

# **BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 781 vom 27. Februar 2026**

BE Verwaltungsgericht, 2026-02-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_verwaltungsgericht\\_200\\_2024\\_781](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2024_781)

FR: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 781 du 27 février 2026

IT: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 781 del 27 febbraio 2026

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

### **E. 1.2**

Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2024 (act. II 100-105). Streitig und zu prüfen ist vorliegend einzig, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer die Kosten für seine Behandlung bei der D.\_\_\_\_\_ in der Zeit vom 22. Dezember 2023 bis 11. Januar 2024 zu übernehmen hat. Soweit der Beschwerdeführer beantragt, es seien alle bereits bezogenen Leistungen bei der D.\_\_\_\_\_ sowie die aktuelle Behandlung bei der D.\_\_\_\_\_ inklusive Rezeptausstellung (Rechtsbegehren Ziff. 2) sowie

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Feb. 2026, KV 200 2024 781 - 6 - alle bereits bezogenen Leistungen aus dem Mietvertrag mit der E.\_\_\_\_\_ und die damit verbundenen Jahreskontrollen bei der E.\_\_\_\_\_ und dem Lungenarzt (Rechtsbegehren Ziff. 3) als legitime bezogene Leistungen anzuerkennen, es sei ihm ein Akteneinsichtsrecht zu gewähren (Rechtsbegehren Ziff. 5) und die Beschwerdegegnerin habe ihn aufzuklären sowie zu beraten und dies mit entsprechenden Reglementen und Statuten zu substantiieren (Rechtsbegehren Ziff. 6 und 7), ist darauf nicht einzutreten, da dies nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheides bildet (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

### **E. 1.3**

Der Streitwert liegt selbst bei einer Übernahme der Kosten im Umfang von 100 % (Fr. 474.75) unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

### **E. 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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG). 2. 2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG; sog. WZW-Kriterien) und werden periodisch dahingehend überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG;

BGE 151 V 158 E. 3.1 S. 160, 145 V 116 E. 3.2 S. 119). 2.2 Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt (Art. 41 Abs. 1 KVG). Nach Art. 41 Abs. 4 KVG können die Versicherten ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken,

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Feb. 2026, KV 200 2024 781 - 7 - die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung aus- wählt (Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG). Der Versicherer muss dann nur die Kos- ten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausge- führt oder veranlasst werden; Abs. 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Gemäss Art. 62 Abs. 1 KVG kann der Versicherer die Prämien für Versi- cherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Art. 41 Abs. 4 KVG vermindern. Der Bundesrat regelt die besonderen Versiche- rungsformen näher (Art. 62 Abs. 3 KVG). Gemäss Art. 99 Abs. 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Kran- kenversicherung (KVV; SR 832.102) können die Versicherer neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist. Nach Art. 101 Abs. 2 KVV sind Prämienermässigungen nur zulässig für Kostenunter- schiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. 3. 3.1 Aufgrund der Akten erstellt und zwischen den Parteien auch unbe- stritten ist, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2022 bis 2024 bei der Beschwerdegegnerin im Modell Combi Care obligatorisch krankpflege- versichert war (act. II 13-14, 28-29, 37-38). Die Beschwerdegegnerin macht geltend, der Beschwerdeführer habe zwei Überweisungen – die Behand- lungen bei Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 14. September 2024 und bei der D.\_\_\_\_\_ in der Zeit vom 22. Dezember 2023 bis zum 11. Januar 2024 nicht dem telemedizinischen Beratungszentrum gemeldet und damit gegen die Allgemeinen Vertragsbedingungen, Krankenpflegeversicherung, Combi Care (nachfolgend AVB), verstossen, was zu sanktionieren sei (Beschwer- deantwort S. 3 f. Ziff. III Rz. 9.1 ff.). Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber vor, es liege für jede Behand- lung eines anderen Leistungserbringers eine hausärztliche Überweisung

