

LU_GERICHTE S 13 118 vom 15. Januar 2014

LU Gerichte, 2014-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_S_13_118

FR: LU_GERICHTE S 13 118 du 15 janvier 2014

IT: LU_GERICHTE S 13 118 del 15 gennaio 2014

Regeste

Hausarztmodell, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer; das Bewohnen eines Zimmers in einem Wohnheim ohne Pflegeabteilung sowie die weiterführende ärztliche Betreuung durch den Hausarzt (Gatekeeperfunktion) rechtfertigen ein Verbleiben im Hausarztmodell der Krankenversicherung. | Art. 41 KVG, Art. 62 KVG; Art. 100 Abs. 1 KVV. | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zu Recht aus der C-Hausarztversicherung ausgeschlossen und per 1. Januar 2013 in die Standardform der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung umgeteilt hat.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer hat bei der Beschwerdegegnerin per 1. Januar 2007 eine C-Hausarztversicherung abgeschlossen. Die C-Hausarztversicherung ist eine Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinn von Art. 41 Abs. 4 KVG. Sie basiert auf dem Hausarztmodell. Der von den C-Versicherten gewählte Hausarzt stellt in allen Gesundheitsfragen die umfassende Betreuung und Beratung der C-Versicherten sicher (Ziffer 1.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Anhang C, Ausgabe 1.1.2013, nachstehend Anhang CM genannt). Die versicherte Person verpflichtet sich unter anderem, grundsätzlich Behandlungen und Untersuchungen durch den bezeichneten C-Arzt durchführen oder sich durch diesen an andere Leistungserbringer überweisen zu lassen. Sie tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei (Ziffer 1.2 Anhang CM). C versicherte Personen wenden sich für alle Behandlungen – ausser für Notfälle und bestimmte weitere, hier nicht interessierende Massnahmen – immer zuerst an ihren C-Arzt (Ziffer 9.1 Anhang CM). Werden Versicherte von ihrem C-Arzt einem Spezialarzt zugewiesen und empfiehlt dieser eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, so sind die C-Versicherten verpflichtet, ihren C-Arzt darüber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen (Ziffer 11 Anhang CM).

E. 3.2

Gemäss Ziffer 6.2 des Anhangs CM ist die Beschwerdegegnerin berechtigt, C-Versicherte bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf Ende eines Kalendermonats aus der C-Versicherung auszuschliessen. Ein Ausschluss ist unter anderem möglich bei Verletzung der Pflichten für C-Versicherte gemäss Art. 9 - 15 des Anhangs CM (Ziffer 6.2 lit. a Anhang CM), bei Aufenthalt der C-Versicherten in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims oder eine Abteilung für chronisch

Kranke eines Akutspitals (Ziffer 6.2 lit. b Anhang CM), bei langandauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik (Ziffer 6.2 lit. c Anhang CM), bei Auslandsaufenthalten der C-Versicherten von mehr als drei Monaten (Ziffer 6.2 lit. d Anhang CM), in allen andern Fällen, bei denen der C-Arzt keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung nehmen kann (Ziffer 6.2 lit. e Anhang CM) sowie bei wiederholtem unbegründetem Wechsel des C-Arztes (Ziffer 6.2 lit. f mit Hinweis auf Ziffer 16 Abs. 2 Anhang CM).

