

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00030**

## **vom 5. Februar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2019.00030](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2019.00030)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00030 du 5 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00030 del 5 febbraio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Unter

welchen rechtlichen Voraussetzungen die Kosten für eine operative Sanierung der Rektusdiastase von der Beschwerdegegerin zu übernehmen sind, wurde im Rückweisungsentscheid des hiesigen Gerichts KV.2016.00012 vom 30. November 2017 Erwägung 1 bereits dargelegt (Urk. 6/14). Darauf kann verwiesen werden. Es gilt zu klären, ob körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert bestehen, die mit der Operation, deren Kosten strittig sind, behoben werden können. Entscheidend ist dabei, ob die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive, genügend zurückdrängen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_890/2015 vom 14. April 2016 E. 3.3).

Leistungen sind zudem nur zu gewähren, wenn sie nach Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

#### **E. 1.2**

Eine medizinische Leistung ist dann wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hin zuwirken bzw. den Verlauf einer Krankheit günstig zu beeinflussen (BGE 143 V 95 E. 3.1; 137 V 295 E. 6.1; 133 V 115 E. 3.1).

Die Zweckmässigkeit setzt die Wirksamkeit der Behandlung voraus (BGE 137 V 295 E. 6.2). Dabei gilt jene Anwendung als zweckmässig, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist (BGE 139 V 135 E. 4.4.2; 137 V 295 E. 6.2; 130 V 299 E. 6.1; 127 V 138 E. 5).

Die Wirtschaftlichkeit setzt die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung voraus. Der Leistungserbringer hat sich in seinen Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (vgl. auch Art. 56 Abs. 1 KVG). Die Wirtschaftlichkeit beurteilt sich objektiv und hat vergleichenden Charakter, indem sie eine Rolle spielt, wenn im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Diesfalls ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen. Erlaubt eine der Massnahmen, den verfolgten Zweck erheblich kostengünstiger zu erreichen als dies mit der anderen Massnahme der Fall wäre, hat die versicherte Person keinen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der teureren Massnahme (BGE 142 V 26 E. 5.2.1; 139 V 135 E. 4.4.3; 136 V 395 E. 7.4). Demgegenüber kann eine vergleichsweise grössere medizinische Zweckmässigkeit (durch Vorteile in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht wie

beispielsweise geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend Nebenwirkungen und Spätfolgen) die Übernahme einer teureren Massnahme rechtfertigen (BGE 142 V 26 E. 5.2.1; 137 V 295 E. 6.3.2 ; zum Ganzen :

BGE 145 V 116 E. 3.2.1-3 ). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, gemäss Gutachten seien die konservativen Massnahmen noch

nicht ausgeschöpft worden. Sollten diese die Schmerzsituation nicht bessern, könne ein neues Gesuch eingereicht werden ( Urk. 2 Ziff. 8). In Anbetracht dessen und da es sich beim Gutachter um einen erfahrenen Arzt handle, habe dieser auf apparative Untersuchungen verzichten können ( Urk. 2 Ziff. 9). In der Beschwerdeantwort ergänzte sie , da die konservativen Massnahmen nicht ausgeschöpft seien , fehle es an der medizinischen Indikation für die Operation . Eine solche entspreche folglich nicht den Kriterien der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ( Urk. 5

Ziff.

#### **E. 6**

/6). Daran hielt sie auch im Einspracheentscheid vom 5. Februar 2016 fest ( Urk. 6/8 ). Dagegen erhob die Versicherte Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht ( Urk. 6/9) und reichte einen Bericht von B.\_\_\_\_ , einem weiteren am Z.\_\_\_\_ tätigen Oberarzt und Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie ein ( Urk. 6/12.1) . Das Gericht wies die Sache mit Urteil KV.2016.00012 vom 30. November 2017 für eine Begutachtung und allfällige weitere Abklärungen an die Versicherung zurück ( Urk. 6/14) .

