

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00015**

## **vom 30. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2017.00015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2017.00015)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00015 du 30 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00015 del 30 gennaio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1973, ist bei der Atupri Gesundheitsversicherung (nachfolgend: Atupri) obligatorisch krankenpflegeversichert (Police gültig ab 1. Januar 2015, Urk. 8/3). Mit Schreiben vom 7. April 2015 ersuchte PD Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, um Übernahme der Stomama terial-Zusatzkosten, da die Jahrespauschale von Fr. 5'400.-- bereits im ersten Quartal 2015 praktisch erreicht worden sei (Urk. 8/1/2). Die Atupri klärte in der Folge die medizinische Situation ab (Urk. 8/1/3-9, Urk. 8/1/12-13).

Mit Schreiben vom 1. April 2016 lehnte die Atupri die Übernahme der im Jahr 2015 total angefallenen Kosten für die Ileostomieversorgung von Fr. 23'395.05 ab. Die Abklärungen hätten ergeben, dass dieser Verbrauch medizinisch nicht begründet werden könne. Der Mehrverbrauch sei auf die Tatsache zurückzuführen, dass er im Umgang mit dem Stoma schlecht beraten worden sei. Um dieses Defizit auszugleichen, sei er vom vertrauensärztlichen Dienst telefonisch gebeten worden, sich im A.\_\_\_\_ eine Zweitmeinung einzuholen. Da eine Konsultation dort nie stattgefunden habe, sei er seiner Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen. Fr. 15'058.95 seien bereits erstattet worden. Von einer Rückforderung der bereits zu viel übernommenen Kosten werde abgesehen (Urk. 8/1/15). Der Versicherte forderte die Atupri mit Schreiben vom 7. Juni 2016 auf, die Sache nochmals fachärztlich zu überprüfen und gegebenenfalls eine anfechtbare Verfügung zu erlassen (Urk. 8/1/18). Mit Verfügung vom 13. Juni 2016 (Urk. 8/1/19) lehnte die Atupri eine volle Kostenübernahme ab und sprach dem Versicherten für das Jahr 2015 maximal den doppelten Höchstvergütungsbetrag gemäss Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) zu. Die vom Versicherten dagegen erhobene Einsprache (Urk. 8/1/20, Urk. 8/1/22) wies die Atupri mit Entscheid vom 28. Dezember 2016 ab (Urk. 8/1 = Urk. 2).

#### **E. 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. Gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für jene Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Diese Leistungen umfassen unter anderem die ärztlich verordneten, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände (Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG).

In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Pflicht zur Kostenübernahme verlangt, dass die Leistungen nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden

nachgewiesen sein muss.

## **E. 1.2**

Gemäss Art. 52 Abs. 1 lit . a Ziff. 3 KVG erlässt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen. Nach Anhören der zuständigen Kommission bezeichnet es die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände nach Art. 52 Abs. 1 lit . a Ziff. 3 KVG (Art. 33 lit . e der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV).

Gemäss Art. 20 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) leistet die Versicherung eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Art. 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden. Die Mittel und Gegenstände sind in der Mittel- und Gegenstände-Liste ( MiGeL ) im Anhang 2 der KLV nach Arten und Produktgruppen aufgeführt (Art. 20a Abs. 1 KLV).

## **E. 1.3**

Nach der Rechtsprechung handelt es sich bei der MiGeL um eine abschliessende (Positiv-) Liste. Mittel und Gegenstände, die nicht auf der MiGeL aufgeführt sind, gehen nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BGE 136 V 84 E. 2.2 mit Hinweis). Die Verrechnung unter einer ähnlichen Positionsnummer ist unzulässig (RKUV 2006 Nr. KV 360 S. 134 E. 5.1). Gemäss Art. 24 Abs. 1 KLV werden die Mittel und Gegenstände höchstens zu dem Betrag vergütet, der in der Liste für die entsprechende Art von Mitteln und Gegenständen angegeben ist.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 27. Januar 2017 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 28. Dezember 2016 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Atupri habe zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die vollständigen Stomamaterialkosten der Ileostomieversorgung für das Jahr 2015 im Umfang von gesamthaft Fr. 25'395.05 zu übernehmen. Eventuell sei eine fachärztliche Beurteilung vorzunehmen (Urk. 1 S. 2 Ziff. I).

