

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.163 vom 3. Juli 2020

SO Obergericht, 2020-07-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.163](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.163)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.163 du 3 juillet 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.163 del 3 luglio 2020

## Erwägungen

### E. 1

1.2 Strittig ist die Übernahme von Kosten für einen Rehabilitationsaufenthalt im Betrag von CHF 3'843.00. Da der Streitwert unter CHF 30'000.00 liegt, ist die Angelegenheit grundsätzlich vom Präsidenten des Versicherungsgerichts als Einzelrichter zu beurteilen (§ 54bisAbs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Gerichtsorganisation [GO, BGS 125.12]). Da die vorliegende Streitsache weist jedoch gewisse grundsätzliche Aspekte auf. Sie wird deshalb dem Gesamtgericht übertragen (§ 54bisAbs. 2 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. Dabei verpflichten sich die Versicherten, aus einer beschränkten Anzahl von Allgemeinpraktikern ihren Hausarzt und damit ihren Gatekeeper zu wählen. Dieser stellt immer die erste Anlaufstelle für medizinische Dienstleistungen dar. Der Gatekeeper übernimmt die medizinische Grundversorgung seiner Patienten und überweist sie, falls medizinisch angezeigt, an Spezialisten oder Spitäler. Die Patienten müssen sich ■ Notfälle und andere reglementarisch ausgeklammerte Fälle vorbehalten ■ zwingend zuerst an den Gatekeeper wenden. Wer sich nicht von ihm oder einem von diesem bezeichneten Arzt oder Spital behandeln lässt, genießt keinen Leistungsanspruch (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_325/2015 vom 25. Juni 2015 E. 1.3; Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, KVG, 2. Auflage, 2018, Rz. 44 zu Art. 41 KVG mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

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).

2.4 Das hier zur Diskussion stehende, vom Beschwerdeführer gewählte Modell SanaCall der Beschwerdegegnerin lehnt sich an das Hausarztmodell an. Massgebend ist das Reglement mit dem Titel «SanaCall Reglement (KVG) Ausgabe 01.2018» (SA 4). Zum Zweck dieses Versicherungsmodells wird in Ziffer 1.2 des Reglements Folgendes ausgeführt: «Die versicherte Person verpflichtet sich, die Dienste vom telemedizinischen Zentrum Medgate AG in Anspruch zu nehmen, bevor sie einen Leistungserbringer konsultiert respektive sich in Behandlung begibt. Dies hat zum Zweck, Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen zu erzielen». Das telemedizinische Zentrum Medgate AG übernimmt demnach die Rolle des Gatekeepers.

2.5 Im Einzelnen enthält das Reglement SanaCall insbesondere die folgenden hier relevanten Bestimmungen:

2.5.1 Unter dem Titel «Obligatorische Kontaktaufnahme mit dem Zentrum für Telemedizin und obligatorische Inanspruchnahme der Beratung» wird u.a. Folgendes festgehalten: «Bei einem gesundheitlichen Problem infolge von Krankheit oder Unfall, sofern dieses Risiko versichert ist, sowie bei Präventionsleistungen verpflichtet sich die versicherte Person oder, falls sie verhindert ist, eine Drittperson, vor jeder Konsultation eines ambulanten Leistungserbringers (z.B. Arzt, Chiropraktiker) beziehungsweise vor jedem Eintritt (auch zur ambulanten Behandlung) in einen stationären Leistungserbringer (z.B. Spital, Pflegeheim) mit dem Zentrum für Telemedizin telefonisch Kontakt aufzunehmen» (Ziffer 5.1).

2.5.2 Unter dem Titel «Ausnahmen» enthält das Reglement u.a. folgende Bestimmung: «Bei einer Notfallbehandlung in der Schweiz oder im Ausland, ist die versicherte Person verpflichtet, zum erstmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch innert 5 Arbeitstagen, das Zentrum für Telemedizin zu orientieren oder orientieren zu lassen. [ ] Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und eine vorgängige telefonische Konsultation beim Zentrum für Telemedizin nicht mehr zumutbar ist» (Ziffer 7.4).

2.5.3 Die Sanktionen bei Verletzung der Pflichten gemäss diesem Reglement werden, soweit hier interessierend, wie folgt umschrieben: «Handelt die versicherte Person den Pflichten gemäss diesem Reglement zuwider (Unterlassung der Kontaktaufnahme mit dem Zentrum für Telemedizin, Missachtung von dessen Ratschlägen und Empfehlungen etc.) erstattet die Sanagate keine Kosten für vom Zentrum für Telemedizin nicht empfohlene Behandlungen der versicherten Person resp. verweigert jegliche direkte Kostenübernahme gegenüber den Leistungserbringern. [ .]» (Ziffer 8, erster Absatz).

2.5.4 Unter dem Titel «Datenschutz und Datenbearbeitung» bestimmt Ziffer 11.7 Folgendes: «Das Zentrum für Telemedizin liefert der Sanagate diejenigen Daten, die notwendig sind, um den Leistungsanspruch zu prüfen, insbesondere Angaben zum Telefonanruf (Zeitpunkt) und zur erteilten Empfehlung. Gesundheitsdaten der versicherten Person werden ausschliesslich dem vertrauensärztlichen Dienst der Sanagate mitgeteilt.»

2.6 Das Bundesgericht hat die Zulässigkeit der Versicherungsform SanaCall als eines Telefonmodells, das den Behandlungspfad vorbestimmt, die Arztwahl aber frei lässt, bestätigt. Weiter hat es erwogen, das Konzept einer besonderen Versicherungsform, bei der

sich die versicherte Person vor der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen telefonisch oder telemedizinisch an einen Arzt eines Beratungszentrums zu wenden und den Anordnungen Folge zu leisten habe, beruhe darauf, dass zunächst ■ abgesehen von den statuierten Ausnahmen ■ immer eine telefonische/elektronische Vorabklärung stattzufinden habe. Lasse sich eine versicherte Person nicht telefonisch auf einen Behandlungspfad weisen oder halte sie sich nicht an einen vorgegebenen Behandlungsablauf, dürfe dies ■ nicht anders als bei einer Hausarztversicherung ■ sanktioniert werden. Diese Verweigerung der Leistungspflicht stellt grundsätzlich keinen Widerspruch zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz dar, ist es doch gerade der Kern der vorliegenden Versicherung, dass nur Leistungen von Leistungserbringern vergütet werden, wenn die versicherte Person vor der betreffenden Konsultation mit dem Zentrum für Telemedizin telefonisch Kontakt aufgenommen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_325/2015 vom 25. Juni 2015 E. 2.2 bis 2.4 mit Hinweisen).

