

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00099

vom 19. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2015.00099

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00099 du 19 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00099 del 19 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§

E. 1.2

Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in den Artikeln 25-31 KVG aufgeführten Leistungen nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen.

E. 1.3

Zum Leistungsbereich gemäss den Artikeln 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 die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 lit . a KVG).

E. 1.4

Die Polysomnographie ist eine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung unter anderem bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoesyndrom, periodische Beinbewegungen im Schlaf, Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist, und ernsthafte Parasomnie, wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen. Dagegen besteht für die Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronischen

Fatigue Syndrome keine Leistungspflicht des Krankengrundversicherers (vgl. Anhang 1 zur Krankenpflegeleistungsverordnung, KLV, Ziff. 2.1). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass von Anfang an keine dringende Verdachtsdiagnose vorgelegen habe und das negative Endresultat einwandfrei zur Ausgangslage passe. Die qualifizierten Voraussetzungen für die Kostenübernahme dieser nicht ganz billigen Untersuchung seien vorliegend nicht erfüllt. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, dass aufgrund der Untersuchungen durch Dr. med. B.____ ein dringender Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom gestellt worden sei und die Bedingungen der KLV für die Durchführung einer Polysomnographie damit klar

gegeben seien, weshalb die Kosten von der Krankenversicherung zu übernehmen seien (Urk. 1). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin für die Kosten von Fr. 1'452.55 der am 1. April

2015 im Z.____, durchgeführten Polysomnographie aufzukommen hat. 3.

E. 3

/ 15), was der Krankenversicherer nach Rücksprache mit seinem Vertrauensarzt Dr. med. A.____ (vgl. Urk. 3/5, Urk. 3/11) mit Verfügung vom 7. September 201

E. 3.1

Aus medizinischer Sicht lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

Dr. med. Y.____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, berichtete am 7. Januar 2015 (Urk. 15/1) und nannte folgende Diagnosen: - massive Schlafstörungen mit Atemnot und Herzrasen - latente Hypothyreose - menopausal seit Herbst

2014

Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin eine Patientin und gute Freundin von ihm sei. Sie leide seit Jahren an immer wiederkehrenden Schlafstörungen, welche sich in den letzten Wochen wieder akzentuiert hätten. Sie gebe an, in der Nacht aufzuwachen mit Atemnot und Herzrasen. Seit Ende letzten Jahres sei auch eine latente Hypothyreose mit Euthyrox 25 therapiert und die Menopause manifestiert. Es sei noch nicht mit einer Hormonersatztherapie (HRT) begonnen worden, obwohl die Schlafstörungen natürlich durch die Menopause noch verstärkt sein könnten. Gerne würde er die Beschwerdeführerin im Z.____ untersuchen lassen.

E. 3.2

Dr. phil. C.____, Z.____, berichtete am 27. April

2015 über die am 1. April

2015 durchgeführte Somnographie (Urk. 3/14) und nannte folgende Diagnose-Vorschläge: - phasenweise giemende / stridoröse Atemgeräusche im Schlaf bei der Inspiration und Expiration (Differentialdiagnose: Asthma, Strömungsgeräusche im Larynx oder Pharynx, bei ungünstiger Kopfposition) - periodische Bewegungen der Gliedmassen - kein Schnarchen und keine obstruktive Atemstörung im Schlaf

Er führte aus, dass zeitweilig auffällige Atemgeräusche mit giemendem und stridorösem Charakter während der Inspiration und Expiration festgestellt worden seien. Diese Strömungsgeräusche bei der Atmung hätten in der Nacht während insgesamt gut einer Stunde bestanden. In keiner Körperlage seien klassische Schnarchgeräusche oder obstruktive Atemstörungen beobachtet worden. Die zentralen Atemvariationen im REM-Schlaf hätten zu einigen zentralen Atemstörungen geführt und seien von normaler Ausprägung. Es seien häufige periodische Beinbewegungen im Schlaf vorgefunden worden, die zeitweilig mit Weckreaktionen verbunden gewesen seien.