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Februar 2017 beantragte die Atupri die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 22. Februar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, sie habe die Kosten für Stomaartikel nur zu den in der MiGeL -Liste aufgeführten Höchstvergütungsbeträgen zu übernehmen. Auf ein entsprechendes Gesuch hin könne der Krankenversicherer in speziellen medizinisch begründeten Fällen höhere Vergütungsbeträge jeweils für ein Jahr bewilligen. Dabei handle es sich um eine Kann-Formulierung und es sei dem Krankenversicherer vorbehalten, ob er in einem konkreten Einzelfall einen höheren Vergütungsbetrag bewilligen wolle und bejahendenfalls bis zu welchem Höchstvergütungsbetrag. Der Wortlaut könne aber keinesfalls dahingehend

interpretiert werden, dass ein Anspruch auf eine vollständige Kostenübernahme der Stomamaterialkosten bestehe (S. 4 Ziff. 11). Vorliegend seien gestützt auf die Empfehlung des vertrauensärztlichen Dienstes die Materialkosten für die Ileostomieversorgung im Jahr 2015 zum doppelten MiGeL -Höchstvergütungsbetrag (Fr. 10'800.--) übernommen worden. Gestützt auf den klaren und unmissverständlichen Wortlaut könne der Krankenversicherer nicht zu einer vollständigen Kostenübernahme der Stoma - material kosten verpflichtet werden. Im vorliegenden Fall sei der Höchst vergütungsbetrag von Fr. 5'400.-- um mehr als das Vierfache überschritten worden. Eine nachvollziehbare Begründung für diesen Mehrverbrauch ergebe sich nicht aus den Akten. Ein solcher Mehrverbrauch könne auch nicht mehr als zweckmässig und wirtschaftlich bezeichnet werden (S. 5 f. Ziff. 16).

Vorliegend sei die Spezialregelung (Erhöhung des jährlichen Höchstvergütungsbetrages) im Sinne der Bestimmungen für die Produktegruppe 29 für den vorliegenden Fall angewandt worden, womit gesetzes- und pflichtkonform gehandelt worden sei (S. 7 Ziff. 20).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort fest (Urk. 7).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), es liege entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ein den Mehrverbrauch an Stomamaterial begründender medizinischer Spezialfall vor. Mit der Übernahme des doppelten Höchstvergütungsbetrages in der Höhe von Fr. 10'800.-- nach MiGeL habe die Beschwerdegegnerin dem speziell gelagerten Fall ungenügend Rechnung getragen (S. 3 Ziff. IV.1). Die Beschwerdegegnerin sei auf die speziellen Aspekte und medizinischen Umstände, die bei ihm vorgelegen hätten, nicht eingegangen. Die frühere Tumorerkrankung mit erfolgter Bestrahlung stelle einen Faktor mit Besonderheitswert dar. Selbst Jahre nach erfolgter Bestrahlung könnten Genesungsreaktionen in Gewebe und Haut verändert sein. Eine solche erschwerte Genesungsreaktion liege hier nach erfolgtem Eingriff und Anlage eines Anus praeter medizinisch vor. Dieser Umstand sei nicht in die Beurteilung der Beschwerdegegnerin eingeflossen (Ziff. IV.3). Der Betrag von Fr. 5'400.-- sei für einen durchschnittlichen, nicht besonders gelagerten Fall konzipiert. Ein solcher liege hier aber gerade nicht vor, weshalb es auf der Hand liege, dass dieser Betrag vorliegend nicht ausreiche (S. 4 Ziff. 5). Die Gründe für den Mehrverbrauch seien in zahlreichen medizinisch fundierten Berichten schlüssig dar gelegt worden (Ziff. 6 ff.) .

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die vollständigen Stomamaterialkosten der Ileostomieversorgung für das Jahr 2015 im Umfang von Fr. 25'395.05 zu übernehmen hat.

### **E. 3.1**

In den Akten liegen diverse Stellungnahmen von Ärzten und Pflegefachpersonal vor. Seitens des vertrauensärztlichen Dienstes (VAD) der Beschwerdegegnerin hielt B.\_\_\_\_, diplomierte Gesundheitsschwester CM FH, mit Stellungnahme vom 20. Januar 2016 (Urk. 8/1/21 Beilage) fest, die Basisplatte des Stomas sei täglich und routinemässig gewechselt worden. Eine nachvollziehbare Begründung dafür sei weder aus der Pflegedokumentation noch aus anderen Unterlagen ersichtlich. Laut Pflegedokumentation des Spitals wie auch der ambulanten Stomathe rapie sei die Stomaplatte nicht täglich gewechselt worden (S. 1).

