

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2023.00091 vom 18. Juli 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-07-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2023.00091

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2023.00091 du 18 juillet 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2023.00091 del 18 luglio 2024

Erwägungen

E. 1.1

Art.

24 KVG verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten für die in Art.

25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in Art.

32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Nach Art.

25 Abs.

1 KVG übernimmt die OKP die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Art.

25 Abs.

2 KVG enthält einen Katalog solcher Leistungen, die unter die Übernahmepflicht der Krankenversicherer fallen.

E. 1.2

Nach Art. 64 Abs. 1 KVG beteiligt sich versicherte Person an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht gemäss Abs. 2 der genannten Bestimmung aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und

E. 2

Gegen diesen

Entscheid erhob der Versicherte, wie bis anhin vertreten durch Rechtsanwalt Grossen, mit Eingabe vom 20. November 2023 Beschwerde (Urk. 1; Beilagen Urk. 3/ 5-10). Darin beantragte er, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei die Swica zu verpflichten, die bisherigen sowie die zukünftigen Kosten für die Gebärdenspracheübersetzung im Rahmen seiner Psychotherapie vollumfänglich und ohne Anrechnung einer Kostenbeteiligung zu vergüten; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Swica (vgl. Urk. 1 S. 2). Diese schloss mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2024 (Urk. 11) auf Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Versicherten (Urk. 11 S. 2). Die Beschwerdeantwort wurde dem Versicherten mit Verfügung vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin vertritt die Auffassung, das Gericht habe, wie das BAG auch, festgestellt, die Kosten für das Gebärdensprachdolmetschen seien gegebenfalls als

integrierter Teil der medizinischen Leistungen zu betrachten und die Tarifpartner könnten Kostenanteile hiervon in die Tarife einfließen lassen. Dies impliziert, dass die Kosten direkt in der Tarmed-Tarifstruktur abgerechnet werden sollten, womit sie der Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG unterstehen würden. Es werde auf das Rundschreiben des Branchenverbands verwiesen (Urk. 2). Die Gehörlosigkeit stelle weder eine Dauerbehandlung noch die Behandlung einer schweren Krankheit dar und die Dolmetschenden

seien keine Leistungserbringer. Es bestehe keine gesetzliche Grundlage, um von einer Kostenbeteiligung abzusehen. Aufgrund der mannigfaltigen Tarifarten sei zudem unklar, inwiefern die fraglichen Kosten künftig tatsächlich Eingang fänden (Urk.

11).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt

indessen

dafür, die Gebärdensprachdolmetschkosten würden mindestens so hoch ausfallen wie die Therapiekosten. Müsste er sich daran beteiligen, wäre er aufgrund seiner Gehörlosigkeit benachteiligt und Art. 8 Abs. 2 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV) verletzt. Inwieweit behinderungsbedingte Mehrkosten bei der Kostenbeteiligung zu berücksichtigen seien, stelle eine Grundsatzfrage dar. An deren Beantwortung bestehe ein schutzwürdiges Interesse ungeachtet dessen, ob die Franchise bereits mit den Therapiekosten ausgeschöpft werde. Bei solchen unvermeidbaren Kosten könne die Kostenbeteiligung ihre Steuerungsfunktion

(wie bei Dauerbehandlungen) gar nicht erfüllen. Die

Diskriminierungsfreiheit

sei zudem (wie bei Schwangeren mit und ohne Komplikationen) höher zu gewichten als die ökonomische Effizienz.

Umsetzbar sei der Verzicht auf eine Kostenbeteiligung (1) mittels

Subsumtion unter Art. 64 Abs. 6 KVG, (2) in Form einer gerichtlichen Anweisung zur Aussonderung der fraglichen Kosten bei der Ermittlung der Kostenbeteiligung

oder (3) durch Füllen einer

echten Gesetzeslücke (Urk. 1). 3. 3.1

Die geltende Rechtslage zur Vergütung von Gebärdensprachdolmetschkosten, die im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie anfallen, wurde bereits im Urteil KV.2021.00021 vom 15. Juli 2022 (Urk. 12/13) in Sachen der Parteien erörtert. 3.2

Das Gericht legte in E. 3.7 jenes Entscheids dar, dass der obligatorische Krankenpflegeversicherer einen Leistungsanspruch bei (gänzlichem) Fehlen einer Vereinbarung zwischen Krankenpflegeversicherer und Leistungserbringer für eine bestimmte Pflichtleistung zwar nicht verweigern könne, d.h. das Vorliegen eines Tarifvertrages diesfalls nicht Voraussetzung für den Leistungsanspruch sei. Auch dürfe die Vergütung einer Pflichtleistung nicht einzig mit dem Argument abgelehnt werden, es fehle ein tarifarischer und/oder kantonal zugelassener Leistungserbringer. Die im Rahmen einer

