, dass keine Leistungspflicht der bestehenden Krankenversicherung des Beschwerdeführers für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschliesslich deren Folgen sowie Entziehungsmassnahmen

einschliesslich Entziehungskuren bestehe. Diese Leistungen würden hingegen von der Grundversicherung nach KVG übernommen (S.

4). Ausgeschlossen würden zudem Behandlungen für Rehabilitationsmassnahmen, wenn der Tarif nichts anderes vorsehe. Das KVG hingegen sehe eine Leistungspflicht für Rehabilitationsmassnahmen vor. Zudem bestehe keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen habe, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintrete. Ein solcher Ausschluss sei dem KVG fremd und bedeute, dass der Versicherer einseitig seine Leistungspflicht einschränken könne. Dadurch seien die Leistungen gemäss

Art. 25 bis Art. 31 KVG nicht ausdrücklich und uneingeschränkt anerkannt. Die Versicherungsleistungen der ausländischen Krankenversicherung seien gemäss den oben genannten Ausführungen nicht gleichwertig mit jenen nach KVG. Angesichts dieser Leistungsausschlüsse liege die Deckung, welche die ausländische Privatversicherung des Beschwerdeführers vorsehe, deutlich hinter der Leistungspalette des KVG zurück, so dass der Befreiungsgrund von Art. 2 Abs.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 22. Dezember 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend dargelegt, dass im vorliegenden Fall schweizerisches Recht zur Anwendung gelangt (Urk. 2/1 S. 2 Ziff. 1). Auf diese unbestritten gebliebenen und korrekten Ausführungen wird verwiesen. 2.

E. 8

KVV sei in beiden Voraussetzungen zur Befreiung von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht erfüllt (S. 4). 3.3

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich dem schweizerischen Versicherungsobligatorium untersteht. Strittig ist, ob gestützt auf Art. 2 Abs. 8 KVV ein Befreiungsgrund gegeben ist. 4.4.1

Der Gesetzeswortlaut von Art. 2 Abs. 8 KVV sieht zwei kumulativ zu erfüllende Bedingungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht vor: Zunächst muss eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge haben, wobei das Erfordernis eines im Vergleich zum KVG „gleichwertigen Versicherungsschutzes“ zu erfüllen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2011 vom 12. September 2011 E. 4.4.2 = SVR 2012 Nr. 6). 4.2

Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes bemisst sich nach Massgabe des KVG (Urteil des Bundesgerichts 9C_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3 = SVR 2011 Nr. 3) und ist als Gleichwertigkeit in materieller Hinsicht zu verstehen. Gleichwertiger Versicherungsschutz liegt vor, wenn die ausländische Versicherung während der ganzen Geltungsdauer der Befreiung der Kosten des Aufenthalts nach den Standards der allgemeinen Abteilung eines zugelassenen Spitals in der Schweiz im Wesentlichen in gleicher Weise voll deckt wie das KVG. Keine Gleichwertigkeit besteht bei erheblichen

Lücken im Versicherungsschutz (BGE

134 V 34 E. 5.9). Von Gleichwertigkeit kann nur gesprochen werden, wenn die versicherte Person im Versicherungsfall nicht oder nicht wesentlich höhere Kosten selber zu tragen hätte, als wenn sie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert wäre. Es dürfen beispielsweise bei der ausländischen Krankenversicherung keine im KVG unbekannt, ins Gewicht fallende Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder Beschränkungen der Leistungsdauer vorkommen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_182/2009 vom 2. März 2010). Die Leistungspositionen der ausländischen Versicherung müssen in der Hauptsache im Minimum dem gesetzlichen Pflichtleistungskatalog entsprechen (BGE 134 V 34 E. 5.8; Urteil des Bundesgerichts 9C_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3 = SVR 2011 Nr. 3). Die Gleichwertigkeit muss im Zeitpunkt des Befreiungsgesuches auf der Grundlage des dann geltenden KVG für die gesamte Dauer der Befreiung garantiert sein (vgl. Gebhard Eugster, a.a.O., S. 426 f. Rz 58 mit weiteren Beispielen und Hinweisen). 4.3

Den eingereichten Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer beim Debeka Krankenversicherungsverein a. G. privat krankenversichert ist (Urk. 7/3 /2). Die angefügten allgemeinen Versicherungsbedingungen (Urk. 7/8/2-8/9) enthalten eine detaillierte Aufstellung medizinischer Leistungen, für die ein Versicherungsschutz gewährt wird (namentlich ambulante und stationäre Behandlung, Zahnbehandlung etc., vgl. Urk. 7/8/4).

Gemäss

§ 5 Abs. 1 lit. b der AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Urk. 7/8/3) besteht keine Leistungspflicht für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschliesslich deren Folgen sowie für Entziehungsmassnahmen

einschliesslich Entziehungskuren. Ebenfalls besteht gemäss

§ 5 Abs. 1 lit. d keine Leistungspflicht für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmassnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Zudem hält § 5 Abs. 1 lit. c fest, dass keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten besteht, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. 4.4

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1), dass die Leistungspflicht bei auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfällen im KVG nicht vorgesehen sei. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführte, werden diese Leistungen jedoch von der Grundversicherung nach KVG übernommen. Grundvoraussetzung für den Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach

Art. 25 KVG bildet das Vorliegen einer Krankheit. Gemäss

Art. 3 Abs. 1 ATSG gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat als Krankheit. Bei fahrlässigem Verhalten der versicherten Person ist eine Kürzung oder Verweigerung der Leistungen der Krankenversicherung ausgeschlossen. Art. 21 Abs. 1 ATSG lässt lediglich die Kürzung von Geldleistungen zu. Auch bei vorsätzlichem Verhalten fällt die Kürzung

oder Verweigerung einer Sachleistung vollständig ausser Betracht. Gemäss schweizerischem Krankenversicherungsrecht wird der Sucht ein leistungsbegründender Krankheitswert zugemessen (BGE 118 V 109 E.