#### **E. 9**

auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 5). Die Beschwerdeantwort wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht ( Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 12**

f. ) . 2.2

Die Beschwerdeführerin

hielt indes dafür, dass angesichts des langjährigen Streites mit zahlreichen Berichten ebenso fähiger Ärzte wie der Gutachter eine knapp 15-minütige palpatorische Untersuchung und eine pauschale Aussage zur Behandlung unzureichend seien. Zwar reduziere sich die Diastase beim Anspannen der Bauchdecke auf 1,5 bis 2 cm, doch sei dies nicht ständig machbar. Auch hätten ihr die Ärzte am

Z.\_\_\_\_ erklärt, dass eine Rektusdiastase mit diesem Durchmesser mit der Zeit nicht kleiner werde ( Urk. 1). 3. 3.1

Die von Dr. Y.\_\_\_\_ , Dr. A.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ erhobene n Anamnese n und Befunde sowie ihre Schlussfolgerungen, einschliesslich das Ergebnis der Sonographie der Bauchdecke vom 21. Mai 2014 , wurden bereits im Rückweisungsentscheid KV.2016.00012 vom 30. November 2017

Erwägung 3.1-4 im Einzelnen dargelegt. Darauf kann wiederum verwiesen werden. 3.2

Das Gericht stellte damals fest, dass nach Auffassung der drei Ärzte das Ausmass der Rektusdiastase erheblich sei und zunehmend zu Schmerzen beziehungsweise massgeblichen funktionellen Einschränkungen im Alltag führe, die einzig durch eine Operation behoben werden könnten, da die konservativen Massnahmen wie Physiotherapie und Gewichtsreduktion bereits ausgeschöpft seien. Ein Krankheitswert der Rektusdiastase könne daher nicht per se ausgeschlossen werden, auch wenn es sich grundsätzlich um ein weit verbreitetes und in den meisten Fällen symptomarmes Leiden handle [...] Gleichzeitig sei – vor allem bei einem Leiden mit nicht leicht einzuschätzendem Krankheitswert und gemäss Vertrauensarzt schwierig zu objektivierenden Beschwerden – der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen würden (BGE 135 V 465 E. 4.5 ; 125 V 351 E. 3b/cc). Erhebliche Beschwerden könnten daher aufgrund der vorliegenden Akten mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit weder bejaht noch verneint werden (Urk. 6/14, Erwägung E. 4.3 und 4.5). 4. 4.1

Mit Zustimmung der Beschwerdeführerin liess die Beschwerdegegnerin Dr. C.\_\_\_\_ die Sache beurteilen (Urk. 6/17, 6/18). Im Bericht vom 3. Juli 2018 zur

Begutachtung vom 21. Juni 2018 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ eine symptomatische Rektusdiastase am ehesten durch eine Ansatzentzündung des geraden Bauchmuskels bedingt, mit einem maximalen Durchmesser von 7,5 cm in der Sonographie und bei mässiggradiger

cutis

laxa abdominalis (Urk. 6/23/1). 4. 2

In der Anamnese hielt Dr. C.\_\_\_\_

gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin unter anderem fest, die Rektusdiastase sei während/nach der dritten Schwangerschaft (Geburt 2011) aufgetreten. Hinzugetreten seien lumbale Beschwerden. Sportliche Aktivitäten wie Joggen oder Kickboxen seien der Beschwerdeführerin nach der letzten Schwangerschaft aufgrund der Bauchdeckenbeschwerden nicht mehr möglich gewesen. Gastrointestinale Probleme habe sie indessen nie gehabt, auch die passagere Urininkontinenz sei nicht mehr manifest.

Aufgrund der 2014/2015 diagnostizierten Rektusdiastase sei eine physikalische Therapie mit 30 Sitzungen eingeleitet worden. Es sei jedoch nur die Bauchdecken-

und nicht zugleich auch die Rückenmuskulatur trainiert worden. Während dieser Zeit habe sie weniger Schmerzen verspürt. Sie habe nicht erläutern können,

warum sie die Therapie nicht in Eigenregie weiter praktiziert habe.

Weitere Therapieoptionen seien nicht in Betracht gezogen worden. Die Beschwerdeführerin müsse keine Schmerzmittel

einnehmen, um den Alltag erträglicher zu gestalten (Urk. 6/23/1).

