

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00073

vom 24. Mai 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-05-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2022.00073

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00073 du 24 mai 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00073 del 24 maggio 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren am 11. Juli 2004, wurde aufgrund

seiner bestehenden Versicherung bei der deutschen Debeka Krankenversicherungsverein a.G. (nachfolgend: Debeka, vgl. Urk. 8/2/4) zuletzt mit Verfügung der Ausgleichskasse des Kantons Schwyz vom 27. November 2017 (Urk. 8/4)

zusammen mit seiner Mutter Y.____

von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz befreit.

Am 15. Mai 2018 zog X.____ zusammen mit seiner Mutter vom Kanton Schwyz in den Kanton Zürich (Urk. 8/2/1).

Vertreten durch seine Mutter, stellte er am

E. 1.1

Rz. 9-11). Auch könne sich

der Beschwerdeführer nicht auf den Vertrauensschutz berufen (S. 4 ff. Ziff.

E. 1.2

Rz. 12-20). Die Gründe für eine Befreiung oder Ausnahme von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht seien sodann abschliessend in Art. 2 ff. KVV ausgeführt und einem Ermessensentscheid nicht zugänglich. Leistungen, für welche keine Versicherungsdeckung bestünden, könnten unter Umständen kaum tragbare Kosten verursachen, die vom Beschwerdeführer oder durch das Gemeinwesen zu tragen wären. Vor diesem Hintergrund sei es gerechtfertigt gewesen, dass erneut überprüft worden sei, ob er vom Versicherungsobligatorium befreit werden könne (S. 6 f. Ziff.

E. 1.3

Rz. 21-24). Ob die geltend gemachten Erkrankungen die Voraussetzung des schlechten Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 2 Abs.

E. 2

Abs.

E. 4

KVV ausgeschlossen sei (S. 5 Ziff. 7). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin die Voraussetzungen der Härtefallklausel

nach Art. 2 Abs.

E. 4.2

In Anbetracht dessen, dass lediglich eine (nicht ärztliche) Auflistung von Diagnosen (Urk. 3/11) und ärztlicherseits eine Bestätigung der Hausärztin Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. November 2022 (Urk. 3/10) vorliegt, dass der Beschwerdeführer bei ihr seit Oktober 2022 in ärztlicher Behandlung sei und bei unklarem Schwindel noch weitere Abklärungen am Laufen seien, ist nicht abschliessend dargetan, dass er sich aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen zuzusetzen lassen könnte.

Wie es sich genau mit der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers verhält, kann jedoch aufgrund der nachfolgenden Ausführungen offenbleiben. 4.3

Was die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes anbelangt, bemisst sich diese nach Massgabe des KVG (Urteil des Bundesgerichts 9C_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3) und ist als Gleichwertigkeit in materieller Hinsicht zu verstehen.

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 OKP versichert wäre. Es dürfen beispielsweise bei der ausländischen Krankenversicherung keine im KVG unbekannte, ins Gewicht fallende Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder Beschränkungen der Leistungsdauer vorkommen (vgl. Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl., Zürich - Basel - Genf 2018, N. 13 zu Art. 3 KVG). 4.4

Die Beschwerdegegnerin verneinte die Gleichwertigkeit beziehungsweise die klare Verschlechterung des ausländischen Versicherungsschutzes bei der Debeka zu nächst unter Hinweis auf das lediglich betreffend die Mutter des Beschwerdeführers ausgestellte Formular H vom 23. Mai 2019

(Urk. 8/10/4) und dann gestützt auf das im Beschwerdeverfahren eingereichte, nun den Beschwerdeführer selbst betreffende Formular H vom 16. November 2022

(Urk. 3/7). Nachgereicht wurden sodann die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustaggeldversicherung Teil I und II (AVB; Urk. 3/9) sowie ein Schreiben der Debeka vom 15. November 2022 (Urk. 3/8).

Im Formular H vom 16. November 2022 (Urk. 3/7)

verneinte die Debeka

unter Hinweis auf die AVB und das Anschreiben vom 15. November 2022, dass die Leistungen gemäss

Art. 25 bis 31 KVG ausdrücklich und uneingeschränkt anerkannt und die Kosten der entstandenen Leistungen voll erstattet würden (Urk. 3/7 S. 3 oben). Sodann wurde angegeben, dass Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten sowie Entziehungsmassnahmen /Entziehungskuren eingeschränkt oder ausgeschlossen würden (Urk. 3/7 S.