Bei der Beschwerdeführerin bestehe kein obstruktives Schlafapnoesyndrom. Die zeitweiligen, meist während des REM-Schlafs auftretenden Atem- und Strömungsgeräusche seien nicht mit obstruktiver Atmung verbunden. Der Schlaf sei

abgesehen von einigen Phasen mit bewegungsinduzierten Weckreaktionen von guter Qualität, normaler Schlafstruktur und Schlafstadienzusammensetzung. Weil die Beschwerdeführerin mit einem Schläfrigkeitwert von 2 keine erhöhte Einschlafneigung beklagt und weil kurzzeitig keine Einschlaf- und Durchschlafstörungen bestünden, sei keine Indikation zur Therapie der periodischen Beinbewegungen gegeben (S. 1). 3. 3

Dr. med. B.____, Facharzt für Pneumologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, D.____, berichtete am 4. Mai 2015 (Urk. 3/13) und nannte folgende Diagnosen: - chronischer Nikotinabusus von unregelmässig 5 bis 20 Zigaretten pro Tag, kumulativ doch etwa 30 pack-jahre - normale Lungenfunktion ohne relevante obstruktive Ventilationsstörung und Diffusionsstörung - phasenweise giemende / stridöse Atemgeräusche im Schlaf, wahrscheinlich im Rahmen der chronischen Bronchitis ohne Hinweise für ein Schlafapnoesyndrom - latente Hypothyreose - menopausal seit Herbst 2014

Er führte aus, dass wegen massiver Schlafstörungen mit gefühlter Atemnot und Herzrasen eine Zuweisung zur somnologischen Abklärung erfolgt sei (S.

1). Bei der Beschwerdeführerin hätten die durchgeführten Untersuchungen eine normale Lungenfunktion und damit keine Hinweise für eine beginnende COPD (chronic

obstructive

pulmonary

disease) gezeigt. Bei vermutetem Schlafapnoesyndrom zeige die gut auszuwertende diagnostische Polysomnographie, dass kein obstruktives Schlafapnoesyndrom bestehe. Die zeitweiligen,

meist während des REM-Schlafs auftretenden Atemgeräusche seien nicht mit obstruktiver Atmung verbunden, sondern wahrscheinlich im Rahmen der chronischen Bronchitis zu sehen. Zudem bestünden unbedeutende periodische Bewegungen der unteren Gliedmassen. Er habe mit der Beschwerdeführerin, die er von früher persönlich kenne, besprochen, dass der chronische Husten wahrscheinlich einzig durch das Rauchen bedingt sei. Sollte sie sich dazu entschliessen, mit dem Rauchen aufzuhören, würde der Husten wahrscheinlich mit der Zeit verschwinden (S. 2).

Am 1. Juli 2015 führte Dr. B.____ aus (Urk. 15/2), dass ihm die Beschwerdeführerin vom Gynäkologen wegen massiver Schlafstörungen zugewiesen worden sei. Primär sei ein obstruktives Schlafapnoesyndrom zu vermuten, weshalb die diagnostische Polysomnographie durchgeführt worden sei. Diese entspreche dem üblichen Vorgehen, da eine Polygraphie oder Pulsoxymetrie nie ganz konklusiv seien.

E. 3.4

Dr. med. A.____, Facharzt für Rechtsmedizin, Vertrauensarzt, berichtete am 9. Juli 2015 (Urk. 3/11) und führte aus, dass nun ein Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom geltend gemacht, aber nicht ausgewiesen werde. Der Arzt möge zur Überprüfung seiner Aussagen das Zuweisungszeugnis des Gynäkologen sowie seine Abklärungsunterlagen zustellen, damit zweifelsfrei dokumentiert werden könne, dass ein dringender Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom bestanden habe.

Am 11. August 2015 führte Dr. A.____ aus (Urk. 3/5), dass mit den vorliegenden Unterlagen kein dringender Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom oder ein anderes im

KLV Anhang 1 aufgeführtes Leiden ausgewiesen werde. Es fehlten insbesondere Unterlagen über die klinische Untersuchung vor der Polysomnographie und die damals angestellten differentialdiagnostischen Überlegungen. Das Zuweisungszeugnis spreche sogar eher gegen einen dringenden Verdacht.

