

Krankenversicherung Assurance maladie

KGVS S2 07 92

KVG (Sozialversicherungsrechtliche Abteilung) vom 27. Oktober 2008

Taggeldanspruch - Anzeigepflicht

- Das KVG und dessen Verordnung enthalten keine Bestimmungen über die Pflicht zur Meldung eines Krankheitsfalles oder der eingetretenen Arbeitsunfähigkeit. Entsprechend haben sie auch keine Sanktionen bei Verletzung der Anzeigepflicht vorgesehen.
- Nach der zum KUVG ergangenen Rechtsprechung ist es bei fehlender gesetzlicher Bestimmung Sache der Krankenkassen, in ihren Statuten oder Reglementen zum Zwecke rechtzeitiger Wahrnehmung ihrer Kontrollfunktionen die Anzeigepflicht vorzuschreiben und die Folgen von deren Verletzung festzulegen.

Droit à l'indemnité journalière; obligation d'annoncer

- La LAMal et ses ordonnances d'application ne comportent aucune disposition relative au devoir d'annoncer un cas de maladie ou d'incapacité de travail. Elles ne prévoient, par conséquent, aucune sanction pour violation de l'obligation d'annoncer.
- Selon la jurisprudence fondée sur l'ancienne LAMA, il incombe, en cas de lacune législative, aux caisses maladie de prévoir l'obligation d'annoncer dans leurs statuts ou règlements, en vue d'en assurer le contrôle, et de déterminer les conséquences d'une violation d'une pareille obligation.

Sachverhalt

A. X. (geboren am 27. August 1985) war aufgrund ihrer Tätigkeit als Serviertochter im Restaurant A. ab dem 1. Januar 2004 bei der Krankenkasse Goms gegen Verdienstauffälle infolge Krankheit und Mutter-

schaft versichert (Vertrag vom 16./26. Januar 2004). Am 24. Januar 2004 stellte ihr Hausarzt Dr. B. eine Schwangerschaft fest. Am 9. Februar 2004 bescheinigte der Stationsarzt des Kreisspitals C. eine bis zum 14. Februar 2004 dauernde Arbeitsunfähigkeit. Am 23. Februar 2004 meldete sich die Versicherte beim Arbeitgeber wegen Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Kopfschmerzen erneut krank. Mit Schreiben vom 27. Februar 2004 teilte Letzterer der Versicherten mit, die vereinbarten Arbeitszeiten seien im Januar und Februar nicht eingehalten worden. Zudem habe es an Freundlichkeit und Einsatzbereitschaft gemangelt. Der Arbeitgeber verwarnte sie deshalb und forderte sie auf, trotz ihres telefonisch geäusserten Wunsches nach einer sofortigen Arbeitsbeendigung, unverzüglich die Arbeit wieder aufzunehmen. Die Versicherte trat in der Folge die Arbeitsstelle nicht mehr an. Am 26. Mai 2004 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis fristlos und bestritt das Vorliegen einer Mobbing-Situation.

B. Am 3. März 2004 stellte Dr. B. ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis für den Zeitraum vom 23. Februar 2004 bis auf weiteres aus. Am 25. März 2004 liess die Krankenkasse Goms bei Dr. D. eine vertrauensärztliche Untersuchung durchführen. Der Bericht von Dr. D. vom 8. April 2004 stützte sich lediglich auf die Angaben der Patientin. Danach litt die Versicherte unter Mobbing, weshalb der Hausarzt sie krank geschrieben hatte. Schwangerschaftskomplikationen, abgesehen von passager Nausea, hätten nicht vorgelegen. Gemäss dem Gutachter erfolgte die Arbeitsunfähigkeit nicht wegen körperlichen Leidens, sondern aus psychischen Gründen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft (Mobbing). Er teilte die Ansicht des Hausarztes hinsichtlich einer Krankschreibung.

