

SO_GERICHTE VSBES.2016.287 vom 29. März 2017

SO Obergericht, 2017-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.287_d20170329

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.287 du 29 mars 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.287 del 29 marzo 2017

Regeste

Krankenversicherung KVG

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer) schloss bei der Krankenkasse Steffisburg (nachfolgend Beschwerdegegnerin) per 1. Januar 2015 eine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG ab, wobei er in diesem Rahmen die Hausarztversicherung Casa wählte. Als Hausarzt bezeichnete er Dr. med. B.____, Grenchen (KS [Akten der Krankenkasse Steffisburg] 3).

1.2 Mit Schreiben vom 26. August 2015 (KS 7) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, sie werde die ihr zugestellte Rechnung betreffend die Arztbesuche vom 22. Mai ■ 2. Juli 2015 bei Dr. med. C.____ in den nächsten Tagen abrechnen. Des Weiteren machte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer darauf aufmerksam, dass er die Hausarztversicherung Casa abgeschlossen habe, weshalb sie ihn bitte, in Zukunft für ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlungen sowie für die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln, immer zuerst seinen Hausarzt, Dr. med. B.____, zu konsultieren. Gemäss Artikel 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) «Casa» (KS 5) könnten die Leistungen ohne Zustellung eines Überweisungsschreibens des Hausarztes gekündigt oder gekürzt werden.

1.3 Mit Überweisungsbestätigungen vom 27. November 2015 (KS 10 ■ 12) teilte der Hausarzt des Beschwerdeführers der Beschwerdegegnerin mit, er habe den Beschwerdeführer per 27. November 2015 an Dr. med. D.____, Facharzt für Pneumologie FMH, an Dr. med. C.____, Facharzt für Urologie FMH sowie an Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie FMH, zur Behandlung überwiesen. Als Überweisungsdauer wurden jeweils 3 Monate angegeben.

1.4 Mit Schreiben vom 16. Februar 2016 (KS 13) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer betreffend seinen Arztbesuch vom 14. Januar 2016 im F.____ mit, gegenüber der ordentlichen Grundversicherung profitiere er von einem Prämienrabatt mit «Casa». Er verpflichtete sich dafür, für ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlungen sowie für die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln, immer zuerst seinen Hausarzt, Dr. med. B.____, zu konsultieren. Am 26. August 2015 habe man den Beschwerdeführer bereits schriftlich darauf aufmerksam gemacht. Bezüglich seines Arztbesuches vom 14. Januar 2016 habe die Beschwerdegegnerin erneut kein Überweisungsschreiben seines Hausarztes erhalten. Gemäss Artikel 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) «Casa» (KS 5) werde die Beschwerdegegnerin beim nächsten Verstoss gegen die Vertragsbedingungen keine Leistungen mehr erbringen und

den Beschwerdeführer in die ordentliche Grundversicherung umteilen.

1.5 Mit Schreiben vom 30. Juni 2016 (KS 15) hielt die Beschwerdegegnerin zuhanden des Beschwerdeführers fest, am 26. August 2015 und 16. Februar 2016 habe sie ihn bereits auf seine Pflichten aufmerksam gemacht. Bezüglich seines Arztbesuches vom 15. Juni 2016 im F.____ habe sie zum dritten Mal keine Überweisung registrieren können. Gemäss Ziffer 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen «Hausarztmodell Casa» werde er deshalb per 1. August 2016 in die ordentliche Grundversicherung der Krankenkasse Steffisburg umgeteilt. Infolgedessen entfalle auch der entsprechende Prämienrabatt und für die Rechnung vom F.____ vom 16. Juni 2016 lehne sie die Kostenübernahme ab.

1.6 An der Umteilung in die Standardform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie an der Verneinung der Übernahme der Kosten von CHF 315.85 betreffend eine Behandlung vom 15. Juni 2016 im F.____, Biel, gemäss Rechnung vom 16. Juni 2016, hielt die Beschwerdegegnerin sodann mit Verfügung vom 10. August 2016 (KS 25) und ■ nach Erhebung der Einsprache vom 7. September 2016 (KS 26) ■ schliesslich auch mit Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2016 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) fest.