Die heute angegebenen Beschwerden zeichneten sich vor allem bei körperlicher Betätigung mit Beanspruchung der Bauchdeckenmuskulatur (Heben/Tragen von Lasten, Husten,

Niesen) . In Ruhe liegend verspüre die Beschwerdeführerin keine Beschwerden. Im Sitzen ohne Tätigkeiten seien die Beschwerden dumpfer, zum Teil verspüre sie einen brennenden Schmerz im Bereich des Ansatzpunktes des Musculus

rectus

abdominis

costalis

sowie

symphyseal . Beim Drehen im Bett bereite ihr die gesamte Bauchdecke Beschwerden. Eine Progredienz der Beschwerden sei in den letzten Jahren nicht festgestellt worden. Die Schmerzlokalisation habe die Beschwerdeführerin ziemlich präzise im Bereich des Ursprunges costalis

wie auch

( jedoch weniger stark ) im Bereich des Ansatzes symphyseal angeben können. Die Schmerztiefe sei gering, was eine intraabdominale Ursache mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschliesse ( Urk. 6/23/2). 4. 3

Zum Befund notierte Dr. C.\_\_\_\_ , inspektorisch

fand sich nach drei Spontan geburten eine milde abdominale Cutis

laxa sowie striae (lose Haut und Dehnungsstreifen) . Das Gangbild sei unauffällig. Beim Hinlegen auf die Untersuchungsliege zeige die Beschwerdeführerin ein dezent schmerzverzerrtes Gesicht, jedoch kein eingeschränktes Bewegungsmuster. Im Ruhe liegend habe sie keine Beschwerden. Palpatörisch lasse sich die sonographisch ausgemessene Diastase bestätigen. Hier sei auf Druck ein gemäss Beschwerdeführerin starker Schmerz provozierbar , vor allem nahe des Ursprungsortes des geraden Bauch muskels. Auf Pressen und Kopfheben hin spanne sich die Rektusmuskulatur so, dass der Abstand beider Muskelbäuche auf 1,5 bis 2 cm schwinde . Die Bauch deckenmuskulatur sei entsprechend kräftig. Ein klassisches Hervortreten der Rektusdiastase finde sich nicht. Unterhalb des Bauchnabels finde sich palpatörisch keine oder zumindest keine relevante Diastase. Die Untersuchung des Rückens sei unauffällig ( Urk. 6/23/2) . 4. 4

Dr. C.\_\_\_\_ schlussfolgerte, die Beschwerdeführerin habe die beschriebenen Schmerzen seit bald sechs Jahren. In der genauen Untersuchung habe er die Schmerzpunkte vor allem im Bereich des Ursprungs- respektive Ansatzortes der Rektusmuskulatur im Sinne einer möglichen Ansatzentzündung gefunden – bedingt durch die Deviation aufgrund der Diastase. Eine Instabilität finde sich nicht, zumal die Diastase beim Anspannen der Bauchdecke auf 1,5 bis 2 cm reduziert werden könne und keine Protrusion von Abdominalinhalt bestehe. Bislang seien physikalische Massnahmen im Sinne von Bauchmuskelaufbautraining wahrgenommen worden, welche die Patientin leider nicht weiter fortgesetzt habe. Zudem sei die autochthone Rückenmuskulatur nicht parallel dazu trainiert worden (Agonist-Antagonist) , um den Rumpf zu stabilisieren.

Um den Teufelskreis zu durchbrechen, sollte eine physiotherapeutische, alternativ eine schmerzmedizinische Behandlung erfolgen. Mit lokalen Infiltrationen durch einen geübten Schmerzmediziner oder alternativ eine Ultraschallbehandlung durch einen erfahrenen Physiotherapeuten könne die Schmerzsituation kontrolliert werden. Im Anschluss ideal

wäre ein physiotherapeutisch begleitetes Stabilisierungsprogramm des Rumpfes, das zuhause fortgesetzt werden müsste. Eine operative Korrektur der Diastase sei er bei nicht vollends ausgeschöpften konservativen Massnahmen indes nicht als sinnvoll. Eine gleichzeitige Korrektur der sehr milden abdominalen cutis

laxa sei nicht indiziert (Urk. 6/23/2). 5. 5.1

Demnach diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten eine

Rektusdiastase

eines Ausmasses, wie diese bereits

im Jahr 2014

sonographisch objektiviert worden war (vgl. Urk. 6/3.1). Er

stellte aus objektiver Sicht zusätzlich fest, dass der Inhalt des Bauchraumes nicht durch diese heraus tritt und verneinte dementsprechend eine Instabilität. Zudem konnte er den Schmerz im Rahmen einer sorgfältigen Palpation vor allem im Bereich des Muskels lokalisiert werden. Als Ursache hierfür sah er am ehesten eine