Behandlung beigezogenen Dolmetscher kämen indessen bei abschliessender Aufzählung im Gesetz von vornherein nicht als Leistungserbringer in Frage. Auch handle es sich bei den Dolmetscherkosten nicht um eine im Krankenversicherungsrecht klar festgeschriebene Pflichtleistung. Vielmehr bestehe nach aktueller Anschauung der Akteure im Rahmen der Tarifautonomie genügend Spielraum für eine Änderung der Abrechnungspraxis in dem Sinne, als die Tarifparteien vereinbaren könnten, dass die zugelassenen Leistungserbringer die Dolmetscherleistungen künftig zusammen mit ihren eigenen Leistungen abrechnen dürften. Dies reiche indessen nicht aus, um einen bestehenden Versicherungsschutz und gerichtlich durchsetzbaren Anspruch anzunehmen. 3.3

Daran hat sich in den vergangenen zwei Jahren seit Erlass jenes Entscheids nichts geändert, wie sich der von der Beschwerdegegnerin eingeholten Stellungnahme des BAG vom 21. November 2022 (Urk. 12/17), dem Rundschreiben Nr. 3/2023 des Branchenverbands Santesuisse (Urk. 12/20) oder auch der Stellungnahme des Bundesrats vom 6. September 2023 zur am 13. Juni 2023 im Ständerat eingebrachten Motion 23.3673 betreffend «Finanzierung der Kosten für das Dolmetschen im Gesundheitswesen» ([abrufbar unter https://www.parlament.ch](https://www.parlament.ch) unter Angabe der Geschäftsnummer, besucht am 21.

Juni 2024) entnehmen lässt. Von den Akteuren wird weiterhin betont, dass professionelle Dolmetscherdienste als Teil der medizinischen Leistung betrachtet werden könnten, wenn sie sich als einzig mögliche Lösung erweisen würden, d.h. für die Durchführung einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung sowie für deren therapeutischen Erfolg unerlässlich seien. Es bestehe somit eine rechtliche Grundlage, um die Dolmetscherdienste

(wie im stationären) auch im ambulanten Bereich in die anrechenbaren Kosten einfließen zu lassen. Dazu wurden die Tarifpartner in den letzten Jahren auch von verschiedenen Seiten aufgefordert; von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben sie jedoch nicht. Wie der Branchenverband Santesuisse festhielt, besteht aktuell nach wie vor keine tarifliche Grundlage für eine Abrechnung solcher Kosten. 3.4

Das Gericht führte

in seinem Urteil KV.2021.00021 E. 4.4 weiter aus, dass es

eine indirekte Diskriminierung darstelle, dass das Krankenversicherungsrecht nicht zwischen hörenden und gehörlosen Menschen unterscheide, insofern im Regelfall nur bei hörenden Menschen alle im Rahmen der Therapiesitzung anfallenden Kosten gedeckt seien. So lasse sich nicht ohne Weiteres in Abrede stellen, dass die wenigsten Psychotherapeuten selber der Gebärdensprache mächtig seien und deshalb einen Gebärdensprachdolmetscher als Hilfsperson beiziehen müssten.

Würden die dabei anfallenden Kosten nicht ersetzt, schmälere dies den Versicherungsschutz von Gehörlosen und damit einer spezifischen Gruppe von Menschen aufgrund ihrer Behinderung in unzulässiger Weise, zumal eine Psychotherapie ohne hinreichende Verständigung zwischen Psychotherapeut und Patient schlicht nicht durchführbar sei.

Daraus schlussfolgerte das Gericht in E. 5 jenes Entscheids, der Beschwerdeführer habe gestützt auf Art. 8 Abs. 2 BV gegenüber der Beschwerdegegnerin als Adressatin der Grundrechte Anspruch auf einen Gebärdensprachdolmetscher während der Psychotherapie. Die Gebärdensprachdolmetscherkosten

seien somit im Rahmen der OKP zu übernehmen. Soweit ersichtlich handele es sich dabei um die einzige geeignete Möglichkeit, die indirekte Diskriminierung im Versicherungsschutz zu kompensieren, wobei diese auch mit Blick auf die geringe Anzahl der betroffenen Patienten und die bei verbesserter Wirksamkeit der Therapie gesparten Gesundheitskosten als verhältnismässig erscheinen. Da die Dolmetscherkosten bis anhin nicht im Tarmed geregelt worden seien, seien die effektiv angefallenen Kosten zu erstatten, soweit sich diese innerhalb des üblichen Rahmens bewegen würden. Dazu verwies das Gericht auf die von der pro com

Stiftung publizierten Tarife. 4. 4.1

Zusammenfassend ist demnach festzustellen, dass sich das Gericht in seinem letzten Entscheid nicht zur Frage der Kostenbeteiligung geäußert hat. Es hielt lediglich fest, dass die Kosten des Gebärdensprachdolmetschens zu erstatten seien, soweit diese im Zusammenhang mit einer nach KVG übernommenen Psychotherapie anfallen würden, und bei fehlendem Tarif die effektiven Kosten (soweit im üblichen Rahmen) zu vergüten seien. Ob sich der Beschwerdeführer

an der von der Beschwerdegegnerin zu erbringenden Leistung bis zur Ausschöpfung von Franchise und Selbstbehalt

beteiligen muss, thematisierte das Gericht nicht

(ergänzend auch E. 2 jenes Entscheids zu den Parteivorbringen). 4. 2

Die Rechtslage ist nach dem Ausgeführten seit dem letzten Urteil sodann unverändert.