### E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, bei ihm seiam 10. Dezember 2019 eine semi-notfallmässige aortokoronare Bypassoperation wegen einer schweren koronaren 3-Gefässerkrankung durchgeführt worden. Anschliessend an die Operation sei vom Sozialdienst des Universitätsspitals C. \_\_\_ ein kardialer Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik D. \_\_\_ organisiert worden. Die Sanagate habe die entsprechende Kostengutsprache am 16. Dezember 2020 an die Klinik D. \_\_\_ ohne Vorbehalt erteilt. Allerdings habe sie gemäss eigenen Aussagen am gleichen Tag (16. Dezember 2020) eine Kostengutsprache an die Privatadresse des Beschwerdeführers geschickt, worin sie die erteilte Kostengutsprache wieder aufgehoben habe mit Hinweis auf den fehlenden Anruf bei Medgate. Dieses Schreiben sei nie angekommen. Die Beschwerdegegnerin werfe dem Beschwerdeführer vor, dass er bzw. eine Drittperson nicht mit Medgate Kontakt aufgenommen habe, wie dies vorgeschrieben sei. Dagegen sei einzuwenden, dass eine Drittperson im Sinne von Ziff. 5.1 Reglement sehr wohl mit der Sanagate Kontakt aufgenommen habe. Die Sanagate habe nämlich vor seinem Eintritt in die Rehabilitationsklinik D. \_\_\_ dieser Klinik Kostengutsprache für den Rehabilitationsaufenthalt erteilt. Entsprechend sei der Informationsfluss gewährleistet gewesen. Es sei im Übrigen auch im vergleichbaren Hausarztmodell so, dass der Hausarzt nicht mehr seine Zustimmung erteile, wenn eine versicherte Person in einer Klinik behandelt werde und ein weiterer Behandlungsschritt ■ wie der Übertritt in eine Rehabilitationsklinik ■ anstehe. Es sei gerichtsnotorisch, dass die erstbehandelnde Klinik direkt Kontakt mit der Krankenkasse aufnehme und dort um Kostengutsprache ersuche. Dem Versicherer solle durch den Anruf bei Medgate ermöglicht werden, sich ein möglichst zuverlässiges Urteil über die vom Versicherten ins Auge gefasste Behandlung zu machen. Dafür bedürfe der Versicherer der Kenntnis derjenigen Tatsachen, die für die Beurteilung von Bedeutung seien. Da vorliegend die Sanagate bereits über sämtliche Informationen verfügt habe, um vollumfänglich die Kostengutsprache gutzuheissen, sei ein Anruf nicht mehr notwendig gewesen, um den Zweck (vollumfängliche Information von Sanagate) zu erreichen. Es zeige sich, dass der vertrauensärztliche Dienst bzw. die Krankenversicherung Sanagate der übergeordnete Entscheidungsträger über den telemedizinischen Dienst Medgate sei. Sobald wie vorliegend die Zustimmung der Krankenversicherung selbst samt Empfehlung ihres vertrauensärztlichen Dienstes vorliege, sei somit gemäss jeglichem Hierarchieverständnis eine Zustimmung von Medgate obsolet. Dies ergebe sich auch aus dem Grundsatz, dass das kleinere (blosses Einverständnis von Medgate) im grösseren/höherem (Zustimmung der

Sanagate selbst) enthalten sei. Diesbezüglich unterscheide sich der vorliegende Sachverhalt auch wesentlich vom Sachverhalt im Urteil des Bundesgerichts 9C\_325/2015, auf das sich die Beschwerdegegnerin berufe. Dort sei weder die Sanagate selbst noch Medgate informiert worden und es habe mithin keine Kostengutsprache vorgelegen. Beim vorliegenden Sachverhalt sei dagegen der Versicherer vollumfänglich informiert gewesen und es sei eine Kostengutsprache erteilt worden. Des Weiteren stütze die Sanagate die Rückforderung insbesondere auf Ziff. 8 des Reglements (vgl. E. II. 2.5.4 hiervor). Sanktionen gestützt auf Vorschriften wie die erwähnte Ziff. 8, wonach Leistungen bis zum Zeitpunkt der ordnungsgemässen Meldung verweigert würden, habe das Bundesgericht in Bezug auf Krankentaggeldversicherungen nach KVG grundsätzlich als bundesrechtskonform bezeichnet, sofern von der versicherten Person die rechtzeitige Meldung vernünftigerweise verlangt werden könne. Erscheine dagegen eine Pflichtverletzung nach den Umständen als entschuldbar, so dürfe damit in der Regel keine Sanktion verbunden werden. Zudem dürfe die Sanktion nicht gegen den Grundsatz der Verhältnismässigkeit verstossen (Hinweis auf BGE 127 V 155 E. 4, 104 V 10 E. 2). Unter einem entschuldbaren Grund sei praxisgemäss ein Grund zu verstehen, der ■ ohne zur Unzumutbarkeit zu führen ■ das Verschulden als lediglich mittelschwer oder leicht erscheinen lasse (Urteil des Bundesgerichts 8C\_856/2018 Urteil vom 31. Januar 2019, BGE 130 V 125 E. 3.5). Der Assistenzarzt der Herzchirurgie des Universitätsspitals C. \_\_\_ habe am 27. Januar 2020 geschrieben: «Ein Patient, der wie schon gesagt auf der Intensivstation liegt, hat selbstverständlich andere Gedanken als sich bei Medgate zu melden. Trotzdem wollen Sie ihm die Kostenübernahme für die Rehabilitation verweigern. Meinen Sie das ernst?» Aufgrund dieser Aussagen sei belegt, dass es für den Beschwerdeführer objektiv entschuldbar oder sogar objektiv unmöglich gewesen sei, sich bei Medgate zu melden. Die Beschwerde sei bereits aus diesem Grund gutzuheissen. Sollten sich noch Zweifel ergeben, werde beantragt, den erwähnten Assistenzarzt Dr. med. E. \_\_\_ als Zeugen einzuvernehmen. Zudem verletze die Beschwerdegegnerin mit ihrem Vorgehen den Verhältnismässigkeitsgrundsatz (Art. 5 Abs. 2 BV). Das Ziel, welches die Sanagate mit Sanacall verfolge, seien Kostenersparnisse. Es sollten nur medizinische Kosten anfallen, wenn ein Patient auch tatsächlich einer Behandlung gemäss der Liste der Krankenpflegeleistungsverordnung bedürfe. Gemäss Ziff. 11.7 Reglement Sanagate liefere das Zentrum für Telemedizin der Sanagate diejenigen Daten, die notwendig seien, um den Leistungsanspruch zu prüfen, insbesondere Angaben zum Telefonanruf (Zeitpunkt) und zur erteilten Empfehlung. Gesundheitsdaten der versicherten Person würden ausschliesslich dem vertrauensärztlichen Dienst der Sanagate mitgeteilt. Der Anruf bei Medgate sei geeignet, Kosten einzusparen, soweit der vertrauensärztliche Dienst noch nicht über die Gesundheitsdaten verfüge oder bereits entschieden habe, da damit bei Bagatellen ein Arztbesuch vermeidbar sei. Die Ärzte von Medgate könnten bei solchen Fällen ohne Zweifel kostengünstiger helfen als ein Arzt oder die Notfallstation eines Spitals. Vorliegend habe der vertrauensärztliche Dienst bereits über sämtliche gesundheitlichen Angaben verfügt und habe bereits entschieden gehabt, weshalb ein Anruf nicht mehr geeignet gewesen sei, um die WZW-Kriterien überprüfen zu können, um Kosten einzusparen. Die Massnahme sei im vorliegenden Fall somit ungeeignet und damit unverhältnismässig gewesen. Sodann habe die Fachspezialistin Managed Care der Beschwerdegegnerin in ihrer E-Mail vom 27. Januar 2020 an den bereits erwähnten Assistenzarzt erklärt, dass die Sanagate «die medizinische Beurteilung keinesfalls in Frage stelle». Es sei somit unbestritten, dass der Anruf bei Medgate obsolet gewesen sei, um über WZW-Kriterien zu