E. 3.3

Gemäss Ziffer 6 Abs. 3 des Anhangs CM führt der Ausschluss aus der Versicherungsform C zum Wechsel in die Versicherungsform Obligatorische Krankenpflege. Es besteht in diesem Fall kein erneuter Anspruch auf Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Gemäss Ziffer 6 Abs. 4 des Anhangs CM führt die Aufhebung von C automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Obligatorische Krankenpflege.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid, den Beschwerdeführer aus dem C-Modell auszuschliessen und in die Standardform umzuteilen, auf Ziffer 6.2 lit. b des Anhangs CM. Sie macht geltend, das Ziel des Hausarztmodells sei die Kostendämmung, die nur gewährleistet werden könne, wenn der Hausarzt als Gatekeeper immer die erste Anlaufstelle für medizinische Dienstleistungen sei und die medizinische Grundversorgung seiner Patienten vollumfänglich übernehmen könne. Dies bedeute, dass durch die Zulassung des C-Modells durch den Gesetzgeber den Versicherern implizit auch die Möglichkeit eingeräumt worden sei, allfällige weitere Erfordernisse (als der Wohnsitz im C-Einzugsgebiet) soweit notwendig und zweckmässig aufzustellen. Um entsprechende Kostenersparnisse zu realisieren seien weitere, flankierende Massnahmen notwendig. In diesem Sinn sei in Ziffer 3.3 des Anhangs CM im Umkehrschluss festgehalten, dass der Hausarzt jederzeit einen genügenden Einfluss auf die gesamte medizinische Behandlung müsse ausüben können und dass in Ziffer 6 Abs. 2 des Anhangs CM Ausschlussgründe explizit aufgeführt seien. Ohne solche zusätzlichen Erfordernisse sei es dem Versicherer nicht möglich, die Versicherungsform der eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers erfolgreich zu betreiben. Ein hinreichender Einfluss des Hausarztes sei nur dann gegeben, wenn dieser nicht nur Kenntnis über die durch ihn veranlassten Behandlungen habe und in der Lage sei, sich bei den behandelnden Leistungserbringern die nötigen Informationen zu beschaffen, sondern wenn er auch die Möglichkeit zur Intervention habe, wenn bei ihm der Eindruck entstehe, die medizinische Steuerung sei für ihn nicht mehr oder nur noch unzureichend gegeben. In einem Pflegeheim bestehe diese Möglichkeit nicht mehr zur Genüge, da dieses der umfassenden Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen diene. Medizinisch geschultes Personal stehe in Pflegeheimen rund um die Uhr für die Dokumentation, Untersuchung, Behandlung und Pflegemassnahmen zur Verfügung. Dadurch und durch das Abhängigkeitsverhältnis des Versicherten zum Pflegeheim und zum Pflegepersonal bestehe keine Wahlfreiheit des Patienten mehr, die mit einer Situation ausserhalb des Pflegeheims vergleichbar sei. Auch sei die Möglichkeit des Hausarztes, auf die Behandlungskosten Einfluss zu nehmen, nach Eintritt ins Pflegeheim nicht mehr im gleichen Ausmass vorhanden. Deshalb erscheine die Bestimmung in Ziffer 6.2 lit. b des Anhangs CM durchaus als gerechtfertigt. Es sei weder im Sinn des Gesetzgebers noch in der Absicht des Versicherers Kosteneinsparungen durch Ausschluss ungünstiger Risiken zu

verwirklichen, indem alle Versicherten mit hohen Kosten in die ordentliche Versicherung transferiert würden. Vielmehr sei das Sparpotential bei Personen mit komplexen und/oder chronischen Krankheiten sogar besonders hoch. Eine Kostenreduktion mittels Risikoselektion würde für den Versicherer ohnehin keine echte Reduktion bedeuten, sondern bloss eine Verschiebung solcher Risiken in die Grundversicherung. Dass der Beschwerdeführer, trotz der tiefen Stufe der Pflegebedürftigkeit (RAI/RUG-Stufe 1) unter die Bestimmung von Ziffer 6 Abs. 2 lit. b des Anhangs CM subsumiert werde, stelle keine Schlechterstellung gegenüber andern hospitalisierten Patienten dar, sondern erreiche vielmehr die Gleichbehandlung aller Versicherter im Sinn der Versicherungsbedingungen (Aufenthalt in einem Pflegeheim).