3 Mitte).

In ihrem Schreiben vom 15. November 2022 (Urk. 3/8) führte die Debeka aus, dass Suchtbehandlungen nicht erstattungsfähig seien, in bestimmten Fällen hier jedoch eine

freiwillige Leistung geprüft werde. Dies sei jedoch von Fall zu Fall individuell zu prüfen. Eine pauschale Kostenzusage könne nicht erteilt werden.

Weiter führte die Debeka aus, dass bis zu 20 psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr gemäss dem Tarif PN vergütet würden. Diese angegebenen Einschränkungen

gehen so auch aus den AVB (Urk. 3/9) hervor.

So besteht gemäss § 5 Abs. 1 lit. b AVB keine Leistungspflicht für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschliesslich deren Folgen sowie für Entziehungsmassnahmen einschliesslich Entziehungskuren. 4. 5

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. Die Krankenpflegeversicherung erbringt grundsätzlich keine Geldleistungen, sondern Sachleistungen, weshalb gestützt auf Art. 21 Abs. 1

ATSG keine Kürzungen vorgenommen werden können (Urteil des hiesigen Gerichts KV.2020.00076 vom 27. Januar 2021 E. 4.4 sowie KV.2021.00008 vom 11. Mai 2021 E. 4.6; Kieser/Gehring/Bollinger, KVG/UVG Kommentar, 2018, N 4 zu Art. 21 ATSG, Brunner/Vollenweider, Basler Kommentar zum ATSG, 1. Aufl. 2020, N 122 zu Art. 21 ATSG).

Gemäss schweizerischem Krankenversicherungsrecht wird der Sucht ein leistungsbegründender Krankheitswert zugemessen (BGE 118 V 107 E. 1b, BGE 101 V 77 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 Pflichtleistung. 4. 6

Das KVG kennt keine Einschränkungen, wie sie in § 5 Abs. 1 lit. b AVB sowie auf dem Bestätigungsformular H (vorstehend E. 4.4) angegeben worden sind, weder im Bereich der vorsätzlich herbeigeführten Gesundheitsschädigungen noch im Bereich der Suchtbehandlungen. Damit ist vom Vorliegen einer erheblichen Lücke

im Versicherungsschutz auszugehen (Urteile des hiesigen Gerichts KV.2020.00076 vom 27. Januar 2021 E. 4.4 sowie KV.2021.00008 vom 11. Mai 2021 E. 4.6).

Am Umstand, dass für Entziehungsmassnahmen und Entziehungskuren keine Leistungspflicht der Debeka vorgesehen ist, ändert auch nichts, wenn im Einzelfall nach vorgenommener Prüfung dennoch freiwillige Leistungen erbracht werden können (vgl. Urk. 3/8). Als unbehelflich erweist sich das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach die von der Debeka ohne erforderliche ärztliche Anordnung gewährten „unkomplizierten“ Psychotherapien in der Lage seien, diese Lücke im Hinblick auf die Suchtbehandlungen zu schliessen (Urk. 1 S. 6 Rz. 9). So erweist sich die Behandlung eines Suchtleidens in der

Regel doch als komplizierter und bedarf oft auch der medikamentösen Unterstützung sowie gegebenenfalls einer stationären Entzugsbehandlung begleitet durch Fachärzte.

Auch ändert das Schreiben der Debeka vom 3. Dezember 2022 (Urk. 11), worin ausgeführt wurde, dass der Leistungsausschluss gemäss

§ 5 Abs. 1b MB/KK selbstverständlich nicht für Suizidversuche aufgrund von psychischen Erkrankungen oder Störungen gelte, nichts daran, dass die Leistungen bei auf Vorsatz beruhenden Krankheiten

ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. 4. 7

Dem Versicherungsschein mit Gültigkeit ab 1. Juni 2019 (Urk. 3/3) ist, entsprechend den Angaben im Formular H (Urk. 3/7 S. 3) zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über eine private Pflegepflichtversicherung (Tarif PVN) verfügt. Festgehalten wurde, dass Ersatz der Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen im selben Umfang wie die gesetzliche Pflegeversicherung geleistet werde (Urk. 3/3 S. 3).

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf § 36 des Sozialgesetzbuches (SGB)

Elftes Buch davon aus, dass die Pflegeversicherung bei der höchsten Pflegestufe einen Anspruch von maximal 2'095 Euro (bei Pflegegrad 5) pro Monat gewährt, wodurch die von der OKP übernommenen Pflegeleistungen kaum gedeckt wären (Urk. 7 S. 9

Rz. 37 - 38).