entscheiden. Das Interesse der Sanagate an einem Anruf bei Medgate sei aus medizinischer Sicht gar nicht vorhanden gewesen. Das Interesse des Beschwerdeführers an der Versicherungsdeckung sei dagegen gross, da er dafür monatlich Versicherungsprämien bezahle und grundsätzlich Anspruch auf Kostendeckung habe. Ein angemessenes Verhältnis zwischen Eingriff und Eingriffswirkung sei damit nicht gegeben und auch dieser Teilaspekt des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes verletzt. Schliesslich liege auch eine Verletzung des Vertrauensschutzes (Teilaspekt von Treu und Glauben) vor. Frau F.\_\_\_\_ von der Klinik D.\_\_\_\_ habe am 28. Januar 2020 an die Sanagate geschrieben, grundsätzlich werde auf der Kostengutsprache für die Rehabilitationsklinik der Vermerk versehen, dass die Freigabe durch Medgate fehle. In der Kostengutsprache, die der Klinik am 16. Dezember 2019 zugestellt worden sei, sei keine Bemerkung diesbezüglich vorhanden. Somit sei die Klinik nicht richtig darüber informiert worden. Sie nehme an, dass die Beschwerdegegnerin die «Ablehnung», welche der Beschwerdeführer bis heute nicht erhalten habe, an seine Privatadresse gesandt habe, obwohl er mehrere Tage auf der Intensivstation gewesen sei und nach dem Akutaufenthalt nahtlos für mehrere Wochen in die Rehabilitationsklinik eingetreten sei. Weiter führt der Beschwerdeführer aus, bei korrekter Kostengutsprache (ohne dass eine Kostengutsprache mit Nr. [...]80 zuerst an die Klinik D.\_\_\_\_ gesandt werde und diese gegenüber dem Versicherten mit Kostengutsprache Nr. [...]83 gleichentags aufgehoben werde) wäre der Anruf bei Medgate mit höchster Wahrscheinlichkeit fristgerecht erfolgt. Die übrigen Voraussetzungen des Vertrauensschutzes seien ohne weiteres als erfüllt zu betrachten. Die Beschwerde sei auch aufgrund des Vertrauensschutzes gutzuheissen. Zudem habe die Beschwerdegegnerin diese Aufhebung der Kostengutsprache Nr. [...]80 der Klinik D.\_\_\_\_ und dem dort behandelten Beschwerdeführer treuwidrig nicht mitgeteilt. Die wesentliche Änderung zwischen den Kostengutsprachen liege darin, dass in der Kostengutsprache Nr. [...]83 darauf hingewiesen werde, dass der Anruf bei Medgate fehle und damit nicht bezahlt werde. Dieses Vorgehen der Sanagate, die Klinik D.\_\_\_\_ unvollständig zu informieren, sei treuwidrig und verdiene deshalb keinen Rechtsschutz. Ein Rätsel sei sodann die Kostengutsprache Nr. [...]64, Erstellungsdatum 3. März 2020, welche im März 2020 von der Sanagate an den Beschwerdeführer geschickt worden sei. Es werde bestritten, dass diese jemals an die Klinik D.\_\_\_\_ geschickt worden sei.

