

FR_GERICHTE 608 2013 98 vom 20. April 2015

FR Kantonsgericht, 2015-04-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_98

FR: FR_GERICHTE 608 2013 98 du 20 avril 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 98 del 20 aprile 2015

Regeste

Entscheidung des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts |
Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

a) Die Beschwerde vom 21. Juni 2013 gegen den Einspracheentscheid der Vorinstanz vom 22. Mai 2013 ist frist- und formgerecht bei der örtlich und sachlich zuständigen Rechtsmittelinstanz eingereicht worden (vgl. Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1], welches gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10] Anwendung findet; Art. 35 Abs. 1 und Art. 43 Abs. 4 lit. c des Justizgesetzes vom 31. Mai 2010 [JG; SGF 130.1]). Der Beschwerdeführer ist vom ablehnenden Einspracheentscheid betroffen und daher zur Beschwerde legitimiert.

b) Anfechtungsobjekt der Beschwerde ist der Einspracheentscheid der Vorinstanz vom 22. Mai 2013, mit welchem die Leistungspflicht zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgelehnt wurde. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet das im Verfügungsdispositiv geordnete Rechtsverhältnis, soweit es nach den Beschwerdebegehren noch streitig ist (UELI KIESER, ATSG-Kommentar,

E. 2

a) Art. 24 KVG verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Zum Leistungsbereich gemäss Art. 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen gemäss Art. 25 Abs. 2 KVG namentlich die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant oder stationär von Ärzten oder Ärztinnen sowie von Personen, die

Kantonsgericht KG Seite 4 von 9 auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, durchgeführt werden (lit. a). Abgedeckt ist auch der Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit. e). b) Art. 32 Abs. 1 KVG verlangt dabei als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, dass die Leistungen nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Sind – nach einer vom einzelnen Anwendungsfall losgelösten und retrospektiven allgemeinen Bewertung der mit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme erfahrungsgemäss erzielten Ergebnisse

(BGE 123 V 53, E. 4a; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 281 f., E. 2b) – erwiesenermassen mehrere Methoden oder Operationstechniken objektiv geeignet, den Erfolg einer Krankheitsbehandlung herbeizuführen, mit anderen Worten wirksam im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG, ist für die Reihenfolge der Wahl die Zweckmässigkeit der Massnahme von vorrangiger Bedeutung (BGE 127 V 138, E. 5). Ob eine medizinische Behandlung zweckmässig ist, beurteilt sich in der Regel nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken. Die Frage der Zweckmässigkeit ist nach medizinischen Kriterien zu beantworten und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen (Urteile des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 102/02 vom 23. Juni 2003, E. 2 und K 39/01 vom 14. Oktober 2002, E. 1.2, je mit weiteren Hinweisen). Die Versicherer dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach Art. 25-33 KVG übernehmen (Art. 34 Abs. 1 KVG). c) Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt das Territorialitätsprinzip und Leistungen sind grundsätzlich nur dann kassenpflichtig, wenn sie in der Schweiz erbracht oder veranlasst werden (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Basel 2007, S. 337 ff., Rz. 474). Der Bundesrat kann jedoch Ausnahmen vom Territorialitätsprinzip vorsehen und gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden (Satz 1), wobei er die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen kann (Satz 3). Von dieser Delegationsnorm hat der Bundesrat in Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) Gebrauch gemacht. Nach Art. 36 Abs. 1 KVV bezeichnet das Departement nach Anhören der zuständigen Kommission die Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 und Art. 29 des Gesetzes, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können. Bis anhin hat das zuständige eidgenössische Departement des Innern von der Kompetenzdelegation in Art. 36 Abs. 1 KVV keinen Gebrauch gemacht. Es existiert demnach keine Liste von Auslandsleistungen im Sinne von Art. 36 Abs. 1 KVV. Nach der Rechtsprechung schliesst das Fehlen dieser Liste die Anspruchsberechtigung aber nicht aus (BGE 128 V 75, E. 4b; 131 V 271, E. 3.1). Voraussetzung für die Übernahme einer Auslandbehandlung gemäss Art. 36 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 34 Abs. 2 KVG setzt jedoch den Nachweis voraus, dass entweder in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit

Kantonsgericht KG Seite 5 von 9 besteht oder aber im Einzelfall eine innerstaatlich praktizierte diagnostische oder therapeutische Massnahme im Vergleich zur auswärtigen Behandlungsalternative für die betroffene Person erheblich höhere, wesentliche Risiken mit sich bringt und damit eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlung in der Schweiz konkret nicht gewährleistet ist. Nur gravierende Versorgungslücken rechtfertigen ein Abweichen vom Territorialitätsprinzip (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_110/2011 vom 27. Juni 2011, E. 2.2 und 2.3 sowie 9C_479/2008 vom 30. Dezember 2008, E. 2, mit Hinweisen auf BGE 134 V 330, E. 2.2 und 131 V 271, E. 3.2). Existiert in der Schweiz eine in Fachkreisen allgemein anerkannte und zweckmässige Behandlungsmethode, so liegt kein medizinischer Grund vor, auch wenn die im Ausland

praktizierte Behandlungsmethode gewisse, aber nicht entscheidend ins Gewicht fallende Vorteile aufweist. Bloss geringfügige, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile einer auswärts praktizierten Behandlungsmethode, aber auch der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über mehr Erfahrung im betreffenden Fachgebiet verfügt, vermögen für sich allein noch keinen „medizinischen Grund“ im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG abzugeben (Urteile des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 7/03 vom 12 August 2003, E. 2.2, K 102/02 vom 23. Juni 2003, E. 2 und K 39/01 vom 14. Oktober 2002, E. 1.2, je mit weiteren Hinweisen; GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 482 mit zahlreichen weiteren Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 138, E. 5 [betreffend ausserkantonale Leistungen gemäss Art. 41 Abs. 2 KVG]). Das Risiko eines Eingriffs beurteilt sich nicht nach subjektiven Kriterien wie beispielsweise der Angst vor einer Operation, sondern nach objektiven Gesichtspunkten. Ist eine in der Schweiz verfügbare therapeutische Massnahme verglichen mit einer alternativen Behandlung im Ausland für den Patienten nicht mit einem wesentlichen und deutlich höheren Risiko verbunden, besteht für die Behandlung im Ausland keine Leistungspflicht (BGE 131 V 271, E. 3.2). Es besteht auch kein Leistungsanspruch im Umfange dessen, was eine Behandlung in der Schweiz gekostet hätte (BGE 131 V 271, E. 3.2 und 126 V 330, E. 1b). Zwar kann die Austauschbefugnis grundsätzlich auch in der obligatorischen Krankenversicherung zur Anwendung gelangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_36/2010 vom 7. April 2010, E. 4); sie darf jedoch nicht dazu führen, Nichtpflichtleistungen durch Pflichtleistungen zu ersetzen, selbst wenn diese weniger kostspielig wären (BGE 133 V 115, E. 5; 131 V 107, E. 3.2.2). Der Grund dafür liegt vor allem in der besonderen gesetzlichen Regelung der Leistungsansprüche in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Das Prinzip der Inlandbehandlung ist eng verbunden mit dem gesetzlichen System der Spitalplanung und -finanzierung, das durch eine freie Wahl zwischen In- und Auslandbehandlung in Frage gestellt würde (BGE 131 V 271, E. 3.2). Sodann besteht in der Krankenversicherung ein besonderes System der zugelassenen Leistungserbringer (Art. 35 ff. KVG), weshalb nicht unter Berufung auf die Austauschbefugnis eine von einem nicht zugelassenen Leistungserbringer erbrachte Leistung übernommen werden kann (BGE 126 V 330, E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 9C_238/2011 vom 5. Mai 2011, E. 2.2 mit Hinweis). d) Eine weitere Ausnahme vom Territorialitätsprinzip ist in Art. 36 Abs. 2 KVV gesetzlich vorgesehen. Gemäss dieser Bestimmung übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden (Satz 1). Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist (Satz 2). Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben (Satz 3). Entscheidende Merkmale für das Vorliegen eines

Kantonsgericht KG Seite 6 von 9 Notfalls sind demnach die Unaufschiebbarkeit der Behandlung aus medizinischen Gründen während des Auslandsaufenthalts und die Unangemessenheit der Rückkehr in die Schweiz (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 477 mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2007 vom 4. März 2008, E. 3.2).

