

200 17 1105 KV
FUE/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Oktober 2018

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Moove Sympany AG
c/o Stiftung Sympany, Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 17. November 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bis Ende 2017 bei der Moove Sympany AG (Sympany bzw. Beschwerdegegnerin) nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) freiwillig taggeldversichert (Akten der Sympany [act. II] 6, 9; Akten der Sympany [act. IIA] 140/1). Diese leistete unter anderem vom 28. Oktober bis 6. Dezember 2008 40 Taggelder, abzüglich 21 Tage Wartefrist (Leistungsfall Nr. ...), sowie vom 24. Februar 2009 bis 4. Januar 2011 680 Taggelder, abzüglich 14 Tage Wartefrist (Leistungsfall Nr. ...). Ferner vergütete sie für die Zeit vom 3. Dezember 2012 bis 21. Oktober 2014 687 Taggelder, abzüglich 14 Tage Wartefrist (Leistungsfall Nr. ...; act. IIA 139/5 f.; 153/2 Ziff. 1). Mit Verfügung vom 7. Dezember 2016 (act. IIA 140) ordnete sie die Rückerstattung von zu viel bezahlten Taggeldleistungen im Betrag von Fr. 52'607.20 (betreffend den Leistungsfall Nr. ...) an. Auf Einsprache hin (act. IIA 142, 148) reduzierte die Sympany mit Entscheid vom 17. November 2017 (act. IIA 153) die Rückforderung unter Verrechnung zu viel geleisteter Versicherungsprämien auf Fr. 52'517.20.

B.

Mit Eingabe vom 21. Dezember 2017 hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde erhoben und beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben.

In der Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2018 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

Mit Replik vom 17. Mai 2018 bzw. Duplik vom 17. September 2018 haben die Parteien an ihren Anträgen festgehalten, wobei die Beschwerdegegnerin zusätzlich einen Bildschirmausdruck aus ihrer Geschäftskontrolle ins Recht gelegt hat (in den Gerichtsakten).

Der Beschwerdeführer ist mit prozessleitender Verfügung vom 28. September 2018 mit den seitens der Beschwerdegegnerin aufforderungsgemäss nachgereichten Akten (act. IIA 139/6, 140) bedient worden.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht (vollständig) durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 17. November 2017 (act. IIA 153). Streitig und zu prüfen ist der Rückerstattungsanspruch der Beschwerdegegnerin gegenüber dem Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 52'517.20, betreffend in der Zeit vom 3. Dezember 2012 bis 21. Oktober 2014 allenfalls zu viel ausgerichtetem Taggeld.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann bei einem Versicherer nach Art. 68 eine Taggeldversicherung abschliessen (Art. 67 aAbs. 1 KVG in der bis 31. Dezember 2015 gültigen Fassung). Das Rechtsverhältnis zwischen den Krankenversicherern und den Versicherten beruht auf einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsvertrag. Das KVG normiert lediglich die zentralen Eckpunkte der freiwilligen Taggeldversicherung und überlässt die weitere Ausgestaltung den Krankenversicherern. Die Vertragsautonomie wird durch das auch für die Taggeldversicherung geltende ATSG, die zwingenden Normen des KVG, das Verfassungsrecht sowie allgemeine verwaltungs- oder sozialversicherungsrechtliche Prinzipien eingeschränkt (vgl. GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2. Aufl. 2018, Art. 67 N. 3; DERS., Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 831 N. 1429 und N. 1431; vgl. auch PÄRLI/HUG, Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG und VVG, in: SACKMANN/MOSIMANN [Hrsg.], Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 531 ff.).

2.2 Das versicherte Taggeld wird vom Versicherer mit dem Versicherungsnehmer vereinbart (Art. 72 Abs. 1 Satz 1 KVG). Das Gesetz enthält in Art. 72 KVG zwingende Bestimmungen insbesondere zum Anspruchsbeginn (Abs. 2), zur Dauer des Anspruchs (Abs. 3) sowie zur Kürzung der Leistung bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit (Abs. 4) und bei Überentschädigung (Abs. 5). Nach Abs. 2 Satz 1 dieser Bestimmung entsteht der Taggeldanspruch, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Vertraglich kann jedoch schon bei einer Arbeitsunfähigkeit von unter 50 % ein Taggeldanspruch statuiert werden