E. 3.5

Dr. B.____ führte am 15. September

2015 aus (Urk. 3/4), dass er die Begründung und Ablehnung nicht nachvollziehen könne. Die Beschwerde führerin sei von Dr. Y.____ zugewiesen worden. Sie habe angegeben, in der Nacht aufzuwachen mit Atemnot und Herzrasen, was zu einer schweren Einschränkung des Schlafes geführt habe. Die initialen Untersuchungen bei ihnen hätten keine Erklärung ergeben. Sowohl die Herz- wie die Lungenuntersuchung inklusive Lungenfunktionsprüfung hätten keine Erklärung ergeben, das heisse eine Herzrhythmusstörung, ein Asthma oder ein COPD hätten ausgeschlossen werden können. Zudem habe die Befragung ergeben, dass eine leichte Hypothyreose erfolgreich therapiert worden sei. Aufgrund dieser Umstände habe man unbedingt ein Schlafapnoesyndrom ausschliessen müssen. Dies werde bei ihnen wie international empfohlen mittels einer nächtlichen Polysomnographie durchgeführt. Die Durchführung lediglich einer Pulsoxymetrie oder einer Polygraphie sei zur genauen Differenzierung ungenügend. Wie nun die Beschwerdegegnerin auf die Idee komme, diese Untersuchung sei unnötig gewesen, sei ihm schleierhaft. Dass kein obstruktives Schlafapnoesyndrom habe festgestellt werden können, sei ja vor der Untersuchung nicht klar gewesen, darum sei die Untersuchung ja durchgeführt worden.

E. 3.6

Dr. A.____ führte am 5. Oktober

2015 aus (Urk. 3/2), die Beschwerde führerin hätte geltend gemacht, dass vor der polysomnographischen Untersuchung sehr wohl Voruntersuchungen sowohl durch Dr. Y.____ als auch durch Dr. B.____ durchgeführt worden seien, aus welchen sich klar ein dringender Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom ergeben habe (S.

1). Dr. B.____ habe am 22. Juni

2015 angegeben, dass die Beschwerdeführerin zwecks Ausschluss eines Schlafapnoesyndroms zugewiesen worden sei, ohne dass klinische Hinweise auf ein solches Syndrom bestanden hätten. Am 1. Juli 2015 habe er im Prinzip seine Aussage vom Juni wiederholt. Für die zweite Wiedererwägung seien dann nur die Befunde der Polysomnographie und das Auswertungsgespräch zugestellt worden. Die vorgängigen der Polysomnographie durchgeführten Untersuchungen und deren Resultate wie auch die Ergebnisse der Anamneseerhebung und der klinischen Untersuchung hätten gefehlt. Der verlangte dringende Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom werde mit den vorliegenden Dokumenten schlicht nicht ausgewiesen, sondern sogar mit dem Zeugnis des Lungenfacharztes Dr. B.____ vom 22. Juni 2015 negiert. 4. 4.1

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) nahm zum Begriff der dringenden Verdachtsdiagnose gemäss Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV Stellung und erläuterte, dass die Polygraphie und insbesondere die Polysomnographie aufwändige und dementsprechend kostspielige Untersuchungsverfahren seien, weshalb ihre Kosten nur übernommen werden sollen, wenn aufgrund des Beschwerdebildes und der einfachen klinischen

Untersuchungen das Vorliegen einer leistungspflichtigen Indikation sehr wahrscheinlich, aber nicht sicher sei. Sie würden der Bestätigung eines bereits erhärteten Verdachts auf eine Diagnose, und nicht der Suche nach vielerlei möglichen Ursachen dienen. Die beiden Massnahmen sollten also am Ende und nicht zu Beginn der Abklärung durchgeführt werden. Sie stellen keinesfalls routinemässige Untersuchungen bei Schlaf- und Atemstörungen dar. In Zusammenhang mit dem Schlafapnoesyndrom seien insbesondere die von Drittpersonen bestätigten Atempausen im Schlaf als dringende Hinweise zu werten (vgl. Urteil des Bundesgerichts K 47/07 vom 29. Juni 2007 E. 3.5). 4.2