2. Mit Schreiben vom 2. November 2016 erhebt der Beschwerdeführer fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (A.S. 3 f.). Er stellt die Rechtsbegehren, die Verfügung vom 10. August 2016 und der Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2016 seien aufzuheben und die Umteilung vom Hausarztmodell Casa in die ordentliche Krankenpflegeversicherung KVG sei rückgängig zu machen. Im Weiteren sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, die verweigerter Zahlung von CHF 315.85 betreffend die Rechnung vom F.____ an ihn zu vergüten. Zudem sei der Betrag über CHF 135.00 betreffend Differenznachzahlung der Krankenkassenprämie zu stornieren.

3. Mit Beschwerdeantwort vom 2. Dezember 2016 (A.S. 8) schliesst die Beschwerdegegnerin sinngemäss auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Eingabe vom 10. Januar 2017 (A.S. 12) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen.

5. Mit Schreiben vom 6. Februar 2017 (A.S. 16) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen.

6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1.2 Strittig und zu prüfen ist einerseits, ob die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zu Recht aus der Hausarztversicherung Casa ausgeschlossen und per 1. August 2016 in die Standardform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umgeteilt hat. Andererseits ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten von CHF 315.85 betreffend eine Behandlung vom 15. Juni 2016 im F.____ zu Recht verneint hat. Im Zusammenhang mit der Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung wird vom Beschwerdeführer zudem die von der Beschwerdegegnerin geforderte Differenznachzahlung von CHF 135.00 (5 x CHF 27.00) für die Monate August ■ Dezember 2016 gerügt, die aufgrund der höheren Krankenversicherungsprämien in der ordentlichen Krankenpflegeversicherung angefallen sind (vgl. KS 27). Da der Beschwerdeführer seit Januar 2017 nicht mehr bei dieser

KVG-versichert ist (vgl. KS 31, 32) und demnach per 1. Januar 2017 keine weiteren Prämienzahlungen anfallen, beträgt der Streitwert CHF 450.85 (CHF 315.85 + 135.00) und liegt damit unter CHF 30'000.00, weshalb die Angelegenheit vom Präsidenten des Versicherungsgerichts als Einzelrichter zu beurteilen ist (§ 54bis Abs. 1 lit. a GO).

E. 2

2.1 Nach Art. 41 Abs. 1 KVG 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.

2.2 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: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016, S. 828 N 1423). 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. 827 N 1419).

2.3 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 Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 128; RKUV 2003 Nr. KV 241 S. 74 [= Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 58/02 vom 6. Februar 2003, K 58/02]; Art. 62 Abs. 1 KVG).

E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer hatte bei der Beschwerdegegnerin eine Hausarztversicherung Casa abgeschlossen. Diese 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. Die versicherte Person wählt

einen Hausarzt aus und verpflichtet sich unter anderem, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den bezeichneten Hausarzt durchzuführen oder sich durch diesen an andere Leistungserbringer überweisen zu lassen. Ausser in Notfällen und bestimmten weiteren, hier nicht interessierenden Massnahmen ■ ist immer zuerst der Hausarzt beizuziehen (Art. 4 Ziff. 3 AVB-Anhang zum Hausarztmodell Casa, Ausgabe 1. Januar 2016 [nachfolgend AVB HC genannt]).

3.2 Gemäss Art. 11 Ziff. 2 AVB HC ist die Beschwerdegegnerin berechtigt, Casa-Versicherte bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des darauf folgenden Monats aus der Casa-Hausarztversicherung auszuschliessen. Ein Ausschluss ist möglich bei Verletzung der Pflichten für Casa-Versicherte gemäss Artikel 8, 10 und 11 AVB HC. Der Ausschluss führt zum Wechsel in die Versicherungsform Obligatorische Krankenpflege (Art. 11 Ziff. 2 AVB HC).

