

VBE.2024.222 / mg / nl

Art. 106

Urteil vom 14. November 2024

Besetzung	Oberrichterin Gössi, Präsidentin Oberrichterin Peterhans Oberrichterin Fischer Gerichtsschreiber Güntert
-----------	---

Beschwerde- führerin	A. _____ vertreten durch B. _____,
-------------------------	---------------------------------------

Beschwerde- gegnerin	EGK-Gesundheitskasse , Birsparck 1, Postfach, 4242 Laufen
-------------------------	--

Gegenstand	Beschwerdeverfahren betreffend KVG (Einspracheentscheid vom 15. April 2024)
------------	--

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Die 1953 geborene Beschwerdeführerin ist bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankenversichert. Sie erkrankte im Juni 2018 an einer schweren Meningoencephalitis/-radikulitis und erhielt in der Folge medizinische Behandlung, unter anderem seit dem 1. April 2020 in Form von Physiotherapie. Mit Schreiben vom 4. Juli 2023 ersuchte Dr. med. D._____, Praktischer Arzt, um Verlängerung der Kostengutsprache für Physiotherapie in einer Frequenz von zwei Sitzungen pro Woche. Mit Schreiben vom 17. Juli 2023 erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für 36 Physiotherapiesitzungen in einer Frequenz von maximal zwei Sitzungen pro Woche. Am 12. Dezember 2023 ersuchte Dr. med. D._____ um erneute Kostengutsprache für Physiotherapie in einer Frequenz von zwei Sitzungen pro Woche. Nach Rücksprache mit dem Vertrauensärztlichen Dienst (VAD) erteilte die Beschwerdegegnerin am 15. Dezember 2023 Kostengutsprache für zwei Sitzungen Physiotherapie pro Woche ab dem 1. Dezember 2023 und ab dem 1. April 2024 bis zum 30. September 2024 für eine Sitzung pro Woche und wies darauf hin, dass eine weitere Kostengutsprache nur bei Erfüllung verschiedener Voraussetzungen geprüft bzw. die entsprechende Leistungspflicht andernfalls abgelehnt werde. Auf Ersuchen der Beschwerdeführerin erliess die Beschwerdegegnerin am 29. Januar 2024 eine Verfügung, in der sie Kostengutsprache wie mit Schreiben vom 15. Dezember 2023 dargelegt erteilte. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie nach neuerlicher Rücksprache mit dem VAD mit Einspracheentscheid vom 15. April 2024 ab.

2.

2.1.

Gegen den Einspracheentscheid vom 15. April 2024 erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 29. April 2024 Beschwerde und stellte folgendes Rechtsbegehren:

" Die Langzeitkostengutsprache für Physiotherapie, Tarif-Position 7311 (ganzer Körper, zwei pro Woche) für aaa A._____, sei zu verlängern bis 31.12.2025."

2.2.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 4. Juli 2024 die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdeführerin.

2.3.

Mit Eingabe vom 25. Juli 2024 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag fest.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Die Beschwerdeführerin beantragt vorliegend Kostengutsprache für zwei Sitzungen Physiotherapie pro Woche bis zum 31. Dezember 2025. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheides – Stellung genommen hat. Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung 29. Januar 2024 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 7) und mit Einspracheentscheid vom 15. April 2024 (VB 12) über die Kostengutsprache für Physiotherapie für den Zeitraum vom 1. April 2024 bis zum 30. September 2024 entschieden. Soweit die Beschwerdeführerin vorliegend Kostengutsprache für den Zeitraum vom 1. Oktober 2024 bis 31. Dezember 2025 beantragt, ist dies nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids. Demzufolge fehlt es an einem Anfechtungsobjekt im Sinne von Art. 56 Abs. 1 ATSG, weshalb auf die Beschwerde in diesem Umfang nicht einzutreten ist.

1.2.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Kostenübernahme für Physiotherapie in zweimal wöchentlicher Behandlungsfrequenz im Zeitraum vom 1. April bis 30. September 2024 hat.

2.

2.1.

Art. 24 KVG verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in den Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Zum Leistungsbereich gemäss den Art. 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem auch ärztlich angeordnete physiotherapeutische Behandlungen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG in Verbindung mit Art. 46 f. KVV und Art. 5 KLV).

2.2.

In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (WZW-Kriterien).

2.3.

Gemäss Art. 5 Abs. 1 KLV werden die Kosten für die in lit. a bis c genannten Massnahmen (physiotherapeutische Untersuchung und Abklärung; Behandlung, Beratung und Instruktion; physikalische Therapie) übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Art. 46 und 47 KVV oder von Organisationen im Sinne von Art. 52a KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden. Die Versicherung übernimmt gemäss Art. 5 Abs. 2 KLV je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen. Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht (Langzeitbehandlung), zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann (Art. 5 Abs. 4 KLV).

2.4.

Die gesetzliche Vermutung, wonach die Krankheitsbehandlung den gesetzlichen Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht, gilt für Ärzte und Chiropraktoren grundsätzlich (Art. 33 Abs. 1 KVG), für Physiotherapeuten hingegen nur, soweit deren (ärztlich angeordnete) Leistungen von der Positivliste nach Art. 5 Abs. 1 KLV erfasst sind (Art. 33 Abs. 2 KVG). Überdies ist diese Vermutung aufgrund der in Art. 5 Abs. 4 KLV festgehaltenen formellen Anforderung einer vertrauensärztlichen Überprüfung auf den Umfang von 36 physiotherapeutischen Sitzungen beschränkt (Urteil des Bundesgerichts 9C_374/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.

