

# **BL\_GERICHTE 730 19 138 / 214 vom 29. August 2019**

BL Gerichte, 2019-08-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_730\\_19\\_138\\_\\_214](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_19_138__214)

FR: BL\_GERICHTE 730 19 138 / 214 du 29 août 2019

IT: BL\_GERICHTE 730 19 138 / 214 del 29 agosto 2019

## **Regeste**

Leistungen (Hippotherapie-K)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 56 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Die Beschwerdeführerin wohnt in X.\_\_\_\_. Die örtliche und gemäss § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 auch die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts sind damit gegeben. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2**

Vorliegend streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Hippotherapie-K zu Gunsten der Beschwerdeführerin zu übernehmen hat. Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 privilegiere die Geburtsgebrechen nicht gegenüber anderen Krankheiten, d.h. der Krankenversicherer werde nur im Rahmen des Pflichtleistungskataloges der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und überdies erst dann leistungspflichtig, wenn die Voraussetzungen der Übernahme der medizinischen Vorkehrungen nach KVG erfüllt seien. Die Hippotherapie-K falle nicht unter die speziellen Leistungsbestimmungen von Art. 52 Abs. 2 KVG. Aus der Grundversicherung bestehe einzig für Physiotherapie auf dem Pferd bei multipler Sklerose eine Leistungspflicht. Hippotherapie-K ist Physiotherapie mit Hilfe des Pferdes, eine anerkannte medizinische Behandlungsmassnahme, bei der die Bewegungsübertragung vom Pferdeschritt auf den Patienten genutzt wird. Bei der Hippotherapie-K wird die Bewegung des Pferderückens therapeutisch genutzt. Der Patient/die Patientin lässt sich von der Bewegung des Pferdes mittragen, ohne aktive Einwirkung auf das Pferd zu nehmen. Die Physiotherapeutin/der Physiotherapeut gibt die notwendigen Hilfestellungen und das Pferd wird geführt. Die Hippotherapie-K ist damit kein Reiten, auch nicht therapeutisches Reiten (<https://www.vereinigung-cerebral.ch/de/cerebral/therapien/hippotherapie-k>). 3.1 Gemäss Art. 27 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Geburtsgebrechen (vgl. Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000), die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei

Krankheit. Laut Art. 52 Abs. 2 KVG werden für Geburtsgebrechen die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen gemäss Abs. 1 aufgenommen. 3.2 Art. 35 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 hält fest, dass die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der Invalidenversicherung für Geburtsgebrechen erbrachten therapeutischen Massnahmen nach Art. 52 Abs. 2 des Gesetzes anschliessend von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen seien. 3.3 Des Weiteren ist in Bezug auf die Regelung der Kostenübernahme für Physiotherapie auf die Verordnung des Eidgenössischen Departements des Inneren über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) vom 29. September 1995 hinzuweisen und dabei insbesondere auf Art. 5 KLV: Art. 5 Abs. 1 KLV lautet wie folgt: «Die Kosten folgender Leistungen werden übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Artikel 46 und 47 KVV oder von Organisationen im Sinne von Artikel 52a KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden: 1 a. ... b. Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion: 1. ... 8. Physiotherapie auf dem Pferd bei multipler Sklerose, ... » Weiter wird in Art. 5 Abs. 4 und 5 KLV festgehalten: «

#### **E. 4**

Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zulasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag für die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.

#### **E. 4.1**

Das Bundesgericht wies in BGE 142 V 425 darauf hin, dass Art. 52 Abs. 2 KVG erst im Rahmen der parlamentarischen Beratung auf Antrag von Nationalrat Wick in das Gesetz aufgenommen worden sei. Der Antragsteller habe seinen Vorstoss, der ohne weitere Diskussion angenommen worden sei, damit begründet, dass es erklärtes Ziel sein müsse, für Patienten mit Geburtsgebrechen nach Erreichen des 20. Lebensjahrs die gleichen Rechte zu gewähren wie allen anderen Patienten auch. Der gesetzgeberische Wille von Art. 52 Abs. 2 KVG sei eindeutig. Es gehe um Gewährleistung einer Weiterführung von notwendigen therapeutischen Massnahmen über das 20. Altersjahr hinaus. Zu beachten sei in diesem Zusammenhang der Wortlaut von Art. 52 Abs. 2 KVG, welcher nicht von «Arzneimitteln» bzw. von «Mittel und Gegenständen» spreche, sondern den weitergehenden Begriff der «therapeutischen Massnahmen» verwende. Von Bedeutung sei zudem, dass der Gesetzgeber Art. 52 Abs. 2 KVG nachträglich hinzugefügt habe, somit eine Ergänzung bzw. eine koordinationsrechtliche Verdeutlichung geschaffen habe zu Art. 27 KVG, der seinerseits dem ursprünglichen bundesrätlichen Gesetzesvorschlag entspreche (E. 5.1). In E. 5.2.2 hielt das Bundesgericht fest, dass Art. 52 Abs. 2 KVG eine Ausnahmebestimmung zum Pflichtleistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstelle. Weiter führte das Bundesgericht aus, dass aufgrund der klaren gesetzgeberischen Absicht