E. 4.2

Der Beschwerdeführer bringt vor, der Entscheid, Bewohner einer Alterseinrichtung ohne Heimarzt von einer Hausarztversicherung (vorliegend C) auszuschliessen, verstosse gegen den Grundsatz der freien Versicherungswahl, insbesondere gegen Art. 100 Abs. 1 KVV. Es bestünden im Bereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen, welche es dem Versicherer erlauben würde, einseitig die Versicherung zu kündigen oder eine Umteilung vorzunehmen. Die von der Beschwerdegegnerin zitierte AVB sei sehr rigide formuliert und "schere alle Pflegeheiminsassen über einen Kamm", was zu stossenden Ergebnissen führe und zu einer Ungleichbehandlung gegenüber chronisch Kranken, die hospitalisiert seien. Der Aufenthalt im Alterswohnheim hindere die Bewohner nicht, sich ambulant ausser Haus behandeln zu lassen und die Ärzte frei zu wählen. Falsch sei die Aussage der Beschwerdegegnerin, dass der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E, als Heimarzt amte. Dr. E sei nicht im Auftrag des Altersheims tätig, sondern in seinem Auftrag. Er betreue ihn in allen ärztlichen Belangen und veranlasse als Gatekeeper – soweit notwendig – medizinische Massnahmen. Die AVB seien klar zu Ungunsten der Versicherten formuliert und könnten sich auf keine gesetzliche Grundlage stützen. Pflegeheimbewohner der RAI-Stufe 1 würden mit dieser AVB-Bestimmung im Vergleich zu hospitalisierten Patienten massiv und ungerechtfertigt schlechter gestellt.

E. 5.1

Gemäss Beweisauskunft des Zentrumsleiters F des Betagtenzentrums D vom 22. November 2013 wohnt der Beschwerdeführer im Haus Y des Betagtenzentrums, somit in einem Wohnheim, das keine Pflegeabteilung hat. Der Zentrumsleiter bestätigte, dass der Beschwerdeführer freie Arztwahl hat und sich nicht durch einen Heimarzt behandeln lassen müsse. Der Hausarzt des Beschwerdeführers sei Dr. E, X. Dieser könne die Funktion eines Gatekeepers beim Beschwerdeführer wahrnehmen und zwar im gleichen Masse, wie wenn der Beschwerdeführer zu Hause leben würde. Sowohl aus dem durch F aufgelegten Organigramm als auch aufgrund des Internetauftritts des Betagtenzentrums D (...) geht hervor, dass es sich beim Haus Y des Betagtenzentrums D um ein Wohn- und nicht um ein Pflegeheim handelt. Laut Ziffer 4 des Wohn- und Betreuungsvertrags erklärt sich der Bewohner durch Unterzeichnung des Wohn- und Betreuungsvertrags damit einverstanden, dass er aus gesundheitlichen Gründen in eine spezialisierte Abteilung eines Betagtenzentrums der Stadt Z verlegt werden kann. Die Verlegung kann zeitlich befristet in jedem Fall frühzeitig mit dem Bewohner, den Angehörigen und dem behandelnden Arzt abgesprochen werden. Eine Verlegung aus gesundheitlichen Gründen unterliegt nicht der Kündigungsfrist. Gemäss Ziffer 6 des Wohn- und Betreuungsvertrags zwischen dem

Betagtenzentrum D und dem Beschwerdeführer vom 3. Mai 2012 sind folgende Grund- und Betreuungsleistungen inbegriffen: Vollpension, Bewohnerbetreuung und Aktivierung, Mitbenützung der allgemeinen Infrastruktur, Besorgung der privaten Wäsche, ohne chemische Reinigung, Gehhilfen, Rollstuhl, Anlässe und Veranstaltungen, die allen Bewohnerinnen und Bewohnern angeboten werden. Weiter ist vorgesehen, dass die erbrachten Pflegeleistungen gemäss KVG mit einem schweizerisch anerkannten Erfassungs- und Abrechnungssystem ermittelt werden. Krankenversicherung und Wohngemeinde würden einen Teil der Pflegeleistungen vergüten. Gemäss Ziffer 6 des Wohn- und Betreuungsvertrags wird die ärztliche Betreuung durch den Haus- oder Belegarzt wahrgenommen. Die Arzt-, Medikamenten- und Therapiekosten werden dem Bewohner direkt in Rechnung gestellt und können über die persönliche Krankenversicherung abgerechnet werden. Gestützt auf die Beweisauskunft des Zentrumsleiters des Betagtenzentrums D sowie den Wohn- und Betreuungsvertrag vom 3. Mai 2012 ist somit davon auszugehen, dass Dr. E als Hausarzt des Beschwerdeführers die Funktion eines Gatekeepers wahrnehmen kann. Damit ist er erste Anlaufstelle für sämtliche medizinischen Dienstleistungen und übernimmt auch die medizinische Grundversorgung.

