

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00125

vom 5. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2017.00125

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00125 du 5 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00125 del 5 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957, ist bei der Easy Sana Krankenversicherung AG, Martigny (nachfolgend: Easy Sana), nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) gegen Krankheit versichert (Urk. 8/3). Mit Schreiben vom 5. Dezember 2016 (Urk. 8/13) teilte die Easy Sana dem Versicherten mit, eine routinemässige Verabreichung bestimmter Medikamente durch einen Arzt sei medizinisch nicht angezeigt, die Injektion könne im Normalfall durch qualifiziertes Pflegepersonal der Spitex-Organisation erfolgen. Mit Schreiben vom 24. Januar 2017 (Urk. 8/17) teilte sie dem Versicherten mit, dass sie die Kostenübernahme von routinemässiger Medikamenten-Verabreichung durch einen Notfallarzt bei sämtlichen Notfallärzten grundsätzlich ablehne. Mit Schreiben vom 26. Januar 2017 (Urk. 8/18) teilte sie dem Versicherten mit, die vorläufige Übernahme der Medikamentenverabreichungen durch anerkannte Notfallärzte werde unter gewissen Voraussetzungen bestätigt.

Mit Verfügung vom

E. 1.1

Gemäss Art. 1a Abs. 2 lit . a KVG gewährt die soziale Krankenversicherung Leistungen bei Krankheit (Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Nach Art. 3 Abs. 1 ATSG ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

E. 1.2

Art. 24 KVG verpflichtet die Krankenkassen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), die Kosten für die in den Artikeln 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Zum Leistungsbereich gemäss den Artikeln 25-31 gehören die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihren Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen gemäss Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die ambulant oder stationär durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen (lit . a Ziff. 1) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit . e).

E. 1.3

In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Pflicht zur Kostenübernahme verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam,

zweckmässig und wirtschaftlich (abgekürzt: WZW) sein müssen (Satz 1), wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Satz 2).

E. 1.4

Gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG können Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden, wenn sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei trägt (Satz 1). Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Satz 2).

E. 1.5

Die Tragweite eines Dispositivs ergibt sich vielfach erst aus den Erwägungen (BGE 143 III 420 E. 2.2, 142 III 210 E. 2.2, 123 III 16 E. 2a, 121 III 474 E. 4a). Erwägungen, auf die im Dispositiv verwiesen wird, werden zu dessen integralen Bestandteil (BGE 98 Ia 64 E. 2 a, 113 V 159 E. 1c; Urteile des Bundesgerichts 1C_523/2008 vom 18. März 2009 E. 2.3 und 1C_523/2008 vom 18. März 2009 E. 2.3). 2.

2.1

Das Dispositiv der Verfügung vom 29. Mai 2017 (Urk. 8/28) lautete wie folgt (S. 13 oben): 1. Die Verfügung vom 4. Mai 2017 wird annulliert. 2. Die Kosten der Opiate (inklusive Morphium) werden noch bis zum 12. Juni 2017 übernommen sofern durch eine Spitex-Organisation verabreicht. Danach nicht mehr. 3. Die Notfallkosten (Wegentschädigungen, Notfallzuschläge) werden seit dem 9. Mai 2017 (Datum des Erhalts unserer ersten Verfügung) nicht mehr übernommen. Wir lehnen die Kostenübernahme aus den dargelegten Gründen ab.

Das Dispositiv des angefochtenen Entscheids (Urk. 2) lautet wie folgt (S. 13 oben): 1. Das Dispositiv drei der Verfügung der Easy Sana vom 29. Mai 2017 wird aufrechterhalten. 2. Das Dispositiv zwei der Verfügung der Easy Sana vom 29. Mai 2017 wird aufgehoben. 3. Somit wird der Einsprache vom 30. Juni 2017 teilweise stattgegeben. 4. ... 5. ... 2.2

Daraus ergibt sich die folgende Sachlage im vorliegenden Verfahren:

Die Beschwerdegegnerin hat die Verfügung vom 4. Mai 2017 aufgehoben und durch diejenige vom 29. Mai 2017 ersetzt, womit die erstgenannte Verfügung weggefallen und die dagegen erhobene Einsprache gegenstandslos geworden ist.

