

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00037 vom 16. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2008.00037

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00037 du 16 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00037 del 16 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 32 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) müssen Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung nach den Artikeln 25 - 31 KVG wirksam zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

Gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), an welches der Bundesrat diese Aufgabe übertragen hat (vgl. Art. 33 Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a und c der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV), hat gemäss Art. 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 im Anhang 1 zur KLV die ärztlichen Leistungen aufgeführt, welche vorbehaltlos, unter gewissen Voraussetzungen oder überhaupt nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen.

E. 1.2

Wie der Bundesrat in der Stellungnahme vom 24. Juni 2009 zum Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle vom 21. August 2008 sowie zu den Empfehlungen der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates (GPK-N) vom 26. Januar 2009 betreffend die Inspektion "Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung" (BBl 2009 5577, 5589, 5649) ausgeführt hat (BBl 2009 5650), bedeutet das Konzept der Umschreibung der Leistungspflicht nach Art. 33 Abs. 1 KVG, dass grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen vergütet werden, wenn nicht etwas anderes bestimmt wird. Der Pflichtleistungscharakter von diagnostischen und therapeutischen Arztleistungen wird damit implizit vermutet (Vertrauensprinzip). Der Verordnungsgeber kann neue oder umstrittene Behandlungen von den Pflichtleistungen ausschliessen, bis sie einer methodischen Überprüfung auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit standhalten (Art. 33 Abs. 3 KVG). Er hat auch die Möglichkeit, neue Techniken oder Methoden lediglich für bestimmte Indikationen zuzulassen, wenn nur in diesem Bereich Art. 32 Abs. 1 KVG erfüllt ist, oder deren Zulassung von einer bestimmten fachlichen Kompetenz des Leistungserbringers abhängig zu machen (Art. 58 Abs. 3 lit. b KVG). Er kann schliesslich sich noch in Abklärung befindliche Leistungen auf Zusehen hin und unter der Auflage des definitiven Nachweises der Voraussetzungen von Art. 32 KVG zulassen. Neue oder umstrittene Leistungen

können durchaus wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, obwohl es ihnen lediglich noch an einem ausreichenden Beweis dieser Eigenschaft fehlt. Die ärztlichen Leistungen der Krankheitsbehandlungen werden in einer offenen Liste bzw. einem offenen und beschränkten "Ausschluss- oder Voraussetzungskatalog" geführt (Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93, 159). Diese offene Liste ist in der KLV im Anhang 1 integriert. Sie nennt bei vielen Leistungen die Voraussetzungen für die Kostenübernahme wie Limitationen auf bestimmte Indikationen, Vorgaben, die die Leistungserbringer erfüllen müssen, oder (für Leistungen gemäss Art. 33 Abs. 3 KVG) zeitliche Befristungen der Leistungspflicht mit Auflage der Evaluation durch die Leistungserbringer. Im Gegensatz dazu werden für Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände, präventivmedizinische Leistungen, Leistungen bei Mutterschaft sowie für Leistungen von nichtärztlichen Leistungserbringern abschliessende Listen geführt (sog. Positivlisten, Art. 33 Abs. 2 KVG; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts vom 11. September 2009 in Sachen M., 9C_224/2009, Erw. 2.2).

1.3.1.1

1.3.1.1 Unter dem Titel "9.3 Interventionelle Radiologie" ist im gegenwärtig anwendbaren Anhang 1 zur KLV hinsichtlich der Radiochirurgie (LINAC, Gamma-Knife) die Übernahme durch die obligatorische Krankenversicherung für Akustikusneurinome, Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen, für nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome, arterio-venöse Missbildungen und Meningeome vorgesehen.

1.3.2.1 Die Radiochirurgie mit LINAC wird

1.3.2.1.1 - bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen

1.3.2.1.2 - bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist,

1.3.2.1.3 als Pflichtleistung übernommen. Unter der Spalte "gültig ab" sind die Daten 1.1.1999/1.1.2000/1.1.2003 vermerkt.

