

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00053 vom 31. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2010.00053

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00053 du 31 janvier 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00053 del 31 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (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 nach Art. 25 Abs. 2 KVG (in der hier anwendbaren, bis Ende 2010 gültig gewesenen Fassung) unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden (lit. a), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. e).

In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine medizinische Leistung ist wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus und beurteilt sich nach medizinischen Kriterien. Zweckmässig ist jene Anwendung, welche den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist. Wirtschaftlichkeit wiederum ist das Kriterium für die Auswahl unter den zweckmässigen Behandlungsalternativen. Dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, haben die Krankenversicherer nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Auflage, Zürich 2007, S. 494 f. Rz 293 ff.).

1.2 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach Art. 25-31 übernehmen. Gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 oder Art. 29 (Mutterschaft) 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).

Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG hat der Bundesrat Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erlassen. Nach Art. 36 Abs. 1 KVV

bezeichnet das Departement nach Anträgen 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 Art. 36 Abs. 2 KVV sodann 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Rechtsprechung schliesst das Fehlen der in Art. 36 Abs. 1 KVV vorgesehenen Liste die Anspruchsberechtigung nicht aus. Voraussetzung für die Übernahme einer Auslandbehandlung ist jedoch, dass die mögliche Behandlung in der Schweiz mit einem wesentlichen und deutlich höheren Risiko verbunden ist als diejenige im Ausland (Urteile des Bundesgerichts 9C_110/2011 vom 27. Juni 2011, E. 2.2, und 9C_479/2008 vom 30. Dezember 2008, E. 2, mit Hinweisen auf BGE 134 V 330 E. 2.2, 131 V 271 E. 3.2 und 128 V 75 E. 4b). Dies ist rechtsprechungsgemäss nur bei einer schwerwiegenden Lücke im Behandlungsangebot der Fall. Erwähnt werden Behandlungen, die hochspezialisierte Techniken verlangen, oder seltene Krankheiten, für welche die Schweiz nicht über eine genügende diagnostische oder therapeutische Erfahrung verfügt. Wenn hingegen die angemessene Behandlung geläufig in der Schweiz vorgenommen werden kann und breit anerkannten Formen entspricht, hat die versicherte Person nach der besagten Rechtsprechung keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Auslandbehandlung. Dabei wird im Besonderen auch der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland grössere Erfahrung auf einem Fachgebiet hat, nicht als Grund betrachtet, der die Übernahme einer Auslandbehandlung rechtfertigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_110/2011 vom 27. Juni 2011, E. 2.3, mit Hinweisen auf BGE 134 V 330, E. 2.3, und 131 V 271, E. 3.2).

1.3 Ä Ä Ä Ä Ä Liegt ein Sachverhalt vor, der vom Personenfreizügigkeitsabkommen (Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit [FZA]) erfasst ist, muss zusätzlich geprüft werden, ob sich aus diesem Abkommen eine Leistungspflicht für Auslandbehandlungen ergibt, die über diejenige aufgrund des schweizerischen Rechts hinausgeht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine solche Leistungspflicht könnte sich aus der Dienstleistungsfreiheit ergeben, wie sie im Vertrag der Europäischen Gemeinschaften (EG-Vertrag) institutionalisiert ist. Nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung enthält das FZA jedoch keine vergleichbaren Bestimmungen zu der im EG-Vertrag geregelten umfassenden Dienstleistungsfreiheit; diese bildet nicht Bestandteil des "acquis communautaire", und deshalb kann aus dem FZA kein Anspruch auf Auslandbehandlung abgeleitet werden, der über Art. 36 Abs. 1 KVV hinausgeht (Urteil des Bundesgerichts 9C_479/2008 vom 30. Dezember 2008, E. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ferner befasst sich Art. 22 der Verordnung (EWG) 1408/71 (zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige

sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern) mit der Notwendigkeit, sich zwecks angemessener Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben. Nach Art. 22 Abs. 1 lit. c der Verordnung 1408/71 besteht ein Anspruch auf Übernahme einer solchen Behandlung, wenn die versicherte Person vom zuständigen Träger eine entsprechende Genehmigung erhalten hat. Diese Genehmigung muss jedoch nach Art. 22 Abs. 2 der Verordnung 1408/71 nur dann erteilt werden, wenn die betreffende Behandlung nach den Rechtsvorschriften des Wohnsitzstaates vorgesehen wäre, aber hier nicht innert nützlicher Frist erhältlich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_479/2008 vom 30. Dezember 2008, E. 6.1).

E. 2

2.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Operation und den damit zusammenhängenden stationären Aufenthalt im B. zu übernehmen hat.

