

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00036**

## **vom 29. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2017.00036](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2017.00036)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00036 du 29 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00036 del 29 giugno 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 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 Hinweisen). 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.

Liegt der von der Abgabestelle für ein Produkt in Rechnung gestellte Betrag über dem in der Liste für die entsprechende Produktart angegebenen Betrag, so geht die Differenz zu Lasten der versicherten Person ( Art. 24 Abs. 2 KLV ) . 2.

## **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin (wie schon für 2014) auch für die Zeit von Januar 2015 bis September 2016 Kosten für Stomamaterial von je Fr. 118.-- für jeden Behandlungstag zuhause zu vergüten.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass sie mit der Kostengutsprache gemäss der in der MiGeL vorgesehenen Höchstbeträge ihre gesetzliche Leistungspflicht vollumfänglich erfüllt habe. Es sei keine Besitzstandsgarantie vorgesehen, wenn die Krankenversicherung im Einzelfall mehr zuspreche, als gesetzlich vorgesehen sei (S. 3 Ziff. 3). Zutreffend sei, dass in bestimmten Fällen weitere Kosten zugesprochen werden könnten. Diese Möglichkeit begründe jedoch keinen Rechtsanspruch der versicherten Person. Der Anspruch beschränke sich auf die Höchstbeträge gemäss MiGeL (S. 3 Ziff. 4). Auch begründe die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin einen erhöhten Bedarf aufweise, für sich allein keinen über die Höchstbeträge hinausgehenden Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung. Gemäss Art. 24 Abs. 2 KLV gehe die Differenz zwischen den Höchstbeträgen und den von der Abgabestelle in Rechnung gestellten Beträgen zu Lasten der versicherten Person (S. 3 Ziff. 5).

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1, Urk. 6) geltend, bei ihr liege eine sehr komplexe Situation vor. Auch bestehe keinerlei Einsparpotential, und der erhöhte Materialverbrauch sei ausgewiesen (S. 4 Ziff. 1.6-7).

Diesen besonderen Verhältnissen des Einzelfalls habe die Beschwerdegegnerin mit ihren Schreiben vom 28. November 2013 und vom 27. Februar 2014 denn auch teilweise Rechnung getragen. Weshalb sie dann nur noch die maximalen Beiträge von insgesamt Fr. 11'700.-- übernehmen wolle, obwohl sich der Gesundheitszustand nicht gebessert habe und der Materialbedarf seit spätestens Oktober 2016 sogar noch höher sei, sei nicht begründet worden (S. 8 Ziff. 2.7-2.8). Diese grundlose und massive Reduktion widerspreche dem Grundsatz von Treu und Glauben. Zudem sei es ja gerade Sinn und Zweck der Ausnahmeregelung beziehungsweise der Möglichkeit zum Überschreiten dieser Beträge, dass in Fällen, wo ein stark erhöhter Bedarf nötig und ausgewiesen sei, erheblich höhere Beiträge übernommen würden (S. 9 Ziff. 2.9-10). Sofern die Voraussetzungen gemäss Ziff. 29 MiGeL erfüllt seien, liege ein ausnahmsweises Überschreiten der ordentlichen Beiträge nicht im Belieben der Krankenkasse. Vielmehr habe sie das auf dieser

Bestimmung beruhende Ermessen pflichtgemäss und korrekt auszuüben (S. 6 f. Ziff. 2.1-2.3). Die Beschwerdegegnerin habe von diesem eingeräumten Ermessen pflichtwidrig keinen Gebrauch gemacht und den besonderen Umständen des Einzelfalles nicht Rechnung getragen (S. 7 Ziff. 2.4, S. 7 f. Ziff. 2.6). Ziff. 29 MiGeL stelle eine Ausnahme von Art. 24 KLV dar und gehe dieser Bestimmung vor (S. 7 Ziff. 2.5, S. 10 Ziff. 2.11-12). 3.

### **E. 3**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab Oktober 2016 die vollen Kosten für Stomamaterial für jeden Behandlungstag zuhause zu vergüten oder im Sinne eines Eventualantrages wenigstens die Hälfte dieser Kosten.

#### **E. 3.1**

Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin für das von der Beschwerdeführerin benötigte Stomamaterial in den Jahren 2015 bis 2017 mit jeweils Fr. 6'300.-- für die Colostomie und Fr. 5'400.-- für die Ileostomie die Höchstbeträge gemäss MiGeL vergütet hat. Strittig und zu prüfen ist, ob und in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin die über die Maximalbeträge der MiGeL hinausgehenden Materialkosten in den Jahren 2015 bis 2017 zu übernehmen hat. 3.2

Wie bereits dargelegt (vgl. vorstehend E. 1.3), werden die Mittel und Gegenstände höchstens zu dem Betrag vergütet, der in der Liste für die entsprechende Art von Mitteln und Gegenständen angegeben ist. Sodann ist als generelle Voraussetzung für die Pflicht zur Kostenübernahme verlangt, dass die Leistungen – worunter auch die Mittel und Gegenstände nach MiGeL fallen – wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (vgl. vorstehend E. 1.1).

Unbestritten ist vorliegend ein Mehrbedarf der Beschwerdeführerin an Stomamaterial, der weit über den in den Positionen 29.01-2 der MiGeL festgelegten Maximalbeträgen für Colostomieversorgung sowie Ileostomie- und Fistelversorgung liegt (vgl. auch Urk. 11/7).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann jedoch aus der als „Kann-Vorschrift“ formulierten Position 29 der MiGeL kein Rechtsanspruch auf Übernahme der über den in Position 29.01 und 29.02 der MiGeL festgelegten Maximalbeträge anfallenden Materialkosten abgeleitet werden, zumal es sich gemäss Art. 24 Abs. 1 KLV um eine gesetzgeberisch gewollte Festbetragsgrenze handelt (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_216/2012 vom 18. Dezember 2012 E. 4). Dies hat zur Folge, dass auch bei medizinisch begründeten Spezialfällen grundsätzlich kein Anspruch auf Übernahme der Mehrkosten besteht.

In den Erläuterungen der MiGeL zu der Vergütung wird weiter deutlich ausgeführt, dass die in der MiGeL aufgeführten Höchstvergütungsbeträge (HVB) den Betrag darstellen, der maximal von den Versicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden kann (Art. 24 Abs. 1 KLV).

Demnach kann entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass in den Jahren 2013 und 2014 höhere Materialkosten von der Beschwerdegegnerin übernommen worden sind, kein Anspruch aus Treu und Glauben hergeleitet werden, da sich die gesetzliche Regelung als klar formuliert erweist.

Aufgrund des Gesagten erweist sich der Einspracheentscheid vom 16. März 2017

als rechens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 4.

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Gemeinde O.\_\_\_\_ - SWICA Krankenversicherung AG - 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, zuzu stellen.

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 Mosimann Schucan

#### **E. 4**

Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die Vergütungen gemäss Ziffern 2 und 3 hinsichtlich der durch die Gemeinde O.\_\_\_\_ mittels Sozialhilfe subsidiär bereits übernommenen Kosten durch Rückvergütung an die Gemeinde O.\_\_\_\_ mit Bezug auf die noch nicht von O.\_\_\_\_ bezahlten Rechnungen durch Überweisung an die Lieferantin Y.\_\_\_\_ vorzunehmen.

#### **E. 5**

Der Beschwerdeführerin sei eine Parteienentschädigung zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2017 beantragte die Swica die Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), was der Beschwerdeführer in am 30. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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