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Feb. 2026, KV 200 2024 781 - 8 - vor. Aufgrund der Überweisungen durch den von der Beschwerdegegnerin akzeptierten Hausarzt müsse die Beschwerdegegnerin die Kosten über- nehmen (Beschwerde S. 11 lit. B f.). 3.2 Gemäss Art. 5.1 AVB 2022 (act. II 96-99), 2023 (act. II 161-165) sowie 2024 (act. II 166-170) wird die ambulante Behandlung, Betreuung und Beratung in der Versicherung Combi Care grundsätzlich vom gewähl- ten Hausarzt oder vom telemedizinischen Beratungszentrum erbracht. Die Versicherung Combi Care übernimmt die Kosten der vom Hausarzt oder vom telemedizinischen Beratungszentrum erbrachten resp. verordneten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, Heilmittel und Analy- sen, sofern deren Übernahme ihm KVG vorgesehen sind. Nach Art. 5.2 AVB 2022 (act. II 96-99), 2023 (act. II 161-165) sowie 2024 (act. II 166-170) können auf Überweisung des Hausarztes oder des tele- medizinischen Beratungszentrums Spezialärzte oder andere Leistungser- bringer beigezogen werden. Überweisungen des Hausarztes an weitere Leistungserbringer sind in jedem Fall dem telemedizinischen Beratungs- zentrum zu melden. Leistungen durch andere

Leistungserbringer werden ohne Überweisung durch den Hausarzt oder durch das telemedizinische Beratungszentrum nur in Notfallsituationen und den gemäss Art. 8 vorgesehenen Ausnahmefällen übernommen. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen dringend eine Behandlung benötigt und der Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum aus Distanz- und/oder Zeitgründen nicht rechtzeitig erreicht werden kann. Gemäss Art. 7 AVB 2022 (act. II 96-99), 2023 (act. II 161-165) sowie 2024 (act. II 166-170) haben die versicherten Personen oder an ihrer Stelle eine Drittperson vor jeder Vereinbarung eines Termins für eine medizinische Behandlung mit dem telemedizinischen Beratungszentrum oder ihrem Hausarzt Rücksprache zu nehmen. Wird die versicherte Person vom behandelnden Hausarzt zu einem anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim überwiesen, so ist dies dem telemedizinischen Beratungszentrum zu melden. Eine Verletzung dieser Pflicht führt zu Sanktionen gemäss Art. 10 dieser AVB.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Feb. 2026, KV 200 2024 781 - 9 - Gemäss Art. 10 AVB 2022 und 2023 werden Regelverstösse nach Art. 5 und 7 unter anderem wie folgt sanktioniert: Nimmt die versicherte Person ambulante oder stationäre Leistungen ohne Überweisung oder Einverständnis des Hausarztes oder des telemedizinischen Beratungszentrums in Anspruch, trägt sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber, ausser beim Vorliegen einer Notfallsituation sowie in den Art. 8 erwähnten Ausnahmefällen. Gemäss Art. 10 AVB 2024 können Versicherte, welche sich zweimalig nicht an die Pflichten gemäss Art. 5 und 7 dieser AVB halten, vom Versicherer nach vorgängiger schriftlicher Mahnung mit einer Kürzung der gesetzlichen Leistungen um 50 % sanktioniert werden. 3.3 Für die Behandlung bei Dr. med. B. \_\_\_\_\_ legt der Beschwerdeführer ein Zuweisungsformular seines Hausarztes vor (Akten des Beschwerdeführers [act. IB] 15), welches für die vorliegend strittige Frage jedoch nicht beweiskräftig ist, da es weder datiert ist, noch irgendein Hinweis dafür vorliegt, dass die Behandlung dem medizinischen Beratungszentrum gemeldet worden ist (act. II 31). Bezüglich der Behandlung bei der D. \_\_\_\_\_ verweist er auf eine Überweisung seines Hausarztes aus dem Jahre 2019 (act. I 8). Mit dieser Überweisung können die in den AVB statuierten Pflichten schon deshalb nicht erfüllt worden sein, weil sie lange vor dem Wechsel in das Versicherungsmodell Combi Care (Januar 2022 [act. II 16-17]) datiert. Überdies wurde auch die Behandlung bei der D. \_\_\_\_\_ unbestrittenermassen nicht dem telemedizinischen Beratungszentrum gemeldet (act. II 42). Damit liegen Verstösse gegen Art. 5.2 AVB 2022, 2023 und 2024 vor, sind doch gemäss diesen Bestimmungen Überweisungen des Hausarztes an weitere Leistungserbringer in jedem Fall dem telemedizinischen Beratungszentrum zu melden. Auch in Art. 7 AVB 2022, 2023 und 2024 wird ausdrücklich festgehalten, dass dem telemedizinischen Beratungszentrum zu melden ist, wenn eine versicherte Person vom behandelnden Hausarzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird (vgl. E. 3.2 hiervor). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass die Beschwerdegegnerin – seiner Argumentation folgend – bereits frühere Pflichtverletzungen nicht sanktioniert hat, kann er nichts zu seinen Gunsten

