

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00024 vom 25. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2008.00024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2008.00024)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00024 du 25 janvier 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00024 del 25 gennaio 2010

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Gemäss Art. 34 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25-33 übernehmen. Nach dem für das KVG geltende Territorialitätsprinzip sind Leistungen grundsätzlich nur dann kassenpflichtig, wenn sie in der Schweiz erbracht werden. Der Bundesrat kann jedoch Ausnahmen vom Territorialitätsprinzip vorsehen, wenn medizinisch notwendige Behandlungen im Ausland durchgeführt werden müssen. Die Übernahme der Kosten kann begrenzt werden (Art. 34 Abs. 2 KVG).

2.2 Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG hat der Bundesrat Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erlassen. Nach Abs. 1 dieser Bestimmung bezeichnet das Departement nach Anhören der zuständigen Kommission die Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 29 des Gesetzes, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt sodann die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben (Abs. 2). Bis anhin hat das eidgenössische Departement des Innern eine Liste von Auslandsleistungen im Sinne von Art. 36 Abs. 1 KVV nicht erstellt.

2.3 Nach der Rechtsprechung (BGE 128 V 75) kann ein Recht auf Auslandsbehandlung nicht direkt aus Art. 34 Abs. 2 KVG abgeleitet werden. Denn diese Bestimmung ermächtigt den Bundesrat zwar zur Bestimmung der Kosten von Leistungen, welche aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden, verpflichtet ihn hingegen nicht dazu (BGE 128 V 80 Erw. 3c).

Der Bundesrat hat mit Erlass von Art. 36 Abs. 1 KVV die Bezeichnung der Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können, an das Departement des Innern subdelegiert.

Der Umstand, dass das Departement des Innern bis anhin noch keine Liste solcher Auslandsleistungen erstellt hat, steht der Vergütung solcher Kosten nicht zum Vornherein entgegen. Nach der Rechtsprechung ist trotz Fehlens einer Liste von Auslandsleistungen die gesetzliche Regelung vielmehr genügend klar, um direkt angewendet werden zu können.

Die Leistungen im Sinne der Art. 25 Abs. 2 und 29 KVG müssen allerdings einerseits dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz entsprechen und tatsächlich nicht in der Schweiz erbracht werden können sowie andererseits den Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen (BGE 128 V 81 Erw. 4b, 131 V 275 Erw. 3.1).

Nach der Rechtsprechung setzt eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 36 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 34 Abs. 2 KVG den Nachweis voraus, dass entweder:

a) in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit besteht oder aber

b) im Einzelfall eine innerstaatlich praktizierte diagnostische oder therapeutische Massnahme im Vergleich zur auswärtigen Behandlungsalternative für die betroffene Person erheblich höher, 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.

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 (BGE 131 V 275 f. Erw. 3.2; Urteil des EVG in Sachen K. vom 14. Oktober 2002, Erw. 1.3, K 39/01; vgl. auch BGE 127 V 147 Erw. 5 betreffend ausserkantonale Leistungen gemäss Art. 41 Abs. 2 KVG; Urteil des EVG in Sachen S. vom 15. Januar 1999, I 303/98 betreffend Eingliederungsmassnahmen im Ausland gemäss Art. 9 und 13 IVG). Grundsätzlich dürfte es sich dabei um Fälle hoher technischer Spezialisierung oder um sehr seltene oder schwierige Behandlungen handeln, für welche auf Grund der Seltenheit der Krankheit in der Schweiz die notwendige medizinische Technik fehlt (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. A., Basel 2007, S. 562).

### E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin verneinte die Kostenübernahmepflicht mit der Begründung, eine erfolgversprechende Behandlung des Rückenleidens der Beschwerdeführerin sei in der Schweiz möglich gewesen. Bei der in Deutschland durchgeführten Laserdiskusnukleotomie handle es sich gemäss Anhang 1 der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) nicht um einen Eingriff, der unter die Leistungspflicht der obligatorischen Grundversicherung falle. Es treffe nicht zu, dass die Beschwerdeführerin in der Schweiz unzureichende Male erfolglos behandelt worden sei. Es sei ihr in der Schweiz eine erfolgversprechende Behandlung angeboten worden. Die im Januar 2007 erfolgte stationäre Behandlung im Kantonsspital D. habe eine erheblichen Verbesserung der Mobilität der Beschwerdeführerin zur Folge gehabt.

Dass eine Laserbehandlung vom behandelnden Arzt des Kantonsspitals D.\_\_\_\_ als zu risikoreich respektive nicht erfolgversprechend beurteilt worden sei, habe die Beschwerdeführerin erst im Laufe nach Ablehnung der Kostenübernahme eingewendet. Im Übrigen könne ein Arzt dem Patienten im voraus keinen Erfolg garantieren. An der behaupteten Äusserung seien daher Zweifel anzubringen. Anlass der Behandlung sei zudem kein Notfall gewesen. Ein medizinischer Grund für die Behandlung im Ausland sei daher nicht gegeben gewesen. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin ergebe sich aus den Akten nicht, dass die Behandlung in der Schweiz nur massigen Erfolg gehabt habe. Der Erfolg im Sinne von Beschwerdefreiheit stelle sich in der Regel nicht unmittelbar, sondern erst nach einer gewissen Zeit ein. Es könne somit nicht davon gesprochen werden, dass eine Operation in der Schweiz zu keinem Erfolg geführt hätte. Das Argument, die Behandlung im Ausland sei kostengünstiger gewesen, sei nicht massgebend, ebenso wenig der behauptete Umstand, dass der Beschwerdeführerin in der Schweiz kein Leistungserbringer empfohlen worden sei. Die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern sei Sache der Versicherten (Urk. 2 S. 3 f., Urk. 6 S. 3 f., Urk. 13 S. 2 ff.).

