

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2016 649 vom 7. Juni 2016

BE Verwaltungsgericht, 2016-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2016_649

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2016 649 du 7 juin 2016

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2016 649 del 7 giugno 2016

Regeste

Einspracheentscheid vom 7. Juni 2016 (PN 483-07-362)

Erwägungen

E. 1.1

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen 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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.2

Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 7. Juni 2016 (act. II 2/1 ff.). Streitig und zu prüfen ist die Rückforderung in der Höhe von Fr. 865.10 für die vom 15. Oktober bis 16. Dezember 2015 durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung in der Klinik D. _____. Indem die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid über den Verzugszins nicht befunden hat, bildet dieser entgegen dem (nicht weiter begründeten) Antrag in der Beschwerdeantwort vom 18. Juli 2016 nicht Anfechtungsgegenstand, sind im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren doch grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat.

E. 1.3

Bei einer (Rück-)Forderung von insgesamt Fr. 865.10 liegt der Streitwert unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 7

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 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

E. 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 über Krankenversicherung vom 18. März 1994 [KVG; SR 832.10]). Diese Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital von Ärzten oder Ärztinnen, durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziffer 1 KVG).

E. 2.2.1

Nach Art. 41 Abs. 4 KVG und Art. 99 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) können die Versicherten ihr Recht, für ambulante Behandlungen unter zugelassenen Leistungserbringern frei zu wählen (Art. 41 Abs. 1 KVG), im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt. Der Versicherer muss dann (von Ausnahmen abgesehen) nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden (Art. 41 Abs. 4 Satz 2 KVG). Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert. Sinn und Zweck der in Art. 41 Abs. 4 KVG geregelten Einschränkung der freien Wahl des Leistungserbringers liegen darin, dass im Sinne einer Kosteneindämmungsmassnahme Versicherer für Versicherte, die bereit sind, sich bei der Wahl des Leistungserbringers einzuschränken, eine Prämienreduktion gewähren können (Art. 62 Abs. 1 KVG). Dadurch können Versicherer mit ausgewählten, besonders kostengünstigen Leistungserbringern Verträge abschliessen und ihren Versicherten – die bereit sein müssen, sich auf diese Leistungserbringer zu beschränken –

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 8 eine tiefere Prämie anbieten (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 128).

E. 2.2.2

Die besonderen Versicherungsformen nach Art. 93 ff. KVV treten in der Gestalt von HMO-Gesundheitszentren und Hausarztmodellen sowie in Form von so genannten Telefonmodellen in Erscheinung, in deren Rahmen sich die angeschlossenen Versicherten verpflichten, vor Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen telefonisch oder über das Internet an ein medizinisches Beratungszentrum zu wenden und dessen Anordnungen hinsichtlich der einzuschlagenden Behandlungen Folge zu leisten. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) akzeptiert solche Modelle als Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Oktober 2014, 9C_7/2014, E. 3.2).

E. 2.2.3

Für das im KVG nicht vorgesehene Modell der Telemedizin besteht dementsprechend kein Sanktionsrecht für den Fall, dass die versicherte Person das Beratungszentrum nicht in Anspruch nimmt. Massgebend sind folglich die Reglemente, die sich an der Sicherstellung des Zwecks dieses Versicherungsmodells am Verhältnismässigkeitsprinzip

auszurichten haben (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 827 f. N. 1420). Das Bundesgericht hat insoweit festgehalten, dass – analog zur Hausarztversicherung – eine Sanktion ausgesprochen werden darf, wenn sich eine versicherte Person nicht telefonisch auf einen Behandlungspfad weisen lässt oder sich nicht an einen vorgegebenen Behandlungsablauf hält (Entscheid des BGer vom 25. Juni 2015, 9C_325/2015, E. 2.3).

E. 2.3

Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten (Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG). Die Rückforderung unrechtmässig erbrachter Leistungen gegenüber den Versicherten ist auch im Tiers payant zulässig (RKUV 2001 KV 158 S. 161 E. 6a). 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 9 (wegen zweifelloser Unrichtigkeit und erheblicher Bedeutung der Berichterstattung) oder die für die prozessuale Revision (wegen vorbestandener neuer Tatsachen oder Beweismittel) bestehenden Voraussetzungen erfüllt sind (BGE 130 V 318 E. 5.2 S. 320, 129 V 110 E. 1.1 S. 110; Entscheid des BGer vom 7. September 2015, 8C_789/2014, E. 2.1).

E. 3

Der Versicherte muss Medgate informieren, falls der behandelnde Arzt eine weitere Konsultation, die Überweisung zu einem anderen Arzt oder die Einweisung in ein Spital oder Pflegeheim vorschlägt.

