

# **SO\_GERICHTE VSBES.2011.229 vom 30. Januar 2013**

SO Obergericht, 2013-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2011.229](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2011.229)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2011.229 du 30 janvier 2013

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2011.229 del 30 gennaio 2013

## **Regeste**

Art. 41 Abs. 4 KVG. Im Rahmen von Art. 41 Abs. 4 KVG sind besondere Versicherungsformen zulässig, wie insbesondere HMO-Gesundheitszentren und Hausarztmodelle. Im Hausarztmodell verpflichten sich die Versicherten, aus einer vom Versicherer beschränkten Anzahl von Allgemeinpraktikern ihren Hausarzt zu wählen. Dieser Hausarzt soll für den Patienten immer die erste Anlaufstelle für medizinische Dienstleistungen sein. Der Hausarzt übernimmt die medizinische Grundversorgung seiner Patienten und überweist sie, falls medizinisch angezeigt, an Spezialisten oder Spitäler. Die Patienten müssen sich ■ unter Vorbehalt von Notfällen und anderen reglementarisch ausgeklammerten Fällen ■ zwingend zuerst an diesen Hausarzt wenden. Im vorliegenden Fall hat die Krankenkasse gestützt auf ihre reglementarischen Bestimmungen den Versicherten aus dem Hausarztmodell ausgeschlossen, weil sein Hausarzt keinen bzw. nur einen geringen Einfluss auf seine Behandlungen bei Spezialärzten nehmen könne. Im Folgenden wird die Zulässigkeit dieses Ausschlusses geprüft.

## **Erwägungen**

### **E. 22**

Juli 2011 ■ schliesslich auch mit Einspracheentscheid vom 16. August 2011 fest. Gegen den Einspracheentscheid erhob der Beschwerdeführer Beschwerde beim Versicherungsgericht. Das Versicherungsgericht heisst die Beschwerde gut und hebt den angefochtenen Entscheid auf.

Aus den Erwägungen:

3.1 Nach Art. 41 Abs. 1 Krankenversicherungsgesetz (KVG, SR 832.10) können die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Laut Art. 41 Abs. 4 KVG können sie ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG). Der Versicherer muss dann grundsätzlich nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

3.2 Im Rahmen von Art. 41 Abs. 4 KVG sind besondere Versicherungsformen zulässig, wie insbesondere HMO-Gesundheitszentren und Hausarztmodelle. Im Hausarztmodell verpflichten sich die Versicherten, aus einer vom Versicherer beschränkten Anzahl von Allgemeinpraktikern ihren Hausarzt und damit ihren «Gatekeeper» zu wählen. Als «Gatekeeper» werden Ärzte bezeichnet, die für die Patienten immer die erste Anlaufstelle für medizinische Dienstleistungen darstellen. Der «Gatekeeper» übernimmt die medizinische Grundversorgung seiner Patienten und überweist sie, falls medizinisch

angezeigt, an Spezialisten oder Spitäler. Die Patienten müssen sich ■ unter Vorbehalt von Notfällen und anderen reglementarisch ausgeklammerten Fällen ■ zwingend zuerst an den «Gatekeeper» wenden (Gebhard Eugster: Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer-Blaser [Hrsg.]: Soziale Sicherheit, in: Heinrich Koller et al. [Hrsg.]: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd XIV, Basel etc. 2007, N 1089). Andererseits erlangen die Versicherten das Recht, im Hausarztssystem ihren Anspruch auf Leistungen nach den Regeln des KVG einlösen zu können. Das begründet gegenüber dem Versicherer einen entsprechenden Naturalleistungsanspruch und für die Leistungserbringer dieser Systeme eine Pflicht zur Behandlung und nötigenfalls zur Überweisung an andere Leistungserbringer. Der Leistungskatalog darf weder erweitert noch eingeschränkt werden. HMO und Hausarztmodell schränken die freie Wahl des Leistungserbringers, nicht aber den gesetzlichen Leistungskatalog ein (Eugster, a.a.O., S. 770 N 1086 f.).

3.3 Mit der in Art. 41 Abs. 4 KVG geregelten Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers wird eine Kostensenkung angestrebt. Um diese zu erreichen, sollen Versicherer mit ausgewählten, besonders kostengünstigen Leistungserbringern Verträge abschliessen und ihren Versicherten ■ die bereit sein müssen, sich auf diese Leistungserbringer zu beschränken ■ tiefere Prämien anbieten können (Botschaft des Bundesrats über die Revision der Krankenversicherung vom 6.11.1991, BBl 1992 I 128; RKUV 2003 Nr. KV 241 S. 74 [= Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 58/02 vom 6.2.2003, K 58/02]; Art. 62 Abs. 1 KVG).

