

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00116 vom 26. Februar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2014.00116](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2014.00116)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00116 du 26 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00116 del 26 febbraio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1972, war im Jahre 2014 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Arcosana

AG (nachfolgend: CSS) im telemedizinischen Versicherungsmodell Callmed

krankenversichert (Urk. 8/1), als er durch die Ärzte der Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, am 7. Januar 2014 (Septumplastik und einfache Rhinoplastik; Urk. 8/15/2) und anschliessend vom

#### **E. 1.1**

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§

#### **E. 1.2**

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungsrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2). Als Krankheit gilt nach dem Gesetz jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die

eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 und Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG).

#### **E. 1.3**

Nach Art. 41 Abs. 4 KVG und Art. 99 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) können die Versicherten ihr Recht, für ambulante Behandlungen unter zugelassenen Leistungserbringern frei zu wählen (Art. 41 Abs. 1 KVG), im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt. Der Versicherer muss dann (von Ausnahmen abgesehen) nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, wobei die gesetzlichen

Pflichtleistungen in jedem Fall versichert sind. Beansprucht der Versicherte bei einer ambulanten Behandlung aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen von einem im Wahlrecht stehenden Leistungserbringer nicht angeboten werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_325/2015 vom 25. Juni 2015 E. 1.1).

#### **E. 1.4**

Nach Art. 62 Abs. 1 KVG kann der Versicherer die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers vermindern. Gemäss Art. 62 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 90c Abs. 1 KVV beträgt die Prämie in dieser besonderen Versicherungsform mindestens 50 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung für die Prämienregion und Altersgruppe des Versicherten. Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein. Liegen noch keine solchen vor, dürfen die Prämien um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen (Art. 101 Abs. 2 erster und dritter Satz sowie Abs. 3 KVV). Die Prämien müssen durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigt werden (Art. 61 Abs. 5 KVG, Art. 92 Abs. 1 und 4 KVV; Urteile des Bundesgerichts 9C\_8/2014 vom 14. Oktober 2014 E. 3.1 und 9C\_599/2007 vom 18. Dezember 2007 E. 1.1 und E. 2).

#### **E. 1.5**

). 4. 4.1

Der Beschwerdeführer bestreitet nicht, dass er, bevor er durch die Ärzte der Y.\_\_\_\_ am 7. Januar 2014 und durch med. pract . A.\_\_\_\_

in der Zeit vom 6. Februar bis 5. März 2014 ärztlich behandelt wurde, sich nicht mit dem Zentrum für Telemedizin in Verbindung gesetzt hat. Er macht jedoch geltend, dass med. pract . A.\_\_\_\_ die Beschwerdegegnerin vor den streitigen Behandlungen über die Behandlungen in Kenntnis gesetzt habe (Urk. 1 S. 3, Urk.

#### **E. 6**

Februar bis 5. März 2014 durch med. pract . A.\_\_\_\_ (Urk. 8/15/1) ärztlich behandelt wurde. Mit Leistungsabrechnung vom 25. April 2014 (Urk.

8/15/3) forderte die CSS den Versicherten zur Bezahlung der Kosten der Behandlungen durch die Ärzte der Y.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2014 und durch med. pract . A.\_\_\_\_ vom 6. Februar bis 5. März 2014 im Betrag von insgesamt Fr. 4'214.75 auf. Mit Schreiben vom 7. Mai 2014 (Urk. 8/14) lehnte die CSS eine Kostenbeteiligung

an den genannten ab, weil sich der Versicherte nicht vorgängig an ihr Zentrum für Telemedizin gewandt habe. Daran hielt die CSS am 26. Mai 2014 (Urk. 8/12) und am 25. Juni 2014 (Urk. 8/11) fest, worauf der Versicherte am 10. Juli 2014 diesbezüglich den Erlass einer Verfügung beantragte (Urk.

8/10).

Mit Verfügung vom 5. August 2014 ( Urk. 8/6) verpflichtete die CSS den Versicherten zur Rückerstattung der Kosten der Behandlungen durch die Ärzte der Y.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2014 und durch med. pract . A.\_\_\_\_ vom 6. Februar bis 5. März 2014 im Betrag von insgesamt Fr. 4'215.75 (richtig: Fr. 4'214.75). Die vom Versicherten am 25. August 2014 dagegen erhobene Einsprache ( Urk. 8/4), wies die CSS mit Entscheid vom 16. Oktober 2014 ( Urk. 2) ab. 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 16. Oktober 2014 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 14. November 2014 Beschwerde ( Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben, es sei die CSS zu verpflichten, die Kosten der fraglichen Behandlungen im Betrag Fr. 4'214.75 zu übernehmen und es sei festzustellen, dass er nicht zur Rückerstattung im Betrag Fr. 4'214.75 verpflichtet sei (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Dezember 2014 ( Urk. 7) beantragte die CSS die Abweisung der Beschwerde (S. 2).

Mit Replik vom 20. April 2015 ( Urk. 14) hielt der Beschwerdeführer an seinem beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren fest. Mit Duplik vom 12. Mai 2015 ( Urk. 17) hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Eine Kopie dieser Eingabe wurde dem Beschwerdeführer am 13. Mai 2015 zugestellt ( Urk. 18 ). Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 11**

Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

#### **E. 14**

S. 2) dar. Denn dabei handelt es sich gerade um den Kern des vorliegenden besonderen Versicherungsmodells. Dies gilt umso mehr, als Notfälle, gynäkologische und augenärztliche Leistungen sowie verordnete Physiotherapien, Ergotherapien, Logopädien, Ernährungsberatungen und Leistungen von Hebammen und Zahnärzten davon ausgeklammert bleiben ( vorstehend E. 2.3 ).

Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

Der Einzelrichter erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Thomas Hiestand - Arcosana AG  
- Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der EinzelrichterDer Gerichtsschreiber MosimannVolz

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