1b, BGE 101 V 79 E. 1a, BGE 137 V 295 E.

5.3.2). Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) anerkennt denn auch in ihrem Anhang 1, Ziffer 8, die Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit ausdrücklich als Pflichtleistungen. Eine Einschränkung wie sie in § 5 Abs. 1 lit. b AVB sowie auf dem Bestätigungsf formular H (Urk. 7/3/3) angegeben ist, kennt das KVG nach dem Gesagten weder im Bereich der vorsätzlich herbeigeführten Gesundheitsschädigungen noch im Bereich der Entzugsbehandlungen.

4.5

Der Beschwerdeführer machte weiter geltend, die Regelung gemäss

§ 5 Abs. 1 lit.

c AVB sei gleich wie die Art. 32 bis 34 KVG, da beide einen Leistungsausschluss für nicht zulässige Behandlungskosten vorsähen.

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Die Übernahmepflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (sogenannte WZW-Kriterien), wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss.

Eine Leistung ist wirksam, wenn sie geeignet ist, das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen (BGE 137 V 295 E. 6.1). Die Zweckmässigkeit fragt nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung sowie allenfalls an der Missbrauchsgefahr (BGE 137 V 295 E. 6.2). Das Wirtschaftlichkeitserfordernis bezieht sich auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Diagnose- oder Behandlungsalternativen. Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante beziehungsweise diejenige mit dem besten Kosten/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Wo es nur eine Diagnose- oder Behandlungsmöglichkeit gibt, ist nach dem allgemeinen Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV) die Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht (BGE 136 V 395 E. 7.4; vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, SBVR, 3. Auflage, 2016, S. 507 ff.).

Für die Vergütung von Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen und von Ärzten oder Chiropraktoren erbracht werden, gilt somit gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG eine Pflichtleistungsvermutung. Demnach wird vermutet, dass diese Leistungen den in Art. 32 Abs. 1 KVG festgeschriebenen allgemeinen Vergütungskriterien

der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen. Die Pflichtleistungsvermutung kann im Einzel fall durch die jeweilige Krankenversicherung mittels Verfügung sowie gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG durch den Verordnungsgeber in Form einer abschliessen den Negativliste umgestossen werden. Der Bundesrat hat in Art. 33 lit. a der Ver ordnung über die Krankenversicherung (KVV) das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ermächtigt, Ausnahmen von der Pflichtleistungsvermutung vor zusehen. Das EDI hat solche Ausnahmen in Anhang 1 zur Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) festge legt. Für eine Reihe von Leistungsarten hat der Gesetzgeber demgegenüber das Listenprinzip verankert. Dies gilt namentlich für die nicht von Ärzten oder Ärz tinnen und Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, für Leistungen der medizinischen Prävention, gewisse Leistungen bei Mutterschaft, zahnärztliche Behandlungen sowie neue oder umstrittene Leistungen, deren Wirk samkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (vgl. Art. 33 Abs. 2 und 3 KVG). In diesen Bereichen sind die Kosten vom Krankenversicherer grundsätzlich nur dann zu übernehmen, wenn die fragliche Leistung vom Verordnungsgeber auf einer Liste positiv aufgeführt ist (Positivlis ten), wobei der Bundesrat das EDI zum Erlass der Positivlisten ermächtigt hat (Art. 33 lit. b–d KVV).

Anders als in § 5 Abs. 1 lit. c AVB sind die Bestimmungen des KVG demnach so konzipiert, dass die Leistungspflicht der Krankenversicherer nicht im Ermessen der Krankenversicherer liegt, sondern auf bundesrechtlicher Gesetzes- und allenfalls Verordnungs ebene geregelt ist. Durch die Möglichkeit gemäss

§ 5 Abs. 1

lit. AVB können die Krankenversicherer ihre Leistungspflicht dagegen einseitig einschränken, womit die Leistungen gemäss

Art. 25 bis Art. 31 KVG nicht ausdrücklich und uneingeschränkt anerkannt sind. 4.6

Zusammenfassend kann damit nicht gesagt werden, die Unterstellung unter die schweizerische Krankenpflegeversicherung hätte im Sinne von Art. 2 Abs. 8 KVV eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes zur Folge. Die Versicherungsleistungen der ausländischen Krankenversicherung sind gemäss den oben genannten Ausführungen nicht gleichwertig mit jenen des KVG .

Nachdem damit bereits die erste der z wei kumulativ zu erfüllenden Be frei ungs be dingungen nicht erfüllt ist, kann offen bleiben , ob sich der Be schwerdeführer aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedin gungen im bisherigen Umfang zusatzversi ch ern könnte. Eine Befreiung des Be schwerdeführers von der Versicherungs pflicht gestützt auf Art. 2 Abs. 8 KVV kommt deshalb nicht in Betracht.

Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht die Vorausset zungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht gestützt auf Art. 2 Abs. 8 KVV verneint und des wegen d as Gesuch des Beschwerdeführers abgewiesen . Die Beschwerde ist nach dem Gesagten abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich - 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Schüpbach

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