3.2 Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die obligatorische Kontaktaufnahme mit dem Zentrum für Telemedizin (Medgate) sei für das Versicherungsprodukt SanaCall charakteristisch. Diese vorgängige telefonische Konsultationspflicht werde im Gegenzug durch die deutlich tieferen Versicherungsprämien im Vergleich zu herkömmlichen Grundversicherungsmodellen abgegolten und bilde somit ein Kernelement, welches bereits im Namen des Versicherungsprodukts Ausdruck finde (Hinweis auf das bereits zitierte Urteil des Bundesgerichts 9C\_325/2015). Bei der Pflicht zur vorgängigen Kontaktaufnahme mit dem telemedizinischen Zentrum handle es sich um eine Verpflichtung der versicherten Person, welche sich aus den reglementarischen Bestimmungen des Versicherungsverhältnisses ergebe. Sodann sei eine Verletzung der Aufklärungspflicht nach Art. 27 ATSG im Zusammenhang mit der Ablehnung der Übernahme der Kosten des Rehabilitationsaufenthaltes in der Klinik D.\_\_\_\_ ab 18. Dezember 2019 zufolge fehlender vorgängiger Freigabe durch Medgate nicht erkennbar. Mit seinem Beitritt zu der per 1. Juli 2015 abgeschlossenen Versicherungsdeckung SanaCall habe der Beschwerdeführer das massgebende Reglement vollumfänglich anerkannt. Insofern habe er sich seiner Verpflichtung zur vorgängigen telefonischen

Kontaktaufnahme mit Medgate durchaus bewusst sein müssen. Im Rahmen der Eigenverantwortung und der Mitwirkungspflicht seien die Versicherten aufgrund der mit Sanagate vertraglich eingegangenen Pflichten gehalten, die jeweiligen Voraussetzungen für einen Leistungsbezug zu kennen und entsprechend zu handeln. Unter diesen Gegebenheiten könne es nicht die Aufgabe des Versicherungsträgers sein, die Versicherten an ihre vertraglich eingegangenen Pflichten zu erinnern. Des Weiteren liege auch kein überspitzter Formalismus oder eine Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben im Geschäftsverkehr vor, wenn die Sanagate im Sinne der Gleichbehandlung aller Versicherten auf die Erfüllung der vertraglich eingegangenen Verpflichtungen beharre, zumal nur so die im Modell SanaCall im Vergleich zu den üblichen Grundversicherungsmodellen deutlich tieferen Versicherungsprämien gerechtfertigt werden könnten. Wenig überzeugend sei die Argumentation, im Zeitpunkt des Übertritts in die Rehabilitation habe es sich um einen schwer kranken Versicherten gehandelt, den man mit der vorgängigen Kontaktaufnahme belaste. Selbst wenn im vorliegenden Fall davon ausgegangen werden müsste, dass dem Einsprecher in diesem Zeitpunkt eine Kontaktaufnahme mit Medgate nicht möglich und zumutbar gewesen wäre, hätte diese jedenfalls auch durch eine entsprechend instruierte Drittperson wahrgenommen werden können. Demnach sei auch keine Entschuldigbarkeit des Beschwerdeführers gegeben. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers könne im gesetzlich vorgesehenen vorgängigen Ersuchen des Leistungserbringers um Kostengutsprache nicht die im Sinne von Ziff. 5.1 des Reglements verstandene vorgängige vertraglich vereinbarte Kontaktaufnahme durch die versicherte Person resp. eine Drittperson mit Medgate gesehen werden. Andernfalls würde in Fällen, da das Einholen einer vorgängigen Kostengutsprache durch den Leistungserbringer erforderlich sei, die zwischen versicherter Person und Versicherung vereinbarte vorgängige Meldepflicht obsolet. Dies könne ■ insbesondere mit Blick auf die Eigenverantwortung einer versicherten Person ■ nicht Sinn und Zweck der Einschränkungen sein, die diese im Rahmen des von ihr gewählten Versicherungsmodells eingehe. Der Beschwerdeführer könne sich damit nicht seiner vertraglich eingegangenen Verpflichtung entledigen. Dies sei weder im Einklang mit einer einheitlichen Handhabung beabsichtigter Leistungsbezüge in diesem Versicherungsmodell noch als Ausnahmeregelung (analog Vorgehen bei Vorliegen eines Notfalls) in diesem Versicherungsmodell vorgesehen. Der Umstand, dass die Versicherung aufgrund der vorgängigen Kostengutsprache vollumfänglich informiert sei, entbinde die versicherte Person ■ so auch den Beschwerdeführer ■ nicht von der ihr vertraglich eingegangenen Verpflichtung zur vorgängigen Kontaktaufnahme mit Medgate. Es sei zudem nicht erkennbar, weshalb eine allenfalls vom Vertrauensarzt der Versicherung empfohlene und seitens des Versicherungsträgers erteilte Kostengutsprache die versicherte Person von ihrer vertraglich eingegangenen Verpflichtung zur vorgängigen Kontaktaufnahme entbinden solle.

3.3 Strittig und zu prüfen ist somit vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Kostenübernahme an den Beschwerdeführer betreffend den Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_ ab 18. Dezember 2019 ablehnt und die Kosten, welche sie im System des Tiers payant direkt der Klinik als Leistungserbringerin vergütet hatte, zu Recht vom Beschwerdeführer zurückfordert.

#### **E. 4**

4.1 In tatsächlicher Hinsicht ist ausgewiesen und unbestritten, dass der Beschwerdeführer an einer coronaren Herzkrankheit leidet und wegen starker Beschwerden zunächst vom 2.

bis 4. Dezember 2019 und anschliessend erneut ab 6. Dezember 2019 im Spital B.\_\_\_\_ behandelt wurde. Anschliessend folgte ein Aufenthalt im Universitätsspital C.\_\_\_\_ vom 7. bis 18. Dezember 2019, wo am 10. Dezember 2019 eine Bypass-Operation stattfand. Direkt nach dieser Hospitalisation hielt sich der Beschwerdeführer ab 18. Dezember 2019 zur Rehabilitation in der Klinik D.\_\_\_\_ auf. Ein Anruf bei Medgate erfolgte vor oder während der gesamten Behandlung nicht. Die Beschwerdegegnerin übernahm die Kosten des Aufenthalts und der Behandlung im Spital B.\_\_\_\_ und im Universitätsspital C.\_\_\_\_. Die Kosten des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik D.\_\_\_\_ ab 18. Dezember 2019 in der bis Ende 2019 angefallenen Höhe von CHF 3'843.00 vergütete die Beschwerdegegnerin zwar (als obligatorischer Krankenpflegeversicherer im System des tiers payant) der Klinik. Sie fordert diese Summe jedoch nun vom Beschwerdeführer zurück mit der Begründung, dieser habe keinen Anspruch auf Übernahme dieser Kosten, weil er es unterlassen habe, vor dem Antritt des Rehabilitationsaufenthaltes die Medgate zu konsultieren.