C. Am 24. Mai 2004 erhob Dr. B. folgenden Befund: «Mobbing am Arbeitsplatz gemäss Angaben der Patientin» und legte dar, der Patientin könne unter Berücksichtigung der Schwangerschaft und der Durchführung eines Gespräches mit dem Arbeitgeber ihr bisheriger Arbeitsplatz zugemutet werden. Eine zur Krankheit führende Arbeitsunfähigkeit verneinte er. Dr. E. schlussfolgerte daher mit Bericht vom 3. Juni 2004, die Patientin sei aufgrund einer Mobbing-Situation arbeitsunfähig. Eine Krankheit liege aber nicht vor.

D. Mit Einschreiben vom 7. Juni 2004 verweigerte die Krankenkasse Goms die Ausrichtung von Taggeldern. Am 30. Juli 2004 teilte die Unia der Krankenkasse Goms mit, gemäss den Dres. F. und B. sei das Leben des ungeborenen Kindes bei einer Weiterbeschäftigung gefährdet. Dr. E. legte demgegenüber am 24. August 2004 dar, es gebe keinen

wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass ein angespanntes Arbeitsklima eine Gefährdung für ein ungeborenes Kind darstelle. Es seien detailliertere Angaben der behandelnden Ärzte notwendig. Am 30. August 2004 forderte die Krankenkasse Goms diese Belege von der Versicherten. Mit Schreiben vom 14. Januar 2005 hinterlegte die Unia das Arzzeugnis von Dr. B. vom 17. Dezember 2004. Darin wird eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. Februar bis zum 21. Dezember 2004 bestätigt. Hinsichtlich Ursache schloss sich Dr. B. dem Bericht von Dr. E. vom 30. (recte 3.) Juni 2004 an. Am 5. Februar 2005 legte Dr. E. dar, die Arbeitsniederlegung sei nicht krankheitsbedingt erfolgt und die Schwangerschaft sei weder pathologisch noch krankhaft verlaufen.

E. Am 9. September 2006 ergänzte Dr. B., am 23. Februar 2004 sei die Patientin zur Sprechstunde erschienen und habe über dauerhafte Bauchkrämpfe, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Kopfschmerzen geklagt. Aufgrund dieser Beschwerden und der Schwangerschaft sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 23. Februar bis zum 1. März 2004 und dann nach Rücksprache mit Dr. F. eine solche von 50% ab dem 2. März 2004 attestiert worden. Anscheinend sei es am Arbeitsort zu einer stark belastenden Mobbing-Situation gekommen, welche einen Teil der Beschwerden erklären würden, so dass zum Schutze der Schwangerschaft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Schwangerschaft entstanden sei. Die Versicherte sei am 3. März 2004 letztmals wegen der psychosozialen Belastung und am 26. Oktober 2004 wegen Rückenschmerzen bei ihm in Behandlung gewesen. Am 26. Oktober 2004 sei sie in die Sprechstunde gekommen, da sie seit der Geburt am 27. September 2004 unter thoracocervicalen Rückenschmerzen litt. Dies habe eine weiter dauernde Arbeitsunfähigkeit bis am 21. Dezember 2004 erfordert (Bericht vom 9. September 2006). Er diagnostizierte eine psychosoziale Belastungssituation mit funktionellen Beschwerden während der Schwangerschaft. Mit Berichten vom 3. und 16. November 2006 verneinte Dr. E. erneut den Krankheitsfall.

F. Mit Schreiben vom 23. Januar 2007 lehnte die Krankenkasse die Leistungspflicht ab und teilte der Versicherten mit, es seien nicht regelmässig Arbeitsunfähigkeitszeugnisse eingereicht worden. Hiergegen reichte die Versicherte am 31. Januar 2007 Beschwerde beim Kantonalen Versicherungsgericht ein, die mit Urteil des Versicherungsgerichtes vom 27. März 2007 in dem Sinne gutgeheissen wurde, als die Krankenkasse Goms zum Erlass einer begründeten, mit Rechtsmittel versehenen Verfügung über den Taggeldanspruch aufgefordert wurde. Gestützt

auf diesen Entscheid erliess die Krankenkasse Goms am 12. April 2007 eine ablehnende Taggeldverfügung mit der Begründung, es liege keine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vor. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 13. Juni 2007 ab. Mit Beschwerde vom 13. Juli 2007 beantragt die Versicherte die Auszahlung des Taggeldes für den Zeitraum vom 23. Februar 2004 bis zum 21. Dezember 2004. Das Gericht zog die Akten des ersten Verfahrens bei.

