

# **BL\_GERICHTE 730 13 341 / 129 vom 5. Juni 2014**

BL Gerichte, 2014-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_730 13 341 \\_ 129](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_13_341_129)

FR: BL\_GERICHTE 730 13 341 / 129 du 5 juin 2014

IT: BL\_GERICHTE 730 13 341 / 129 del 5 giugno 2014

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Oktober 2013. In der Folge ist zu prüfen, ob die Einstufung des Inkontinenzgrades der Versicherten zutreffend erfolgte und somit die Leistungen der Beschwerdegegnerin für Inkontinenzhilfen für die Jahre 2012 und 2013 korrekt festgesetzt wurden.

3.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Laut Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG umfassen diese Leistungen unter anderem die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände. Gemäss Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 erlässt das Departement Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, und setzt dabei Höchstbeträge für die Vergütung fest. Laut Art. 20a Abs. 1 der Verordnung des Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 sind die Mittel und Gegenstände in Anhang 2 der Verordnung nach Arten und Produktgruppen aufgeführt. Gemäss Art. 24 Abs. 1 KLV werden die Mittel und Gegenstände von den Versicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung höchstens zu dem Betrag vergütet, der in der Liste für die entsprechende Art von Mitteln oder Gegenständen angegeben ist (Höchstvergütungsbetrag). Die Differenz zwischen dem für ein Produkt von der Abgabestelle in Rechnung gestellten Betrag und dem in der Liste angegebenen Betrag geht zu Lasten der versicherten Person (Art. 24 Abs. 2 KLV). Die Mittel- und Gegenständeliste (Anhang 2 KLV, MiGeL) ist abschliessender Natur (BGE 134 V 83 E. 4.1 m.w.H; nicht publizierte Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) vom 5. November 2001 K157/00 E. 3b; Kranken- und Unfallversicherung –Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. KV 196 S. 8 E. 3b).

3.2.1 Unter dem Titel „Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen“ sind in der Mittel- und Gegenständeliste vom 1. Januar 2013 (welche mit der Fassung vom 1. Januar 2012 bezüglich der Regelungen zur Inkontinenz identisch ist) betreffend der Inkontinenz folgende Ausführungen festgehalten (vgl. Ziffer 15): „Inkontinenz ist das Unvermögen, Urin- und/oder Stuhlabgang willkürlich zu kontrollieren. Urin-Inkontinenzgrade: Leichte Inkontinenz: Urinverlust 100 ml/4 h Stressinkontinenz. Urinverlust in kleinen Mengen bei bestimmten Belastungssituationen wie Niesen, Husten, Lachen, Sport. Die „leichte

Inkontinenz“ (Definition siehe oben) stellt keine Krankheit im Sinne des KVG dar. Slipeinlagen fallen nicht in die Kategorie der Inkontinenzmittel und sind deshalb nicht in der MiGeL aufgeführt. Mittlere Inkontinenz: Urinverlust 100 - 200 ml/4h Dranginkontinenz, gemischte Inkontinenz. Abgang von mittleren bis grösseren Urinmengen in unregelmässigen Abständen bei Belastungen und starkem Harndrang mit nicht mehr beherrschbarem Urinabgang. Schwere Inkontinenz: Urinverlust > 200 ml/4h Dranginkontinenz, Reflexinkontinenz (neurogen, pathologischer spinaler Reflex, ohne Gefühl für Harndrang). Plötzliche, vollständige Blasenentleerung mit grossen Urinmengen. Totale Inkontinenz: Unkontrollierter, dauernder Urin- und Stuhlabgang.“

3.2.2 Gemäss Ziffer 15.01 der MiGeL werden neu als inkontinent diagnostizierte Versicherte vorerst in die Kategorie der mittleren Inkontinenz eingestuft, sofern sie nicht zweifelsfrei dem totalen Inkontinenzgrad zugeordnet werden können. Änderungen der Kategoriezugehörigkeit erfolgen ausschliesslich durch begründete ärztliche Diagnose und Verordnung. Der Höchstvergütungsbetrag beträgt für die Kategorie Mittlere Inkontinenz Fr. 624.-- pro Jahr, für schwere Inkontinenz Fr. 1'260.-- pro Jahr und für die Stufe totale Inkontinenz 1'884.-- pro Jahr.

3.3 Das Gesetz ist in erster Linie nach seinem Wortlaut auszulegen. Ist der Text nicht ganz klar und verständlich und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente, namentlich des Zwecks, des Sinnes und der dem Text zugrunde liegenden Wertung. Wichtig ist ebenfalls der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt. Vom klaren, d.h. eindeutigen und unmissverständlichen Wortlaut darf nur ausnahmsweise abgewichen werden, so wenn triftige Gründe dafür vorliegen, dass der Wortlaut nicht den wahren Sinn der Bestimmung wiedergibt. Solche Gründe können sich aus der Entstehungsgeschichte der Bestimmung, aus ihrem Grund und Zweck oder aus dem Zusammenhang mit anderen Vorschriften ergeben (BGE 124 V 185 E. 3a mit weiteren Hinweisen).