4.2 Für die Kosten des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik D.\_\_\_\_ ab 18. Dezember 2019 erteilte die Beschwerdegegnerin am 16. Dezember 2019 eine an die Klinik adressierte Kostengutsprache mit Nummer [...]80 (SA 6). Die von der Beschwerdegegnerin eingereichten Akten enthalten ausserdem eine ebenfalls vom 16. Dezember 2019 datierte Kostengutsprache mit der Nummer [...]83, welche an den Beschwerdeführer an dessen Privatadresse gerichtet ist. Darin wird erwähnt, es fehle die Freigabe durch das medizinische Zentrum von Medgate. Ohne eine vorgängige Freigabe könne sie sich nicht an den Kosten beteiligen (SA 7). Der Beschwerdeführer bestreitet, dass diese Kostengutsprache mit der Nummer [...]83 an seiner Privatadresse eingetroffen ist. Weiter weist er darauf hin, dass er dieses Schreiben ohnehin nicht hätte zur Kenntnis nehmen können, da er sich vom

## **E. 7**

bis 18. Dezember 2019 im Universitätsspital C.\_\_\_\_ aufhielt und von dort direkt in den Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_ wechselte. Da das Schreiben nicht eingeschrieben versandt wurde und nach der Rechtsprechung im Zweifelsfall auf die Darstellung des Empfängers abgestellt werden muss, wenn die Tatsache oder das Datum der Zustellung uneingeschriebener Sendungen bestritten wird (BGE 142 IV 125 E. 4.3 S. 128, 136 V 295 E. 5.9 S. 309; Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2020 vom 24. November 2020 E. 4), ist davon auszugehen, dass das Schreiben den Beschwerdeführer weder in der Klinik erreichte noch an dessen Privatadresse eintraf. Daher konnte er es auch nicht zur Kenntnis nehmen, als er sich, wie aus den eingeholten Akten der Klinik hervorgeht, am 21. Dezember 2019 mit ärztlicher Erlaubnis nach Hause begab, um Kleider zu holen (vgl. A.S. 66).

## **5.**

5.1 Wie sich aus den beim Universitätsspital C.\_\_\_\_ eingeholten Unterlagen ergibt, stellte dieses am 12. Dezember 2019 eine «Ärztliche Verordnung für eine stationäre Rehabilitation» aus, welche entweder in der Klinik D.\_\_\_\_ oder in [...] stattfinden sollte. Gemäss handschriftlichem Vermerk wurde das Dokument am 13. Dezember 2019 an die Krankenkasse versandt. Offenbar als Reaktion darauf erteilte die Beschwerdegegnerin am 16. Dezember 2019 die Kostengutsprache Nr. [...]80, gerichtet an die Klinik D.\_\_\_\_, für einen Aufenthalt vom 18. bis 31. Dezember 2019 (SA 6 S. 1). Es stellt sich somit die Frage, ob die Obliegenheit des Beschwerdeführers, die Medgate zu konsultieren, deshalb entfällt,

weil die Beschwerdegegnerin der Klinik D.\_\_\_\_ am 16. Dezember 2019 Kostengutsprache für den Rehabilitationsaufenthalt des Beschwerdeführers erteilte.

5.2 Nach der Rechtsprechung entfaltet die Kostengutsprache, die dem Spital erteilt wird, nur in Ausnahmefällen Rechtswirkungen gegenüber der versicherten Person. Das Bundesgericht geht davon aus, die Kostengutsprache habe lediglich die Wirkung, gegenüber dem Spital den tiers payant zu bestätigen, und entfalte keine Verbindlichkeit gegenüber dem Patienten (BGE 111 V 28 E. 3 f. S. 31 f, 112 V 188 E. 1 S. 190; 132 V 18 E. 7 S. 26; Urteile des Bundesgerichts 9C\_61/2009 vom 16. Juli 2009 E. 5.2.1 und K 95/06 vom 29. November 2006 E. 3 und 4; Eva Druey Just, Die Kostengutsprache der Krankenversicherung ■ was bedeutet sie, und was nicht?, in: Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2019, Zürich/St. Gallen 2020, S. 129 ff., 138). Allerdings können besondere Umstände im Einzelfall dazu führen, dass die gegenüber der Heilanstalt erteilte Kostengutsprache die Bedeutung eines definitiven Leistungsversprechens gegenüber der versicherten Person erhält. Die entsprechenden Hürden sind allerdings sehr hoch. Das Bundesgericht hat solche besonderen Umstände selbst in einem Fall verneint, in dem die an das Spital adressierte Kostengutsprache der versicherten Person persönlich ausgehändigt worden war (vgl. BGE 111 V 28 E. 4 S. 31 f.).

5.3 Hier bestehen keine Anhaltspunkte für besondere Umstände, wie sie gemäss der zitierten Rechtsprechung erforderlich wären, um die Verbindlichkeit der Kostengutsprache im Verhältnis zwischen der Beschwerdegegnerin und dem Beschwerdeführer zu begründen. Die Kostengutsprache Nr. [...]80 vom 16. Dezember 2019 (SA 5), mit der die Beschwerdegegnerin gegenüber der Klinik D.\_\_\_\_ die Kostenübernahme bestätigte, war an die Klinik adressiert und wurde auch dieser zugestellt. Es ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer vor dem Antritt des Rehabilitationsaufenthalts über diese Kostengutsprache informiert worden wäre. Wenn er in der Beschwerde geltend machen lässt, diese Kostengutsprache sei in den Akten der Beschwerdegegnerin nicht vorhanden gewesen und er habe sie direkt von der Klinik erhalten (vgl. A.S. 9), deutet dies eher auf eine später erfolgte Kenntnisnahme hin. Selbst wenn er bereits zu Beginn des Aufenthalts von der Kostengutsprache an die Klinik Kenntnis erhalten hätte, wäre dies nach der Rechtsprechung nicht entscheidend, da eine allfällige irrtümliche Auffassung über die rechtliche Bedeutung dieser Kostengutsprache rechtsprechungsgemäss nicht von der Krankenversicherung zu vertreten wäre (vgl. BGE 111 V 28 E. 4 S. 32). Es kommt hinzu, dass sich die Kostengutsprache gegenüber der Klinik nur auf Umstände beziehen konnte, welche in diesem Verhältnis relevant sind. Dazu gehören spezifische Leistungsvoraussetzungen, welche aufgrund eines besonderen, von der versicherten Person gewählten Versicherungsmodells (wie hier Medgate) bestehen, gerade nicht.