(vgl. Art. 73 Abs. 1 KVG; EUGSTER, SBVR, a.a.O., S. 840 N. 1457). Nach Abs. 2 Satz 2 von Art. 72 KVG entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung, sofern nichts anderes vereinbart ist; der Leistungsbeginn kann jedoch gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie aufgeschoben werden. Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten (Art. 72 Abs. 3 KVG). Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Abs. 3 vorgesehenen Dauer geleistet; mithin zählen Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit bei der Berechnung der Leistungsdauer als ganze Tage und es findet keine proportionale Verlängerung der Bezugs- und Berechnungsperiode statt (vgl. EUGSTER, KVG, a.a.O., Art. 72 N. 28). Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

2.3 Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt (Art. 25 Abs. 1 ATSG). Zu Unrecht bezogene Geldleistungen, die auf einer formell rechtskräftigen Verfügung beruhen, können, unabhängig davon, ob die zur Rückforderung Anlass gebenden Leistungen förmlich oder formlos verfügt worden sind, nur zurückgefordert werden, wenn entweder die für die Wiedererwägung (wegen zweifelloser Unrichtigkeit und erheblicher Bedeutung der Berichtigung) oder die für die prozessuale Revision (wegen vorbestandener neuer Tatsachen oder Beweismittel) bestehenden Voraussetzungen erfüllt sind (BGE 142 V 259 E. 3.2 S. 260, 130 V 318 E. 5.2 S. 320; SVR 2016 ALV Nr. 11 S. 29 E. 3).

2.4 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Wiedererwägung dient der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, SVR 2014 IV Nr. 10 S. 40 E. 4.1). Nach der Rechtsprechung kann die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen bzw. Einspracheentscheide nur in Betracht kommen, wenn es sich um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung

handelt (ZAK 1988 S. 555 E. 2b). Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn die notwendigen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden, oder wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln bzw. ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde. Zurückhaltung bei der Annahme zweifelloser Unrichtigkeit ist stets dann geboten, wenn der Wiedererwägungsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung betrifft, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzungen oder Beweiswürdigungen und damit auf Elementen beruht, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen. Eine vor dem Hintergrund der seinerzeitigen Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis vertretbare Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen kann nicht zweifellos unrichtig sein (BGE 141 V 405 E. 5.2 S. 414; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.2).

Die Verwaltung kann ohne Bindung an die Voraussetzungen der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision auf eine formlos zugesprochene Versicherungsleistung nur während eines Zeitraums zurückkommen, welcher der Rechtsmittelfrist bei formellen Verfügungen entspricht. Zu einem späteren Zeitpunkt bedarf es hierfür eines Rückkommenstitels in Form einer Wiedererwägung oder einer prozessualen Revision. Dies gilt auch, wenn die faktische Verfügung von der versicherten Person noch beanstandet werden kann, mithin noch keine Rechtsbeständigkeit erreicht hat, die mit der bei formellen Verfügungen mit dem Ablauf der Beschwerdefrist eintretenden Rechtskraft vergleichbar wäre (BGE 129 V 110 E. 1.2.3 S. 112; SVR 2015 ALV Nr. 15 S. 45 E. 2.2).

2.5 Die rückwirkende Änderung einer Leistungsausrichtung setzt nicht voraus, dass die versicherte Person die fehlerhafte Leistungsausrichtung kausal zu verantworten hat. Auch wenn der unrechtmässige Bezug auf das Verhalten des Versicherungsträgers zurückzuführen ist, kann sich eine Rückerstattungspflicht ergeben (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 25 N. 16).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer war als selbständig Erwerbender (vgl. <www.uid.admin.ch>) bei der Beschwerdegegnerin in einer Einzelversicherung mit einer festen Lohnsumme von Fr. 60'000.--, einer Versicherungshöhe von 100 % sowie einer Wartefrist von 14 Tagen versichert (AB 140/1). Nachdem die Beschwerdegegnerin in einem früheren Leistungsfall (Nr. ...) bis am 19. April 2008 ein Taggeld ausgerichtet hatte (act. IIA 139/6) war der Beschwerdeführer während mehr als 180 Tagen wieder arbeitsfähig, womit für die ab 28. Oktober 2008 erneut aufgetretene Arbeitsunfähigkeit eine neue Berechnungsperiode («Rahmenfrist») von 900 Tagen zum Tragen kam (vgl. PÄRLI/HUG/PETRIK, Arbeit, Krankheit, Invalidität. Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte, 2015, N. 331).