3.4 Die Abklärung des für die Beurteilung von Ansprüchen versicherter Personen notwendigen Sachverhalts hat gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz die verfügende wie auch die eine Verfügung überprüfende Behörde bzw. das Gericht von Amtes wegen vorzunehmen. Das heisst sowohl die Krankenkasse wie auch das Gericht haben von sich aus, ohne Bindung an die Parteibehörden, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, in welcher Art über die Rechte und Pflichten einer versicherten Person zu entscheiden ist. Dabei sind in Fällen, in denen medizinische Sachverhalte zu klären sind, sowohl die Verwaltung als auch die Justiz zur Beurteilung der sich stellenden Rechtsfragen auf Unterlagen angewiesen, die eine Ärztin bzw. ein Arzt und gegebenenfalls andere Fachpersonen zur Verfügung zu stellen haben (vgl. Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 68, N.2f. und 8f. mit weiteren Hinweisen).

4.1 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, ob bei der Versicherten eine schwere oder eine totale Inkontinenz vorlag. Zur Ermittlung des Inkontinenzgrades sind insbesondere folgende ärztlichen Zeugnisse zu berücksichtigen:

4.2. Gemäss dem ärztlichen Zeugnis zur Begründung von Inkontinenz-Material an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung für das Jahr 2012 vom 12. Januar 2012 beurteilte das D.-Zentrum die Darmfunktion als „gelegentlich inkontinent“ (Kategorie 2), d. h. ein mal wöchentlich inkontinent. Die Blaseninkontinenz wurde als häufig (Kategorie 3) eingestuft, was einer täglichen Inkontinenz mit vorhandener Restkontrolle entspricht. Aufgrund dieser Beurteilung befanden die Ärzte des D.-Zentrums betreffend die Limitatio von Inkontinenz-Material eine totale Inkontinenz. Der Vorschlag aus dem MDS hingegen sah

Material für eine schwere Inkontinenz vor. 4.3 Gemäss dem ärztlichen Zeugnis zur Begründung von Inkontinenz-Material an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung für das Jahr 2013 vom 1. Januar 2013 beurteilte das D. -Zentrum die Darmfunktion als kontinent (Kategorie 0), d.h. unter vollständiger Kontrolle. Die Blasenkontinenz wurde der Kategorie 3, häufig inkontinent zugeordnet, worunter eine tägliche Inkontinenz mit vorhandener Restkontrolle zu verstehen ist. Während die Beurteilung des D. -Zentrums betreffend der Limitatio für Inkontinenz-Material eine totale Inkontinenz feststellte, sah der Vorschlag aus dem MDS eine mittlere Inkontinenz vor. 4.4 Mit Schreiben vom 21. Juni 2013/27. August 2013 begründete das D. -Zentrum die seinerseits diagnostizierte totale Inkontinenz. Es wurde ausgeführt, dass die Versicherte an einer neurogenen Blasenentleerungsstörung mit Inkontinenz und einem chronischen Harnwegsinfekt leide. Gemäss Pflegediagnose bestehe in der Nacht eine totale Urininkontinenz, was per Definition ein ständiger und nicht vorhersehbarer Urinabgang darstelle. Am Tag bestehe eine Drangurininkontinenz, welche sich durch einen unfreiwilligen Urinabgang direkt nach einem starken Harndrang äussere. Dabei sei die Versicherte mindestens ein mal täglich unfähig, die Toilette zu erreichen. Bei akutem Harnwegsinfekt zeige sich dies drei- bis viermal täglich. 4.5 Am 19. November 2013 bestätigte die Abteilung Beratung und Entwicklung Pflege des D. -Zentrums, dass gesamthaft 78 Bewohner mit Inkontinenz betreut werden, wovon neben der Beschwerdeführerin bei sechs Patienten die Einstufung totale Inkontinenz verfügt wurde, obwohl bei diesen keine Stuhlinkontinenz vorliege. Diese Einstufung sei durch das gleiche Formular erfolgt („Ärztliches Zeugnis zur Begründung von Inkontinenz-Material an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung“) und von den betroffenen Krankenversicherten ohne Weiteres akzeptiert worden. 5.1. Die Beschwerdegegnerin hat die Versicherte zu Recht in die Kategorie der schweren Inkontinenz eingestuft. Gemäss der Definition der MiGeL setzt eine totale Inkontinenz unkontrollierten und dauernden Urin- und Stuhlabgang voraus. Der Gesetzestext ist klar und eindeutig. Es besteht somit kein Grund, über den klaren Wortlaut hinaus weitergehende Auslegungen heranzuziehen. Die rechtliche Würdigung und die Zuordnung der festgestellten medizinischen Beschwerden zu den gesetzlichen Definitionen der MiGeL durch die Fachspezialisten der Krankenversicherung sind nicht zu beanstanden. Insbesondere handelt es sich vorliegend nicht um eine medizinische Meinungsverschiedenheit. Vielmehr wurde der medizinische Sachverhalt mehrfach widerspruchsfrei erhoben und ist an sich unbestritten. In den vorliegenden medizinischen Berichten des Heimpersonals wurde weder im Jahre 2012 noch 2013 eine dauernde Stuhlinkontinenz festgestellt oder geltend gemacht. Dass das D. -Zentrum die Versicherte ohne Begründung einem anderen Inkontinenzgrad zuordnete, vermag keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen. Es ist nicht die Aufgabe der behandelnden Ärzte eine rechtliche Würdigung des Sachverhaltes vorzunehmen. Sie legen vielmehr die medizinischen Grundlagen dar, welche als Beweismittel dienen. Die Einschätzung des Inkontinenzgrades durch das D. -Zentrum wäre sodann als eine Empfehlung zu verstehen; die endgültige Zuordnung muss jedoch nach den gesetzlich vorgegebenen Definitionen erfolgen. 5.2 Weiter machte die Versicherte geltend, dass ihr Fälle bekannt seien, in welchen andere Krankenkassen trotz fehlender Stuhlinkontinenz die Leistungen für eine totale Inkontinenz übernommen hätten. Sinngemäss verletze das Vorgehen der Sympany ihren Anspruch auf rechtsgleiche Behandlung. Zum einen scheidet ein solcher Anspruch schon daran, dass vorliegend die Leistungspflicht verschiedener Versicherer zur Diskussion steht. Zum andern ist darauf hinzuweisen, dass nach der immer