Begibt sich eine versicherte Person ohne gültige Überweisung oder Einverständnis des versicherten Hausarztes in ambulante oder stationäre Behandlung, so trägt sie gemäss Art. 11 Ziff. 1 AVB HC sämtliche damit verbundenen Kosten selber, ausser in Notfallsituationen sowie in Art. 9 AVB HC abschliessend aufgeführten Ausnahmefällen.

4. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid, den Beschwerdeführer aus dem Hausarzt-Modell auszuschliessen und in die Standardform umzuteilen, auf Art. 11 der AVB HC, welcher vorsehe, dass bei einem Verstoss gegen die Überweisungspflicht eine Umteilung in die ordentliche Krankenversicherung erfolgen könne. Zudem trage der Versicherte die damit verbundenen Kosten selbst. Wie der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 4. Juli 2016 selbst eingeräumt habe, habe es mit dem Überweisungsantrag nicht immer funktioniert. Entgegen seiner Ansicht trage er aber die Verantwortung dafür und nicht etwa sein Hausarzt. Offenbar verkenne er auch, dass die Überweisungsanträge seines Hausarztes an Dr. med. D.____ und Dr. med. C.____ nicht zeitlich unbefristet, sondern auf drei Monate beschränkt gewesen seien. Die jeweiligen Überweisungsschreiben seines Hausarztes seien nachweislich nachträglich ausgestellt und verspätet eingereicht worden. Zudem habe der Hausarzt in einem Fall bestätigt, dass für die Behandlung bei Dr. med. G.____, Biel, keine Überweisung durch ihn erfolgt sei. In diesem Zusammenhang sei auf die Überweisung vom 25. Juli 2016 von Dr. med. B.____ hinzuweisen. Dieses Dokument bestätige, dass Herr Dr. med. B.____ zwar nachträglich mit der Behandlung einverstanden gewesen sei, jedoch den Beschwerdeführer nicht an Dr. G.____ überwiesen habe. Auch der Umstand, dass gemäss den Angaben des Beschwerdeführers sein Hausarzt über die Inanspruchnahme des F.____ informiert gewesen sei, bilde keinen hinreichenden Grund dafür, dass er ohne Überweisungsantrag des Hausarztes die Dienste des F.____ in Anspruch genommen habe. Angesichts dieser klaren und unmissverständlichen AVB-Bestimmungen, welche sich auf Art. 41 Abs. 4 KVG stützten, habe die Beschwerdegegnerin die Umteilung in die ordentliche Krankenversicherung zu Recht vorgenommen.

Dagegen bringt der Beschwerdeführer vor, dass ihn der Hausarzt, Dr. med. B.____, immer bei den Spezialärzten angemeldet habe, sei aus den Akten der Krankenkasse Steffisburg ersichtlich. Warum aber parallel dazu das Überweisungsschreiben nicht immer erfolgt sei, könne nicht alleine seine Schuld sein, umso mehr sein Hausarzt informiert gewesen sei, dass er dem Hausarztmodell unterstellt gewesen sei. Dass er seine Kontrollpflicht damit verletzt habe und nicht nachgefragt habe, ob die Überweisungsschreiben auch tatsächlich vom Hausarzt der Beschwerdegegnerin zugestellt worden seien, sei durch ihn nicht in

jedem Fall kontrollierbar und beruhe auf Behauptungen der Beschwerdegegnerin. Die Behauptung, er habe Dr. med. C. ___ und Frau Dr. med. E. ___ ohne Überweisung durch den Hausarzt konsultiert, sei falsch und werde bestritten. Bei beiden Ärzten sei er durch seinen Hausarzt angemeldet worden und dafür gebe es auch durch den Hausarzt unterzeichnete Überweisungsformulare, welche er am 1. Dezember 2015 der Beschwerdegegnerin per Post zugestellt habe. Zudem habe er mit seinem Hausarzt vereinbart, dass er ihm das erforderliche Überweisungsformular per E-Mail zustelle und der Hausarzt dies ausfülle werde und an die Beschwerdegegnerin weiterleiten solle. Er habe das Überweisungsformular denn auch am 25. Juli 2016 (Beschwerdebeilage 3) per E-Mail dem Hausarzt zugestellt. Tatsache sei, dass die Überweisung erfolgt sei und auch vor dem Arzttermin bei Dr. med. G. ___ bei der Beschwerdegegnerin vorgelegen habe.