4.1 Der Beschwerdeführer hat bei der Beschwerdegegnerin per 1. Januar 2009 eine CareMed-Hausarztversicherung abgeschlossen. Die CareMed-Hausarztversicherung ist eine Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG. Sie basiert auf dem Hausarztprinzip. Der von den CareMed-Versicherten gewählte Hausarzt stellt in allen Gesundheitsfragen die umfassende Betreuung und Beratung der CareMed-Versicherten sicher (Ziff. 1.1 AVB-Anhang zur Care-Med, Ausgabe 1.1.2011 [nachfolgend AVB CM genannt]). Die versicherte Person verpflichtet sich unter anderem, grundsätzlich Behandlungen und Untersuchungen durch den bezeichneten CareMed-Arzt durchführen oder sich durch diesen an andere Leistungserbringer überweisen zu lassen (Ziff. 1.2 AVB CM). CareMed-Versicherte wenden sich für alle Behandlungen ■ ausser für Notfälle und bestimmte weitere, hier nicht interessierende Massnahmen ■ immer zuerst an ihren CareMed-Arzt (Ziff. 9.1 AVB CM). Werden Versicherte von ihrem CareMed-Arzt einem Spezialarzt zugewiesen und empfiehlt dieser eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, so sind die CareMed-Versicherten verpflichtet, ihren CareMed-Arzt daruber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen (Ziff. 11 AVB CM).

4.2 Gemäss Ziff. 6.1 ff. AVB CM ist die Beschwerdegegnerin berechtigt, CareMed-Versicherte bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus der CareMed-Hausarztversicherung auszuschliessen. Ein Ausschluss ist unter anderem möglich bei Verletzung der Pflichten für CareMed-Versicherte gemäss Art. 9 bis 15 AVB CM (Ziff. 6.2 lit. a AVB CM) sowie in Fällen, bei denen der CareMed-Arzt keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung nehmen kann (Ziff. 6.2 lit. e AVB CM). Der Ausschluss führt zum Wechsel in die Versicherungsform Obligatorische Krankenpflege (Ziff. 6.3 AVB CM). ( )

6.1 Die Beschwerdegegnerin beruft sich weiter auf den Ausschlussgrund gemäss Ziff. 6.2 lit. e der AVB CM. Nach dieser Bestimmung ist der Ausschluss aus der CareMed möglich «in allen anderen Fällen, bei denen der CareMed-Arzt keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung nehmen kann». Diese Norm folgt im Sinne einer Generalklausel auf die Nennung konkreter Tatbestände in Ziff. 6.2 lit. b bis d AVB CM. Danach liegt ein Ausschlussgrund vor bei Aufenthalt in einem Pflegeheim oder einer Abteilung für chronisch Kranke eines Akutspitals (lit. b), bei langdauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik (lit. c) sowie bei Auslandsaufenthalten von mehr als drei Monaten (lit. d).

6.2 Die zitierten lit. b und c von Ziff. 6.2 der AVB CM führen dazu, dass Personen, welche eine längere stationäre Behandlung in Anspruch nehmen müssen, aus dem CareMed-Modell ausscheiden. Wird die Generalklausel von lit. e derselben Bestimmung im von der Beschwerdegegnerin postulierten Sinn ausgelegt, bleibt das Modell überdies auch sämtlichen Personen verschlossen, welche sich in einer länger dauernden ambulanten spezialärztlichen Behandlung befinden, und dies selbst dann, wenn sie durch den als Gatekeeper fungierenden Hausarzt an den Spezialarzt überwiesen wurden. Im Ergebnis führt diese Regelung, wenn der Interpretation der Beschwerdegegnerin gefolgt wird, zum Ausschluss aller Personen aus dem Hausarztmodell, die an einer chronischen Krankheit leiden, welche durch einen Spezialarzt behandelt werden muss.