wieder bestätigten bundesgerichtlichen Rechtsprechung der Grundsatz der Gesetzmässigkeit der Verwaltung dem Rechtsgleichheitsprinzip in der Regel vorgeht. Hat eine Behörde in einem Fall eine vom Gesetz abweichende Entscheidung getroffen, so gibt dies dem Bürger, der sich in der gleichen Lage befindet, grundsätzlich keinen Anspruch darauf, ebenfalls abweichend von der Norm behandelt zu werden. Erst wenn eine Behörde nicht nur in einem oder in einigen Fällen, sondern in ständiger Praxis vom Gesetz abweicht, und wenn sie zu erkennen gibt, dass sie auch in Zukunft nicht gesetzeskonform entscheiden werde, kann der Bürger verlangen, gleich behandelt, d.h. ebenfalls gesetzeswidrig begünstigt zu werden. Das Interesse an der Gleichbehandlung der Betroffenen gegenüber demjenigen an der Gesetzmässigkeit überwiegt mit anderen Worten erst, wenn eine Behörde nicht gewillt ist, eine rechtswidrige Praxis aufzugeben (BGE 122 II 446 E. 4a, BGE 127 I 1 E. 3a, Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2013 8C\_754/2012 E. 4.4 je mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Da diese Voraussetzungen vorliegend offensichtlich nicht erfüllt sind, kann die Versicherte auch aus dieser Argumentation nichts zu ihren Gunsten ableiten. 5.3 Schliesslich kritisierte die Versicherte das Vorgehen der Sympany, ihr für das Jahr 2012 vorerst Leistungen für eine mittlere Inkontinenz auszurichten. Erst im Nachhinein seien Leistungen für eine schwere Inkontinenz vergütet worden. Der Krankenversicherer ist gemäss Gesetz dazu verpflichtet (vgl. Ziff. 15 MiGeL), bei neu als inkontinent eingestuftem Versicherten bis zur zweifelsfreien Zuordnung zu einem Inkontinenzgrad Leistungen im Rahmen eines mittleren Inkontinenzgrades zu erbringen. Dass die endgültige Festsetzung des Inkontinenzgrades einige Zeit in Anspruch nehmen kann, ist dabei unvermeidbar. Das Vorgehen der Sympany entsprach somit den gesetzlichen Bestimmungen und ist nicht zu beanstanden.

#### **E. 6**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der angefochtene Einspracheentscheid der Sympany vom 21. Oktober 2013 nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

#### **E. 7**

Gemäss Art. 61 lit. a ATSG und § 20 VPO werden am kantonalen Versicherungsgericht keine Verfahrenskosten erhoben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Verfahrensausgang entsprechend wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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