E. 5.2

An diesem Ergebnis vermögen die Vorbringen der Beschwerdegegnerin nichts zu ändern, wie nachstehend zu zeigen ist.

E. 5.2.1

Gemäss Art. 62 Abs. 1 KVG kann der Versicherer die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Art. 41 Abs. 4 KVG vermindern. Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher (Art. 62 Abs. 3 KVG 1. Satz). Gestützt auf diese Bestimmungen hat der Bundesrat in Art. 99 ff. KVV Bestimmungen zum Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers erlassen. U.a. hat der Bundesrat in Art. 100 Abs. 1 KVV ausdrücklich festgehalten, dass die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet offen stehe, in dem der Versicherer die betreffende Versicherungsform betreibt. In ihrer Eigenschaft als Durchführungsorgan der sozialen Krankenversicherung handelt die Beschwerdegegnerin als Trägerin öffentlicher Funktionen. Ihre Versicherungsbedingungen dürfen daher allgemeinen verfassungs-, verwaltungs- oder sozialversicherungsrechtlichen Prinzipien nicht widersprechen (BGE 113 V 212 E. 3b).

E. 5.2.2

Die Regelung in Ziffer 6.2 lit. b Anhang CM schliesst C-Versicherte aus der Versicherungsform aus, wenn sie sich in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für chronisch Kranke eines Akutspitals aufhalten. Vorliegend kann offenbleiben, ob diese Allgemeine Vertragsbestimmung mit der Bestimmung von Art. 100 Abs. 1 KVV vereinbar ist bzw. ob diese Allgemeine Vertragsbedingung gegen das Diskriminierungsverbot von Art. 8 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) verstösst. Aufgrund der Beweisauskunft steht nämlich zweifelsfrei fest, dass vorliegend der Hausarzt des Beschwerdeführers die Gatekeeperfunktion nach wie vor wahrnehmen kann. Zudem bewohnt der Beschwerdeführer nachweislich ein Zimmer im Wohnheim (Haus Y des Betagtenzentrums D) und hält sich somit entgegen der Beschwerdegegnerin weder in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims noch in einer Abteilung für chronisch

Kranke eines Akutspitals auf. Damit erfüllt er nach wie vor die Voraussetzungen für das Verbleiben in einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Aus diesem Grund ist ein Ausschluss des Beschwerdeführers aus der C-Versicherung ausgeschlossen. Daran vermag auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer Pflegeleistungen (basierend auf der RAI/RUG Stufe 1) bezieht nichts zu ändern. Denn gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG letzter Satz sind die gesetzlichen Pflichtleistungen in jedem Fall versichert. Ebenso wenig ist von Relevanz, dass andere Abteilungen des Betagtenzentrums D den Pflegeheimstatus erfüllen. Die Voraussetzungen für einen Ausschluss aus dem Hausarztmodell gestützt auf Ziffer 6.2 lit. b des Anhangs CM sind vorliegend nicht erfüllt.

E. 6

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich somit als begründet und ist deshalb gutzuheissen. Der Einspracheentscheid vom 5. Februar 2013 ist aufzuheben. Damit wird die Umteilung des Beschwerdeführers von der C-Versicherung in die Obligatorische Krankenpflegeversicherung hinfällig.

E. 7

(Kostenfolgen)

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