Sodann hat die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Entscheid die mit der Verfügung vom 29. Mai 2017 getroffene Festlegung betreffend die Befristung der Kostenübernahme für durch eine Spitex-Organisation zu verabreichende Opiate (Dispositiv Ziff. 2) aufgehoben. Dies korrespondiert mit der teilweisen Gutheissung der Einsprache. Bezüglich Opiate-Abgabe oder -Entzug gibt somit keine Festlegung der Beschwerdegegnerin (mehr).

Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Entscheid die Verfügung vom 29. Mai 2017 hinsichtlich der Notfallkosten (Dispositiv Ziff. 3) ausdrücklich aufrechterhalten. Die dort getroffene Feststellung bildet den Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren. Sie lautet: Die Notfallkosten (Wegentschädigungen, Notfallzuschläge) werden seit dem 9. Mai 2017 (Datum des Erhalts unserer ersten

Verfügung) nicht mehr übernommen.

Wir lehnen die Kostenübernahme aus den dargelegten Gründen ab.

Darüber ist zu entscheiden. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid (Urk. 2) unter anderem davon aus, dass zum jetzigen Zeitpunkt werde die Übernahme sämtlicher Notfallkosten abgelehnt. Bei allfällig auftretenden neuen Gründen würden diese geprüft und gegebenenfalls werde eine Kostenübernahme gewährt (S. 12 Ziff. 25). Wohl sei ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht offiziell angesetzt worden, jedoch sei der Versicherte mehrfach auf die Notwendigkeit von zumutbaren Massnahmen im Rahmen der Schadenminderungspflicht aufmerksam gemacht worden (S. 12 Ziff. 26).

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2018 (Urk. 7) stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG sei weder für die WZW-Kriterien noch für den Zeitpunkt einer Absetzung respektive Änderung einer Behandlung aufgrund der WZW-Kriterien von Bedeutung. Der Versicherer sei somit berechtigt, über die nicht wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Behandlungen zu verfügen, ohne den Versicherten auf die Rechtsfolgen im Sinne von Art. 21 ATSG hinzuweisen und ohne ihm eine Bedenkzeitfrist einzuräumen (S. 5 Ziff. 16). Das Dispositiv des Einspracheentscheides sei das Konzentrat der vorgehenden ausführlichen Erwägungen. Diesen könne entnommen werden, dass die Notfallkosten vom Versicherer nicht pauschal abgelehnt würden. Sie würden im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik weiterhin bis zum 9. Mai 2017 ohne Prüfung der WZW-Kriterien übernommen. Würden Notfalleinsätze nach diesem Datum notwendig, müssten diese Behandlungen den OKP-Kriterien entsprechen (S. 6 Ziff. 19). Dank der Notfallversorgung durch die Spitex hätten die Kosten im Ergebnis um über 90 % gesenkt werden können. Diese Tatsachen rechtfertigten eine Behandlungsänderung gemäss Art. 32 ff. KVG ab dem 9. Mai 2017 (S. 7 Ziff. 23).

Mit Duplik vom 1. Mai 2018 (Urk. 13) führte die Beschwerdegegnerin aus, im Dispositiv werde ausdrücklich auf die vorangegangenen Erwägungen verwiesen, welche gemäss Bundesgericht zum Bestandteil des Dispositivs werden würden. Der Beschwerdeführer habe eine Korrektur oder Präzisierung des Dispositivs nicht explizit gefordert. (S. 3 Ziff. 5).
2.4

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer sinn gemäss auf den Standpunkt (Urk. 1), dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt habe und daher eine Voraussetzung für die Leistungsverweigerung (Übernahme der Notfallkosten über den 9. Mai 2017 hinaus) fehle (S. 7 Ziff. 15). Eine Leistungsverweigerung infolge Verletzung der Schadenminderungspflicht infolge nicht gesetzeskonform durchgeführten Mahn- und Bedenkzeitverfahrens sei nicht zulässig. Demzufolge sei der Einspracheentscheid bereits aus formeller Sicht aufzuheben (S. 9 Ziff. 19). Die von der Beschwerdegegnerin verfügte Ablehnung der Übernahme der Notfallkosten (Wegentschädigung, Notfallzuschläge) ab 9. Mai 2017 sei unstatthaft, da sie viel zu pauschal und unverhältnismässig weitgehend sei (S. 9 Ziff. 22).