1.3.3.1 Bei der Radiochirurgie mit Gamma-Knife ist unter der Spalte "Leistungspflicht" ein "Nein" vorgesehen. Unter der Spalte "Voraussetzungen" ist erwähnt:

1.3.3.1.1 - bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen

1.3.3.1.2 - bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist.

1.3.3.1.3 Unter der Spalte "gültig ab" werden der 1.1.1999/1.1.2000/1.4.2003 aufgeführt.

2. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, aufgrund dieses Wortlautes im Anhang 1 zur KLV müsse davon ausgegangen werden, dass die Gamma-Knife-Behandlung unter den erwähnten Voraussetzungen übernommen werde. Ansonsten müssten gar keine Voraussetzungen aufgeführt sein, wenn tatsächlich die Gamma-Knife-Methode keine Anwendung finden würde, es würde ein schlichtes "Nein" reichen. Die aufgeführten Voraussetzungen regelten vielmehr die Fälle, in denen die Gamma-Knife-Behandlung - als Ausnahme von der Regel - eine Leistungspflicht nach KVG sei (Urk. 3 S. 3).

Die Beschwerdegegnerin bestreitet diese Ansicht. Die Regelung sei in einem Gesamtzusammenhang zu sehen. Denn eine gewisse Zeit lang seien die beiden Methoden (LINAC und Gamma-Knife) für die erwähnten Fälle in Evaluation gestanden, man habe sich danach für die LINAC-Methode entschieden. Die Fälle mit der Gamma-Knife-Methode seien jedoch bis 1. April 2003 noch zu übernehmen gewesen, weshalb man die erwähnte Formulierung gewählt habe (Urk. 7 S. 3).

E. 3

3.1 Es ist der Beschwerdeführerin darin Recht zu geben, dass die Formulierung im Anhang 1 zur KLV, wie sie seit dem 1. Januar 2004 lautet und oben dargestellt ist, nicht ohne Weiteres veränderlich ist. Erst unter Zuhilfenahme der vorherigen Versionen wird deutlich, wie die Entwicklung der interventionellen Radiologie ablief.

Ab 1. Januar 1996 wurde die interventionelle Radiologie bei gewissen Indikationen (Akustikusneurinome, Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen, nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome, arterio-venöse Missbildungen und Meningeome) übernommen. Zwischen 1. Januar 1999 und 31. Dezember 2002 wurden die beiden Methoden Gamma-Knife und LINAC mit der Verpflichtung an die Leistungserbringer, ein Evaluationsregister zu führen und die Kosten zu erfassen, unter den erwähnten Indikationen bei Hirnmetastasen und primären malignen Hirntumoren (vgl. oben Erw. 1.3.2) übernommen (Anhang 1 zur KLV, Stand 19. Oktober 1999). Zuvor waren die Kosten für beide Methoden bei diesen Krankheitsbildern nicht übernommen worden (Anhang 1 zur KLV, Stand 1. Januar 1996).

Mit Gültigkeit ab 1. Januar 2003 wurde im Anhang 1 zur KLV differenziert zwischen der Radiochirurgie mit LINAC und derjenigen mit Gamma-Knife. Für die Radiochirurgie mit LINAC wurde ab 1. Januar 2003 für die erwähnten Hirnmetastasen und primären malignen Hirntumore (vgl. oben Erw. 1.3.2) eine Leistungspflicht statuiert. Für die Methode mit Gamma-Knife hingegen wurde mit Gültigkeit ab 1. April 2003 keine Leistungspflicht vorgesehen, wurde doch allgemein ein "Nein" bei der Leistungspflicht vermerkt. Es wurde jedoch auf einer neuen Zeile mit dem Vermerk "Ja" unter der Spalte "Leistungspflicht" festgehalten, dass diese Methode unter den erwähnten Voraussetzungen in Evaluation gestanden hat und zwar zwischen 1. Januar 1999 und 31. März 2003. Demzufolge ist mit der Beschwerdegegnerin daraus zu schliessen, dass eine Übernahme der bis zu jenem Zeitpunkt angefallenen Kosten weiterhin gewährleistet ist.