Die Beschwerdegegnerin leistete vom 28. Oktober bis 28. November 2008 für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bzw. vom 29. November bis 6. Dezember 2008 für eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit 40 Taggelder, abzüglich einer Wartezeit von 21 Tagen (Leistungsfall Nr. ...; act. II 10, 15; act. IIA 139/5 f., 140/1). Weitere 600 Taggelder, abzüglich 14 Tage Wartefrist, vergütete die Beschwerdegegnerin vom 24. Februar bis 30. September 2009 für eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 1. Oktober bis 14. Dezember 2009 für eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 15. Dezember 2009 bis 31. Mai 2010 für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie vom 1. Juni 2010 bis 4. Januar 2011 für eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Leistungsfall Nr. ...; act. II 11; act. IIA 139/5, 140/1).

Am 4. Januar 2011 (letzter Tag des Leistungsfalls Nr. ...) waren während des vorangegangenen Zeitraums von 900 Tagen insgesamt 720 Taggelder (40 Taggelder + 680 Taggelder; abzüglich Wartefrist) ausgerichtet worden. Mithin war damit innerhalb der Berechnungsperiode die maximale Bezugsperiode (vgl. Art. 72 Abs. 3 KVG; Allgemeine Versicherungsbedingungen [AVB] der Beschwerdegegnerin zur Lohnausfallversicherung [KVG], Ausgabe 2011 [act. II 8], Ziff. 8.3.1) ausgeschöpft, zählen doch auch die Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage (vgl. E. 2.2 hiavor; AVB [act. II 8] Ziff. 8.2.2 sowie Ziff. 8.3.1; MARKUS RÜEGG, Praxisleitfaden zur Koordination von Erwerbsaufall-Leistungen, in: AJP 2009, S. 27). Die Beschwerdegegnerin orientierte den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 9. De-

zember 2010 (act. II 60) über das Erreichen der maximalen Leistungsdauer per 4. Januar 2011.

3.2 Die Leistungsausschöpfung führt grundsätzlich zum automatischen Erlöschen des Versicherungsverhältnisses (vgl. BGE 125 V 106; EUGSTER, SBVR, a.a.O., S. 834 N. 1439). Indes wurde für die teilweise Arbeitsunfähigkeit ein entsprechend gekürztes Taggeld ausgerichtet (act. II 15 f.; act. IIA 139/5 f.), so dass der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit gemäss Art. 72 Abs. 4 KVG erhalten blieb (vgl. EUGSTER, SBVR, a.a.O., S. 845 N. 1472; DERS., KVG, a.a.O., Art. 72 N. 28). Die «restliche Arbeitsfähigkeit» gemäss dieser Bestimmung kann dabei nur das trotz Krankheit noch erzielbare Erwerbseinkommen im Zeitpunkt der Erschöpfung der maximalen Bezugsdauer von 720 Tagen meinen (vgl. GEBHARD EUGSTER, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal – KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, 1997, S. 528 f., insb. Fn. 49; DERS., SBVR, a.a.O., S. 845 N. 1472). Mit anderen Worten erfolgt nicht etwa eine Aussteuerung im Umfang der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit (hier rund 62 %) während der gesamten Bezugsdauer (so aber RÜEGG, a.a.O.). Im vorliegenden Fall geht die Beschwerdegegnerin nunmehr von einer am 4. Januar 2011 im angestammten Beruf verbliebenen Restarbeitsfähigkeit von 50 % aus (act. IIA 153/4 E. 14; vgl. dazu E. 3.3 hiernach), womit der Beschwerdeführer in diesem Umfang weiter versichert geblieben wäre, ohne dass die Beschwerdegegnerin dies förmlich so festgehalten hatte (act. II 60; act. IIA 140/2). In solchen Konstellationen ergibt sich eine Leistungspflicht erst dann wieder, wenn die versicherte Person wieder im erforderlichen Prozentsatz arbeitsunfähig wird, gemäss Ziff. 8.1.4 AVB (act. II 8) mindestens ab 25 % des verbleibenden 50%igen Pensums, folglich ab einer Gesamtarbeitsunfähigkeit von 62.5 % (50 % vorbestehende Arbeitsunfähigkeit + 12.5 % zusätzliche Arbeitsunfähigkeit [25 % des Restpensums von 50 %]; vgl. EUGSTER, KVG, a.a.O., Art. 72 N. 28; RÜEGG, a.a.O.).