Mit Replik vom 3. April 2018 (Urk. 10) führte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus, in Folge seiner anwaltlichen Sorgfaltspflicht habe er sich gezwungen gesehen, gegen den Einspracheentscheid Beschwerde zu erheben, um klarzustellen, dass in Zukunft nicht

infolge Rechtskraftwirkung des Dispositivs sämtliche Notfallkosten abgelehnt würden (S. 2 Ziff. 3). Zwar habe die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort explizit klargestellt, dass sie die verfügte Ablehnung der Notfallkosten nicht derart pauschal wie verfügt verstehe. Nichtsdestotrotz sei im Dispositiv die pauschale Ablehnung der Übernahme der Notfallkosten verfügt, gegen welche vorliegend zurecht Beschwerde erhoben worden sei (S. 3 Ziff. 3). 3. 3.1

Zwei im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 12 Ziff. 27) erwähnte Stellungnahmen des Vertrauensarztes vom 6. April und 16. Mai 2017 (Urk. 8/21 S. 1 oben, Urk. 8/26) betrafen die Frage des Absetzens der Opiatbehandlung, mithin nicht die hier strittige Frage der Notfallkosten. 3.2

In den Erwägungen der Verfügung vom 29. Mai 2017 (Urk. 8/28), auf die im Dispositiv verwiesen wurde, womit sie zu dessen Bestandteil wurden (vorstehend E. 1.5), wurde bezüglich der hier strittigen Frage ausgeführt, es werde einer schrittweisen Opiate-Reduktion zugestimmt. Für die Zeit der Reduktion könnten die Opiate durch eine Spitex-Organisation verabreicht werden, womit die bisherigen Kosten der Notfallärzte - konkret vor allem die Notfallzuschläge und die Wegentschädigungen - entfielen (S. 3 Mitte). 3.3

In den Erwägungen des angefochtenen Entscheids (Urk. 2) wurde unter anderem ausgeführt, die Opiate-Verabreichung könne durch eine Spitex-Organisation erfolgen. Diese sei aufgrund der ausgebildeten Pflegefachpersonen zur Applikation der Opiate ausreichend qualifiziert. Die Kosten seien dabei deutlich tiefer als bei der Verabreichung durch einen Arzt, was an der Art der Tarife liege (S. 11 Ziff. 22). Bezugnehmend auf den in der Einsprache erfolgten Hinweis auf die Möglichkeit einer bisher nicht dagewesenen akuten Erkrankung, eines Unfalls oder einer medizinischen Intervention wurde sodann ausgeführt, zum jetzigen Zeitpunkt werde die Übernahme sämtlicher Notfallkosten abgelehnt. Bei allfällig auftretenden neuen Gründen sei eine Begründung erforderlich, welche die medizinische Indikation der Übernahme von Leistungen durch Notfallärzte beziehungsweise von Notfallkosten klar ausweise; diese werde dann geprüft und gegebenenfalls werde eine Kostenübernahme gewährt (S. 11 f. Ziff. 25). 3.4

In der Beschwerdeantwort (Urk. 7) wurde unter anderem ausgeführt, dem Beschwerdeführer sei bereits im Dezember 2016 mitgeteilt worden, dass «die notfallmässige medizinische Versorgung durch einen Arzt nicht mehr den gesetzlichen Kriterien entspricht und die Medikamentenabgabe in Zukunft durch eine Spitex zu erfolgen hat». Der Beschwerdeführer habe sechs Monate Zeit gehabt, sich an die neue Situation zu gewöhnen, wonach «am späten Abend kein Arzt sondern die Spitex die medizinische Versorgung durchführt» (S. 5 Ziff. 15). Bis zum 9. Mai 2017 würden Notfalleinsätze ohne Prüfung der WZW-Kriterien übernommen. Würden Notfalleinsätze nach diesem Datum notwendig, müssten diese Behandlung den OKP-Kriterien entsprechen. Seien diese Einsätze medizinisch ausgewiesen und erfüllten sie die notwendigen Kriterien, so würden diese von Kosten von der obligatorischen Grundversicherung auch übernommen (S. 6 Ziff. 19). 4.

