

BL_GERICHTE 730 20 318/74 vom 17. März 2021

BL Gerichte, 2021-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_20_318_74

FR: BL_GERICHTE 730 20 318/74 du 17 mars 2021

IT: BL_GERICHTE 730 20 318/74 del 17 marzo 2021

Regeste

Leistungen

Volltext

Basel-Land Kantonsgericht Abteilung Sozialversicherungsrecht 17.03.2021 730 20 318/74

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 17. März 2021 (730 20 318/74) Krankenversicherung Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Bewegungsbadtherapie bei gleichzeitiger medizinischer Trainingstherapie Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin i.V. Lena Eichenberger Parteien A.____, Beschwerdeführerin gegen Galenos AG , Militärstrasse 36, Postfach, 8021 Zürich 1, Beschwerdegegnerin Betreff Leistungen A. Die 1970 geborene A.____ ist bei der Galenos AG (Krankenkasse) obligatorisch krankenkassenpflichtig. Die Versicherte leidet an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, an einer fortgeschrittenen Osteochondrose L5/S1 mit diskreter ventraler Spondylose sowie Spondylarthrose und anamnestisch an einer Status nach Diskushernie mit rezidivierender Sensibilitätsstörung links lateral. Während ihres stationären Aufenthalts im Spital B.____ vom 22. Oktober 2018 bis 6. November 2018 wurde sie im Bewegungsbadtherapiert. Nach diesem Aufenthalt verschrieb ihr Dr. med. univ. C.____, FMH Rheumatologie, eine ambulante Therapie im Bewegungsbad sowie eine medizinische Trainingstherapie (MTT) und Physiotherapie. Am 27. Dezember 2018 lehnte die Krankenkasse die Übernahme der Kosten für eine Langzeittherapie im Bewegungsbad ab, da A.____ seit dem 6. November 2018 eine MTT besuchen würde und eine zusätzliche Behandlung im Bewegungsbad nicht zweckmässig sei. Auf Wunsch der Versicherten erliess die Krankenkasse am 27. Mai 2020 eine Verfügung. Darin bestätigte sie ihre Ablehnung vom 27. Dezember 2018 mit der Begründung, dass sowohl die Zweckmässigkeit als auch die Wirtschaftlichkeit einer solchen dualen Behandlungsform nicht gegeben seien. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Krankenkasse mit Entscheid vom 13. Juli 2020 ab. B. Hiergegen erhob A.____ am 3. September 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte sinngemäss, dass der Einspracheentscheid vom 13. Juli 2020 aufzuheben sei und die Krankenkasse die Kosten von Fr. 603.-- für die Behandlung im Zeitraum vom 7. November 2018 bis 11. Januar 2019 zu übernehmen habe. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, gemäss sämtlicher behandelnder Ärzte seien die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Bewegungsbadtherapie gegeben. Sie verwies dazu auch auf den Bericht von Dr. C.____ vom 17. Juni 2020. C. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Vernehmlassung. Der Präsident zieht in Erwägung: 1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000,

dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend hat die Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde vom 3. September 2020 ist einzutreten. 1.2 Laut § 55 Abs. 1 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts durch Präsidialentscheid Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.--. Vorliegend liegt die Übernahme der Kosten im Betrag von Fr. 603.-- für die Behandlung im Zeitraum vom 7. November 2018 bis 11. Januar 2019 im Streit. Die Angelegenheit ist deshalb präsidial zu entscheiden. 2. Materiell streitig und zu prüfen ist, ob die Krankenkasse die Kostenübernahme für die Behandlung vom 7. November 2018 bis 11. Januar 2019 zu Recht abgelehnt hat. 3.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Als allgemeine Leistungen bei Krankheit übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Bei Unfällen werden die gleichen Leistungen wie bei Krankheit übernommen, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt (Art. 28 KVG in Verbindung mit Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG). Die Leistungen gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant durchgeführt werden von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziffer 3 KVG). Dazu gehört die Physiotherapie (Art. 5 Abs. 1 der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [KLV] vom 29. September 1995). 3.2 Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein (vgl. BBl 1992, Band I, S. 159; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl., Basel/Genf/München 2016 [nachfolgend: Eugster, Krankenversicherung], S. 507; vgl. auch BGE 125 V 95 E. 2a). Wirksamkeit und Zweckmässigkeit setzen voraus, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit müssen nach dem Wissen im Zeitpunkt der Therapie beurteilt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. September 2008, 9C_567/2007, E. 1.2). Den Ärzten steht dabei ein gewisser Ermessensspielraum zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. September 2009, 9C_224/2009, E. 1.1). 3.3.1 Wirksam ist eine Leistung im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten medizinischen Nutzen hinzuwirken bzw. wenn sie den Verlauf einer Krankheit günstig beeinflusst (vgl. Gebhardt Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich/Basel/Genf 2018, S. 248 ff.). Die Wirksamkeit (wie auch die Zweckmässigkeit)