6.3 Das Hausarztmodell stützt sich auf Art. 41 Abs. 4 KVG. Es bildet einen Teil der mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung geregelten obligatorischen Krankenpflegeversicherung. In ihrer Eigenschaft als Durchführungsorgan der sozialen Krankenversicherung handelt die Beschwerdegegnerin als Trägerin öffentlicher Funktionen. Dementsprechend ist sie in ihrem Handeln an bestimmte Grundsätze gebunden. Ihre Versicherungsbedingungen dürfen allgemeinen verfassungs-, verwaltungs- oder sozialversicherungsrechtlichen Prinzipien nicht widersprechen (BGE 113 V 212 E. 3b S. 215). Vor diesem Hintergrund erweckt die von der Beschwerdegegnerin vertretene Auslegung mit der daraus folgenden Konsequenz Bedenken, dass das Hausarztmodell nur (relativ) gesunden Personen offen stünde. Es erscheint als fraglich, ob sich eine derartige Regelung mit dem Diskriminierungsverbot gemäss Art. 8 Abs. 2 Bundesverfassung (BV, SR 101) vereinbaren liesse. Auch das gesetzliche Konzept des Hausarztmodells basiert nicht auf einer Risikoselektion. Die mit dem Hausarztmodell angestrebten Kosteneinsparungen sollen nicht durch die Konzentration auf «gute Risiken» und den Ausschluss «kostenträchtiger» Versicherter, sondern durch die Koordination der Behandlungen sowie durch den Abschluss besonderer Verträge mit einer begrenzten Zahl von Leistungserbringern erreicht werden (E. 3.3 hiervor). Der Bundesrat führte in seiner Botschaft zur in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 verworfenen sogenannten Managed Care-Vorlage sogar aus, das Sparpotenzial durch derartige Modelle sei bei Personen mit komplexen und/oder chronischen Krankheiten besonders hoch (BBl 2004 5599, 5606 oben). Die Frage nach der grundsätzlichen Zulässigkeit eines Ausschlusses chronisch kranker Personen aus dem Hausarztmodell kann aber letztlich offen bleiben, denn es erscheint nicht nur mit Blick auf das Gebot der verfassungskonformen Auslegung und das dem Hausarztmodell zugrunde liegende Konzept, sondern auch ■ wiederum ■ unter dem Aspekt der Unklarheitsregel (E. 5.2 hiervor) als geboten, die wenig präzise formulierte Generalklausel gemäss Ziff. 6.2 lit. e AVB CM eng auszulegen. Ein Fall, in dem «der CareMed-Arzt keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung nehmen kann», ist

nicht bereits dann zu bejahen, wenn eine regelmässige spezialärztliche Behandlung erforderlich wird. Ist eine Überweisung an einen Spezialarzt erfolgt, beschränkt sich die Funktion des Hausarztes als «Gatekeeper» notwendigerweise auf die Überwachung und Koordination der Behandlung. Die Anwendung der Generalklausel kann daher nur dann in Frage kommen, wenn der Hausarzt auch diese Aufgabe nicht mehr sinnvoll wahrnehmen kann. Dagegen ist ein hinreichender Einfluss des CareMed-Arztes so lange zu bejahen, als dieser Kenntnis von den ■ durch ihn veranlassten ■ laufenden Behandlungen hat und damit in der Lage ist, sich bei den behandelnden Spezialärzten die erforderlichen Informationen zu beschaffen, um nötigenfalls intervenieren zu können. Dies trifft hier zu, denn Dr. B. ist sowohl über die psychiatrische Behandlung bei Dr. A. (die entsprechenden Medikamente laufen über Dr. B.) als auch für die pneumologischen Behandlungen durch das Inselspital Bern und die Lungenliga orientiert. Dass der Hausarzt bei einer Krankheit, welche den Beizug von Spezialisten mit besonderen Kenntnissen erfordert, die medizinische Behandlung weder selbst durchführen und noch im Detail festlegen kann, liegt in der Natur der Sache und vermag die Verneinung eines hinreichenden Einflusses nicht zu rechtfertigen. In diesem Zusammenhang kann auch nicht entscheidend sein, inwieweit der «Gatekeeper» tatsächlich mit den behandelnden Spezialärzten in Kontakt steht. Es muss genügen, dass ihm dies möglich ist. Die Voraussetzungen für einen Ausschluss aus dem Hausarztmodell gestützt auf Ziff. 6.2 lit. e der AVB CM sind nicht erfüllt.

Versicherungsgericht, Urteil vom 30. Januar 2013 (VSBES.2011.229)

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