E. 4

Mai 2017 (Urk. 8/22) stellte die Easy Sana fest, dass die Kosten der Opiate (inklusive Morphium) noch bis zum 20. Mai 2017 übernommen würden, danach nicht mehr. Die Notfallkosten (Wegentschädigung, Notfallzuschläge) würden ab Datum des Erhalts der

Verfügung nicht mehr übernommen.

Mit Verfügung vom 29. Mai 2017 (Urk. 8/28) annullierte sie die Verfügung vom 4. Mai 2017 (Dispositiv-Ziffer 1) und hielt fest, dass die Kosten der Opiate (inklusive Morphin) noch bis zum 12. Juni 2017 übernommen würden, sofern sie durch eine Spitex-Organisation verabreicht würden. Danach würden sie nicht mehr übernommen (Dispositiv-Ziffer 2). Die Notfallkosten (Wegentschädigung, Notfallzuschläge) würden seit dem 9. Mai 2017 (Datum des Erhalts ihrer ersten Verfügung) nicht mehr übernommen. Eine Kostenübernahme werde aus den dargelegten Gründen abgelehnt (Dispositiv-Ziffer 3).

Der Versicherte erhob am 30. Mai 2017 (Urk. 8/29)

Einsprache gegen die Verfügung vom 4. Mai 2017 und am 30. Juni 2017 (Urk. 8/39) gegen die Verfügung vom 29. Mai 2017. Mit Einspracheentscheid vom 28. November 2017 (Urk. 8/42 = Urk. 2) hiess die Easy Sana die Einsprache vom 30. Juni 2017 teilweise gut, hob Dispositiv-Ziffer 2 der Verfügung vom 29. Mai 2017 auf und hielt Dispositiv-Ziffer 3 (Notfallkosten) aufrecht. 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 28. November 2017 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 12. Dezember 2017 Beschwerde und beantragte dessen Aufhebung sowie die Gewährung der gesetzlichen Leistungen gemäss KVG, namentlich die Übernahme der Notfallkosten (Wegentschädigung, Notfallzuschläge) auch über den 9. Mai 2017 hinaus (Urk. 1 S. 2).

Die Easy Sana beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2018 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Replik vom 3. April 2018 (Urk. 10) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 1. Mai 2018 (Urk. 13) ebenfalls an ihren Anträgen fest, wovon der Beschwerdeführer am

E. 4.1

Schon aus der Formulierung in der ursprünglichen Verfügung (vorstehend E. 3.2) und sodann insbesondere den Erwägungen im angefochtenen Entscheid (vorstehend E. 3.3) ergibt sich unzweideutig, dass die Beschwerdegegnerin nicht etwa jegliche Übernahme von Notfallkosten für die Zukunft abgelehnt hat (was auch gar nicht statthaft wäre), sondern sich auf die bisher via Notfallarzt praktizierte und abgerechnete Opiate-Abgabe bezog. Dies hat sie denn auch in der Beschwerdeantwort noch einmal deutlich gemacht (vorstehend E. 3.4).

E. 4.2

Eine regelmässige und damit vorhersehbare Medikamentenabgabe stellt schon definitionsgemäss keinen Notfall dar. Wird dafür dennoch der - deutlich teurere - Notfallarzt beansprucht, so entspricht dies offensichtlich nicht dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit (vorstehend E. 1.3), womit eine zwingende Voraussetzung zur Kostenübernahme nicht erfüllt ist. Der diesbezügliche Standpunkt der Beschwerdegegnerin ist mithin ohne weiteres bestätigen.

E. 4.3

Inwiefern hier ein Fall einer Leistungskürzung infolge verweigerter Mitwirkung vorliegen sollte, in welchem ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren erforderlich wäre (vorstehen E. 1.4), ist nicht ersichtlich. Weiterungen dazu erübrigen sich.

E. 4.4

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich der angefochtene Entscheid im Ergebnis zu bestätigen ist, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Samuel Teindel - Easy Sana
Krankenversicherung AG - Bundesamt für Gesundheit - Eidgenössische
Finanzmarktaufsicht FINMA 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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

E. 7

Mai 2018 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 1 4). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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