E. 5

5.1 Kann der Versicherer die Prämien für Versicherungen mit der dargelegten «Überweisungspflicht durch den Hausarzt» vermindern, bedingt dies, dass mit einer Prämienreduktion zwingend auch ein höheres Kostenrisiko verbunden ist, wenn sich die versicherte Person nicht an die einschränkende Bedingung hält, da nach Art. 61 Abs. 1 Satz 2 KVG der Versicherer von seinen Versicherten die gleichen Prämien erhebt, soweit das Gesetz keine Ausnahme vorsieht. Denn die Versicherer müssen nach Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten (Urteil des Bundesgerichts 9C_325/2015 vom 25. Juni 2015 E. 2.2). Der Beschwerdeführer ist bei seiner Krankenkasse nach Massgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (KS 5) versichert. Wie erwähnt muss die versicherte Person gemäss Art. 8 Ziff. 1 AVB HC vor der Inanspruchnahme von ambulanten, stationären und teilstationären Behandlungen immer zuerst ihren Hausarzt konsultieren. Die versicherte Person ist verpflichtet, der Krankenversicherung eine schriftliche Überweisungsbestätigung des Hausarztes für jede Überweisung zukommen zu lassen (Art. 8 Abs. 3 AVB HC). Hält sich eine versicherte Person nicht an einen vorgegebenen Behandlungsablauf, darf dies sanktioniert werden (Urteil K 58/02 vom 6. Februar 2003 E. 3.1 f., 9C_325/2015 vom 25. Juni 2015 E. 2.2).

5.2 Bezüglich der fraglichen Behandlung im F. ___, Biel, vom 15. Juni 2016 machte der Beschwerdeführer in seinem Schreiben vom 4. Juli 2016 (KS 17) an die Beschwerdegegnerin geltend, er sei durch seinen Hausarzt bereits im Jahr 2015 an das F. ___ überwiesen worden. Diese Behandlung sei bis zur Behandlung vom 15. Juni 2016 gar noch nicht abgeschlossen gewesen. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrem diesbezüglichen Antwortschreiben an den Beschwerdeführer vom 13. Juli 2016 (KS 20) festhielt, habe sie nie ein Überweisungsschreiben an das F. ___ erhalten. Ein solches ist denn auch nicht aus den Akten ersichtlich und wurde vom Beschwerdeführer nicht eingereicht. Auf der Rechnung des F. ___ vom 16. Juni 2016 (KS 16) ist zudem kein überweisender Arzt aufgeführt. Somit ist aufgrund der vorliegenden Akten davon auszugehen, dass die Behandlung vom 15. Juni 2016 im F. ___ ohne Überweisung des Hausarztes des Beschwerdeführers erfolgte. Damit hat der Beschwerdeführer seine in Art. 8 Ziff. 3 AVB HC statuierte Pflicht, der Krankenversicherung eine schriftliche Überweisungsbestätigung des Hausarztes für jede Überweisung zukommen zu lassen, verletzt. Demnach ist auch die von der Beschwerdegegnerin per 1. August 2016 vorgenommene Umteilung des Beschwerdeführers von der Hausarztversicherung Casa in die ordentliche Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 11 Ziff. 3 AVB HC gerechtfertigt und nicht zu

