

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2009/3 vom 9. März 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_KV_2009_3

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2009/3 du 9 mars 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2009/3 del 9 marzo 2010

Regeste

Art. 5 KLV, Art. 7 Tarifvertrag zwischen SPV und Sozialversicherungen. Bei der Pflicht zur vorgängigen ärztlichen Anordnung von Physiotherapiesitzungen handelt es sich um eine reine Ordnungsvorschrift und nicht um eine Gültigkeitsvorschrift (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. März 2010, KV 2009/3).

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Zum Leistungsbereich gemäss den 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 unter anderem auch ärztlich angeordnete physiotherapeutische Behandlungen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG i.V.m. Art. 46 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV]). Gemäss Art. 5 Abs. 2 KLV (in der vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung) übernimmt die Versicherung je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich (Abs. 3). Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, 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 (Abs. 4). Die Mengengrenzungen und der Miteinbezug des Vertrauensarztes sollen sicherstellen, dass nicht über das erforderliche Mass therapiert wird (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2. Aufl. Basel 2006, Rz. 368).

1.2 In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle materielle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25 - 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine medizinische Leistung ist als wirksam zu bezeichnen, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken (BGE 133 V 116 E. 3.1). Unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit einer Leistung als Voraussetzung für deren Übernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist 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 Gesundheit) objektiv erreichbar ist (BGE 130 V 304 f. E. 6.1 und E. 6.2.1.1 mit Hinweisen; vgl. Eugster, a.a.O., Rz. 291 f.). Die Wirksamkeit muss gemäss Art. 32 Abs. 1 Satz 2 KVG nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein, was für den Fall gilt, dass die in Frage stehende Behandlung von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird, wobei das Ergebnis und die Erfahrungen sowie der Erfolg einer bestimmten Therapie entscheidend sind (BGE 133 V 117 E. 3.1). 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 u.a. 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 f. E. 6.1 mit Hinweisen). Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt sodann, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Demnach haben sie 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 und b mit Hinweisen; vgl. Eugster, a.a.O., Rz. 297 ff.). 1.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 2

2.1 Vorliegend streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Kosten der Physiotherapiebehandlungen der Beschwerdeführerin vom 25. April 2006 bis 30. Mai 2007 aufzukommen hat. 2.2 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, dass sie schon aus formellen Gründen gestützt auf Art. 5 KLV nicht für diejenigen Physiotherapiebehandlungen aufzukommen habe, welche über die ersten neun Sitzungen hinausgingen. Ein Arzt dürfe jeweils nur neun Sitzungen auf einmal anordnen und eine Anordnung müsse vor Behandlungsbeginn erfolgen. Indem der Hausarzt vorliegend aber einzig am 20. April 2006 eine Anordnung ausgestellt habe, worauf 36 Sitzungen durchgeführt worden seien, sei Art. 5 KLV verletzt worden. Bei den Akten befindet sich in der Tat nur ein vom Hausarzt am 20. April 2006 ausgestelltes Formular zur Verordnung von Physiotherapiebehandlungen. Darauf war im Feld "Verordnung" von den fünf Varianten "erste" bis "vierte" oder "Langzeitbehandlung" die letzte angekreuzt worden. Wie sowohl der Hausarzt als auch die behandelnde Physiotherapeutin bestätigten (vgl. act. G 9, 18), wurden die 36 Physiotherapiesitzungen zwischen dem 25. April 2006 und dem 30. Mai 2007 gestützt auf diese Verordnung vorgenommen. Gemäss seiner Stellungnahme vom 16. November 2009 beabsichtigte der Hausarzt mit der Verordnung einer physiotherapeutischen Langzeitbehandlung die Durchführung wöchentlicher Therapien. Diese seien auf Grund des chronischen, thorakospondylogenen Schmerzsyndroms bei Status nach dem Autounfall im Jahr 2003