Nach Art. 25a KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, in Tages- und Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden. Begrenzt sind dabei nicht die Leistungen an sich, sondern lediglich der zu vergütende Stundenansatz (vgl. Art. 7a KLV). Die weiteren Pflegekosten dürfen nur im limitierenden Rahmen von Art. 25a Abs. 5 KVG auf die Versicherten überwält werden. Die vorgesehenen Pflegeleistungen umfassen nicht nur Leistungen der Akut- und Übergangspflege, sondern auch solche der Langzeitpflege (vgl. Art. 7 KLV).

Damit werden die von der OKP vorgesehenen Pflegeleistungen von der Debeka nicht annähernd gedeckt, was als weitere erhebliche Lücke im Versicherungsschutz gewertet werden muss (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 4.3 und 9C_447/2017 vom 20. September 2017 E. 4.3 sowie

9C_875/2017 vom 20. Februar 2018 E. 3.3). 4. 8

Damit fehlt es in klarer Weise an der Grundvoraussetzung der Gleichwertigkeit der Versicherungsleistungen der ausländischen Krankenversicherung mit jenen des KVG. Es erübrigt sich damit, auf die von der Beschwerdegegnerin dargelegten weiteren massgeblichen Abweichungen von den Leistungen der OKP aus den AVB der Debeka (vgl. Urk. 7 S. 10

Rz. 41-42) einzugehen.

Da es vorliegend schon an der Gleichwertigkeit fehlt, kann der Abschluss der OKP nicht als klare Verschlechterung gelten, auch wenn die ausländische Versicherung noch so reichhaltig ausgestattet sein mag (vorstehend E. 1.4). Demnach erweist es sich als unerheblich, dass, wie der Beschwerdeführer geltend machte, die Debeka über ein umfassendes Leistungsangebot verfügt und namentlich die Kosten für Schutzimpfungen,

die Behandlung durch Heilpraktiker, Heilbäder sowie die psychotherapeutische Behandlung, ohne dass eine ärztliche Anordnung vorausgesetzt würde, erfasst (Urk. 1 S. 6 Rz. 9).

Die Unterstellung des Beschwerdeführers unter die schweizerische Krankenpflegeversicherung hat entsprechend keine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes im Sinne von Art. 2 Abs. 8 KVV zur Folge.

Da bereits diese Voraussetzung für eine Befreiung vom Versicherungsobligatorium nicht erfüllt ist, kann offenbleiben, ob sich der Beschwerdeführer aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnte. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht kann vorliegend nicht gewährt werden.

Eine Verletzung des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (vorstehend E. 2.2), ist darin und im Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu erblicken.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Markus Dörig -
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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schucan

E. 8

-43). 2.4

In seiner Replik (Urk. 10) führte

der Beschwerdeführer aus, dass unzutreffend sei, dass der bestehende Versicherungsschutz durch die Debeka nicht gleichwertig beziehungsweise nicht höherwertig im Vergleich zum hiesigen Obligatorium sei. Auch die Versicherung über die Debeka decke die Behandlung der Folgen eines Suizidversuchs ab, ohne dass dies auf Fälle beschränkt wäre, in denen die Geisteskrankheit/Geistesschwäche die Fähigkeit gänzlich aufgehoben habe, vernunftgemäss zu handeln (S. 2 Ziff. 1). Er sei bereits seit seiner Geburt bei der Debeka versichert gewesen und dies stets geblieben (S. 3 Ziff. 2). In der Verfügung vom 27. November 2017 finde sich weder eine Befristung der Befreiung noch ein genereller Vorbehalt, weshalb er

sich zu Recht auf den Vertrauensschutz berufen könne (S. 3 Ziff. 3). 2 .5

In ihrer Duplik (Urk. 13) stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, dass aus dem eingereichten Schreiben der Debeka vom 3. Dezember 2022 zu schliessen sei, dass ausserhalb psychischer Erkrankungen oder Störungen liegende Suizidversuche dennoch von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen blieben. Auch unter Berücksichtigung dieser neu zugesicherten Versicherungsdeckungsleistung sei für die Behandlung von Suizidversuchen daher - allein schon angesichts des Ausschlusses für auf Vorsatz beruhende Krankheiten - keine Gleichwertigkeit gegeben. Es bestünden im Vergleich zur OKP weiterhin nicht unerhebliche Leistungsausschlüsse, womit eine Gleichwertigkeit der Leistungen mit dem KVG ohnehin ausser Betracht falle (S. 2). 2 .6

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

Eine Befreiung nach Art. 2 Abs. 4 KVV fällt vorliegend mangels Zuzugs des Beschwerdeführers in die Schweiz zwecks Aus- oder Weiterbildung ausser Betracht und braucht nicht weiter geprüft zu werden.