E. 3.1

Es steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen der Krankenversicherung FIRST CALL obligatorisch krankenflegeversichert ist und sich damit grundsätzlich verpflichtet hat, vorgängig des Beginns einer Therapie die Dienste von Medgate in Anspruch zu nehmen (Art. 1 Ziff. 2 SB). Als Gegenleistung zur Einhaltung der Bedingungen gewährt die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer einen Prämienrabatt (Art. 9 SB). Im Weiteren ist erstellt, dass der Beschwerdeführer nach Beendigung des zwecks einer psychiatrischen Behandlung erfolgten stationären Aufenthalts in der Klinik D. _____ am 25. September 2015 daselbst vom 15. Oktober bis 16. Dezember 2015 eine ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen hat (act. II 2/14; Beschwerde, S. 4 Ziffer 2), deren Kosten in Höhe von Fr. 1'730.10 die Beschwerdegegnerin dem Leistungserbringer direkt vergütet hat (act. II 2/13). Sodann bestreitet der Beschwerdeführer nicht, vorgängig dieser – einzig streitgegenständlichen – ambulanten Behandlung Medgate nicht kontaktiert zu haben. Auch macht er – zu Recht – nicht geltend, dass der vorliegend zur Beurteilung stehende Sachverhalt unter Art. 8 SB fallen würde, welcher die Ausnahmen von der vorherigen Kontaktaufnahme mit Medgate regelt; der Beschwerdeführer stellt sich jedoch auf den Standpunkt, dass die vorgängige Inanspruchnahme des Beratungszentrums aus verschiedenen anderen Gründen nicht notwendig gewesen und die erfolgte Leistungskürzung unverhältnismässig sei. Dass die Beschwerdegegnerin dem Grundsatz nach gegenüber dem Beschwerdeführer rückforderungsberechtigt ist (vgl. E. 2.3 vorne), stellt dieser jedoch zu Recht nicht in

Abrede.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 10

E. 3.2.1

Unter dem Titel „Allgemeine Bestimmungen“ und dem Marginale „Zweck der Versicherungsform FIRST CALL“ hält Art. 1 SB in den vorliegend relevanten Ziffern 1 und 2 Folgendes fest: 1 Die Krankenversicherung FIRST CALL ist eine Variante der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), in der der Versicherte bereit ist, bestimmte Bedingungen einzuhalten, bevor er einen Arzt aufsucht und sich im Fall einer Krankheit oder eines Unfalls, sofern dieses Risiko versichert ist, einer Behandlung unterzieht. 2 Der Versicherte verpflichtet sich, die Dienste von Medgate in Anspruch zu nehmen, bevor er eine Therapie beginnt. Dies hat zum Zweck, schliesslich Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen zu erzielen. Unter dem Titel „Versicherte Leistungen“ und dem Marginale „Obligatorische Kontaktaufnahme mit Medgate und Beratung“ bestimmt Art. 6 SB was folgt: 1 Bei einem gesundheitlichen Problem infolge einer Krankheit oder eines Unfalls, sofern dieses Risiko versichert ist, verpflichtet sich der Versicherte oder, falls er verhindert ist, eine Drittperson, vor jeder Konsultation eines Arztes, eines Chiropraktikers oder einer Hebamme beziehungsweise vor einem Spitaleintritt mit Medgate telefonisch Kontakt aufzunehmen. 2 Medgate berät den Versicherten medizinisch und vereinbart mit ihm die geeignete notwendige Behandlung sowie die Frist, in der eine eventuelle Konsultation bei einem Leistungserbringer erfolgen soll. Der Versicherte kann den Leistungserbringer, den er im Rahmen der Medgate-Empfehlung konsultieren möchte, grundsätzlich frei wählen.

E. 3.2.2

Kassenbestimmungen (Reglemente) sind so auszulegen, wie sie der Versicherte bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit verstehen durfte und

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 11 musste; eine mangelnde Klarheit darf sich nicht zum Nachteil des Versicherten auswirken (BGE 129 V 51 E. 2.2 S. 55).