medizinisch indiziert und zweckmässig gewesen. 2.3 Die von der obligatorischen Krankenversicherung zu erbringenden Pflichtleistungen für Physiotherapien werden in der KLV im 2. Kapitel unter dem Titel "Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen" aufgeführt. Nach Art. 5 Abs. 1 KLV werden die Kosten einer Reihe von einzeln aufgezählten Behandlungsmassnahmen übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von nach Art. 46 und 47 KVV zugelassenen Physiotherapeuten oder Physiotherapeutinnen erbracht werden. Abs. 2 von Art. 5 KLV verlangt pro Serie von neun Behandlungen jeweils eine neue ärztliche Anordnung, damit die Kosten von den Krankenversicherern übernommen werden. Entgegen der unter dem alten Recht gemäss dem Eidgenössischen Versicherungsgericht (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) für die einzelnen Anordnungen verlangten Schriftform (vgl. BGE 103 V 81 f., BGE 120 V 207 f.), fordert das KVG gemäss Eugster keine vorgängige schriftliche Anordnung mehr. Eine solche könne jedoch tarifvertraglich vorgeschrieben sein (vgl. Eugster, a.a.O., Rz. 340). Das EVG sah gemäss der früheren Praxis die Sicherstellung einer korrekten Anwendung des Gesetzes nur durch eine schriftliche Anordnung für gewährleistet, denn nur so könnten im Hinblick auf die medizinische Behandlung einer versicherten Person die bestmögliche Therapie erbracht und missbräuchliche Inanspruchnahmen von Kassenleistungen vermieden werden (vgl. BGE 103 V 82 E. b, BGE 120 V 208 E. 6 d/aa). Letztendlich dienen sowohl nach den alten Gesetzesbestimmungen und dienen auch nach dem auf den vorliegenden Fall anwendbaren Recht die ärztliche Verordnungspflicht bis zur 36. sowie die ärztliche Berichterstattungspflicht vor der 37. Behandlung v.a. der Kontrolle von Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. 2.4 Die Bestimmungen nach Art. 5 Abs. 2 KLV zur Übernahme der durch Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen erbrachten Leistungen wurden u.a. gestützt auf Art. 43 KVG und Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) im Tarifvertrag zwischen dem Schweizerischen Physiotherapeutenverband (SPV) und dem Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (KSK), der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), der Invalidenversicherung (IV; vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung [BSV]) und dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV) (nachfolgend Versicherer genannt) vom 1. September 1997 (http://www.zmt.ch/ambulante_tarife_physiotherapietarif_tarifvertrag_dfi.pdf) sinngemäss übernommen und damit auch auf die neben den Krankenversicherern am Vertrag teilnehmenden Versicherungsträger ausgeweitet. In Art. 7 i.V.m. Art. 1 Abs. 5 des Tarifvertrags sind die Voraussetzungen der Verordnungs- bzw. Vergütungsformalitäten sogar noch etwas weitergehend ausgeführt als in der KLV. So ist dem Versicherer gemäss Art. 7 Abs. 1 des Tarifvertrags bei einer Verordnung von neun oder weniger Sitzungen nach Abschluss der Behandlung das Verordnungsformular zusammen mit der Rechnung zuzustellen. Sind Folgebehandlungen (mehr als neun Sitzungen) ausgewiesen, ist das Verordnungsformular für die zweite Serie bzw. für die folgenden Behandlungen sofort dem zuständigen Versicherer zuzustellen. Die Zustimmung für maximal neun weitere Sitzungen gilt als erteilt, wenn der Versicherer nicht innert zehn Arbeitstagen nach Erhalt des Verordnungsformulars beim Physiotherapeuten interveniert (Abs. 2). Langzeitbehandlungen (ab der 37. Sitzung) bedürfen ebenfalls einer ärztlichen Verordnung. Der zuständige Versicherer kann zusammen mit dem behandelnden Arzt und dem Physiotherapeuten die medizinischen Kontrollen, die Dauer und die Art der Behandlung sowie die Zahl der Sitzungen festlegen (Abs. 3). Nach Abs. 4 hat der Physiotherapeut in