einer Behandlung beurteilt sich im Hinblick auf den durch sie angestrebten Nutzen im Einzelfall (BGE 130 V 299 E. 6.1). Der Begriff der Wirksamkeit definiert sich in erster Linie vom Ziel her, auf welches die in Frage stehende Massnahme gerichtet ist. Dagegen differenziert er nicht danach, ob es um die Bekämpfung der Ursachen der gesundheitlichen Beeinträchtigung geht oder um die Behandlung der Symptome der Krankheit. Diese Unterscheidung ebenso wie die Dauer des Erfolges der Massnahme sind erst, aber immerhin bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit von Bedeutung. Unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit der Leistung als Voraussetzung für deren Übernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist somit nicht in erster Linie die möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung entscheidend. Vielmehr ist danach zu fragen, ob das Ziel der Behandlung (Beschwerdefreiheit und/oder Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und psychischen Funktionalität namentlich im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit) objektiv erreichbar ist (BGE 130 V 299 E. 6.1 und E. 6.2.1.1 mit Hinweisen; Eugster, Krankenversicherung, a.a.O., S. 508). Daraus, dass durch die Massnahme grundsätzlich eine möglichst vollständige Beseitigung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielt werden soll (BGE 127 V 148 E. 5), lässt sich indes nicht schliessen, dass nur kurative, nicht aber adjuvante oder palliative Therapien wirksam wären. So kann einer bestimmten Behandlung daher die Wirksamkeit nicht allein mit der Begründung abgesprochen werden, sie ändere nichts an der Progredienz des Leidens (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2017, 9C_528/2016, 3.1 mit Hinweisen). 3.3.2 Ob eine Leistung zweckmässig ist, beurteilt sich nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung. Die Zweckmässigkeit fragt unter anderem nach der medizinischen Indikation der Leistung. Nach denselben Kriterien beurteilt sich, welche von zwei unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit alternativ in Betracht fallenden medizinischen Massnahmen die zweckmässigere und im Hinblick auf den Umfang der Kostendeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich zu wählen ist (BGE 130 V 304 E. 6.1 mit Hinweisen). 3.3.3 Das Gebot der Wirtschaftlichkeit setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus. Sind gleichzeitig mehrere Leistungen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht des Krankenversicherers unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit (vgl. Art. 56 KVG). Nach dieser Vorschrift haben die Krankenversicherer die Leistungen auf jenes Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Abs. 1). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Abs. 2). Indem das Gesetz auf das Interesse der Versicherten Bezug nimmt, wird zum Ausdruck gebracht, dass der Begriff der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht eng auszulegen ist. Dennoch haben die Krankenversicherer dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 f. E. 3a/b mit Hinweisen). Zweck von Art. 32 KVG ist die Sicherstellung einer effizienten, qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten (vgl. Eugster, Krankenversicherung, a.a.O., S. 510 ff., BGE 127 V 80 E. 3c). 4.1 Gemäss Art. 5 Abs. 1 KLV werden die Kosten für die in lit. a bis c genannten Massnahmen (physiotherapeutische Untersuchung und Abklärung; Behandlung, Beratung und Instruktion; physikalische Therapie) übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und