Erwägungen

(...)

2. Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 23. Februar bis zum 21. Dezember 2004 krankheitsbedingt arbeitsunfähig war und ihr damit auch für diese Zeit ein Anspruch auf Taggelder zusteht (Art. 72 Abs. 2 KVG). Unbestritten ist, dass die Versicherte keinerlei Ansprüche auf Taggelder für Mutterschaft geltend machen kann, da die gesetzlich vorgeschriebene Karenzfrist nicht erfüllt ist. Insofern die Leiden in Zusammenhang mit der Schwangerschaft stehen, entfällt daher ein Taggeldanspruch aus diesem Grund, was auf die geklagte Übelkeit und die Rückenbeschwerden zutrifft.

3. a) Nach Art. 3 Abs. 1 ATSG ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Daraus wird deutlich, dass das schweizerische Sozialversicherungsrecht von einem ausschliesslich leistungsbezogenen Begriff der Krankheit ausgeht. Im Rechtsbegriff der Krankheit ist der medizinische Krankheitsbegriff mitenthalten; die beiden Begriffe sind aber nicht deckungsgleich (BGE 124 V 121 Erw. 3b), das heisst der Rechtsbegriff ist enger. Das subjektive «Sichkrankfühlen» erfüllt für sich allein den Krankheitsbegriff im Rechtssinne noch nicht. Die Beeinträchtigung allein reicht nicht aus, um eine Krankheit im juristischen Sinne anzunehmen; erst wenn durch den Hinzutritt der in Art. 3 Abs. 1 ATSG genannten Kriterien der Krankheitswert erreicht ist, liegt eine Krankheit im Rechtssinne vor (Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 3, Rz. 7; Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, S. 41, Rz. 80 ff. [fortan Krankenversicherung]). In der Literatur ist man sich daher einig, dass die seelischen Belastungen infolge ehelicher, familiärer, schulischer oder beruflicher Probleme keine Krankheiten sind (Eugster, Krankenversicherung, S. 41, Rz. 84; Wagner, Définitions, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse

de droit des assurances, S. 112 Fn. 44). Die blossе Beeinträchtigung des sozialen Wohlbefindens ist daher keine Krankheit.

b) Für den Fall einer Krankheit kann eine Taggeldversicherung abgeschlossen werden. Das versicherte Taggeld wird vom Versicherer mit dem Versicherungsnehmer vereinbart (Art. 72 Abs. 1 KVG). Der Gesetzgeber hat in Art. 72 KVG einige zwingende Bestimmungen namentlich zum Anspruchsbeginn (Abs. 2), zur Dauer des Anspruchs (Abs. 3), zur Kürzung der Leistung bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit (Abs. 4) und bei Überentschädigung (Abs. 5) erlassen. Die Detailgestaltung hat er dagegen weit gehend der Vertragsautonomie der Beteiligten überlassen (BGE 125 V 116 Erw. 2e, 124 V 205 Erw. 3d). Diese (Vertrags-) Autonomie muss sich an den allgemeinen Rechtsgrundsätzen orientieren (Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, S. 551). Die freiwillige Taggeldversicherung nach Art. 67 ff. KVG bezweckt die Deckung des Erwerbsausfalls infolge von Krankheit, Unfall oder Mutterschaft; sie ist also eine reine Erwerbsausfallversicherung (BBl 1992 I S. 138).