fraglichen Fällen auf Verlangen der Versicherer die vorgesehenen Therapiemassnahmen und/oder die Verrechnung von entsprechenden Tarifpositionen zu begründen. 2.5 Vorliegend ordnete der Hausarzt auf dem Verordnungsformular vom 20. April 2006 direkt die Durchführung einer Langzeitbehandlung an. Seinen Berichten und Stellungnahmen zufolge ging er dabei nicht von vorangegangenen Physiotherapieserien aus. Den Akten lassen sich auch nur Hinweise auf eine bereits im Frühling 2005 erfolgte Wassertherapie entnehmen, die nach einer Serie von neun Behandlungen eingestellt worden war (act. G 5.1.4 S. 2). Damit scheint die Anordnung vom 20. April 2006 die Voraussetzungen gemäss KLV und Tarifvertrag in formeller Hinsicht nicht zu erfüllen. Trotz Wortlaut von Art. 7 Abs. 3 des Tarifvertrags, wonach eine Langzeitverordnung lediglich nach der Durchführung von 36 Behandlungsserien angeordnet werden kann, scheint fraglich, ob nach dem Sinn und Zweck der Verordnungsbestimmungen nicht zumindest bei bestimmten spezifischen Krankheiten, wie vielen chronischen Erkrankungen, die Anordnung einer Langzeitbehandlung ohne vorherige Absolvierung von vier neunteiligen Behandlungsserien zulässig sein müsste. Ob vorliegend eine Langzeitverordnung, d.h. eine unbeschränkte Anzahl von Physiotherapiebehandlungen, überhaupt hätte angeordnet werden dürfen oder ob zuerst eine erste, eine zweite, eine dritte und eine vierte Serie nötig gewesen wären, kann jedoch offen bleiben. Unabhängig davon hätte die Beschwerdegegnerin bei Nichtakzeptanz einer Langzeitverordnung gestützt auf den im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz sowie nach Treu und Glauben gegenüber ihren Vertragspartnern, der Leistungserbringerin (nach Tarifvertrag) und der versicherten Person (nach Versicherungsvertrag) nach Eingang des Verordnungsformulars mit der angekreuzten Langzeitverordnung zuerst Nachforschungen beim Hausarzt über den Grund dieser Verordnung anstellen müssen. Dies tat sie jedoch erst, nachdem sie bereits die ablehnende Verfügung vom 4. August 2008 (act. G 5.1.6) erlassen hatte. Eine Verletzung von zwischen Sozialversicherungen und Physiotherapeuten und -therapeutinnen geltenden Vorschriften darf jedoch nicht einfach so bzw. ohne gesetzliche Grundlage der versicherten Person zur Last gelegt werden. Denn diese hatte keinerlei Einfluss auf die Korrektheit der Anordnung. Es ist somit offensichtlich, dass es sich bei den vorliegenden Bestimmungen zur Anordnung von Physiotherapiebehandlungen um reine Ordnungsvorschriften und nicht um Gültigkeitsvoraussetzungen handeln kann. Folglich kann eine Verletzung der Ordnungsvorschriften grundsätzlich keinen Einfluss auf die Rechtmässigkeit der Anordnung in materieller Hinsicht haben. Zumindest dann, wenn der verfahrensrechtliche Zweck einer Ordnungsvorschrift auf andere Weise erreicht werden kann, rechtfertigt ihre Verletzung nicht einfach eine vollständige Kostenablehnung durch die Krankenversicherung. Demnach bleibt zu prüfen, ob der Nachweis von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Physiotherapiebehandlungen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht ist oder nachträglich erbracht werden kann.

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin macht in materieller Hinsicht geltend, dass sie für keine der 36 Physiotherapiebehandlungen aufzukommen habe, weil die Behandlungen nicht wirksam und zweckmässig gewesen seien. Sie beruft sich dabei vorwiegend auf die Beurteilung des Suva-Kreisarztes Dr. B.____. Dessen Stellungnahme zum Nutzen von Physiotherapiebehandlungen ist jedoch vor dem Hintergrund der Leistungspflicht der Unfallversicherung zu betrachten. Diese hat lediglich zu prüfen, ob eine ärztliche Behandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustands zur Erhaltung oder zur Erhöhung

der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG und zum Begriff der "namhaften Besserung des Gesundheitszustands": BGE 134 V 115 E. 4.3 mit Hinweisen; vgl. auch Art. 21 UVG). Demgegenüber trifft die Krankenversicherung auch dann eine Leistungspflicht, wenn eine Massnahme den Erhalt des Gesundheitszustands oder eine Verminderung von Schmerzen bewirkt. Im Übrigen beruht die Einschätzung von Dr. B.____ auf einer kreisärztlichen Untersuchung, welche bereits ein Jahr vor den im Streit liegenden Behandlungen erfolgte. Neue Entwicklungen und Erkenntnisse in Bezug auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Lauf dieser Zeit hätten eine Physiotherapiebehandlung somit ebenfalls rechtfertigen können. Gerade die Berichte von Prof. Dr. med. E.____, Schulthess Klinik, vom 4. Mai 2008 und von Dr. med. F.____, Wirbelsäulenchirurgie, Schulthess Klinik, vom 23. Juni 2008 weisen - wenn auch erst im Nachhinein - auf solche neuen Erkenntnisse hin (Suva-act. 5.1.7). Gemäss Dr. E.____ schienen die Beschwerden in einem gewissen Umfang real, da sie mitunter durch Implantationsmaterial ausgelöst worden sein könnten. Auch Dr. F.____ sah die Möglichkeit einer gewissen entzündlichen Reaktion durch das Implantat in der Muskulatur. Ein alleiniges Abstellen auf den Kreisarztbericht lässt sich vorliegend somit nicht rechtfertigen. Vielmehr ist festzuhalten, dass es durchaus im Ermessen des Hausarztes liegen konnte, eine Physiotherapie auf Grund des aktuellen Gesundheitszustands anzuordnen.