Ansatz tendinitis als Begleitumstand der

Rektusdiastase. Für deren Behandlung schlug er gezielt neue medizinische Massnahmen (Infiltrationen, Ultraschallbehandlung) vor. 5. 2

Was die bisher durchgeführten Massnahmen

anbelangt, wies der Gutachter zunächst darauf hin, dass die Beschwerdeführerin trotz einer gewissen Besserung (vgl. dazu ferner auch Urk. 6/1/1) durch das Bauchmuskeltraining, die Therapie zuhause nicht weiterführte. Dies spricht gegen einen gegenwärtigen grossen Leidensdruck beziehungsweise erhebliche Beschwerden. In die gleiche Richtung deutet die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin keine Schmerzmedikamente benötigt. Und als eigentliche Einschränkungen aufgrund der Bauchdeckenbeschwerden erwähnte sie einzig die Unmöglichkeit der ehemaligen sportlichen Betätigungen Kickboxen und Joggen (Urk. 6/23). Nichtsdestotrotz betonte Dr. C.\_\_\_\_

wiederholt, dass die Bauchdecke kräftig sei

und sich die Rektusdiastase

bei Anspannen derselben auf bis zu 1,5 cm reduziere. Ohne weiteres nachvollziehbar ist indessen die gutachterliche Schlussfolgerung, dass zur Stabilisierung des Rumpfes (wohl mitunter zur Vermeidung einer schmerzhaften muskulären Dysbalance) Agonist und Antagonist gleichzeitig aufzubauen gewesen wären, bei der Beschwerdeführerin indes die autochtone Rückenmuskulatur nicht parallel zur Rektusmuskulatur

trainiert worden sei. 5. 3

Dr. C.\_\_\_\_

stellte die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht in Abrede, zeigte aber im Rahmen seiner sorgfältigen Befunderhebung und Prüfung der Behandlungsmöglichkeiten einleuchtend begründet neue Aspekte auf. Seine medizinische Beurteilung überzeugt deshalb auch vor dem Hintergrund der abweichenden

Einschätzungen der behandelnden Ärzte. Dies muss umso mehr gelten, als die Beschwerdeführerin in der Beschwerde (vgl. E. 2.2) weder die gutachterlich erhobenen Befunde beanstandete, noch geltend machte, die von ihr geklagten Beschwerden seien im Gutachten unrichtig wiedergegeben worden. Im Gegensatz zur Einsprache monierte sie auch nicht mehr, dass keine «radiografischen Mittel» miteinbezogen worden seien (Urk. 6/25). Es ist denn auch nicht ersichtlich, welche konkreten weiteren Untersuchungen bei unstrittigem objektiven Befund, bereits durchgeführter Sonographie und seither unveränderten Beschwerden noch nötig gewesen wären.

Die Beurteilung erfolgte denn auch in Kenntnis der Vorakten (vgl. Urk. 6/21). Es kann daher vollumfänglich auf die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ abgestellt werden.

6.

Nachdem aufgrund des Berichts fest steht, dass noch andere medizinische Massnahmen für eine genügende Schmerzkontrolle in Frage kommen, die im Vergleich zu fraglichen

operativen Sanierung der Rektusdiastase

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein kleineres gesundheitliches Risiko bergen und weniger kosten (vgl. Urk. 6/1/2: Operation von 2,5 Stunden mit 3 bis 5 Tagen stationärem Aufenthalt), sind die Voraussetzungen nach Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG nicht gegeben. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 7.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Der Beschwerdegegnerin steht trotz entsprechendem Antrag (Urk. 5,

Rechtsbegehren) praxisgemäss keine Prozessentschädigung zu (BGE 126 V 143 E. 4a; 112 V 356 E. 6). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdegegnerin

wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Atupri Gesundheitsversicherung - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 1. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Bonetti

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