5.4 Nach dem Gesagten entfaltet die gegenüber dem Leistungserbringer erteilte Kostengutsprache keine Wirkung gegenüber dem Beschwerdeführer. Umgekehrt verhält es sich auch nicht so, dass diese Kostengutsprache «aufgehoben» wird, wenn der Versicherer die Kostenübernahme im Verhältnis zur versicherten Person verweigert. Daher kann es für die hier zu beurteilende Frage nicht entscheidend sein, ob die Kostengutsprache an den Leistungserbringer üblicherweise einen Hinweis auf eine ausgebliebene Medgate-Kontaktierung enthält oder nicht. Eine Verletzung der Aufklärungspflicht nach Art. 27 Abs. 2 ATSG durch die Beschwerdegegnerin ist ebenfalls nicht ersichtlich, denn nach dem SanaCall-System hat die versicherte Person in jedem Fall von sich aus an die Medgate AG zu gelangen. Dies geht aus dem entsprechenden Reglement

unmissverständlich hervor (vgl. E. II. 2.5.2 hiervor).

5.5 Zusammenfassend kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, soweit er sich auf die der Klinik erteilte Kostengutsprache beruft.

6. Zu prüfen bleibt, ob der angefochtene Einspracheentscheid aus anderen Gründen als unrechtmässig zu gelten hat. Der Beschwerdeführer bringt mehrere weitere Argumente vor.

6.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, aus der Kostengutsprache, welche die Beschwerdegegnerin am 16. Dezember 2019 gegenüber der Klinik D.\_\_\_\_ erteilte, ergebe sich, dass zwar nicht er, aber doch eine Drittperson in seinem Namen an die Beschwerdegegnerin gelangt sei (vgl. Beschwerde, S. 6 oben). Aufgrund dieser Anfrage habe sich der vertrauensärztliche Dienst der Beschwerdegegnerin mit der Frage befasst, ob der Rehabilitationsaufenthalt indiziert sei. Wenn sich der Beschwerdeführer wie im Reglement vorgesehen telefonisch an die Medgate AG gewandt hätte, hätte diese, so der Beschwerdeführer weiter, die entsprechenden Informationen ebenfalls an den vertrauensärztlichen Dienst weitergeleitet und dieser hätte anschliessend über die Kostentragung entschieden. Der vertrauensärztliche Dienst sei demnach gegenüber die Medgate AG die «übergeordnete Instanz». Da der vertrauensärztliche Dienst bereits im Rahmen der Kostengutsprache gegenüber der Klinik mit der Sache befasst gewesen sei, habe sich eine Meldung des Beschwerdeführers erübrigt.

Wollte man dieser Argumentation folgen, hätte dies, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darlegt, zur Folge, dass das «Telemedizin-Modell» überall dort, wo dem Leistungserbringer im System des tiers payant eine Kostengutsprache erteilt wird, obsolet würde. Die Verpflichtung, vor einer Behandlung telefonisch an die Medgate zu gelangen, würde bei sämtlichen stationären Aufenthalten, für die der entsprechenden Klinik vorgängig Kostengutsprache erteilt wird, entfallen. Die entsprechende Verpflichtung, welche das einschlägige Reglement gerade auch «vor jedem Eintritt [ ] in einen stationären Leistungserbringer» vorsieht, wäre in diesem Umfang ungültig. Eine solche weitgehende Beschränkung des Modells auf den Bereich der ambulanten Behandlungen lässt sich jedoch aus der gesetzlichen Regelung nicht ableiten. Es erscheint unter dem Aspekt der Kosteneinsparungen, welche mit diesem Modell angestrebt werden, durchaus als sinnvoll, wenn dieses auch und nicht zuletzt bei den oft kostenintensiven stationären Behandlungen zur Anwendung gelangt. Gerade bei einem Rehabilitationsaufenthalt können auch aussermedizinische Aspekte bedeutsam sein.

6.2 Der Beschwerdeführer hat die Medgate AG weder vor oder während des Aufenthalts und der Behandlung im Spital B.\_\_\_\_ noch während der Hospitalisation im Universitätsspital C.\_\_\_\_ noch während des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik D.\_\_\_\_ kontaktiert. Damit ist er unabhängig davon, ob man eine einzige Behandlung annimmt oder jeden Aufenthalt separat betrachtet, der Verpflichtung respektive Obliegenheit bei Notfallbehandlungen (Ziffer 7.4 des Reglements SanaCall; E. II. 2.5.3 hiervor) nicht nachgekommen. Deshalb kann ihm nicht gefolgt werden, soweit er sich sinngemäss auf einen Behandlungskomplex beruft und geltend macht, auch im Hausarztmodell sei für einen weiteren Behandlungsschritt keine neue Zustimmung des Hausarztes erforderlich.

6.3 Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe die Klinik D.\_\_\_\_ unvollständig informiert, kann ihm nicht beigeplichtet werden: Wie dargelegt, unterscheidet die Rechtsprechung klar zwischen der Kostengutsprache gegenüber dem Leistungserbringer (hier: der Klinik) und gegenüber der versicherten Person (vgl. E. II. 5.2

hiervor). Im Rahmen einer Kostengutsprache, welche der obligatorische Krankenpflegeversicherer im System des tiers payant gegenüber dem Leistungserbringer abgibt, spielt es nicht in jedem Fall eine entscheidende Rolle, ob die versicherte Person ein besonderes Versicherungsmodell gewählt hat.

7. Es stellt sich weiter die Frage, ob die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers einen Grund bildet, vom Erfordernis der telefonischen Konsultation vor Antritt des Rehabilitationsaufenthalts abzusehen. Die strikte Anwendung der reglementarischen Regelung und die Verhängung der vorgesehenen Sanktion, welche in der Verweigerung der Kostenübernahme besteht, müsste als unverhältnismässig gelten, wenn es dem Beschwerdeführer nicht zumutbar war, die Kontaktierung der Medgate AG selbst vorzunehmen oder durch eine Drittperson vornehmen zu lassen.