Physiotherapeutinnen im Sinne der Art. 46 und 47 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 oder von Organisationen im Sinne von Art. 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. 4.2 Nach Art. 5 Abs. 1 ter KLV beginnt die MTT mit einer Einführung in das Training an Geräten und ist maximal drei Monate nach der Einführung abgeschlossen. Der medizinischen Trainingstherapie geht eine physiotherapeutische Einzelbehandlung voran (Satz 2). 4.3 Laut Art. 5 Abs. 2 KLV übernimmt die Versicherung je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens 9 Sitzungen. Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht (Langzeitbehandlung), zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann (Art. 5 Abs. 4 KLV). 4.4 Die gesetzliche Vermutung, wonach die Krankheitsbehandlung den gesetzlichen Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht, gilt für Ärzte und Chiropraktoren grundsätzlich (Art. 33 Abs. 1 KVG), für Physiotherapeuten hingegen nur, soweit deren (ärztlich angeordnete) Leistungen von der Positivliste nach Art. 5 Abs. 1 KLV erfasst sind (Art. 33 Abs. 2 KVG; BGE 129 V 167 E. 3.2 und E. 4). Überdies ist diese Vermutung aufgrund der in Art. 5 Abs. 4 KLV festgehaltenen formellen Anforderung einer vertrauensärztlichen Überprüfung auf den Umfang von 36 physiotherapeutischen Sitzungen beschränkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2010, 9C_374/2010, E. 3.2). Darüberhinausgehend soll der Miteinbezug des Vertrauensarztes sicherstellen, dass nicht über das erforderliche Mass therapiert wird (vgl. Eugster, Krankenversicherung, S. 537). 4.5 Die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen nach Art. 2a der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vom 20. Juni 2014 hält in Ziffer 7340 die Sitzungspauschale für die medizinische Trainingstherapie fest. Diese Sitzungspauschale umfasst die Einzelbetreuung zur Anamnese, Instruktion, Evaluation oder Anpassung des Trainingsprogramms in der MTT-Infrastruktur. Gemäss Physiotherapietarif Ziffer 7340 sind keine Kombinationen mit anderen Tarifpositionen erlaubt. 5.1 Der vorliegend strittigen Frage liegt folgender Sachverhalt zugrunde. Laut eigener Angaben habe sich die Beschwerdeführerin vom 22. Oktober 2018 bis 6. November 2018 im Spital B.____ in stationärer Behandlung befunden. Dort habe sie täglich eine Therapie im Bewegungsbad erhalten. Daraufhin habe ihr Dr. C.____ eine ambulante Therapie im Bewegungsbad sowie eine MTT und Physiotherapie verschrieben. Mit Bericht vom 17. Juni 2020 bestätigte Dr. C.____, dass er in seiner damaligen Funktion als Oberarzt am Spital B.____ der Beschwerdeführerin eine Bewegungsbadtherapie verordnet hatte. Die Krankenkasse bestätigte mittels Kostengutsprache vom 8. November 2018 die Kostenübernahme einer MTT nach Abschluss der ordentlichen physiotherapeutischen Behandlung. Gemäss Aussage der Beschwerdeführerin sei ihr mitgeteilt worden, dass die Bewegungsbadtherapie (Physiotherapietarif Ziffer 7352) und die MTT (Physiotherapietarif Ziffer 7340) von der Krankenkasse nicht gleichzeitig übernommen werden könnten. Deshalb habe sie die MTT-Termine abgesagt und sich mit Hilfe von Stiftungen per 28. März 2019 ein eigenes persönliches MTT-Abo gekauft. 5.2 Unter Verweis auf den Bericht von Dr. C.____ vom 17.

Juni 2020 bringt die Beschwerdeführerin vor, dass die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Bewegungsbadtherapie gegeben sei. Dieser Auffassung kann indessen nicht gefolgt werden, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt. 5.2.1 Zunächst ist festzuhalten, dass die Krankenkasse nicht die Wirksamkeit der Bewegungsbadtherapie, sondern deren Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit in Frage stellt. Wie in Erwägung 4.4 festgehalten, gilt die gesetzliche Vermutung, wonach die Krankheitsbehandlung den gesetzlichen Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht, für Physiotherapeuten nur, soweit deren Leistungen von der Positivliste nach Art. 5 Abs. 1 KLV erfasst sind. Sowohl die MTT wie auch die Bewegungstherapie im Wasser werden von dieser Positivliste erfasst (vgl. Art. 5 Abs. 1 lit. b Ziff. 5 und Ziff.7). Im vorliegenden Fall gewährte die Krankenkasse der Beschwerdeführerin die Kostenübernahme einer MTT. Aus dem Physiotherapietarif Ziffer 7340 (Sitzungspauschale für medizinische Trainingstherapie) ergibt sich, dass keine Kombinationen mit anderen Tarifpositionen erlaubt sind. Daher besteht keine Leistungspflicht der Krankenkasse für weitere Physiotherapiepositionen bei Verrechnung von Position 7340. Bei dieser Sachlage erübrigt sich somit eine Prüfung der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Bewegungsbadtherapie. Dass die Beschwerdeführerin die MTT nicht in Anspruch genommen hat, ändert an dieser Beurteilung nichts. Die Krankenkasse hat daher zu Recht die Kostenübernahme für die Behandlung vom 7. November 2018 bis 11. Januar 2019 abgelehnt. 6. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Januar 2021, Art. 83 ATSG) hat der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien in der Regel kostenlos zu sein. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Gegen diesen Entscheid wurde am 30. April 2021 Beschwerde beim Bundesgericht (Verfahren-Nr. 9C_255/2021) erhoben.

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