3.3 Nach dem Dafürhalten des Beschwerdeführers war er am 4. Januar 2011 nicht zu 50 % arbeitsunfähig sondern vollständig arbeitsfähig, da ihm lediglich bis 31. Dezember 2010 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (Beschwerde S. 11 Ziff. III Art. 10). Mit dieser Argumentation dringt er

nicht durch: Es ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass er – nach einer halbjährigen Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. II 57/2 Ziff. 7; vgl. auch act. II 58 Ziff. 2.3) – am 4. Januar 2011 und nota bene just am letzten Tag der Bezugsperiode wieder uneingeschränkt arbeitsfähig bzw. weniger als 25 % arbeitsunfähig (welche Schwelle gemäss Ziff. 8.1.4 AVB [act. II 8] eine Leistungspflicht auslöst) war. Der behandelnde Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erklärte im echtzeitlichen Bericht vom 5. November 2010 (act. II 57/1 Ziff. 5) denn auch, eine längerfristige 100%ige Arbeitsfähigkeit im aktuellen Beruf sei «unrealistisch». Für die am Ende der Bezugsperiode bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf spricht auch das Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. September 2011, IV/2011/348 (act. IIA 118/207-226 [IV-act. 38]), welchem der Sachverhalt zu Grunde lag, wie er sich bis zur Verfügung der IV-Stelle Bern vom 10. März 2011 (act. IIA 118/175-177 [IV-act. 26]) entwickelt hatte (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Das Gericht erkannte im besagten Urteil, es sei gestützt auf die Aktenlage erstellt, dass der Beschwerdeführer in der zurzeit ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % aufweise (VGE IV/2011/348, E. 3.3). Es besteht kein Anlass von dieser gerichtlichen Beurteilung abzuweichen. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren davon ausging, der Beschwerdeführer sei am 4. Januar 2011 50 % arbeitsunfähig gewesen. Hinzu kommt, dass der Einwand des Beschwerdeführers dem auch für Private geltenden Grundsatz von Treu und Glauben und dem Verbot des Rechtsmissbrauchs (Art. 5 Abs. 3 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; BGE 137 V 394 E. 7.1 S. 403 mit Hinweisen) zuwiderläuft. Wäre er im Januar 2011 tatsächlich wieder voll arbeitsfähig gewesen, hätte er gemäss Ziff. 9.1 lit. a AVB (act. II 8) diese Reduktion der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdegegnerin nämlich *unverzüglich* melden müssen, was er unbestrittermassen unterliess. Darüber hinaus wäre zu erwarten gewesen, dass er nachträglich gegen die ihm bereits mit Schreiben vom 9. Dezember 2010 (act. II 60) mitgeteilte Aussteuerung per 4. Januar 2011 opponiert hätte. Jedenfalls wäre er gehalten gewesen, die Beschwerdegegnerin darauf aufmerksam zu machen, dass die für den Zeitraum vom 1. bis 4. Januar 2011 vergüteten Taggelder (act. II 11; act. IIA 139/5) zu Unrecht erfolgt sind. Auch eine solche Meldung ist nicht aktenkundig. Unter diesen Umständen ist es als

rechtsmissbräuchlich zu qualifizieren, dass der Beschwerdeführer Taggeldleistungen widerspruchslos entgegennahm, um Jahre später – nach Rechtsbeständigkeit der formlosen Taggeldausrichtung – zwecks Verhinderung der Aussteuerung geltend zu machen, es habe im fraglichen Zeitpunkt gar keine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus diesen Gründen ist dem Einwand kein Erfolg beschieden und ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer am 4. November 2011 zu 50 % arbeitsunfähig war. Dies bewirkte ex lege eine Aussteuerung in diesem Umfang bzw. eine Weiterversicherung allein für die verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. E. 3.2 hiavor).