Gestützt auf die zugestellte Verlaufsdocumentation zeige sich eine typische Stomasituation , welche bei allen Stomapatienten anfangs laufende Anpassungen und Beratungen bei der Materialwahl und der Stomapflege benötige. Dass sich die Stomaplatte bei Durchfallsituationen / nach Gasbildung plötzlich lösen könne, sei sehr mühsam aber üblich und trete vor allem in der ersten Zeit auf. Dies sei auch beim Beschwerdeführer der Fall gewesen.

Es falle auf, dass während der Spital- als auch in der ambulanten Versorgung der Beutel täglich oder nach Bedarf und die Platte nur nach Bedarf, also nicht täglich, gewechselt worden sei (Stand: Mai 2015). Gestützt auf einen elektronischen Eintrag sei kurz darauf eine Änderung erfolgt: Die Basisplatte solle täglich gewechselt werden . Dabei fehle eine Begründung dafür. Sodann sei ein täglicher Wechsel auch deshalb nicht nachvollziehbar, da bereits wenige Wochen nach der Operation im Januar 2015 die Basisplatte im Spital und auch in der folgenden Zeit durch die Spitex nie täglich gewechselt worden sei. Ein täglicher Wechsel sei nur vorgenommen worden nach Durchfall oder wenn das neue Material nicht passend gewesen sei. Warum fünf Monate später ab Mai 2015 die Basisplatte täglich gewechselt werden müsse, sei nicht nachvollziehbar und er schliesse sich auch nicht aus den vorliegenden Unterlagen (S. 2 oben) .

Ein wirtschaftlicher Umgang mit dem Stomamaterial sei nicht gegeben. Die Notwendigkeit für den Mehrverbrauch sei aus der vorgelegten Dokumentation nicht ersichtlich und für den VAD nicht nachvollziehbar. Die Begleitung und die Kontrollen durch die Stomatherapeutinnen des C.\_\_\_\_ hätten bis Juni 2015 nur punktuell stattgefunden und danach gar nicht mehr. Der Beschwerdeführer und seine Ehefrau seien bezüglich Stomapflege über Monate auf sich alleine gestellt gewesen. Im Sinne eines Entgegenkommens und nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt werde empfohlen, die Kosten für das Stomamaterial im Jahr 2015 zum doppelten Höchstvergütungsbetrag gemäss MiGeL zu übernehmen (S. 2 unten ; zum Ganzen vgl. auch Stellungnahme vom 26. Mai 2016 des Vertrauensarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ , Urk. 8/1/17 Beilage ).

### **E. 3.2**

) wird zwar ersichtlich, dass sich die medizinische Situation zur Anlage des Stomas schwieriger als normal gestaltet hatte und es sich um eine „aussergewöhnliche Stomasituation“ handelt. Aber obwohl den involvierten Fachpersonen des C.\_\_\_\_ die Stellungnahme des VAD vorlag und sie dementsprechend Kenntnis von dessen Kritik hatten , es fehle an einer Begründung für den ab Mai 2015 routinemässig täglichen Materialwechsel , wurde auch mit Bericht vom Juli 2016 dazu nicht Stellung genommen. Der VAD legte nach Durchsicht der vorhandenen Unterlagen inklusive Foto der Stomasituation schlüssig dar, weshalb die Notwendigkeit für einen derart hohen Materialverbrauch nicht nachvollziehbar ist. Die Zweifel am wirtschaftlichen Umgang konnten aufgrund der vorliegenden Berichte des C.\_\_\_\_ sowie der Verlaufeinträge zur Stomapflege ( vgl. Urk. 8/1 /13) nicht beseitigt werden. Die Beschwerdeführerin geht mit dem Beschwerdeführer einig, dass zwar ein Spezialfall vorliegt und gewährt daher auch den doppelten Höchstbetrag. Aufgrund der gesetzgeberisch gewollten Festbetragsgrenze (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_216/2012 vom 18. Dezember 2012 E.

### **E. 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 Bundes

gesetzes 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Fonti

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