Zwar würde eine gesetzliche Grundlage dafür bestehen, die Gebärdensprachdolmetscherkosten als nicht ärztliche Leistungen in die Tarife einfließen zu lassen und so als integrierter Teil der medizinischen Leistungen im Rahmen der OKP zu vergüten. Bis anhin haben die Tarifpartner von dieser Möglichkeit jedoch keinen Gebrauch gemacht. Wie die Beschwerdegegnerin darlegte (Urk. 11 Ziff. 7), ist es unklar, ob und wann diesbezüglich eine Regelung gefunden wird und wie diese aussehen wird. Der Anspruch des Beschwerdeführers auf Erstattung der Gebärdensprachdolmetscherkosten stützt sich daher – in Ermangelung eines Tarifs und demzufolge fehlender tatsächlicher Integration in die medizinischen Leistungen der OKP – einstweilen auf Art. 8 Abs. 2 BV. 4.3

Art. 64 KVG

findet folglich keine direkte Anwendung.

Ein sachlicher Grund, der es gebieten würde, im Rahmen der Gleichstellung von Hörenden und Gehörlosen

die se Bestimmung

analog zur Anwendung zu bringen, ist weder aus den Akten noch sonst wie ersichtlich.

Eine Kostenbeteiligung bezweckt grundsätzlich, das Verhalten von versicherten Personen zu steuern (adäquate Inanspruchnahme von Behandlungen durch entsprechendes Kostenbewusstsein) und sie nach dem Verursacherprinzip an der Finanzierung der Behandlungskosten zu beteiligen (vgl. etwa Experten-/Forschungsberichte zur Kranken-

und Unfallversicherung, Kostenbeteiligung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Arbeitsgruppe «Kostenbeteiligung» Heinz Schmid April 2003, S. 40). Da sich Gehörlose gleichermaßen wie Hörende bereits an den Kosten der psychotherapeutischen Leistungen zu beteiligen haben, ist dieser Zweck hinsichtlich der medizinischen Leistung ohne weiteres gewährt. In Bezug auf die aktuell noch separat aus geschiedenen – mithin eben gerade nicht integrierten – , sondern vielmehr

direkt mit der versicherten Person abzurechnenden (v gl. Urk.

12/22) und unmittelbar auf die Behinderung (Gehörlosigkeit) zurückzuführende n Mehrkosten erweist sich ein solcher Zweck indessen als widerrechtlich.

Dass dem Bundesrat die Kompe tenz zusteht, die Kostenbeteiligung gestützt auf bzw. im Rahmen von Art.

64 KVG auf Verordnungsstufe näher zu regeln, ist angesichts dieser Überlegungen ohne Belang. 5.

Nach dem Ausgeführten ist dem Beschwerdeführer beizupflichten, dass er sich unter der aktuell geltenden Rechtslage nicht nach Art. 64 KVG an den im Rahmen der Psychotherapie nach KVG ab 21. Juli 2020 angefallenen Gebärdensprach dolmetschkosten zu beteiligen hat .

Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen. 6.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 2 GSVGer).

Die Beschwerdegegnerin ist daher zu verpflichten, dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des nunmehr gerichtsblichen Stundenansatzes von Fr. 2 8 0.-- eine Prozessentschädigung von gerundet Fr. 1' 25 0.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen. Dabei wird berücksichtig t , dass seit dem letzten Verfahren nur wenige neue Akten hinzugekommen sind und es nur eine einzelne Rechtsfrage zu klären galt. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der SWICA vom 18. Oktober 2023 wird festgestellt, dass die im Zusammenhang mit der nach KVG zu übernehmenden Psychotherapie ab 21. Juli 2020 angefallenen

Gebärdensprach dol metschkosten nicht der Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG unterliegen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteient schä di gung von Fr. 1' 25 0 .-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Grossen - SWICA Krankenversicherung AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundes gericht 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 Beweis mittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Philipp Bonetti

E. 6

Februar 2024 zur Kenntnis gebracht (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

Die Franchise und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts werden vom Bundesrat festgelegt (Art.

64 Abs.

3 KVG). Der Bundesrat kann zudem für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen oder diese in den gesetzlich umschriebenen Fällen herabsetzen oder aufheben (dazu Art. 64 Abs. 6 KVG). Keine Kosten beteiligung erhoben werden darf im Zusammenhang mit den in Art. 64 Abs. 7 KVG angeführten Leistungen bei Mutterschaft.

Der Bundesrat hat die Kostenbeteiligung sodann in Art. 103 ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) näher geregelt. 2.

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