E. 3.3

Die unter E. 3.2.1 vorne genannten und im hier interessierenden Kontext entscheidewesentlichen Bestimmungen der SB sind klar und unmissverständlich: Demnach muss der Versicherte vor jeder Konsultation eines Leistungserbringers bzw. vor einem Spitaleintritt mit Medgate telefonisch Kontakt aufnehmen und sich auf einen Behandlungspfad weisen lassen (Art. 6 Ziff. 1 f. SB). Dies gilt nach Ziff. 3 der fraglichen Bestimmung ausdrücklich auch dann, wenn der behandelnde Arzt eine weitere Konsultation vorschlägt. Sodann muss der Versicherte gestützt auf Art. 6 Ziff. 4 SB Medgate den Austritt aus dem stationären Aufenthalt baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen melden. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht zunächst festgestellt, dass im Umstand, wonach der Beschwerdeführer (unbestrittenermassen [vgl. E. 3.1 vorne]) nach dem Abschluss der stationären und vor dem Antritt der ambulanten psychiatrischen Behandlung Medgate nicht in Anspruch genommen bzw. ihr den Klinikaustritt nicht gemeldet hat, eine Verletzung ihrer reglementarischen Bestimmungen im Sinne einer Pflichtverletzung zu erblicken und dafür kein entschuldbarer Grund ausgewiesen ist. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

E. 3.3.1

So statuiert bereits die Zweckbestimmung des Art. 1 SB entgegen seiner Auffassung (vgl. Beschwerde, S. 4 f., Ziffer 1) unmissverständlich, dass vor dem Beginn einer Therapie die Dienste von Medgate in Anspruch zu nehmen sind (Ziff. 2), womit die zeitliche Abfolge des Behandlungsprozederes reglementarisch definiert ist und weder der nämliche Artikel noch die übrigen Bestimmungen der SB – vom hier nicht interessierenden Art. 8 abgesehen (vgl. E. 3.1 vorne) – Raum für die vom Beschwerdeführer postulierte Auffassung zulassen. Insbesondere kann sich der Beschwerdeführer auch nicht mit der Behauptung entlasten, dass eine Konsultation von Medgate vorliegend ohnehin keine kostensenkende Wirkung gehabt hätte: Einerseits ist diese Behauptung nicht belegt, wobei offen bleiben kann, wer insoweit beweisbelastet wäre. Andererseits – und dies ist entscheidend – kann der in Art. 1 Ziff. 2 SB verfolgte Zweck der Kosteneinsparung nur dann effektiv (und effizient) verfolgt werden, wenn

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 12 der Krankenversicherer vor Therapiebeginn in die Lage versetzt wird, den weiteren Behandlungsablauf prospektiv unter den Aspekten der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen. Dabei liegt es auf der Hand, dass diese Zweckerreichung eine gewisse Strenge in der Einhaltung des Behandlungsablaufs voraussetzt, womit Letztere auch sachlich gerechtfertigt erscheint und der Vorwurf des überspitzten Formalismus ins Leere greift. Indem Art. 8 SB zudem Ausnahmen vom reglementarisch festgelegten Behandlungsregime vorsieht, kann auch nicht gesagt werden, dieses sei (grundsätzlich) unverhältnismässig. Im Gegenteil liefe es dem Ziel der Kosteneinsparung zuwider, wenn jeweils nachträglich – u.U. aufwändig – geprüft werden müsste, ob die nichterfolgte Inanspruchnahme des medizinischen Beratungszentrums zu Mehrkosten geführt hat oder nicht.

E. 3.3.2

Daran ändert auch das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers nichts, wonach die im Anschluss an die stationäre psychiatrische Behandlung erfolgende ambulante Therapie eine „Behandlungseinheit“ und keine die vorgängige Kontaktaufnahme mit Medgate voraussetzende „Neubehandlung“ darstelle (Beschwerde, S. 5 f., Ziffer 2 f.): Wie hiervor dargelegt, regeln die SB die Erforderlichkeit einer vorgängigen Konsultation von Medgate in den Schranken von Art. 8 grundsätzlich abschliessend. Für die Annahme, wonach eine stationäre und eine daran anschliessende ambulante Therapie als „Behandlungseinheit“ zu interpretieren wären, liefern die SB keine Grundlage, bestimmt doch Art. 6 Ziff. 4 SB im Gegenteil, dass die versicherte Person Medgate den Austritt aus einem Spital oder Pflegeheim baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen melden muss. Dass die SB die vom Beschwerdeführer geltend gemachte „Behandlungseinheit“ somit gerade nicht vorsehen, erscheint zweckmässig, stellt sich doch die Frage nach dem optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnis hinsichtlich möglicher Behandlungen in sämtlichen Therapieabschnitten, womit bereits insoweit für die vom Beschwerdeführer postulierte Auffassung keine Rechtsgrundlage besteht. Selbst jedoch, wenn Art. 6 SB grundsätzlich eine Differenzierung zwischen „Behandlungseinheit“ und „Neubehandlung“ im beschwerdeführerischen Sinne zuliesse, änderte sich am konkreten Ergebnis nichts: Es steht fest,

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 13 dass die stationäre psychiatrische Behandlung in der Klinik D. _____ am 25. September