E. 3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Anspruch auf Übernahme der Kosten der am 4. Dezember 2012 in den USA durchgeführten Operation hat. a) Ein Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV

liegt im konkreten Fall offensichtlich nicht vor. Der Beschwerdeführer hat sich dazu entschieden, die Mitralkappeninsuffizienz in den USA von einem anerkannten Spezialisten für Mikrochirurgie und Mitralkappenrekonstruktion operieren zu lassen; diesen Entscheid hat er spätestens im Oktober 2013 gefällt (Schreiben des Hausarztes vom 31. Oktober 2012; vgl. auch Schreiben des Beschwerdeführers vom 19. November 2012). Die Operation war damit geplant; der Beschwerdeführer hat sich eigens dafür in die USA begeben. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV sind damit klarerweise nicht erfüllt. b) Bleibt zu prüfen, ob es möglich und zumutbar gewesen wäre, die Operation in zweckmässiger Weise in der Schweiz vornehmen zu lassen. Vorab ist festzustellen, dass die Mitralkappenrekonstruktion grundsätzlich auch in der Schweiz durchgeführt wird. Dem Schreiben der F. _____ vom 9. August 2012 lässt sich entnehmen, dass die minimal invasiven Rekonstruktionstechniken für die Mitralklappe in der Schweiz aus verschiedenen Gründen (längere Bypasszeiten, retrograde Perfusion, Gefahr einer Verletzung der Aorta) nicht weiterentwickelt und nicht im grossen Stil angeboten würden. Als einzige Klinik biete das G. _____ diese Methode mit einer gewissen Erfahrung an; deswegen sei auch ein neuer Herzchirurg (Prof. Dr. med. H. _____) an das Spital berufen worden. Den vorliegenden Akten lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer von seinem Hausarzt an die F. _____ verwiesen wurde. Diese führte am 8. August 2012 und 4. September 2012 zwei ambulante Untersuchungen durch und wies den Beschwerdeführer in der Folge an das G. _____, Prof. Dr. med. H. _____, Direktor der Klinik für Herz- und Gefässchirurgie, weiter. Im Schreiben vom 14. September 2012 an das G. _____ wird darum gebeten, den Beschwerdeführer für die Beratung in die Sprechstunde aufzubieten, und empfohlen, die ausstehenden präoperativen Abklärungen (invasive Abklärung, 3-dimensionale transoesophageale Farbdopplerechokardiographie) im G. _____ durchzuführen, falls sich der Beschwerdeführer definitiv für die Operation daselbst entscheide. Aus den Schilderungen des Beschwerdeführers lässt sich entnehmen, dass er im G. _____ vorstellig wurde. In den Vorakten finden sich aber keine Dokumente des G. _____. Damit bleibt unklar, ob im konkreten Fall – bei diesem konkreten Patienten und in dieser konkreten Situation – aus medizinischen Gründen eine minimal invasive Mitralkappenrekonstruktion im G. _____ überhaupt hätte durchgeführt werden können, geht doch dem Überweisungsschreiben der F. _____ vom 14. September 2012 hervor, dass beim Beschwerdeführer ein komplexer Prolaps mit vor allem Beteiligung des vorderen Segels vorlag. Zudem war sein Koronarstatus zum Zeitpunkt der Überweisung noch unbekannt; eine minimal invasive Mitralkappenrekonstruktion ist indessen nur durchführbar, wenn nicht zusätzlich eine schwere koronare Herzkrankheit besteht (Schreiben der F. _____ vom 9. August 2012). Ob Prof Dr. med. H. _____ unter den