Gemäss Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV wird nicht verlangt, dass die Verdachtsdiagnose auf ein Schlafapnoesyndrom ausdrücklich als "dringend" bezeichnet wird. Diese Qualifizierung kann auch implizit aus den ärztlichen Angaben hervorgehen. Der Wortlaut der erwähnten Bestimmung differenziert sodann nicht nach konkreter Erscheinungsform und Schweregrad des vermuteten Schlafapnoesyndroms. Auch der dringende Verdacht auf ein behandlungsbedürftiges Schlafapnoesyndrom leichter Ausprägung vermag hinsichtlich der Polysomnographie eine Leistungspflicht zu begründen.

Mit dem verlangten dringenden Verdacht auf das Vorliegen einer der leistungspflichtigen Indikationen wird die Vergütungspflicht der Polysomnographie an eine qualifizierte Voraussetzung geknüpft. Somit soll vermieden werden, dass die relativ kostspielige Massnahme zur Routineuntersuchung bei Schlafstörungen wird. Die blosser Möglichkeit eines Schlafapnoesyndroms genügt mithin nicht. Eben so wenig reicht generell eine nach ärztlicher Einschätzung überwiegende Wahrscheinlichkeit aus. Von einer dringenden Verdachtsdiagnose kann erst dann die Rede sein, wenn die – aufgrund des Beschwerdebildes und der einfachen klinischen Untersuchungen ausgewiesenen

– medizinischen Kriterien für das Vorliegen eines Schlafapnoesyndroms die Indizien für andere mögliche Ursachen einer vorhandenen Störung des Schlafes klar überwiegen und daher begründeterweise mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass die Polysomnographie die vermutete Schlafapnoe bestätigen wird. Dies setzt nicht zwingend voraus, dass im Untersuchungszeitpunkt sämtliche für die fragliche Schlafkrankheit typischen Kriterien gegeben sind. Der dringende Verdacht im genannten Sinne kann auch aufgrund nur einiger typischer Krankheitssymptome nachvollziehbar und begründet sein, sofern diese eindeutig gegeben sind und eine andere Schlafstörung oder sonstige Pathologie nach sorgfältiger Abklärung als wenig wahrscheinlich erscheinen.

Trifft letzteres nicht zu, fällt die Bejahung einer dringenden Verdachtsdiagnose im Sinne von Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV ausser Betracht. 4.3

Das Schlafapnoesyndrom ist eine schlafbezogene Atemstörung mit Sistieren des Atemgasflusses an Nase und Mund, mit oder ohne Obstruktion der oberen Atemwege. Anamnestisch zeigen sich eine abnorme Tagesmüdigkeit, lautes Schnarchen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, morgendlicher Kopfschmerz, Erektionsstörungen (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Auflage, S. 1908). 4.4

Dr. Y.____ berichtete anamnestisch lediglich von seit Jahren bestehenden Schlafstörungen mit Atemnot und Herzrasen, wobei sich diese Angaben offensichtlich auf die subjektiven Ausführungen der Beschwerdeführerin stützten. Er führte in seinem Überweisungsschreiben vom Januar

2015 so dann aus, dass die Schlafstörungen durch die Menopause noch verstärkt sein könnten, wobei noch nicht mit einer entsprechenden Hormonersatztherapie begonnen worden sei. Weiter machte Dr. Y.____ darauf aufmerksam, dass sich die immer wiederkehrenden Schlafstörungen erst in den letzten Wochen wie der akzentuiert hätten (vgl. vorstehend E. 3.1). 4.5

Nach der geschilderten Aktenlage bestand bei der Beschwerdeführerin vor der Durchführung der Polysomnographie

möglicherweise

ein Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom, doch wurde dieser an keiner Stelle weder ausdrücklich, noch als dringend bezeichnet. Eine dringende Verdachtsdiagnose ergibt sich sodann auch nicht implizit aus den medizinischen Unterlagen. Aus diesen lässt sich entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht der Schluss ziehen, dass eine dringende Verdachtsdiagnose und somit die Bedingungen für die Polysomnographie klar gegeben waren. So war im fraglichen Zeitpunkt weder von einer Tagesschläfrigkeit, einem nächtlichen Schnarchen noch von Atemaussetzern beziehungsweise –stillständen

– das Hauptmerkmal einer Apnoe – berichtet worden.