2015 abgeschlossen war (act. II 2/16). Ebenso steht ausser Diskussion, dass die ambulante psychiatrische Behandlung erst am 15. Oktober 2015 begann, mithin 20 Tage bzw. fast drei Wochen später. Bereits diese deutliche zeitliche Zäsur spricht gegen die vom Beschwerdeführer postulierte Auffassung einer „Behandlungseinheit“. Hinzu kommt, dass mit dem Wechsel von der stationären zur ambulanten Therapieform auch eine wesentliche (und ohne weiteres auch für einen Laien erkennbare) Änderung des Leistungstatbestands erfolgte, was ebenso gegen die vom Beschwerdeführer postulierte „Behandlungseinheit“ spricht. Und schliesslich kann auch nicht gesagt werden, dass das vorliegend stationär therapierte Beschwerdebild eines Burnouts bzw. einer Erschöpfungsdepression gleichsam zwingend eine ambulante Nachbehandlung erfordert, ist der Genesungsprozess doch stets von individuellen (persönlichen) Faktoren abhängig. Selbst also, wenn mit dem Beschwerdeführer von der grundsätzlichen Subsumierbarkeit des Konzepts der „Behandlungseinheit“ unter Art. 6 SB ausgegangen würde, könnte eine solche vorliegend nicht postuliert werden: Mit Blick auf die Bestimmungen der Art. 1 Ziff. 2 sowie Art. 6 SB musste dem Beschwerdeführer bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit vielmehr bewusst sein, dass die vom stationären Aufenthalt zeitlich deutlich abgesetzte und eine andere Therapieform darstellende ambulante Behandlung eine „weitere Konsultation“ im Sinne der fraglichen Bestimmung darstellt und deren Autorisierung demnach zwingend der vorgängigen Kontaktaufnahme mit Medgate bedurft hätte.

E. 3.3.3

Nach Lage der Akten trifft es sodann zwar zu, dass der Beschwerdeführer auch vorgängig der stationären psychiatrischen Behandlung vom 3. August bis 25. September 2015 Medgate nicht konsultiert (act. II 3/1), die Beschwerdegegnerin indes gleichwohl (befristet) Kostengutsprache erteilt hatte. Dabei wickelte sich die Korrespondenz ausweislich der Akten sowie gestützt auf die Darstellung des Beschwerdeführers (vgl. Stellungnahme vom 21. Oktober 2016, S. 2, lit. A) ausschliesslich zwischen der Klinik D._____ und dem vertrauensärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin ab (act. II 2/18; act. I 11 ff.). Indes bezogen sich die erteilten Kostengut-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 14 sprachen einerseits auf einen klar definierten und bis 3. Oktober 2015 begrenzten Zeitraum, andererseits ausschliesslich auf die stationäre Behandlung, weshalb der Beschwerdeführer aus diesem Vorgang nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Insbesondere aber ist weder ersichtlich noch wird geltend gemacht, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer für allfällige weitere, nach dem stationären Aufenthalt erfolgende Behandlungen von seiner reglementarischen Pflicht zur vorgängigen Kontaktaufnahme mit Medgate entbunden hätte. Von einem fehlerhaften oder gar irreführenden Verhalten der Beschwerdegegnerin kann demnach nicht gesprochen werden, so dass es auch nicht geboten ist, den Beschwerdeführer basierend auf vertrauensschutzrechtlichen Grundlagen (Art. 5 Abs. 3 i.V.m. Art. 9 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) abweichend vom materiellen Leistungsrecht zu behandeln. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass allfällige Fehlinformationen seitens der Klinik gegenüber dem Beschwerdeführer nicht der Beschwerdegegnerin angelastet werden können.

E. 3.4

Im Weiteren beanstandet der Beschwerdeführer, die Leistungskürzung von 50% sei unverhältnismässig (Beschwerde, S. 6 ff, Ziffern 1 ff.). Der Grundsatz der

Verhältnismässigkeit stellt einen im gesamten Verwaltungsrecht sowohl bei der Rechtsetzung wie bei der Rechtsanwendung zu beachtenden Grundsatz dar, welcher insbesondere auch in der Sozialversicherung Geltung beansprucht. Er setzt voraus, dass die Massnahme das geeignete Mittel zur Erreichung des angestrebten Zieles ist, dass der Eingriff nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung des Zweckes erforderlich ist und dass zwischen Ziel und Mitteln ein vernünftiges Verhältnis besteht (BGE 131 V 107 E. 3.4.1 S. 113).