Der Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist (Art. 72 Abs. 2 Satz 1 KVG und Art. 6 ATSG). Die Arbeitsunfähigkeit ist in der Regel gegeben, wenn eine Person ihre bisherige Tätigkeit infolge des Gesundheitszustandes nicht mehr oder nur noch beschränkt oder nur unter der Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, auszuüben vermag (BGE 114 V 283 Erw. 1c, 111 V 239 Erw. 1b; RKUV 1998 Nr. KV 45 S. 430). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

c) Das KVG und dessen Verordnung enthalten keine Bestimmungen über die Pflicht zur Meldung eines Krankheitsfalles oder der eingetretenen Arbeitsunfähigkeit. Entsprechend haben sie auch keine Sanktionen bei Verletzung der Anzeigepflicht vorgesehen. Nach der zum KUVG ergangenen Rechtsprechung ist es bei fehlender gesetzlicher Bestimmung Sache der Krankenkassen, in ihren Statuten oder Reglementen zum Zwecke rechtzeitiger Wahrnehmung ihrer Kontrollfunktionen die Anzeigepflicht vorzuschreiben und die Folgen von deren Verletzung festzulegen. Ordnungsvorschriften, wonach Leistungen bis zum Zeitpunkt der ordnungsgemässen Meldung verweigert werden, wenn vom Versicherten die rechtzeitige Meldung vernünftigerweise verlangt werden kann, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht als grundsätz-

lich nicht bundesrechtswidrig betrachtet. Erscheint dagegen eine Pflichtverletzung nach den Umständen als entschuldbar, so darf damit in der Regel keine Sanktion verbunden werden; zudem darf die Sanktion nicht gegen den Grundsatz der Verhältnismässigkeit verstossen (BGE 104 V 10 Erw. 2 und RKUV 1990 Nr. K 829 S. 4 Erw. 2a, je mit Hinweisen). Diese Rechtsprechung ist auch unter der Herrschaft des auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretenen KVG anwendbar (BGE 127 V 154).

d) Die Beweiskraft eines medizinischen Gutachtens hängt nach der Rechtsprechung (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c mit Hinweisen) unter anderem davon ab, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände, Entwicklungen und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten so begründet sind, dass der Rechtsanwender sie kritisch prüfend nachvollziehen kann (Meyer-Blaser, Das medizinische Gutachten aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht, in: A.M. Siegel/D. Fischer (Hrsg.), Die neurologische Begutachtung, S. 97; ders., Sozialversicherungsrecht und Medizin, in: Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, S. 25). Die Begründung der von einem Gutachter aus den verwerteten Vorakten und den von ihm selbst erhobenen Befunden gezogenen Schlussfolgerungen ist der essentielle Teil jedes Gutachtens. Hier hat der Gutachter die Gedankengänge im Einzelnen darzulegen, aufgrund derer er zu seinen Schlussfolgerungen gelangt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a, 122 V 160 f. Erw. 1c mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt schliesslich Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit

bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 Erw. 3ee mit weiteren Hinweisen).

4. a) Die Krankenkasse Goms stützte sich in ihrem ablehnenden Einspracheentscheid bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Ausführungen des Vertrauensarztes Dr. E., würdigte diese als glaubhaft und tat die Angaben des Hausarztes Dr. B. als nicht begründet ab. Demgegenüber vertritt die Beschwerdeführerin die Auffassung, die Arbeitsunfähigkeit sei medizinisch ausgewiesen.

b) Aufgrund der Akten steht fest, dass die Krankschreibung aufgrund einer schwierigen Arbeitssituation erfolgte. Die Vertrauensärzte der Krankenkasse Dres. D. und E. kamen unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Unterlagen zum Schluss, dass die Versicherte nicht unter einem körperlichen oder psychischen Gebrechen litt. Vielmehr lag gemäss subjektiven Angaben der Versicherten eine belastende Arbeitssituation vor. Diese vermag jedoch wie unter Erw. 3a dargelegt, den Begriff der Krankheit im Rechtssinne nicht zu erfüllen. Seelische Belastungen infolge beruflicher Probleme sind keine Krankheiten. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin, ihr Hausarzt Dr. B. habe sie krank geschrieben, vermögen daran nichts zu ändern. Dieser verneinte nämlich in seinem ersten begründeten Zeugnis vom 24. Mai 2004 ebenfalls das Vorliegen einer Krankheit im engeren Sinne und hielt als Befund eine Mobbing-situation fest, wobei er der Versicherten die Ausübung der bisherigen Tätigkeit weiterhin zumutete. Dass er in einem späteren Zeugnis diese Aussagen zum Teil widerrief, ist unbehelflich. Bei sich widersprechenden Angaben kommt nämlich der Erstaussage erhöhtes Gewicht zu, da sie in der Regel unbefangener und zuverlässiger ist als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 2a; SVR 1996 UV Nr. 47 145f. Erw. 2). Im Übrigen erinnert das Gericht an die Tatsache, dass Hausärzten aufgrund ihrer besonderen Stellung zum Patienten mitunter in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Erw. 3d). Demgegenüber steht ein unbeteiligter Experte in einer anderen Position gegenüber dem Versicherten, was eine neutrale und objektive Schlussfolgerung ermöglicht. In Anbetracht der ärztlichen Angaben bestand keine Krankheit im Rechtssinne, weshalb die Verweigerung der Ausrichtung der Taggelder schon aus diesem Grund zu Recht erfolgt ist. Überdies ist auch keine