Die bei der Beschwerdeführerin festgestellten Symptome liessen ein Schlafapnoesyndrom im fraglichen Zeitpunkt zwar durchaus als möglich und eine entsprechende Verdachtsdiagnose als einleuchtend beziehungsweise begründet erscheinen. Jedoch ist nicht jede nachvollziehbar begründete Vermutung eines Schlafapnoesyndroms

als qualifizierte Verdachtsdiagnose im Sinne von Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV zu werten.

Hier ist entscheidend, dass die Beschwerdeführerin vor der Durchführung der Polysomnographie offenbar nur einmal von ihrem Gynäkologen

Dr. Y.____ untersucht worden war, in dessen Bericht vom 7. Januar 20

E. 5

abwies mit der Begründung, im Untersuchungszeitpunkt habe kein dringender Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom vorgelegen (Urk. 3 /

E. 6

).

E. 11

Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

E. 15

(vgl. vorstehend E. 3.1) nur die pauschalen Symptome wie Schlafstörungen mit Atemnot und Herzrasen festgestellt wurden, Dr. Y.____ alsdann nicht einmal eine Verdachtsdiagnose eines Schlafapnoesyndroms erwähnte, und gleichzeitig ausführte, dass die Schlafstörungen durch die Menopause verstärkt sein könnten und diesbezüglich noch nicht mit einer Hormonersatztherapie begonnen worden sei.

Dr. Y.____ machte zudem ausdrücklich darauf aufmerksam, dass sich die immer wiederkehrenden Schlafstörungen erst in den letzten Wochen wieder akzentuiert hätten.

Auch diese Aussage deutet darauf hin, dass weitgehende Abklärungen beziehungsweise Untersuchungen im Vorfeld der Polysomnographie ausgeblieben sind. Berichte des Lungen-Spezialisten Dr. B. ___ liegen erst für den Zeitraum nach der durchgeführten Somnographie vor und vermögen deshalb nichts Entscheidendes zur hier zu beurteilenden Frage der dringenden Verdachtsdiagnose vor diesem Zeitpunkt beizutragen.

Unter den gegebenen Umständen jedenfalls war im Untersuchungszeitpunkt wesentlich wahrscheinlicher, dass die Somnographie das Vorliegen eines Schlafapnoesyndroms ausschliessen und nicht bestätigen würde. Ein dringender Verdacht im Sinne des hievorgesagten lag damit nicht vor, weshalb eine Leistungspflicht der Beschwerdeführerin zu verneinen ist. 4.6

Anzufügen bleibt, dass die Durchführung einer Polysomnographie bei gegebener dringender Verdachtsdiagnose unabhängig vom Untersuchungsergebnis vergütungspflichtig ist. Der Umstand, dass die Polysomnographie bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise auf eine atem- oder beinbewegungsbedingte Störung des Schlafes ergab und namentlich ein obstruktives Schlafapnoesyndrom ausgeschlossen werden konnte, ist mithin rechtlich nicht entscheidend, zumal die Sachleistungsvoraussetzungen im Sozialversicherungsrecht prognostisch zu beurteilen sind (vgl. BGE 110 V 99 E. 2). 4.7

Zusammenfassend ist somit nicht von einem dringenden Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom auszugehen, womit die Abklärung mit der Polysomnographie nicht als Pflichtleistung von der Beschwerdeführerin zu übernehmen ist. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Der Einzelrichter erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X. ___ , unter Beilage einer Kopie von Urk. 14 und 15/1-4 - Krankenkasse Wädenswil - Bundesamt für Gesundheit 4.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Einzelrichter Die Gerichtsschreiberin Bachofner Schüpbach

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