2.2 Es steht fest und ist unbestritten, dass diese Operation, die chirurgische Entfernung des Akustikusneurinoms, medizinisch indiziert und erfolgversprechend war. Dies ergibt sich ohne Weiteres aus dem Bericht des Spitals E. vom 22. Juni 2010, wo dargetan ist, das interdisziplinäre Schiedsbasisboard habe aufgrund einer Zusammenkunft vom 10. Februar 2009 eine chirurgische Resektion dringend empfohlen (Urk. 3/13), und daraus, dass Dr. A. gemäss seinem Bericht vom 1. April 2009 ebenfalls den Rat zur Tumorexstirpation gab (Urk. 3/3 S. 1). Die Operation als solche ist somit zweifellos als wirksam und zweckmässig im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG einzustufen, und die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auch deren Wirtschaftlichkeit nicht in Frage gestellt.

Der Beschwerdeführer führt die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit auch als Argumente für den geltend gemachten Anspruch auf Kostenübernahme der Auslandbehandlung an. Er hält die Auslandbehandlung für wirksamer und zweckmässiger, weil die Ärzte in B. die grössere Erfahrung hätten und deshalb die Erfolgschancen besser seien, und er postuliert aus diesen Gründen zudem eine optimale Wirtschaftlichkeit, weil das Risiko für kostenintensive postoperative Probleme gering sei (Urk. 1 S. 9 ff.). Bei der Abwägung, ob eine Auslandbehandlung zulasten der schweizerischen obligatorischen Krankenversicherung geht, sind die Kriterien nach Art. 32 Abs. 1 KVG in die vorstehend dargelegte Rechtsprechung (E. 1.2) eingeflossen. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist demnach allein anhand dieser Rechtsprechung zu beurteilen; darüber hinaus haben die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit keine selbständige Bedeutung.

2.3 Ausser Frage steht, dass die chirurgische Entfernung des Akustikusneurinoms nicht notfallmässig in B. erfolgte. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin lässt sich daher nicht auf die Regelung in Art. 36 Abs. 2 KVV stützen.

Es kann aber auch nicht gesagt werden, eine Operation in der Schweiz wäre im Sinne der dargelegten Rechtsprechung mit einem wesentlichen und deutlich höheren Risiko verbunden gewesen als die Operation in B.. Zunächst steht fest, dass eine Operation in der Schweiz möglich gewesen wäre. Dr. A. zählte im Bericht vom 1. April 2009 verschiedene schweizerische Spitäler auf, welche Akustikusneurinom-Operationen durchführen (Urk. 3/3 S. 1), und ein Blick auf die

Homepages einiger dieser Kliniken zeigt, dass dieses Angebot tatsächlich besteht und auch genutzt wird (vgl. etwa www.neurochirurgie.insel.ch, www.neurochirurgie-basel.ch). Dabei führt etwa das Universitätsspital Basel eine spezialisierte interdisziplinäre Akustikus-Sprechstunde, wo eine Behandlungsempfehlung erstellt wird und der Patient Gelegenheit hat, den einzelnen Spezialisten Fragen zu stellen (www.neurochirurgie-basel.ch). Unter diesen Umständen mag zwar sehr wohl zutreffen, dass das B. über die noch spezialisierteren Fachleute mit einer breiteren Erfahrung verfügt, es bestehen jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass die diagnostische oder therapeutische Erfahrung im Inland ungenügend ist, wie es die massgebende Rechtsprechung als Voraussetzung für die Übernahme der Kosten einer Auslandbehandlung verlangt. Für Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit (vgl. Urk. 1 S. 11, Urk. 2 S. 3, Urk. 7 S. 2 f., Urk. 11 und Urk. 17; vgl. auch Urk. 3/3 S. 2 und Urk. 8/10) bleibt bei dieser Sachlage kein Raum.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit begründet Art. 36 KVV keine Leistungspflicht nach KVG für die zur Diskussion stehende Operation.

2.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der rechtlichen Ausführungen zur Dienstleistungsfreiheit (E. 1.3) lässt sich auch daraus keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ableiten. Und für eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 22 Abs. 1 lit. c und Abs. 2 der Verordnung 1408/71 müsste eine Behandlung in der Schweiz nicht innert nützlicher Frist möglich gewesen sein, worauf indessen keinerlei Hinweise bestehen.

2.5 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zutreffend bemerkt die Beschwerdegegnerin schliesslich (vgl. Urk. 7 S. 5), dass der Beschwerdeführer auch keinen Anspruch auf die Erstattung derjenigen Kosten hat, die entstanden wären, wenn die Operation in der Schweiz durchgeführt worden wäre. Denn dieses Institut der Austauschbefugnis besteht nach der Rechtsprechung im Falle einer Auslandbehandlung nicht (vgl. BGE 131 V 271 E. 3.2).

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Romeo Minini unter Beilage je einer Kopie von Urk. 20 (Telefonnotiz vom 4. Januar 2012), Urk. 21 (Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 4. Januar 2012) und des Beilagenverzeichnisses zu den nachgereichten Akten (Urk. 22/1-8)

- Provita Gesundheitsversicherung AG unter Beilage einer Kopie von Urk. 20

- Bundesamt für Gesundheit

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.