Per 1. Januar 2004 wurde im Anhang 1 zur KLV die eingangs erwähnte, seither nicht mehr geänderte Formulierung gewählt (oben Erw. 1.3.3). Man verkürzte den bisherigen Text und fasste ihn leicht zusammen, eine Änderung des

Inhalts war damit jedoch nicht vorgenommen worden. Es wurden mit der gewählten Formulierung die Hinweise auf die aufgezeigte Entwicklung und damit auf die wechselhafte Leistungspflicht belassen, denn es ist nicht auszuschliessen, dass sich auch noch in Folgejahren Fragen zu einer früheren Leistungspflicht bei dieser Methode stellen.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 3 S. 3) besteht damit bei den Gamma-Knife-Behandlungen von Hirnmetastasen und primären Hirntumoren ab 1. Januar 2004 keine "Regel- Ausnahmesituation", vielmehr ist eine Leistungspflicht bei der Gamma-Knife-Methode bei den erwähnten Indikationen gemäss Anhang 1 zur KLV nicht gegeben.

3.2 Dass sich der Leistungserbringer der Gamma-Knife-Behandlung in der Schweiz, das W. der Z., dieser Nichtleistungspflicht durch die obligatorische Krankenversicherung bei Hirntumoren und Metastasen bewusst ist, zeigt ein publizierter Artikel von PD Dr. med. Y., in welchem er festhält: "Die Gamma-Knife-Behandlungen von Meningeomen, Akustikusneurinomen, Hypophysenadenomen, Kraniopharyngeomen und zerebralen Gefässmissbildungen sind - unabhängig vom Versicherungsstatus - Pflichtleistungen für die Krankenkassen. Leider ist dies bei den Hirnmetastasen, den hirneigenen und den selteneren Tumoren nicht mehr so. Unsere Patientin musste heute die erfolgreiche, schonende und letztendlich kostengünstige Behandlung mit dem Gamma Knife aus eigener Tasche finanzieren" (www.hirslanden.ch/images/IP_publ_hirntumoren.pdf).

3.3 Bei der Beschwerdeführerin wurde gemäss Arztbericht von PD Dr. med. Y. vom 23. Februar 2007 in der Z. eine solitäre ZNS-Metastase mit einem Volumen von 2,7 cm³ mittels Gamma-Knife behandelt (Urk. 3 S. 3, Urk. 8/7). Auf die Anfrage der Beschwerdegegnerin, weshalb keine Behandlung nach LINAC durchgeführt worden sei, antwortete er am 26. November 2007, die radiochirurgische Behandlung mit Gamma-Knife sei sehr viel besser dokumentiert als die Behandlung mit LINAC, sie gelte als "gold standard" für die radiochirurgische Behandlung von ZNS-Metastasen (Urk. 8/16). Sodann führte Prof. Dr. med. A., der die Versicherte zuvor nach einem Unfall im Universitätsspital Zürich betreut hatte, am 17. Dezember 2007 aus, die Versicherte sei in einem schlechten Allgemeinzustand gewesen und habe nicht für eine neuro-chirurgische Operation qualifiziert werden können, weshalb sie zum Eingriff mit Gamma-Knife überwiesen worden sei (Urk. 8/18). Mit dem Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. B. (Urk. 8/20), ist dem entgegenzuhalten, dass es sich bei der LINAC-Methode nicht um eine neuro-chirurgische Behandlung gehandelt hätte, mithin wäre die Belastung für die Versicherte die gleiche gewesen. Trotz Nachfrage durch die Beschwerdegegnerin führten denn die behandelnden Ärzte keinen zwingenden Grund auf, weshalb die Beschwerdeführerin statt mit LINAC mit Gamma-Knife behandelt wurde. Es folgt daraus, dass die Beschwerdegegnerin für die Behandlung der Beschwerdeführerin vom 22. Februar 2007 nicht leistungspflichtig ist.

Die Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