3.2.1 Die Beschwerdeführerin räumte zwar ein, dass das Territorialprinzip galt. Indessen hätten ihr die Ärzte in der Schweiz nicht helfen können. Seit dem Auftreten des Bandscheibenvorfalles im Dezember 2006 sei sie zweimal notfallmässig im Spital gewesen und habe unzählige Therapien über sich ergehen lassen müssen, ohne dass ein Erfolg eingetreten sei. Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung am Kantonsspital D.\_\_\_\_ sei sie entgegen dem Vermerk in Austrittsbericht (vgl. Urk. 7/2) kaum mobil gewesen. Alle Verrichtungen seien mühsam gewesen. Sie sei weit davon entfernt gewesen, ein normales Leben führen zu können. Bis Ende Mai 2007 sei sie jeden zweiten Tag im Spital zur Therapie gewesen, wobei sich ihr Zustand verschlechtert habe. Es sei die erneute Durchführung einer Cortisonbehandlung geplant gewesen. Ihr behandelnder Arzt im Kantonsspital D.\_\_\_\_ habe eine Operation als zu risikoreich eingeschätzt. Da ihr in der Schweiz keine heilende Behandlung habe aufgezeigt werden können und sie hier alle empfohlenen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft gehabt habe, habe sie sich zur Durchführung der Behandlung in Deutschland entschlossen. Hernach sei sie sofort wieder voll arbeitsfähig gewesen. Die Behandlungsmethode sei im Ausland seit Jahren anerkannt (Urk. 1, Urk. 10).

#### 4.1.1.1

4.1.1 Die strittige Behandlung in Deutschland durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie (vgl. Urk. 7/3), stellte keine Notfallbehandlung in dem Sinne dar, dass die Beschwerdeführerin bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt eine medizinische Behandlung benötigte und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen war. Vielmehr begab sich die Beschwerdeführerin ausschliesslich zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland. Dass der Eingriff erfolgreich verlief, bildet indessen noch keine genügende Voraussetzung für eine Kostenübernahme. Dies ist erst der Fall, wenn eine Behandlung des Leidens im Inland nicht oder nicht in zweckmässiger Weise möglich ist.

4.2.1 Dem Austrittsbericht der Rheumaklinik des Kantonsspitals D.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2007 zufolge führte die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin zu einer raschen Beschwerdelinderung und Steigerung der Mobilität. Unter intensiver Physiotherapie habe die analgetische Medikation sistiert werden können und die

Beschwerdeführerin sei beim Austritt gut mobil gewesen. Die Physiotherapie sei auch nach Austritt weiterzuführen. Später sei der Übergang in eine medizinische Trainingstherapie empfohlen. Eine Rehospitalisation sei nicht vorgesehen (Urk. 7/2).

Welche Beeinträchtigungen im einzelnen weiterhin bestanden, legte die Beschwerdeführerin nicht dar. Sie bestritt lediglich in allgemeiner Weise, beim Austritt habe wieder eine gute Mobilität bestanden. Auch zum Verlauf der ambulanten Behandlung nach dem Spitalaustritt im Januar 2007 noch zum Ergebnis einer Sprechstunde vom 19. Juni 2007 (vgl. Urk. 3/5) machte die Beschwerdeführerin keine näheren Angaben. Sie machte lediglich geltend, alle Therapiebemühungen seien gescheitert und es habe ihr keine erfolversprechende Behandlung in der Schweiz angeboten werden können.

Auf nur pauschale Behauptungen oder Bestreitungen kann nicht abgestellt werden. Festzuhalten bleibt mit der Beschwerdegegnerin, dass bei der Behandlung eines Rückenleidens der diagnostizierten Art (vgl. Urk. 3/2) ein unmittelbarer Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann. Dass bis Mitte 2007 ein subjektiv nicht befriedigender Behandlungserfolg eingetreten war, ist mithin kein Beleg für eine unzweckmässige Behandlung.

4.3 Dass die am Kantonsspital D.\_\_\_\_ durchgeführte physikalische Behandlung nicht adäquat gewesen wäre, ergibt sich auch nicht aus den Ausführungen des deutschen Arztes Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 3/2-3). Ebenso wenig enthalten diese Ausführungen die von der Beschwerdeführerin behauptete Zusicherung eines vollständigen Behandlungserfolgs für die deutsche Behandlung, sondern lediglich die Empfehlung der aus Sicht von Dr. B.\_\_\_\_ als geeignet erachteten Laserdiskusnukleotomie.

4.4 Zusammenfassend steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass das Rückenleiden der Beschwerdeführerin hierzulande nicht fachmännisch und zweckmässig hätte behandelt werden können. Hinzu kommt, dass gemäss Anhang 1 Ziff. 3.2 der KLV für Diskushernienoperationen und Diskusdekompression mittels Laser eine Leistungspflicht auch dann nicht besteht, wenn die Behandlung in der Schweiz durchgeführt würde. Demgemäss ergibt sich, dass für den in Deutschland durchgeführten Wahleingriff keine Leistungspflicht zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung besteht.

Die Beschwerdegegnerin verneinte nach dem Gesagten die Kostenübernahme zu Recht, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Der Einzelrichter erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - A.\_\_\_\_
  - CSS Kranken-Versicherung AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90

ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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