E. 3.5.1

Unter dem Titel „Verletzung der Pflicht, MEDGATE zu kontaktieren“ und dem Marginale „Sanktionen“ regelt Art. 11 SB was folgt: 1 Hat der Versicherte mit Medgate im Sinne der oben stehenden Artikel nicht Kontakt aufgenommen oder die Ratschläge und Empfehlungen nicht befolgt, berücksichtigt Intrax 50% der Rechnung oder Rechnungen für von Medgate nicht empfohlene Behandlungen, bevor sie den Leistungsanspruch und die Kostenbeteiligung berechnet.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 15
2 Der Betrag zu Lasten des Versicherten im Rahmen des oben stehenden Absatzes 1 ist pro Kalenderjahr auf das Fünffache des gewährten Jahresrabatts begrenzt. 3 Verstösst der Versicherte innerhalb eines Kalenderjahrs mehr als dreimal gegen die Verpflichtung, Medgate zu kontaktieren oder deren Empfehlungen zu befolgen, behält sich Intrax das Recht vor, ihn aus der Versicherung FIRST CALL auszuschliessen und in eine andere der von Intrax betriebenen Formen der obligatorischen Krankenversicherung zu transferieren.

E. 3.5.2

Es versteht sich von selber, dass das vom Beschwerdeführer gewählte Versicherungsmodell mit seinen wesentlichen Grundpfeilern der obligatorischen Inanspruchnahme von Medgate (Art. 6 SB) einerseits und der Prämienvergünstigung (Art. 9 SB) andererseits (von hier nicht interessierenden Ausnahmen abgesehen) die strikte Einhaltung der reglementarisch definierten Vorgehensweise im Vorfeld einer Therapie bedingt, andernfalls missbräuchlichem Verhalten Tür und Tor geöffnet würde (vgl. auch E. 3.3.1 vorne). Insoweit ist das in Art. 11 SB vorgesehene Sanktionssystem ohne weiteres geeignet, das mit dem Produkt FIRST CALL bezweckte Ziel der Kosteneinsparung zu erreichen. Das Bundesgericht hat in einem ähnlich gelagerten Fall im bereits zitierten Entscheid vom 25. Juni 2015 (9C_325/2015; vgl. E. 2.2.3 vorne) denn auch eine gänzliche Leistungsverweigerung respektive -rückforderung geschützt und in E. 2.4 hierzu Folgendes festgehalten: „Angesichts der klaren und unmissverständlichen Reglementsbestimmung hat die Beschwerdegegnerin zu Recht [...] die Vergütung der strittigen Behandlungsleistungen abgelehnt resp. zurückgefordert. Diese Verweigerung der Leistungspflicht stellt keinen Widerspruch zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz dar, ist er doch gerade – gleichermassen wie bei der Hausarzt- und HMO-Versicherung – der Kern des vorliegenden Versicherungsmodells [...].“ Im Sinne eines Schlusses vom „Grösseren“ auf das „Kleinere“ kann mit Bezug auf die vorliegend verfügte Leistungskürzung von 50% – welche Sanktion mit Blick auf den zurückgeforderten Betrag von Fr. 865.10 nicht als schwerwiegend zu bezeichnen ist – nichts Anderes gelten. Insoweit ist zunächst zu berücksichtigen, dass der Versicherer nach dem auf den vorliegenden Fall analog anwendbaren Art. 41 Abs. 4 zweiter Satz KVG (vgl. E. 2.2.3 vorne) nur die Kosten für Leistungen übernehmen muss, die von den reglementarisch definierten Leistungserbringern

Art. 4). Schliesslich dringt der Beschwerdeführer auch nicht durch, soweit er geltend macht, er habe sich in einer schwierigen Verfassung befunden, womit die Unterlassung der Mitteilung auch insoweit (wenn überhaupt) nur reduziert vorwerfbar sei (Beschwerde, S. 7): Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise, wonach es dem Beschwerdeführer nach der Beendigung der stationären Behandlung aus gesundheitlichen Gründen und während fast drei Wochen objektiv unmöglich gewesen wäre, vorgängig der ambulanten psychiatrischen Behandlung Medgate zu kontaktieren. Eine solche Schlussfolgerung lässt sich auch nicht aus den aktenmässig dokumentierten Diagnosen Burnout und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ableiten, umso weniger, als nach dem stationären Aufenthalt offenbar keine nahtlose Weiterführung der Therapie mittels ambulanter Behandlung als indiziert erachtet wurde, was darauf schliessen lässt, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eine Kontaktaufnahme mit Medgate zugelassen hätte. Demnach ist die Leistungskürzung von 50% auch unter dem Aspekt der Verhältnismässigkeit nicht zu beanstanden.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dez. 2016, KV/16/649, Seite 17

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