7.1 Gegenüber dem Spital gab der Beschwerdeführer als Kontaktperson eine Freundin an, welche in [...] / Deutschland lebt. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass keine Möglichkeit bestand, eine nahestehende Drittperson mit der Kontaktierung der Medgate AG zu beauftragen. Entscheidend ist demnach, ob es dem Beschwerdeführer persönlich aufgrund seines Gesundheitszustandes und mit Blick auf die Umstände möglich gewesen wäre, den Anruf bei Medgate zu tätigen, bevor er am 18. Dezember 2019 den Rehabilitationsaufenthalt antrat. Um dies beurteilen zu können, hat das Gericht die Akten über den Aufenthalt des Beschwerdeführers im Universitätsspital C. \_\_\_ und in der Klinik D. \_\_\_ eingeholt.

## **E. 7.2**

7.2.1 Dem Austrittsbericht des Universitätsspitals C. \_\_\_ vom 18. Dezember 2019 lässt sich zur Vorgeschichte entnehmen, der Beschwerdeführer sei vom 2. bis 4. Dezember 2018 aufgrund einer instabilen Angina pectoris im Spital B. \_\_\_ hospitalisiert gewesen. In diesem Rahmen sei eine Koronarangiographie erfolgt, welche eine schwere koronare 3-Gefässerkrankung mit In-Stent-Restenosen und neuen signifikanten Stenosen von RIVA, RCX, M1 und RCA ohne Interventionsziel gezeigt habe. Aus diesem Grund sei eine Rücksprache mit den Kollegen des Universitätsspitals C. \_\_\_ erfolgt, welche den Beschwerdeführer zur koronaren Bypass-Operation hätten anbieten wollen. Nachdem der Beschwerdeführer nach Hause entlassen worden sei, habe er am 6. Dezember 2019 unter geringer Belastung schwere Thoraxschmerzen entwickelt, welche in Ruhe noch ca. 10 Minuten angehalten hätten. Anschliessend habe er erneute Schmerzen in Ruhe entwickelt, so dass er sich erneut auf der Notfallstation des Spitals B. \_\_\_ vorgestellt habe. Dort hätten sich dynamische EKG-Veränderungen sowie eine Troponinämie von 140 ng/l gezeigt, so dass der Patient zur dringlichen Bypass-Operation in das Universitätsspital C. \_\_\_ verlegt worden sei.

7.2.2 Nach der Verlegung in das Universitätsspital C. \_\_\_ war der Beschwerdeführer vom 7. bis 8. Dezember 2019 auf der dortigen Abteilung Intensivmedizin hospitalisiert. Laut dem Verlegungsbericht vom 8. Dezember 2019 wurde er in hämodynamisch stabilem, kardiopulmonal kompensiertem und beschwerdefreiem Zustand auf die Intensivstation übernommen. Bei leicht hypertensiven Werten sei eine Blutdrucksenkung erfolgt. In Rücksprache mit den Kollegen der Herzchirurgie sei die Bypass-Operation für den 10. Dezember 2019 geplant worden. Man habe den Patienten am 8. Dezember 2018 auf die IMC verlegt.

7.2.3 Aus dem Verlegungsbericht des Universitätsspitals C.\_\_\_\_, Anästhesiologie, Intermediate Care Unit, vom 10. Dezember 2019 geht hervor, dass der Beschwerdeführer vom 8. bis 10. Dezember 2019 dort hospitalisiert war. Anschliessend erfolgte die Verlegung zur operativen Versorgung zurück auf die Intensivmedizin. Am 10. Dezember 2019 wurde der operative Eingriff durchgeführt (koronare Revaskularisation mit LIMA Bypass in situ auf Ramus diagonalis 1, Venensequentialbypass auf RIVP und RPLD sowie Single Venenbypass auf Ramus marginalis mit Minimal ECC mit Basler Mikrokardioplegie. Endoskopische Venenentnahme; vgl. Operationsbericht vom 11. Dezember 2019). Der Verlegungsbericht der Abteilung Intensivmedizin vom 11. Dezember 2019 hält zum anschliessenden Verlauf fest, nach Ausgleich der Metabolik und wenig Volumenssubstitution habe der Beschwerdeführer nach raschem Weaning extubiert werden können, mit gutem Gasaustausch im Anschluss. Die Fördermengen im Kardiotomiereservoir seien gering gewesen. Nach radiologischer Verlaufskontrolle habe die restrosternale und perikardiale Drainage gezogen werden können. Der Pacer im AAI-Modus habe ebenfalls gut ausgeschlichen werden können, so dass man den Patienten bei sonst unauffälliger Überwachung und gutem Allgemeinzustand am 11. Dezember 2019 auf die Normalstation habe verlegen können.

7.2.4 Zum anschliessenden Verlauf lässt sich den Verlaufseinträgen entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 12. Dezember 2019 erklärte, er wünsche eine stationäre kardiale Rehabilitation. Am gleichen Tag wurde er darüber informiert, dass die Anmeldung an die «Zielkliniken» [...] (wie vom Beschwerdeführer bevorzugt) und D.\_\_\_\_ erfolgt sei. Er bestätigte, dass er gerne in eine stationäre Rehabilitation gehen wolle, weil er alleine lebe und keine Familienmitglieder als Ressourcen eingesetzt werden könnten. Die Pflegefachperson habe dem Beschwerdeführer erklärt, dass zurzeit die Kostengutsprache von der Krankenversicherung geprüft werde. In der Visite am Nachmittag wurde der Beschwerdeführer als noch sehr schwach erlebt. Am 13. Dezember 2019 wurde nach der Visite vermerkt, es gehe ganz gut, der Beschwerdeführer habe noch etwas Mühe durchzuatmen. Die Kreislaufwerte waren stabil, der Beschwerdeführer hatte kein Fieber und war selbständig zimmermobil. In den nächsten Tagen wird über einen relativ guten Verlauf berichtet, wobei zwischendurch Husten und Schmerzen bestanden. Am 16. Dezember 2019 stürzte der Beschwerdeführer jedoch in seinem Zimmer und war anschliessend kurze Zeit bewusstlos. Dabei zog er sich eine Rissquetschwunde an der rechten Augenbraue sowie ein Hämatom zu. Die anschliessenden CT-Untersuchungen blieben unauffällig. Am 17. Dezember 2019 fühlte sich der Beschwerdeführer deutlich besser als am Vortag. Am 18. Dezember 2019 erfolgte der Austritt im Universitätsspital C.\_\_\_\_ und der Eintritt in die Klinik D.\_\_\_\_.