Kantonsgericht KG Seite 7 von 9 gegebenen Umständen die vom Beschwerdeführer gewünschte Behandlungsmethode überhaupt in Betracht gezogen hat, lässt sich anhand der vorliegenden Unterlagen nicht objektivieren. Weiter bleibt unklar, ob in der Schweiz gegebenenfalls auch eine Behandlungsalternative ohne erheblich höhere, wesentliche Risiken für den Beschwerdeführer bestanden hätte; dies wäre dann der Fall, wenn eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlung in der Schweiz konkret gewährleistet gewesen wäre. Vorliegend fehlt jegliche medizinische Aussage darüber, ob neben der minimal invasiven Mitralkappenrekonstruktion im konkreten Fall eine in Fachkreisen allgemein anerkannte und zweckmässige Behandlungsmethode überhaupt in

Frage gekommen wäre und ob diese alternative Behandlungsmöglichkeit für den Beschwerdeführer erheblich höhere, wesentliche Risiken zur Folge gehabt hätte. Auch diese Fragen wurden von der Vorinstanz nicht medizinisch abgeklärt. Weder wurden die Akten des G. _____ eingeholt, noch äusserte sich der Vertrauensarzt der Vorinstanz dazu. c) Zu präzisieren ist in diesem Zusammenhang noch Folgendes: Was das vom Beschwerdeführer wiederholt angeführte fehlende Vertrauensverhältnis zum G. _____ anbelangt, so handelt es sich hierbei um rein subjektive Gründe, welche für die Frage, ob eine Krankenversicherung die Kosten einer Behandlung im Ausland im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat, nicht entscheidend sind. Wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, ist ein Abweichen vom Territorialitätsprinzip nur im Falle eines Notfalls oder einer gravierenden Versorgungslücke, mithin nur aus medizinischen Gründen, möglich. Eine Auseinandersetzung mit diesem Vorbringen des Beschwerdeführers erübrigt sich daher. d) Zusammenfassend erweist sich die Abklärung des Sachverhalts durch die Vorinstanz als ungenügend. Anhand der vorliegenden Unterlagen ist es dem Gericht nicht möglich, mit Sicherheit festzulegen, ob im konkreten Fall – bei diesem konkreten Patienten, in dieser konkreten Situation und zu diesem konkreten Zeitpunkt – tatsächlich eine minimal invasive Mitralklappenrekonstruktion in der Schweiz hätte durchgeführt werden können und ob es für den Beschwerdeführer in der Schweiz eine in Fachkreisen allgemein anerkannte und zweckmässige Behandlungsalternative ohne erheblich höhere, wesentliche Risiken, mit anderen Worten eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlungsalternative, gegeben hätte. Für die Klärung all dieser Fragen ist – nach Einholung der Akten und einer Stellungnahme des G. _____ – eine fachärztliche Stellungnahme des Vertrauensarztes (oder gegebenenfalls eines Gutachters) einzuholen. Der angefochtene Einspracheentscheid der Vorinstanz vom 22. Mai 2013 ist deshalb aufzuheben. Da es an der Antwort auf bis anhin vollständig ungeklärte Fragen fehlt (vgl. dazu BGE 137 V 210, E. 4.4.1.4), ist die Angelegenheit zur Ergänzung des Sachverhalts im Sinne der obigen Erwägungen und Neuentscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 4

Aufgrund des hier zur Anwendung kommenden Grundsatzes der Kostenlosigkeit des Verfahrens sind keine Gerichtskosten zu erheben. Eine Parteientschädigung wurde vom Beschwerdeführer nicht beantragt und wäre, weil er sich nicht vertreten liess, auch nicht geschuldet.

Kantonsgericht KG Seite 8 von 9

Kantonsgericht KG Seite 9 von 9 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, soweit darauf eingetreten wird, und der Einspracheentscheid der B. _____ AG vom 22. Mai 2013 aufgehoben. Die Angelegenheit wird an die B. _____ AG zurückgewiesen, damit sie nach durchgeführter Sachverhaltsergänzung im Sinne der Erwägungen über eine allfällige Übernahme der Spital- und Behandlungskosten im Ausland neu verfüge. II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. III. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerde-schrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben

werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 20. April 2015/dki Präsident
Gerichtsschreiberin-Berichterstatlerin

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