beanstanden. Insofern der Beschwerdeführer geltend macht, es könne nicht alleine seine Schuld sein, dass die Überweisungsschreiben nicht immer erfolgt seien, umso mehr sein Hausarzt informiert gewesen sei, kann er daraus nichts für sich ableiten. So ist gemäss Art. 8 Ziff. 3 AVB HC alleine die versicherte Person dazu verpflichtet, der Krankenversicherung die Überweisungsbestätigung des Hausarztes für jede Überweisung zukommen zu lassen. Allfällige Versäumnisse des Hausarztes entlasten den Beschwerdeführer somit nicht von seiner diesbezüglichen Pflicht. In diesem Zusammenhang ist auch die vom Beschwerdeführer bestrittene Differenznachzahlung von CHF 135.00 (5 x CHF 27.00) für die Monate August ■ Dezember 2016 nicht zu beanstanden, welche durch die Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung und die damit höheren Krankenkassenprämien angefallen sind (vgl. KS 27).

Des Weiteren stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, auch die Behandlung bei Dr. med. G.____, Biel, sei ohne Überweisung durch den Hausarzt erfolgt. Diesbezüglich gibt der Hausarzt im Formular betreffend Überweisungsbestätigung zuhanden der Beschwerdegegnerin am 25. Juli 2016 (KS 24) an, der Beschwerdeführer sei nicht durch ihn an Dr. med. G.____ überwiesen worden, er sei aber mit der Behandlung einverstanden. Die nächste Behandlung bei Dr. med. G.____ war gemäss E-Mail des Beschwerdeführers vom 25. Juli 2016 auf den 3. August 2015 angesetzt. Damit wurde die Einverständniserklärung und Überweisungsbestätigung des Hausarztes noch vor diesem Behandlungstermin eingereicht. Der zitierten E-Mail vom 25. Juli 2016 ist aber auch zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit Jahren Patient bei dieser Ärztin sei. Die Überweisung erfolgte somit nicht vor Beginn der Behandlung, und der Beschwerdeführer hatte sich die Ärztin selbst ausgesucht. Auch daraus ergibt sich, dass die Sanktionierung ■ Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung ■ nach dem im vorgehenden Abschnitt Gesagten zu Recht erfolgte, nachdem im Sinne der AVB HC bereits ein einzelner Verstoss gegen die Überweisungsbestimmungen ausreicht, um eine Sanktionierung zu rechtfertigen.

Ob der Beschwerdeführer seine Pflichten bereits vorgängig, wie von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht, verletzt hat, in dem er auch die Behandlungen bei den Dr. med. C.____ vom 22. Mai ■ 2. Juli 2015 sowie beim F.____ vom 14. Januar 2016 ohne entsprechende Überweisungen des Hausarztes in Anspruch nahm, kann damit ebenfalls offen bleiben, zumal ihn die Beschwerdegegnerin diesbezüglich jeweils lediglich unter Androhung der Leistungsverneinung sinngemäss verwarnte (vgl. KS 7 und 13).

5.3 Behandlungen ohne Überweisungsauftrag gemäss Art. 9 Ziff. 1 AVB HC gehen voll zu Lasten der Versicherten. Gemäss Art.

E. 8

Ziff. 2 AVB HC ist die versicherte Person verpflichtet, vor der Konsultation eines Spezialarztes das Einverständnis des Hausarztes einzuholen. Angesichts dieser klaren und unmissverständlichen AVB-Bestimmungen, die sich auf Art. 41 Abs. 4 KVG stützen, hat die Beschwerdegegnerin aufgrund des vorgehend erwähnten Verstosses des Beschwerdeführers zu Recht die Vergütung der strittigen Behandlungskosten des F.____ vom 15. Juni 2016 von CHF 315.85 (KS 16) abgelehnt. Diese Verweigerung der Leistungspflicht stellt keinen Widerspruch zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz dar, ist es doch gerade der Kern der Hausarztversicherung, dass nur Leistungen von dritten Leistungserbringern vergütet werden, an welche die versicherte Person vom Hausarzt

überwiesen worden ist. Diesen Grundsatz hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in RKUV 2000 Nr. KV 108 S. 74 zum Hausarztmodell als auch in BGE 125 V 437 zum HMO-Modell festgehalten.

6. Damit ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident	Der Gerichtsschreiber
Flückiger	Isch

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