ärztliche Behandlung dokumentiert. Weitere Akten, die einen anderen Schluss zulassen würden, wurden, trotz Aufforderung seitens der Krankenkasse, solche einzureichen (Schreiben vom 30. August 2004 und vom 5. Mai 2006), nicht hinterlegt. Insbesondere konnte die von der Beschwerdeführerin behauptete Gefährdung hinsichtlich des ungeborenen Kindes nicht belegt werden. Mithin ist auch nicht ausgewiesen, dass die Belastung beruflicher Art eine Erkrankung zur Folge hatte.

c) Im Weiteren datiert die ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 23. Februar 2004 bis zum 21. Dezember 2004 vom 17. Dezember 2004 und ging am 19. Januar 2005 bei der Krankenkasse ein. Dieses rückwirkend ausgestellte Zeugnis beruht auf zwei Konsultationen (im März und im Oktober) bei Dr. B.. Der behandelnde Gynäkologe Dr. F. hat demgegenüber für die entsprechende Periode nie ausdrücklich eine Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Die ihnen obliegenden Kontrollaufgaben können die Krankenversicherer aber nur wahrnehmen, wenn sie rechtzeitig vom anspruchsbegründenden Sachverhalt Kenntnis erhalten (Urteil K 70/01 vom 09. Oktober 2001). Die in Reglementen oder Statuten vorgesehene Meldepflicht soll diese Kontrolle erleichtern (Urteil K 129/00 vom 20. Juni 2001 Erw. 4b; ZESO 2001 Seite 140). Nach Art. 12 lit. c der Bestimmungen über die Einzeltaggeldversicherung Moneta VVG sind Taggeldansprüche mindestens einmal pro Monat der Kasse zu melden. Bei verspäteter Einreichung besteht frühestens ab Eingang des ärztlichen Zeugnisses Anspruch auf das Taggeld. Rückdatierungen sind unzulässig. Mithin hat die Krankenkasse für den Fall der Einreichung verspäteter Arztzeugnisse die Sanktion der Leistungseinstellung bis zur Einreichung der Bestätigung ausdrücklich kodifiziert. In tatsächlicher Hinsicht steht in casu fest, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht im Sinne des Reglements der Krankentaggeldversicherung (Erneuerung mindestens alle 30 Tage) mit ärztlichem Attest gemeldet und belegt wurde. Bei dieser Ausgangslage ist es nicht zu beanstanden, wenn die Kasse das Fehlverhalten der Versicherten zum Anlass nahm, von der reglementarisch vorgesehenen Rechtsfolge, der Leistungsverweigerung für den nicht von einer rechtzeitig erneuerten Meldung erfassten Zeitraum, Gebrauch zu machen, weshalb auch unter diesem Gesichtswinkel die Beschwerde abzuweisen ist.

d) Der Vollständigkeit halber bleibt darauf hinzuweisen, dass die freiwillige Taggeldversicherung nach Art. 6 der Bestimmungen über die Einzeltaggeldversicherung Moneta VVG die Deckung des Erwerbsausfalls infolge von Krankheit bezweckt. Da die Beschwerdeführerin ab dem 26. Mai 2004 in gekündigter Stellung war, wäre der Taggeldanspruch ab diesem Zeitpunkt in jedem Fall erloschen.