3.2 Die Hauptaufgabe der Physiotherapie besteht in der Nachbehandlung von Verletzungen und Operationen sowie von Krankheiten, welche länger dauernde Immobilisation erfordern. Sie bezweckt unter anderem die Kräftigung der geschwächten Muskulatur, den Erhalt der Muskelatrophik während erzwungener Inaktivitätsperioden, den Erhalt oder die Wiedergewinnung der Gelenkbeweglichkeit, die Verbesserung und Wiedererlangung der normalen Gebrauchsfunktionen: Greifen, Halten, Stehen, Gehen, Aufstehen, Treppensteigen usw. Ihr Ziel ist mithin die Wiederherstellung, Erhaltung oder Förderung der Gesundheit und dabei sehr häufig die Schmerzreduktion (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 291). Demzufolge erscheint eine Physiotherapiebehandlung objektiv geeignet, die vom Hausarzt geltend gemachte, beabsichtigte Verbesserung der Muskelfunktion, das Verhindern der zunehmenden Schonungstendenz sowie eine Schmerzlinderung bei der Beschwerdeführerin zu bewirken (vgl. act. G 1.1.4, 1.5.7 Bericht vom 14. Oktober 2008). Gemäss der überaus dürftigen Stellungnahme des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin (Suva-act. 5.1.8) erfüllten die strittigen Physiotherapiebehandlungen die Voraussetzungen der Wirksamkeit jedoch nicht und waren in Bezug auf die Zweckmässigkeit fraglich. Betreffend Letzterer könne es (aber) sein, dass regelmässige Physiotherapie bei Patienten auch mit psychischer Überlagerung eine gewisse Ruhe und Stabilität gebe. Auf Grund der fehlenden Begründung der Verneinung des Wirksamkeitskriteriums und einer gewissen Widersprüchlichkeit in den Ausführungen über die Zweckmässigkeit vermag diese Beurteilung die Rechtmässigkeit der vorgenommenen Behandlungen jedoch nicht derart zu erschüttern, dass die Voraussetzungen für eine Kostentragungspflicht der Krankenversicherung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen wären. Somit spricht allein auf Grund der vorliegenden medizinischen Akten vorerst nichts gegen die Beurteilung des Hausarztes. Nachdem die medizinischen Akten jedoch für eine abschliessende Beurteilung der Leistungspflicht ungenügend sind, wird die Beschwerdegegnerin zur Vornahme von weiteren Abklärungen verpflichtet. Gestützt auf den für sie geltenden Untersuchungsgrundsatz wird sie daher Dr. A.____ erneut anzugehen haben und von ihm einen eingehenden Bericht über die Behandlungsindikation der

Therapien sowie allfällig vorhandene Berichte der damals behandelnden Physiotherapeutin einzuverlangen haben, bevor sie erneut über die Leistungspflicht verfügen kann.

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 25. März 2009 teilweise gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die materiellen Voraussetzungen für die Übernahme der Physiotherapiekosten vom 25. April 2006 bis 30. Mai 2007 zu prüfen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Hingegen hat die obsiegende Beschwerdeführerin bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks ergänzender Abklärungen (vgl. BGE 127 V 234 E. 2b/bb). Angesichts der Schwierigkeit des Falles sowie der Art und des Umfangs der Bemühungen erscheint eine Parteientschädigung, wie in vergleichbaren Fällen üblich, von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 25. März 2009 in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die Angelegenheit zur Prüfung der materiellen Leistungsvoraussetzungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer zu bezahlen.

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