Über eine Befreiung der Mutter des Beschwerdeführers vom Versicherungsobligatorium wird im am hiesigen Gericht hängigen Verfahren Nr. KV.2022.0007 2 entschieden. 3 .

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass die Beschwerdegegnerin an die von der Ausgleichskasse Schwyz zuletzt mit Verfügung vom 27. November 2017 (Urk. 8/4) erteilte Befreiung von der Versicherungspflicht gebunden sei, geht dies ins Leere.

Anzumerken ist vorab, dass sich aus dem vom Beschwerdeführer vorgebrachten Entscheid des Bundesgerichts 9C_335/2020 vom 25. August 2020 keine überkantonale Bindungswirkung ableiten lässt (vgl. Urk. 1 S.

E. 12

oben) .

Aufgrund des am 15. Mai 2018 erfolgten Wohnsitzwechsels der Beschwerdeführers vom Kanton Schwyz in den Kanton Zürich (Urk. 8/2/1)

war gemäss den gesetzlichen Regelungen neu die Kontrollstelle der neuen Wohngemeinde für die Kontrolle des Versicherungsbeitritts, die Behandlung des Befreiungsgesuchs und die Zuweisung an einen Versicherer zuständig (Art. 6 KVG in Verbindung mit § 1 Abs. 1 und § 2 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Krankenversicherungsgesetz, EG KVG), ohne an ausserkantonale Beurteilungen gebunden zu sein.

Wie die Beschwerdegegnerin anmerkte

(Urk. 7 S. 4 oben) , hätte eine umfassende überkantonale Bindungswirkung in der Konsequenz zur Folge gehabt, dass der Beschwerdeführer respektive seine Mutter bei ihrem Umzug gar kein neues Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht hätte stellen müssen. Derartiges ist jedoch nicht vom Gesetzgeber vorgesehen worden .

In Anbetracht der klaren gesetzlichen Regelung bestand für den Beschwerdeführer keine Vertrauensgrundlage dafür , dass er

nun auch in jedem anderen Kanton als dem Kanton Schwyz ebenfalls vom Versicherungsobligatorium befreit wäre .

Abgesehen davon wurde im Einspracheentscheid der Ausgleichskasse Schwyz vom 10. Oktober 2007 (Urk. 8/15/4) in Sachen der Familie von X.____ und Y.____ ausgeführt, dass der Beschwerdeführer letztlich lediglich aus pragmatischen Gründen vom Versicherungsobligatorium befreit worden ist. Festgehalten wurde, dass keine expliziten Befreiungsgründe vorlägen , und er längstens bis zu seinem 18. Altersjahr vom KVG-Obligatorium befreit sei , und falls er sich dannzumal noch in der Schweiz aufhalte, er selber eine gemäss dem KVG übliche Krankenversicherung abzuschliessen habe (Urk. 8/15/4 S. 3 Ziff. 6). Auch in der Befreiungsverfügung der Ausgleichskasse Schwyz vom 23. April 2012 (Urk. 3/4) wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Befreiung bis zum 18. Altersjahr gelte , und er anschliessend für sich selber das Gesuch um Abklärung von der KVG-Versicherungspflicht einreichen müsse.

Sodann erweist sich die Befreiungsverfügung vom 27. November 2017 der Ausgleichskasse Schwyz (Urk. 8/4), worin eine Befreiung von der Versicherungspflicht des Beschwerdeführers und seiner Mutter gestützt auf Art. 2 Abs. 2 KVV ausgesprochen wurde, auch als fehlerhaft, wie dies die Beschwerdegegnerin zu Recht bemängelte (Urk. 2 S. 2 f. Rz . 1.9, Urk. 7 S. 5 Rz . 18). So bestand zu diesem Zeitpunkt bereits eine klare Regelung über die Abgrenzung der Versicherungspflicht zwischen den Staaten, weshalb eine Befreiung der Mutter des Beschwerdeführers nach Art. 2 Abs. 2 KVV gar nicht in Betracht zu ziehen gewesen wäre. Weiter hätte eine Befreiung nach Art. 2 Abs. 2 KVV das Bestehen einer ausländischen obligatorischen Krankenversicherung vorausgesetzt. Bei der Debekahandelt es sich jedoch um eine Privatversicherung. 4 . 4 . 1

Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer die nach Art. 2 Abs. 8 KVV erforderlichen Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht erfüllt. Gemäss

Art. 2 Abs. 8 KVV müsste demnach eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge haben ,

und der Beschwerdeführer müsste sich auf Grund seines Alters und/oder seines Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern lassen können (vorstehend E. 1.3).

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