3.4 In der Folge eröffnete die Beschwerdegegnerin gestützt auf Atteste des Dr. med. C. _____ (act. II 69) erneut einen Leistungsfall (Nr. ...) und leistete vom 3. Dezember 2012 bis zum 6. Februar 2013 für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit 66 Taggelder, vom 7. Februar bis 30. Juni 2013 für eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % 144 Taggelder sowie vom 1. Juli 2013 bis 21. Oktober 2014 477 Taggelder. Dabei liess sie die per 4. Januar 2011 eingetretene Teil-Aussteuerung unbeachtet und vergütete fälschlicherweise den gesamten statt lediglich den 50 % übersteigenden Erwerbsausfall. Mithin hätte sie mit Blick auf die Weiterversicherung im Umfang von 50 % ab 3. Dezember 2012 für die nach Ablauf der Karenzfrist verbleibenden 52 Tage (66 Kalendertage ./ 14 Tage Wartefrist) nur den hälftigen Taggeldansatz (Fr. 82.20 [Fr. 60'000.-- versicherter Verdienst / 365 Kalendertage x 50 %]) bzw. ab 7. Februar 2013 während 144 Tagen nur einen Viertel des Ansatzes (Fr. 41.10 [Fr. 164.40 x 25 %]) heranziehen sowie ab 1. Juli 2013 gar kein Taggeld mehr ausrichten dürfen (Fr. 164.40 x 0 %). Dergestalt hätte sich im betreffenden Leistungsfall (Nr. ...) ein Gesamtanspruch von Fr. 10'192.80 ([52 Tage x Fr. 82.20] + [144 Tage x Fr. 41.10]) statt der effektiv erbrachten Leistung von Fr. 65'512.60 ergeben. Im Umfang der daraus resultierenden Differenz von Fr. 55'319.80 (Fr. 65'512.60 ./ Fr. 10'192.80) waren die ausgerichteten Leistungen gesetzwidrig. Eine gesetzwidrige Leistungszusprechung gilt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im wiederwägungsrechtlichen Sinn regelmässig als zweifellos unrichtig (vgl. BGE 126 V 399 E. 2b bb S. 401). Zudem war die Berichtigung der formlos zugesprochenen und rechtsbeständig gewordenen Taggeldleistungen hier offenkundig von erheblicher Bedeutung (vgl. KIESER,

a.a.O., Art. 53 N. 58), weshalb die Beschwerdegegnerin darauf zurückkommen durfte. Unter Berücksichtigung des aus dem ab 15. September 2015 eröffneten Leistungsfall (Nr. ...) bestehenden Restanspruchs des Beschwerdeführers von Fr. 2'712.60 (act. IIA 140/3) sowie der ab 20. September 2017 zu viel bezahlten Prämien von Fr. 90.-- (act. IIA 153/5 E. 15) reduzierte die Beschwerdegegnerin die Rückforderung auf Fr. 52'517.20 (Fr. 55'319.80 ./. Fr. 2'712.60 ./. 90.--). Dieser Rückerstattungsanspruch ist in masslicher Hinsicht weder bestritten, noch bestehen Anhaltspunkte dafür, dass er seitens der Verwaltung falsch berechnet worden wäre. Zu prüfen bleibt somit dessen Verwirkung.

4.

4.1 Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Wird der Rückerstattungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend (Art. 25 Abs. 2 ATSG). Für den Beginn der relativen einjährigen Verwirkungsfrist ist nicht das erstmalige unrichtige Handeln und die daran anknüpfende unrechtmässige Leistungsausrichtung massgebend. Unter der Wendung «nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat», ist der Zeitpunkt zu verstehen, in dem die Verwaltung bei Beachtung der ihr zumutbaren Aufmerksamkeit hätte erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückerstattung bestehen, oder mit andern Worten, in welchem sich der Versicherungsträger hätte Rechenschaft geben müssen über Grundsatz, Ausmass und Adressat des Rückforderungsanspruchs, was – unter anderem – voraussetzt, dass über die Unrechtmässigkeit des Leistungsbezugs rechtmässig verfügt (bzw. im Beschwerdefall gerichtlich befunden) wurde (BGE 140 V 521 E. 2.1 S. 525; SVR 2017 BVG Nr. 7 S. 29 E. 5.1, 2011 EL Nr. 7 S. 22 E. 3.2.1).

