Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 58/02

Urteil vom 6. Februar 2003
III. Kammer

Besetzung
Präsident Borella, Bundesrichter Meyer und Kernen; Gerichtsschreiber Nussbaumer

Parteien
H._____, 1984, Beschwerdeführerin, vertreten durch ihren Vater X._____,

gegen

Innova Krankenversicherungen AG, Direktion, Bahnhofstrasse 4, 3073 Gümligen, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Bern

(Entscheid vom 8. April 2002)

Sachverhalt:
A.
H._____ (geboren 1984) ist bei der Innova Krankenversicherungen AG nach dem Hausarztmodell "CASANOVA" obligatorisch gegen die Folgen von Krankheit versichert. Anlässlich einer schulärztlichen Untersuchung am 17. Mai 2001 stellte Dr. med. B._____, Spezialarzt FMH für Pädiatrie, eine Rückenproblematik fest und überwies H._____ an Dr. med. J._____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Am 25. Mai 2001 fand die erste Konsultation bei Dr. med. J._____ statt, ohne dass H._____ vorgängig ihren Hausarzt Dr. med. Y._____ beigezogen hätte. Dr. med. J._____ überwies H._____ seinerseits an den Physiotherapeuten K._____. Die Krankenkasse verweigerte mit Verfügung vom 20. November 2001 die Rückerstattung der Behandlungskosten des Dr. med. J._____ (Fr. 1012.20), des Physiotherapeuten K._____ (Fr. 433.20) sowie die Kosten für eine dermatologische Behandlung bei Dr. med. G._____ (Fr. 369.40), da die Versicherte die behandelnden Spezialisten ohne vorherige Konsultation des Hausarztes aufgesucht habe. An diesem Standpunkt hielt sie mit Einspracheentscheid vom 18. Januar 2002 fest.
B.
Die hiegegen vom Vater der H._____ erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 8. April 2002 ab, soweit es darauf eintrat.
C.
H._____ lässt durch ihren Vater Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Antrag, die Kosten der Weiterbehandlung (Rückenspezialist, Physiotherapeut, Medikamente) von insgesamt Fr. 2841.95 seien entweder durch die Krankenkasse, den schulärztlichen Dienst der Stadt Bern oder durch die Gesundheitsbehörde des Kantons oder der Stadt Bern zu übernehmen.

Die Innova Krankenversicherungen AG schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das kan-

tonale Gericht und das Bundesamt für Sozialversicherung verzichten auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
1.1 Gemäss Art. 128 OG beurteilt das Eidgenössische Versicherungsgericht letztinstanzlich Verwaltungsgerichtsbeschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 97, 98 lit. b-h und 98a OG auf dem Gebiet der Sozialversicherung. Hinsichtlich des Begriffs der mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde anfechtbaren Verfügungen verweist Art. 97 OG auf Art. 5 VwVG. Nach Art. 5 Abs. 1 VwVG gelten als Verfügungen Anordnungen der Behörden im Einzelfall, die sich auf öffentliches Recht des Bundes stützen (und im Übrigen noch weitere, nach dem Verfügungsgegenstand näher umschriebene Voraussetzungen erfüllen).
1.2 Soweit mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wegen behaupteter Verletzung von Informationspflichten eine Aufteilung der entstandenen Kosten auf Drittbeteiligte (Stadt Bern, Kanton Bern) beantragt wird, ist darauf mangels Zuständigkeit des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht einzutreten (Art. 128 OG). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat einzig zu prüfen, ob die Krankenkasse der Beschwerdeführerin leistungspflichtig ist. Zu Recht ist daher auch das kantonale Gericht in diesem Punkt auf die vorinstanzliche Beschwerde nicht eingetreten.
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 (erster Satz). Sie können laut Art. 41 Abs. 4 KVG 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 in diesem Fall nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, wobei Art. 41 Abs. 2 KVG sinngemäss gilt. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.
Im Rahmen von Art. 41 Abs. 4 KVG sind besondere Versicherungsformen zulässig, wie beispielsweise die HMO-Gesundheitszentren und die Hausarztmodelle. Mit dem Hausarztmodell verpflichten sich die Versicherten, aus einer vom Versicherer beschränkten Anzahl Allgemeinpraktiker ihren Hausarzt zu wählen. Diese sind für sie immer die erste Anlaufstelle für medizinische Dienstleistungen. Sie übernehmen die medizinische Grundversorgung ihrer Patienten und überweisen sie, falls medizinisch angezeigt, an Spezialisten oder an Spitäler. Die Patienten müssen dabei - ausgenommen Notfälle - zwingend zuerst zum Hausarzt (RKUV 2000 Nr. KV 108 S. 74 mit Hinweis auf Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 195 Rz 355 f.).
2.2 Sinn und Zweck der in Art. 41 Abs. 4 KVG geregelten Einschränkung der freien Wahl des Leistungserbringers liegen darin, dass im Sinne einer Kosteneindämmungsmassnahme Versicherer für Versicherte, die bereit sind, sich bei der Wahl des Leistungserbringers einzuschränken, eine Prämienreduktion gewähren können (Art. 62 Abs. 1 KVG). Dadurch können Versicherer mit ausgewählten, besonders kostengünstigen Leistungserbringern Verträge abschliessen und ihren Versicherten - die bereit sein müssen, sich auf diese Leistungserbringer zu beschränken - eine tiefere Prämie anbieten (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 128). Wie Art. 41 Abs. 4 zweiter Satz KVG unmissverständlich festhält, muss der Versicherer nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. Der Leistungskatalog darf bei diesen Leistungserbringern jedoch weder erweitert (Art. 34 Abs. 1 KVG) noch eingeschränkt werden (Art. 41 Abs. 4 letzter Satz KVG; vgl. Eugster, a.a.O., S. 194 Rz 354). Soweit Art. 41 Abs. 4 letzter Satz KVG bestimmt, dass die gesetzlichen Pflichtleistungen in jedem Fall versichert sind, so bedeutet dies, dass die gesetzlichen Pflichtleistungen durch den
von der Krankenkasse ausgewählten Leistungserbringer erbracht werden, sofern dieser nicht eine Überweisung veranlasst hat. Bei Drittleistungserbringern sind die Pflichtleistungen als solche nur dann nicht tangiert, wenn die Überweisung durch den Hausarzt erfolgt ist.
3.
3.1 Die Beschwerdeführerin ist bei ihrer Krankenkasse nach Massgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) CASA-NOVA obligatorisch für Krankenpflege versichert. Es handelt sich um eine gestützt auf Art. 41 Abs. 4 KVG abgeschlossene Hausarztversicherung (Art. 1 Ziff. 1 AVB). Im Abschnitt C mit dem Titel "Grundzüge und Leistungsumfang" hält Art. 8 Abs. 1 - unter Vorbehalt der in Abs. 1 Ziff. 1 - 3 abschliessend normierten Spezialfälle - den Grundsatz fest, dass für die ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlung

sowie die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln immer zuerst der Hausarzt beizuziehen ist, sofern die AVB nichts anderes vorsehen (Satz 1). Er weist die Versicherten bei Bedarf Spezialisten oder medizinischen Hilfspersonen zu oder veranlasst stationäre Leistungen (Satz 2). Für jede Weiterverweisung ist den Versicherten vom Hausarzt ein schriftlicher Überweisungsauftrag auszustellen (Satz 3). Abschnitt F. (Verletzung von Mitwirkungspflichten und Sanktionen) hält fest:
"1. Verletzen die Versicherten ihre Mitwirkungspflichten, entfällt die Leistungspflicht für Behandlungskosten. Vorbehalten bleibt der Nachweis der Versicherten, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht aus entschuldbaren Gründen erfolgt.

2. In gravierenden Fällen kann die innova die Versicherten auf bestimmte Zeit aus dem Hausarztsystem ausschliessen und wieder in die obligatorische Krankenpflegeversicherung umteilen.
3. Behandlungen ohne Überweisungsauftrag gemäss Art. 14 gehen voll zu Lasten der Versicherten. Rückwirkend ausgestellte Überweisungen oder nicht termingerecht eingereichte Überweisungen werden nicht anerkannt."
3.2 Angesichts dieser klaren und unmissverständlichen AVB-Bestimmungen, die sich auf Art. 41 Abs. 4 KVG stützen, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Vergütung der strittigen Behandlungskosten 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.
3.3 Die Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, soweit sie nicht ohnehin unzulässig oder unbehelflich sind, verkennen diese klare Rechtslage. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin als Ergebnis der obligatorischen kostenlosen schulärztlichen Untersuchung von Dr. med. B._____ an Dr. med. J._____ verwiesen wurde, ändert ebensowenig wie der Umstand, dass es sich bei Dr. med. B._____ um einen Vertragsarzt der Beschwerdegegnerin handelt. Insbesondere kann darin nicht ein entschuldbarer Grund im Sinne von Ziff. 1 in fine des Abschnittes F. der AVB gesehen werden. Anders wäre - allenfalls - dann zu entscheiden, wenn die aus der schulärztlichen Untersuchung resultierende Folgebehandlung zwingend durch den Schularzt oder bei demjenigen Arzt hätte stattfinden müssen, an welchen der Schularzt die Versicherte überwies. Eine solche Behandlungspflicht lässt sich weder dem Bundes- noch dem kantonalen Recht entnehmen. Vielmehr steht es den Eltern der Schüler frei, die vom Schularzt angeordnete Behandlung (oder weitere Abklärungsmassnahmen) bei einem anderen Arzt ihres Vertrauens vornehmen zu lassen (Art. 16 Abs. 2 der bernischen Verordnung über den schulärztlichen Dienst vom 8. Juni 1994). Die weiteren Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, insbesondere die im Zusammenhang mit der angeblich ungenügenden Prämienreduktion angestellten (Kosten)Überlegungen, haben mit der Sache ebenfalls nichts zu tun, sondern können allenfalls Anlass geben, nach Massgabe von Art. 7 AVB aus der Hausarztversicherung auszutreten.
Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.

Luzern, 6. Februar 2003
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der III. Kammer: Der Gerichtsschreiber: