

Rechnungsstellung für Familienangehörige

1. Vorbemerkungen

Die Kassen müssen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung auch für ärztliche Leistungen aufkommen, die Ehegatten einander oder Eltern einem Kind erbringen. Solche Behandlungen gehören laut zwei neuen Urteilen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) entgegen der von der Krankenkasse Visana vertretenen Auffassung nicht zu den familienrechtlichen Unterhaltspflichten.

Ein selbst praktizierender Arzt hatte sich von seiner Ehefrau und Praxispartnerin wegen Infektionen, Venenleiden und anderen Krankheiten behandeln lassen. Er wollte sich den Rechnungsbetrag von insgesamt Fr. 4'670.25 von der Krankenversicherung zurückerstatten lassen. Die Visana übernahm lediglich die Kosten für Labor, Röntgen, Material und Medikamente; sie weigerte sich, die Behandlungskosten in Höhe von ca. Fr. 2'000.-- zu vergüten mit der Begründung, dass derartige ärztliche Behandlungen unter Ehegatten im Rahmen der familienrechtlichen Beistands- und Unterhaltspflicht erfolgten. Diese Auffassung wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons C bestätigt. Das EVG hat eine dagegen eingereichte Verwaltungsgerichtsbeschwerde des Versicherten gutgeheissen. Nach dem neuen Leiturteil gehört die Bezahlung der Beiträge an die Sozialversicherungen zu den Unterhaltspflichten der Ehegatten (Art. 163 Zivilgesetzbuch). Im System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird dieser Unterhalt durch die Zahlung der Krankenkassenprämien sowie des Selbstbehalts und der Franchise geleistet. Darüber hinaus kann von einem verheirateten Arzt nicht verlangt werden, sei-

nem Ehepartner auch noch unentgeltlich medizinische Leistungen zu erbringen, die durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt sind. Anders würde es sich aus Sicht des EVG verhalten, «wenn kein Versicherungsobligatorium bestünde und die Eheleute es vorgezogen hätten, statt eine Krankenversicherung abzuschliessen, die ärztliche Versorgung gegenseitig sicherzustellen». Das Urteil weist im übrigen darauf hin, dass das Krankenversicherungsgesetz die ärztliche Behandlung eines Ehegatten durch den anderen in keiner Weise ausschliesst, so dass auch hier das Recht auf freie Arztwahl zum Tragen kommt (Art. 41 KVG). Allerdings verkennt das EVG nicht, dass jemand eher geneigt sein könnte, ärztliche Hilfe zulasten der Krankenkasse in Anspruch zu nehmen, wenn diese durch den eigenen Ehepartner erbracht wird. Zudem möge für diesen auch ein gewisser Anreiz bestehen, die Behandlung über das notwendige Mass auszudehnen, weil damit ein Erwerb erzielt wird, der beiden Gatten zugute kommt. Dem kann der Krankenversicherer jedoch durch eine Intensivierung der Kontrollen Rechnung tragen.

In einem über weite Teile praktisch gleich begründeten Urteil bejaht das EVG auch im Falle eines von seiner eigenen Mutter ärztlich behandelten Kindes die Pflicht der Kasse zur Übernahme der Kosten. Eine rechtliche Nuance zwischen den beiden Urteilen besteht einzig in der Frage der Gültigkeit des Rechtsgeschäfts, das der ärztlichen Behandlung zugrunde liegt. Im Falle von Ehegatten wird dargelegt, dass und weshalb «sich ein Ehegatte rechtsgeschäftlich statt von einem anderen Arzt vom eigenen Ehegatten behandeln lassen kann». Im Zusammenhang mit der Behandlung des Kindes durch seine Mutter besteht die Problematik, dass die Eltern als gesetzliche Vertreter des Kindes gewissermassen sich selbst den Behandlungsauftrag erteilen (Selbstkontrahieren). Dieser Vorgang ist indes nicht zu beanstanden, weil das Kind durch das Vertragsverhältnis nur begünstigt, aber nicht verpflichtet wird.

Es wird im übrigen auf den nachfolgenden Wortlaut der beiden Urteile verwiesen.

2. K 63 / 99 Urteil des EVG vom 20. Dezember 1999

A. - Dr. med. X. ist praktizierender Arzt und liess sich in der Zeit vom 31. Dezember 1997 bis 31. Mai 1998 von seiner Ehefrau und Praxispartnerin, Dr. med. Y., wegen Infektionen, Krankheiten des Bewegungsapparates und Venenleiden behandeln. Von den dafür insgesamt von der Ehefrau in Rechnung gestellten Fr. 4'670.25 anerkannte die Visana, bei welcher X. krankenpflegeversichert war, die Kosten für Labor, Röntgen, Material und Medikamente als kostenpflichtig und erstattete den Betrag von Fr. 2'627.75 zurück. Mit Verfügung vom 21. September 1998 lehnte sie die Übernahme weiterer Kosten für diese Behandlung ab. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 20. November 1998 fest.

B.- Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons C mit Entscheid vom 11. Mai 1999 ab.

C.- Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde hält X. an seinem Begehren um Vergütung des ganzen in Rechnung gestellten Betrages durch die Visana fest. Eventualiter verlangt er zumindest die Rückerstattung für jene ärztlichen Bemühungen, die mit der Infusionsbehandlung in Zusammenhang standen.

Die Visana beantragt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung verzichtet auf eine Stellungnahme.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.- Streitig und zu prüfen ist, ob und bejahendenfalls inwieweit die Krankenversicherung die medizinischen Leistungen, die eine Ärztin oder ein Arzt ihrem Ehepartner oder ihrer Ehepartnerin erbringt, zu übernehmen hat.

2.- a) Die Visana hat vorliegend die Kosten für Labor, Röntgen, Material und Medikamente zurückerstattet und darauf hingewiesen, dass die Behandlung an sich, da sie nicht über eine normale Routineangelegenheit hinausgegangen sei, im Rahmen der familienrechtlichen Beistands- und Unterhaltspflicht erfolgt sei.

b) Die Vorinstanz hat die Auffassung der Krankenkasse im Ergebnis bestätigt und festgehalten, dass im vorliegenden Fall die Rückerstattung der Kassenleistung nach dem System des Tiers garant erfolge und nur in Frage komme, wenn der Ehegattin als Leistungserbringerin des Versicherten ein Honoraranspruch entstanden sei. Gesundheitskosten für geläufige Krankheiten, zahnärztliche Behandlung, Kontrollen, Operationen, mit denen man rechnen müsste, gehörten grundsätzlich zum Familienbudget. Solche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten Behandlungskosten seien zum gebührenden Familienunterhalt nach Art. 163 ZGB zu zählen. Die Ehegattin des Versicherten habe vorliegend solche Leistungen erbracht, weshalb ihr mit Ausnahme der Kosten für Labor, Röntgen, Medikamente und Kompressionsstrümpfe gegenüber dem Ehemann kein Honoraranspruch entstanden sei.

c) Der Beschwerdeführer macht geltend, auf Grund des Rechts zur freien Arztwahl habe er sich durch seine Ehepartnerin behandeln lassen. Die intravenöse Infusionsbehandlung stelle keinesfalls eine normale Routineangelegenheit dar. Deren Durchführung habe jeweils einen Zeitaufwand von gut einer Stunde beansprucht. Damit kein Arbeitsausfall entstehe, seien die ärztlichen Leistungen abends nach Praxisschluss erbracht worden, wobei die in dieser Zeit sonst anfallenden administrativen und organisatorischen Arbeiten nicht hätten erledigt werden können. Vor der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes habe er bei der Kollektivversicherung für Ärzte einen Passus eingebaut gehabt, wonach die Behandlung von Familienangehörigen nicht leistungspflichtig sei. Diese Einschränkung sei mit einer Prämienreduktion verbunden gewesen. Heute könnten für die Grundversicherung keine Rabatte mehr gewährt werden. Es sei auch aus diesem Grund nicht einzusehen, weshalb die ärztliche Behandlung von Familienangehörigen leistungsmässig schlechter gestellt werden sollte. Die Auffassung, wonach eine Behandlung, die aus der obligatorischen Grundversicherung gedeckt sei, zum gebührenden Familienunterhalt gehören sollte, sei aus der Luft gegriffen.

3.- a) Wie die Vorinstanz erwogen hat, übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG]). Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden gemäss Art. 42 KVG die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung, wobei sie gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (im Sinne der Erstattung oder Vergütung) haben (System des Tiers garant). Ein Anspruch auf Erstattung des Honorars eines freipraktizierenden Leistungserbringers durch den Versicherer besteht jedoch nur, wenn eine solche Honorarforderung nach den zivilrechtlichen Voraussetzungen gegeben ist (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Rz 327 Fn. 787). Das kantonale Gericht hat daher zu Recht geprüft, ob der Leistungserbringerin vorliegend gegenüber dem Beschwerdeführer ein Honoraranspruch entstanden ist.

b) Zutreffend ist, dass gemäss Art. 163 Abs. 1 ZGB die Ehegatten gemeinsam, ein jeder nach seinen Kräften, für den gebührenden Unterhalt der Familie sorgen. Die Bezahlung von Beiträgen an die Sozialversicherungen gehört zu diesem gebührenden Unterhalt (Bräm/Hasenböhler, Zürcher Kommentar, N 34 zu Art. 163 ZGB). Mit der Argumentation, wonach die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten Behandlungskosten zum gebührenden Familienunterhalt gemäss Art. 163 ZGB zu zählen seien, verkennt die Vorinstanz, dass dieser Unterhalt in einer Rechtsordnung mit dem System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche die fraglichen Leistungen abdeckt, durch die Bezahlung der Versicherungsprämien und der Kosten des Selbstbehaltes sowie der Franchise geleistet wird. Dafür, dass die Bezahlung der Prämien und der andern erwähnten Kosten durch den Versicherten und seine Ehefrau zu irgendwelchen Schwierigkeiten geführt hätte, sind keine Anhaltspunkte ersichtlich. Von der Ehegattin kann deshalb unter dem Gesichtswinkel der familienrechtlichen Unterhaltspflicht nicht gefordert werden, dass sie die ärztliche Behandlung für ihren Ehemann neben der gemeinsamen Tragung der Prämien und übrigen Kosten leiste. Zum Unterhalt nach Art. 163 ZGB gehören zwar auch die Gesundheitskosten; mit dem Versicherungsobligatorium ist aber die Frage, inwieweit medizinische Behandlungen zum Unterhalt zu zählen sind, weitgehend hinfällig geworden (Hausheer/Reusser/Geiser,

Berner Kommentar, N 16a zu Art. 163 ZGB). Soweit somit als Beitragsart die ärztliche Behandlung des einen Ehegatten durch den andern genannt wird (Hauheer/Reusser/Geiser, a.a.O., N 34 zu Art. 163 ZGB), können folglich diejenigen Behandlungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind, nicht gemeint sein. Abgesehen davon wäre kein Grund ersichtlich, der Ehefrau nur ihre Dienstleistungen unter dem Titel der Unterhaltspflicht zuzumuten, nicht aber die Bezahlung der Kosten für Labor, Röntgen und die andern erwähnten Kosten, wie es der Auffassung der Krankenkasse und der Vorinstanz entspricht. Hätte sie nämlich für die Gesundheitspflege ihres Ehemannes im Rahmen der Unterhaltspflicht aufzukommen, so wäre nicht einzusehen, weshalb sie nur ärztliche Dienstleistungen zu erbringen, nicht aber für die erwähnten Kosten aufzukommen hätte.

Anders wäre es zu halten, wenn kein Versicherungsobligatorium bestünde und die Eheleute es vorgezogen hätten, statt eine Krankenversicherung abzuschliessen die ärztliche Versorgung gegenseitig sicherzustellen. Dieser Frage ist indessen, da sie sich nicht stellt, nicht weiter nachzugehen. Nicht stichhaltig ist schliesslich der Hinweis der Vorinstanz auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach dem Ehemann, der als Anwalt seine Ehefrau im Prozess vertritt, grundsätzlich kein Anspruch auf Parteientschädigung zuzuerkennen sei (nicht publizierte Erw. 6 des Urteils BGE 118 V 35 mit Hinweis auf ZAK 1985 S. 472 Erw. 4). Die Kosten einer Rechtsvertretung sind in vielen Fällen nicht versichert, sodass im Rahmen der Unterhaltspflicht die Vertretung entweder durch Naturalleistung in Form der Vertretung durch den Ehemann oder durch Finanzierung der Kosten der Vertretung durch einen andern Anwalt zu gewährleisten ist.

4.- Zu prüfen ist des Weiteren, ob sich der Versicherte statt von einem andern Arzt von seiner Ehefrau zu Lasten der Krankenversicherung behandeln lassen kann.

a) Nach Art. 168 ZGB kann jeder Ehegatte mit dem andern Ehegatten oder mit Dritten Rechtsgeschäfte abschliessen, sofern das Gesetz nichts anderes bestimmt. Diese Bestimmung gewährt den Ehegatten privatautonome Gestaltungsfreiheit. Nur deshalb, weil jemand verheiratet ist, soll ihm nicht der Zugang zu Rechtsgeschäften verwehrt sein, die an sich jede Person abschliessen kann (Bräm/Hasenböhler, a.a.O., N 1 zu Art. 168 ZGB). Weder, wie dargelegt, im Eherecht noch sonstwo finden sich Bestim-

mungen, die es verbieten würden, dass sich ein Ehegatte rechtsgeschäftlich statt von einem andern Arzt vom eigenen Ehegatten behandeln lassen kann. Dass die dafür gewöhnlich gewählte Form des Auftrages in Art. 165 Abs. 3 ZGB nicht erwähnt ist, ist ohne Belang, weil die Aufzählung nicht abschliessend ist (Bräm/Hasenböhler, a.a.O., N 65 und 81 zu Art. 165 ZGB). Liegt aber den ärztlichen Bemühungen der Ehegattin des Versicherten ein Rechtsverhältnis zu Grunde, so ist nicht weiter danach zu suchen, ob ihr ein Entschädigungsanspruch nach Art. 165 ZGB zukommt, weil diese Regelung nur subsidiär anzuwenden ist (Hausheer/Reusser/Geiser, a.a.O., N 38 zu Art. 165 ZGB).

b) Art. 41 KVG garantiert den Versicherten freie Arztwahl. Diese Bestimmung sieht in keiner Weise eine Einschränkung dahingehend vor, dass ein Ehegatte als Arzt nicht den eigenen Ehegatten bezeichnen könnte.

5.- Es ist nicht zu verkennen, dass jemand, der sich zu Lasten der Krankenversicherung durch seinen Ehegatten behandeln lassen kann, eventuell eher geneigt ist, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, als wenn er einen andern Arzt aufsuchen müsste. Es mag für die Ehegatten auch ein gewisser Anreiz gegeben sein, die Behandlung über das notwendige Mass auszudehnen, weil der behandelnde Ehegatte damit einen Erwerb erzielt, der beiden Ehegatten zugute kommen kann. Dem Krankenversicherer bleibt es indessen unbenommen, die Kontrollmöglichkeiten in solchen Fällen zu intensivieren.

6.- Zusammengefasst steht es dem Beschwerdeführer frei, sich von seiner Ehefrau ärztlich versorgen zu lassen. Da den entsprechenden medizinischen Leistungen ein Rechtsverhältnis zu Grunde liegt und in einer Rechtsordnung mit dem System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht verlangt werden kann, dass unter dem Gesichtswinkel der familienrechtlichen Unterhaltspflicht die ärztliche Behandlung neben der gemeinsamen Tragung der Prämien und übrigen Kosten geleistet wird, ist der Leistungserbringerin gegenüber dem Beschwerdeführer auch für die Kosten der Behandlung an sich ein Honoraranspruch entstanden, wobei dem Versicherten grundsätzlich ein Anspruch auf Rückerstattung gegenüber dem Versicherer zusteht. Dem Krankenversicherer obliegt die massliche Überprüfung der Forderung.

2. K 97 / 99 Urteil des EVG vom 20. Dezember 1999

A.- Die 1989 geborene X. wurde in der Zeit vom 18. Dezember 1997 bis 19. April 1998 von ihrer Mutter und praktizierenden Ärztin, Dr. med. Y., wegen Lungenleiden, Allergie und Infektion behandelt. Von den dafür insgesamt in Rechnung gestellten Fr. 943.10 erstattete die Visana, bei welcher X. krankenkpflegeversichert war, den Betrag von Fr. 245.60 zurück. Mit Verfügung vom 15. Juli 1998 lehnte sie die Übernahme weiterer Kosten für diese Behandlung, insbesondere auch die Kostenbeteiligung an den mil-bendichten Med-Tex-Bettbezügen ab. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 30. Oktober 1998 fest.

B.- Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons C mit Entscheid vom 30. Juni 1999 ab.

C.- Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragen Y. und Z., die Eltern von X., die Verpflichtung der Visana zur Erfüllung ihrer Leistungspflicht für die durchgeführte ärztliche Behandlung gemäss Tarif des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), eventualiter die Verpflichtung der Krankenkasse zur Vergütung der ärztlichen Leistung ohne Hilfsmittel und subeventualiter die Verpflichtung zur Vergütung der Hilfsmittel ohne die ärztliche Leistung.

Die Visana schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat sich nicht vernehmen lassen.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.- Streitig und zu prüfen ist, ob und bejahendenfalls inwieweit die Krankenversicherung für die medizinischen Leistungen, die eine Ärztin oder ein Arzt dem eigenen Kind erbringt, aufzukommen hat.

2.- a) Die Visana hat vorliegend die Kosten für Medikamente und Hilfsmittel (nicht für die Med-Tex-Bettbezüge) erstattet und darauf hingewiesen, dass die Behandlung an sich, da sie nicht über eine normale Routineangelegenheit hinausgegangen sei, im

Rahmen der familienrechtlichen Fürsorge- und Unterstützungspflicht erfolgt sei. Was die Kostenbeteiligung an den milbendichten Bettbezügen anbelangt, führte sie aus, dass diese nicht in der Liste der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände (MiGeL) im Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgeführt seien.

b) Die Vorinstanz hat die Auffassung der Krankenkasse bestätigt und festgehalten, dass die in Frage stehenden Behandlungen mangels eines übermässigen Aufwandes zum gebührenden Unterhalt der Familie im Rahmen von Art. 276 ZGB in Verbindung mit Art. 163 ZGB gehören, der nicht von der Krankenkasse zu übernehmen sei. Aus dem Umstand, dass frühere Behandlungen durch die Eltern fälschlicherweise übernommen worden seien, könnten die Beschwerdeführer nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Kosten für die Med-Tex-Bettbezüge seien sodann auch nicht durch die Grundversicherung nach KVG gedeckt.

c) Die Beschwerdeführer machen geltend, die Behandlung habe jeweils akut aufgetretene gesundheitliche Störungen betroffen, die in jedem Fall eine sofortige ärztliche Intervention erforderlich gemacht hätten. In diesen medizinischen Notsituationen sei neben dem Umstand, dass sie Ärzte seien, auch die Praxis mit der bestehenden Infrastruktur Voraussetzung für eine sofortige und kostengünstige Behandlung gewesen. Wenn Ärzte und Ärztinnen bei der Behandlung von Familienmitgliedern auf eine Honorierung der erbrachten Leistungen verzichten sollten, müsste dies eine Reduktion der Krankenkassenprämien ihrer Angehörigen zur Folge haben. Vor Einführung des geltenden KVG sei diesem Umstand Rechnung getragen worden. Es sei für sie stets selbstverständlich gewesen, dass für die Behandlung kleinerer Krankheiten und Unfälle von Familienangehörigen keine Rechnung gestellt worden sei. Die hier zur Diskussion stehenden Leiden hätten jedoch einen ausserordentlichen Aufwand erfordert. Bezüglich der milbendichten Bettbezüge schliesslich sei zu erwähnen, dass der eindeutige Nutzen eines solchen Hilfsmittels seit Jahren allgemein anerkannt sei.

3.- a) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes ver-

einbart, so schulden gemäss Art. 42 KVG die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung, wobei sie gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (im Sinne der Erstattung oder Vergütung) haben (System des Tiers garant). Ein Anspruch auf Erstattung des Honorars eines freipraktizierenden Leistungserbringers durch den Versicherer besteht jedoch nur, wenn eine solche Honorarforderung nach den zivilrechtlichen Voraussetzungen gegeben ist (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Rz 327 Fn. 787).

b) Gemäss Art. 163 Abs. 1 ZGB sorgen die Ehegatten gemeinsam, ein jeder nach seinen Kräften, für den gebührenden Unterhalt der Familie. Sie haben insbesondere auch für den Unterhalt des Kindes aufzukommen (Art. 276 Abs. 1 ZGB), wobei dieser üblicherweise in natura geleistet wird, indem dem Kind in der häuslichen Gemeinschaft Pflege und Erziehung erwiesen werden. Zum gebührenden Unterhalt gehört auch die Bezahlung von Beiträgen an die Sozialversicherungen (Bräm/Hasenböhler, Zürcher Kommentar, N 34 zu Art. 163 ZGB). Mit der Argumentation, wonach die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten Behandlungskosten zum gebührenden Familienunterhalt gemäss Art. 163 und 276 ZGB zu zählen seien, verkennt die Vorinstanz, dass dieser Unterhalt in einer Rechtsordnung mit dem System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche die fraglichen Leistungen abdeckt, durch die Bezahlung der Versicherungsprämien und der Kosten des Selbstbehaltes sowie der Franchise geleistet wird. Dafür, dass die Bezahlung der Prämien und der andern erwähnten Kosten durch die Beschwerdeführer zu irgendwelchen Schwierigkeiten geführt hätte, sind keine Anhaltspunkte ersichtlich. Von den Eltern kann deshalb unter dem Gesichtswinkel der familienrechtlichen Unterhaltspflicht nicht gefordert werden, dass sie die ärztliche Behandlung für ihr Kind neben der gemeinsamen Tragung der Prämien und übrigen Kosten leisten. Zum Unterhalt nach Art. 163 und 276 ZGB gehören zwar auch die Gesundheitskosten; mit dem Versicherungsobligatorium ist aber die Frage, inwieweit medizinische Behandlungen zum Unterhalt zu zählen sind, weitgehend hinfällig geworden (vgl. Hausheer/Reusser/Geiser, Berner Kommentar, N 16a zu Art. 163 ZGB). Diejenigen Behandlungen des eigenen Kindes durch einen Elternteil, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind, können somit nicht als Beitragsart betrachtet werden. Abgesehen davon wäre kein Grund ersichtlich, dem behandelnden Elternteil nur seine Dienstleistungen unter dem Titel der Unterhaltspflicht

zuzumuten, nicht aber die Bezahlung der Kosten für Labor, Röntgen und die andern erwähnten Kosten, wie es der Auffassung der Krankenkasse und der Vorinstanz entspricht. Hätte er nämlich für die Gesundheitspflege seines Kindes im Rahmen der Unterhaltspflicht aufzukommen, so wäre nicht einzusehen, weshalb er nur ärztliche Dienstleistungen zu erbringen, nicht aber für die erwähnten Kosten aufzukommen hätte.

Anders wäre es zu halten, wenn kein Versicherungsobligatorium bestünde und die Eltern es vorgezogen hätten, statt eine Krankenversicherung abzuschliessen die ärztliche Versorgung innerhalb der Familie sicherzustellen. Dieser Frage ist indessen, da sie sich nicht stellt, nicht weiter nachzugehen. Nicht stichhaltig ist schliesslich der Hinweis der Vorinstanz auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach dem Ehemann, der als Anwalt seine Ehefrau im Prozess vertritt, grundsätzlich kein Anspruch auf Parteientschädigung zuzuerkennen sei. Die Kosten der Rechtsvertretung sind in vielen Fällen nicht versichert, sodass im Rahmen der Unterhaltspflicht die Vertretung entweder durch Naturalleistung in Form der Vertretung durch den Ehemann oder durch Finanzierung der Kosten der Vertretung durch einen andern Anwalt zu gewährleisten ist.

4.- Zu prüfen ist des weiteren, ob sich ein Kind statt von einem andern Arzt von einem Elternteil zu Lasten der Krankenversicherung behandeln lassen kann.

a) Art. 41 KVG garantiert den Versicherten freie Arztwahl. Diese Bestimmung sieht in keiner Weise eine Einschränkung dahingehend vor, dass ein Kind nicht durch einen Elternteil ärztlich behandelt werden könnte, sondern einem Dritten zugeführt werden müsste.

b) Bezüglich Gültigkeit des Rechtsgeschäfts und einer anfällig daraus resultierenden Honorarforderung ist zu prüfen, ob die Eltern als gesetzliche Vertreter das der ärztlichen Behandlung zu Grunde liegende Auftragsverhältnis überhaupt begründen können. Diese Frage ist zu bejahen, weil das Kind durch das Vertragsverhältnis nur begünstigt, nicht aber verpflichtet wird und deshalb das Selbstkontrahieren erlaubt ist (Hegnauer, Berner Kommentar, N 12 zu altArt. 282 ZGB).

5.- Es ist nicht zu verkennen, dass bei ärztlicher Behandlung der Kinder durch einen Elternteil, die zu Lasten der Krankenversicherung geht, die Gefahr einer Ausdehnung über das notwendige Mass hinaus grösser ist, erzielt doch der Behandelnde damit einen Erwerb, der der ganzen Familie zugute kommen kann. Dem Krankenversicherer bleibt es indessen unbenommen, die Kontrollmöglichkeiten in solchen Fällen zu intensivieren.

6.- Zusammengefasst gilt das Recht auf freie Arztwahl auch im Eltern-Kind-Verhältnis. Da den entsprechenden medizinischen Leistungen ein Rechtsverhältnis zu Grunde liegt und in einer Rechtsordnung mit dem System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht verlangt werden kann, dass unter dem Gesichtswinkel der familienrechtlichen Unterhaltspflicht die ärztliche Behandlung neben der Tragung der Prämien und übrigen Kosten geleistet wird, ist der Leistungserbringerin auch für die Kosten der Behandlung an sich ein Honoraranspruch entstanden, wobei grundsätzlich ein Anspruch auf Rückerstattung gegenüber dem Versicherer besteht. Dem Krankenversicherer obliegt die massliche Überprüfung der Forderung.