7.2.5 Zusammenfassend wurde der Beschwerdeführer am 7. Dezember 2019, nachdem er zuvor bereits wegen seines Herzleidens im Spital B.\_\_\_\_ behandelt worden war, für eine Bypass-Operation in das Universitätsspital C.\_\_\_\_ verlegt. Dort befand er sich zunächst auf der Intensivstation und zwischenzeitlich auf der Anästhesiologie (Intermediate Care Unit). Am 10. Dezember 2019 konnte die Bypass-Operation durchgeführt werden, und am 11. Dezember 2019 erfolgte bei gutem postoperativem Verlauf die Verlegung von der Intensivstation auf die Normalstation. Dort wurde der Beschwerdeführer am 12. Dezember 2019 noch als sehr schwach beschrieben, er äusserte aber bereits den Wunsch nach einer stationären Rehabilitation und wurde noch gleichentags für eine solche angemeldet. In den Folgetagen wird der Verlauf als relativ gut (mit teilweise Husten und Schmerzen)

geschildert, ab dem 13. Dezember 2019 war der Beschwerdeführer selbständig «zimmermobil». Am 16. Dezember 2019 ereignete sich der Vorfall mit dem Sturz. Vor diesem Hintergrund ist es zwar nachvollziehbar, dass für den Beschwerdeführer andere Gedanken im Vordergrund standen. Es lässt sich aber nicht sagen, es sei ihm in der Zeit zwischen der Anmeldung zum Rehabilitationsaufenthalt, welche am 12. Dezember 2019 erfolgte, bis zum Übertritt in die Klinik, der am 18. Dezember 2019 stattfand (es handelt sich um fünf, ohne den 16. Dezember vier volle Tage auf der Normalstation), aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar gewesen, die Medgate AG anzurufen und über den vorgesehenen Rehabilitationsaufenthalt zu informieren. Zur vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang angeführten E-Mail von Dr. med. E.\_\_\_\_, Assistenzarzt beim Universitätsspital C.\_\_\_\_, vom 27. Januar 2020 (Beschwerdebeilage 4) ist zu präzisieren, dass der Arzt geltend macht, der Beschwerdeführer sei vier Tage auf der Intensivstation gewesen, wobei er am vierten Tag operiert worden sei, und es könne in dieser Situation nicht erwartet werden, dass er während dieser Zeit oder am Folgetag (das wäre der 11. Dezember 2019) den Anruf bei der Medgate vornehme. Dies leuchtet zwar ein, hier geht es aber um die anschliessende Woche bis 18. Dezember 2019, welche der Beschwerdeführer auf der Normalstation verbrachte. Wenn Dr. med. E.\_\_\_\_ in der früheren E-Mail-Nachricht vom 24. Januar 2020 (auch in Beschwerdebeilage 4) die Frage stellte, wie denn der Beschwerdeführer während des Aufenthalts auf der Intensivstation hätte Medgate informieren sollen, war ihm offenbar nicht bewusst, dass sich der Beschwerdeführer anschliessend noch eine Woche lang auf der Normalstation aufgehalten hatte. Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die beantragte Einvernahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ als Zeuge.

7.3 Der vorstehend wiedergegebene, aktenkundige Verlauf erlaubt nicht den Schluss, der Beschwerdeführer sei aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage gewesen, in der Zeit zwischen der Anmeldung zum Rehabilitationsaufenthalt, die am 12. Dezember 2019 erfolgte, und dessen Antritt am 18. Dezember 2019 die Medgate AG telefonisch zu konsultieren. Er befand sich zu dieser Zeit auf der Normalstation, war ab 13. Dezember 2019 «zimmermobil» und mit Ausnahme des 16. Dezember 2019, als er einen Sturz erlitt, sind keine weitergehenden Einschränkungen dokumentiert. Es wäre ihm möglich und zumutbar gewesen, den Anruf bei der Medgate AG, der im durch ihn gewählten Versicherungsmodell vorgesehen ist, zu tätigen.

8. Nach dem Gesagten ist der Beschwerdeführer der Obliegenheit, sich vor dem Antritt eines stationären Aufenthalts telefonisch bei der Medgate AG zu melden, nicht nachgekommen. Aus den durch das Gericht beigezogenen Akten, insbesondere jenen des Universitätsspitals C.\_\_\_\_, ergibt sich nicht, dass ihm dies aus gesundheitlichen Gründen unzumutbar gewesen wäre. Damit sind die Voraussetzungen für eine Sanktion gemäss Ziffer 8 des Reglements (E. II. 2.5.4 hiervor) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin war berechtigt, die Übernahme der Kosten des Rehabilitationsaufenthalts (bis Ende 2019) in der Höhe von CHF 3'843.00 zu verweigern. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9. Diese Betrachtungsweise mag als formalistisch erscheinen. Das «telemedizinische» Versicherungsmodell, welches durch den Beschwerdeführer selbst gewählt wurde und zu erheblichen Prämieinsparungen führt, kann jedoch nur dann funktionieren, wenn die Obliegenheit, das Zentrum für Telemedizin zu kontaktieren, streng gehandhabt wird. Sobald in einer Vielzahl von Einzelfällen darüber gestritten werden muss, ob eine solche Kontaktierung nun ■ obwohl keine im Reglement explizit erwähnte Ausnahme vorliegt ■ unterbleiben konnte, weil der Versicherer die Zustimmung ohnehin erteilt hätte oder auf

anderem Weg zu den notwendigen Informationen gelangt ist, wird die mit dem Modell angestrebte Vereinfachung und Kosteneinsparung infrage gestellt.

10.1

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. 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.