4.2 Der Beschwerdeführer argumentiert vorab, die Zahlungen im Leistungsfall Nr. ... seien angesichts der Vorgeschichte (namentlich des

Schreibens der Beschwerdegegnerin vom 9. Dezember 2010 [act. II 60], wonach die maximale Leistungsdauer am 4. Januar 2011 erreicht sei) in «voller Kenntnis der [...] angeblichen Fehlerhaftigkeit» erfolgt. In dieser Konstellation sei fraglich, ob es noch einen sog. «zweiten Anlass» im Sinne der Rechtsprechung benötige, um die angebliche Fehlerhaftigkeit zu erkennen (Beschwerde S. 8 Ziff. III Art. 8).

Dass die Beschwerdegegnerin im Dezember 2010 um die bevorstehende (Teil-)Aussteuerung per 4. Januar 2011 wusste, führt – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nicht dazu, dass die Taggelder im Leistungsfall Nr. ... ab 3. Dezember 2012 in Kenntnis der Unrichtigkeit ausgerichtet wurden. Gegenteil ist überwiegend wahrscheinlich, dass die Leistungen in Unkenntnis der eingetretenen Aussteuerung im Umfang von 50 % erfolgten. Es besteht daher kein Anlass, abweichend von der ständigen bundesgerichtlichen Praxis (vgl. E. 4.1 hiervor) anzunehmen, die einjährige Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG habe bereits mit der Leistungsausrichtung, also dem ursprünglichen Fehler, zu laufen begonnen.

4.3 Schliesslich ist der Beschwerdeführer der Ansicht, die Verwirkungsfrist habe spätestens am 3. November 2015 – mit der erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug (Leistungsfall Nr. ...; act. II 97) – zu laufen begonnen, gebe eine solche Anmeldung doch typischerweise Anlass, die Berechtigung zum Leistungsbezug zu prüfen (Beschwerde S. 9 Ziff. III Art. 8). Die Beschwerdegegnerin ist demgegenüber der Auffassung, die Anmeldung sei irrelevant, weil sie immer zuerst die medizinischen Unterlagen einhole und erst danach den Leistungsanspruch prüfe. Dies sei auch hier so geschehen, habe sie doch am 14. Dezember 2015 Dr. med. C. _____ geschrieben, sie benötige zur Prüfung des Leistungsfalls seinen ärztlichen Bericht. Die zumutbare Kenntnis über den ursprünglichen Irrtum habe demnach frühestens am 15. Dezember 2015 vorgelegen (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. III ad Art. 8).

Wie aus dem undatierten Bildschirmausdruck (in den Gerichtsakten) ersichtlich ist, gingen die von der Beschwerdegegnerin verlangten Arztberichte der Dres. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Angiologie, und C. _____ vom 1. bzw. 7. Dezember 2015 (act. II

102 f.) am 7. und 14. Dezember 2015 bei ihr ein (Duplik S. 1). Damit verfügte die Beschwerdegegnerin (erst) am 14. Dezember 2015 über diejenigen Unterlagen, welche sie zur Prüfung des Leistungsanspruchs benötigte. Zu diesem Zeitpunkt, in welchem sie den Leistungsanspruch denn auch effektiv prüfte (die Leistungsabrechnung [act. II 96] erfolgte am 16. Dezember 2015 [vgl. Spalte «Abr. Datum»]), hätte die Beschwerdegegnerin den Fehler bei der ihr gebotenen und zumutbaren Aufmerksamkeit erkennen können. Das von ihr beschriebene Vorgehen, wonach der Leistungsanspruch seitens der Sachbearbeitung nur einmal – dafür umfassend – bei Vorliegen sämtlicher notwendiger Unterlagen geprüft wird (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. III ad Art. 8), leuchtet zudem mit Blick auf eine möglichst effiziente Leistungsabwicklung ohne Weiteres ein. Unter diesen Umständen hätte die Beschwerdegegnerin nicht bereits vor dem 14. Dezember 2015 zumutbare Kenntnis des Fehlers haben müssen bzw. wäre sie nicht gehalten gewesen, den möglichen Leistungsanspruch bereits anlässlich der erneuten Anmeldung aus rein juristischer Sicht zu prüfen, ohne dass der medizinische Sachverhalt liquid abgeklärt war. Der Anspruch der Beschwerdegegnerin auf die mit Verfügung vom 7. Dezember 2016 (act. IIA 140) angeordnete und im angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. November 2017 (act. IIA 153) betragsmässig auf Fr. 52'517.20 reduzierte Rückerstattung ist somit nicht verwirkt; die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Moove Sympany AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.