davon ausgegangen werden müsse, dass bei Personen mit Geburtsgebrechen ein nahtloser Übergang von der Invaliden- zur Krankenversicherung zu gewährleisten sei (E. 5.3). Da der Gesetzgeber - im Sinne eines übergeordneten Ziels - eine anschliessende Übernahme derjenigen therapeutischen Massnahmen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die bereits von der Invalidenversicherung vergütet worden seien, beabsichtigt habe, könne dem Leistungsansprecher eine allenfalls inkomplette Liste (Geburtsgebrechensmedikamentenliste [GGML]) nicht entgegengehalten werden (E. 5.5). Schliesslich hielt das Bundesgericht in E. 8 nochmals fest, dass von der Invalidenversicherung übernommene therapeutische Massnahmen auch von der Krankenversicherung zu übernehmen seien. Die über den Begriff «Arzneimittel» hinausgehende Formulierung von Art. 52 Abs. 2 KVG («therapeutische Massnahmen») verdeutliche das Bestreben des Gesetzgebers nach einer Koordination zwischen Invaliden- und obligatorischer Krankenversicherung im Bereich der Geburtsgebrechen. Der Wortlaut von Art. 52 Abs. 2 KVG sei klar: Der Leistungskatalog der Invalidenversicherung werde in den Leistungskatalog der Krankenversicherung übernommen. In einem Urteil vom 28. Juli 2003, K 135/02, hatte das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) eine Kostenübernahmepflicht des Krankenversicherers für ein auf Grund eines Geburtsgebrechens erforderliches Medikament verneint, weil die Versicherte erst nach Vollendung des 20. Altersjahrs mit dessen Einnahme begonnen hatte.

#### **E. 4.2**

Unter Verweis auf BGE 142 V 425 hält Gebhard Eugster fest, dass für therapeutische Massnahmen, die von der Invalidenversicherung bis zum 20. Altersjahr der versicherten Person übernommen worden sind und weiterhin benötigt werden, eine Leistungspflicht nicht bloss besteht, wenn sie in der GGML aufgeführt sind, sondern auch, wenn es der Verordnungsgeber versäumt hat, ein Mittel, das zur lückenlosen Koordination zwischen IV und KV notwendig ist, in die GGML aufzunehmen ( Gebhard Eugster , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Auflage, Basel 2018, Art. 52 Rz. 44). Die versicherte Person muss aber die therapeutischen Massnahmen der Invalidenversicherung schon vor dem 20. Altersjahr bezogen haben ( Eugster , a.a.O., Art. 52 Rz. 45).

#### **E. 5**

Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Abs. 4.»

#### **E. 5.1**

Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin an einem Geburtsgebrechen leidet. Es handelt sich dabei um eine angeborene cerebrale Lähmung gemäss Ziff. 390 des Anhangs zur Verordnung über Geburtsgebrechen vom 9. Dezember 1985. Gemäss den medizinischen Unterlagen handelt es sich bei der Beschwerdeführerin um eine schwerst mehrfach behinderte junge Frau, die nicht sprechen kann. Sie kann nur mit einer Hilfsperson wenige Schritte gehen und ist im Alltag bei sämtlichen Aktivitäten auf fremde Hilfe angewiesen. Unbestritten ist weiter, dass die Invalidenversicherung seit dem Jahr 2004 bis zum 20. Altersjahr der Beschwerdeführerin die Kosten der Hippotherapie-K übernommen hat (vgl. Art. 13 Abs. 1 IVG, wonach Versicherte bis zum vollendeten 20.

Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen haben).

### **E. 5.2**

Gestützt auf die vorliegenden Akten, insbesondere auf den Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Leitender Arzt Neuroorthopädie, D.\_\_\_\_-Spitals, vom 18. Juni 2018, ist die medizinische Notwendigkeit der Weiterführung bzw. die Wirksamkeit der Hippotherapie-K im vorliegenden Sachverhalt zweifellos zu bejahen. Unabhängig davon ergibt sich aus den Gesetzesbestimmungen, dem gesetzgeberischen Willen und der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, dass die Gewährleistung einer Weiterführung von notwendigen therapeutischen Massnahmen über das 20. Altersjahr hinaus beabsichtigt wurde. Art. 52 Abs. 2 KVG hält in Bezug auf Geburtsgebrechen ausdrücklich fest, dass die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen nach Abs. 1 aufzunehmen seien. Auch Art. 35 KVV hält fest, dass die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der Invalidenversicherung für Geburtsgebrechen erbrachten therapeutischen Massnahmen nach Art. 52 Abs. 2 des Gesetzes anschliessend von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen seien. Das Bundesgericht hat dazu ausgeführt, dass Art. 52 Abs. 2 KVG nicht von Arzneimitteln, Mitteln und Gegenständen spreche, sondern den weitergehenden Begriff der «therapeutischen Massnahmen» verwende (vgl. oben Ziff. 4). Dies verdeutliche das Bestreben des Gesetzgebers nach einer Koordination zwischen Invaliden- und obligatorischer Krankenversicherung im Bereich der Geburtsgebrechen.

### **E. 5.3**

Gestützt auf die obigen Ausführungen ergibt sich, dass unter den weiten Begriff der therapeutischen Massnahmen auch die Hippotherapie-K zu subsumieren ist, weshalb die Beschwerdegegnerin die Kosten dieser Therapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat. Damit ist die vorliegende Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben.

### **E. 6**

Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführerin ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 4. Juli 2019 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von 4 Stunden und 40 Minuten erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von insgesamt Fr. 26.60. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'285.15 (4,66 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 26.60 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Demgemäss wird erkannt: 1. Die Beschwerde wird gutgeheissen, der Einspracheentscheid der Arcosana AG vom 29. März 2019 aufgehoben und die Arcosana AG angewiesen, die Kosten für die Hippotherapie-K zu übernehmen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Arcosana AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'285.15 (inkl. Auslagen

und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Gegen diesen Entscheid wurde am 9. Dezember 2019 Beschwerde beim Bundesgericht (Verfahren-Nr. 9C\_815/2019) erhoben.

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