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Feb. 2026, KV 200 2024 781 - 10 - ableiten. Eine Notfallsituation, welche den Beschwerdeführer von seiner Meldepflicht befreien würde (vgl. E. 3.2 hiervor), lag ebenfalls nicht vor. Weiter ist aufgrund der Aktenlage erstellt, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer nach der Pflichtverletzung bezüglich der Behandlung vom 14. September 2022 (vgl. act. II 31, 33) mit Schreiben vom 1. März 2023 (act. II 35) darüber informiert hat, dass sie bei künftigen

Rechnungen ohne Einverständnis von C.\_\_\_\_\_ keine Leistungen mehr vergüten bzw. die zu Unrecht vergüteten Leistungen zurückfordern werde. Zusammenfassend liegen damit zwei Regelverstösse nach Art. 5 und 7 AVB 2022, 2023 und 2024 sowie eine vorgängige schriftliche Mahnung vor. Da der vorliegend zu sanktionierende Regelverstoss (Behandlung bei der D.\_\_\_\_\_) über den Zeitraum vom 22. Dezember 2023 bis 11. Januar 2024 angedauert hat, sind für das Sanktionsmass die AVB 2023 und 2024 massgebend. Unter den soeben dargelegten Umständen sieht Art. 10 AVB 2023 vor, dass die versicherte Person sämtliche Kosten für die nicht ge- meldete Behandlung zu tragen hat, nach Art. 10 AVB 2024 können die ge- setzlichen Leistungen um 50 % gekürzt werden (vgl. E. 3.2 hiervor). 4. Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen und der angefoch- tene Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2024 (act. II 100-105) dahinge- hend abzuändern, als der Beschwerdeführer die Kosten für die Behandlung bei der D.\_\_\_\_\_ für die Zeit vom 22. bis 31. Dezember 2023 im Umfang von 100 % und für die Zeit vom 1. bis 11. Januar 2024 im Umfang von 50 % zu tragen hat. Mit prozessleitenden Verfügungen vom 9. Mai und 18. November 2025 wurde dem Beschwerdeführer das rechtliche Gehör in Bezug auf die Mög- lichkeit einer (allfälligen) Schlechterstellung gewährt, womit die Vorausset- zungen einer reformatio in peius erfüllt sind (vgl. BGE 137 V 314).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Feb. 2026, KV 200 2024 781 - 11 - 5. 5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 fbis ATSG (Um- kehrschluss; vgl. auch BBl 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu er- heben. 5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Par- teientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

#### **E. 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

#### **E. 11**

Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staats- anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträ- gen nicht 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 – vorbehältlich der nachfolgen- den Erwägung (E. 1.2) – auf die Beschwerde einzutreten.

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