3.1.

Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. April 2024 (VB 12) auf die Stellungnahme des VAD, Dr. rer. nat. Dr. med. E._____, Fachärztin für Radio-Onkologie Strahlentherapie, vom 29. Februar 2024 (VB 10). Diese führte aus, die Physiotherapie sei für den Erhalt der Funktion und für die Sturzprophylaxe sinnvoll. Bei Status nach Meningoencephalitis sei eine Langzeitphysiotherapie im Bereich des ganzen Körpers ausgewiesen. Die Erholung erfolge langsam. Eine Fortführung einmal pro Woche sei sinnvoll und indiziert. Gemäss Berichten erhalte die Beschwerdeführerin ebenfalls Ergotherapie, es erfolge also zweimal wöchentlich Therapie. Eine Indikation für eine intensiviertere Therapie zweimal pro Woche sei nicht ersichtlich und schlüssig aus den Berichten zu

entnehmen. Dr. rer. nat. Dr. med. E. _____ empfahl der Beschwerdegegnerin, Kostengutsprache für Langzeitphysiotherapie im Zeitraum vom 1. April bis 30. September 2024 einmal wöchentlich zu erteilen (VB 10).

3.2.

In ihrer Vernehmlassung vom 4. Juli 2024 verweist die Beschwerdegegnerin zudem auf die vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, vom 17. Juni 2024 (VB 16). Dieser führte aus, auch wenn bei der jetzt 71 Jahre alten Beschwerdeführerin eine schwere neurologische Erkrankung vorliege mit langer Hospitalisationsdauer, so sei nach nunmehr sechs Jahren nach der Erkrankung davon auszugehen, dass die Rehabilitationsphase abgeschlossen sei. Langzeittherapien mit einer oder zwei wöchentlichen Sitzungen seien hinsichtlich ihrer Evidenz kritisch zu hinterfragen. Eine Rechtfertigung hierfür wäre eine ernsthafte Erkrankung, was bei der Beschwerdeführerin zweifelslos vorliege, oder eine Komplikation, die allerdings derzeit nicht beschrieben werde. Langzeittherapien seien zum Beispiel bei Polyarthritiden, Multipler Sklerose oder anderen neurologischen Krankheitsbildern mit Spastizität und Kontrakturgefahr sinnvoll. Eine Spastizität liege bei der Beschwerdeführerin nicht vor. Hier bestimme eher die Polyneuropathie das Krankheitsbild. Eine Kontrakturgefahr könne auch bei einer peripheren Störung (Polyneuropathie) bestehen, wenn funktionsfähige Muskelgruppen (Antagonisten) vermehrt aktiviert würden. Insofern könne die Indikation für eine Langzeittherapie gestellt werden, weniger zur Verbesserung der Situation als zum Erhalt der derzeitigen Situation. Die Frequenz der Behandlungen solle der Situation der Beschwerdeführerin angepasst werden. Die paritätische Vertrauenskommission habe entschieden, dass es bei Langzeittherapie nach Abschluss der Rehabilitationsphase im Sinne der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit gemäss Art. 32 KVG sinnvoll sei, die Position 7311 42 Mal pro Jahr zu vergüten. Aufgrund der derzeitigen Einschränkungen der Beschwerdeführerin bestehe keine Indikation, die Physiotherapie zweimal wöchentlich durchzuführen. Eine regelmässige, einmal die Woche durchgeführte Sitzung sei für einen stabilen Verlauf ausreichend (VB 16 S. 2).

4.

4.1.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.

Die Krankenversicherer sind gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG verpflichtet, Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen zu bestellen. Diese beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung; sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Art. 57 Abs. 4 KVG). Sie sind in ihrem Urteil unabhängig, und weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände dürfen ihnen Weisungen erteilen (Art. 57 Abs. 5 KVG). Die blossе Tatsache, dass ein Arzt arbeitsvertraglich an eine Krankenversicherung gebunden ist, erlaubt es nicht, an der Objektivität der ärztlichen Einschätzung zu zweifeln. Der Vertrauensarzt gilt grundsätzlich als unabhängiger Experte. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht denn auch grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die versicherungsinternen Arztberichte der UVG-Versicherer (GEBHARD EUGSTER, SBVR Soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016, S. 485 N. 262). Diesen Berichten kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar einem Gerichtsgutachten zu. Sie sind aber so weit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7 S. 471).

5.

5.1.

Die Beschwerdeführerin macht sinngemäss zusammengefasst geltend, die Berichte ihrer behandelnden Ärzte würden ihr weiteres Entwicklungspotential bestätigen (Beschwerde S. 2 f.). Zudem habe der VAD-Arzt Dr. med. F. _____ in seiner Beurteilung auf das Alter der Beschwerdeführerin hingewiesen, weshalb diese aufgrund ihres Alters diskriminiert worden sei (Stellungnahme vom 25. Juli 2024 S. 2).

5.2.

5.2.1.

Der behandelnde Arzt Dr. med. D. _____, Praktischer Arzt, führte in seinem Bericht vom 12. Dezember 2023 aus, die Beschwerdeführerin mache sehr motiviert kontinuierlich Fortschritte. Er bitte um eine Verlängerung der Kostengutsprache für Physiotherapie mit wie bisher zwei Therapieeinheiten pro Woche, Pos. 7311 (VB 4).

5.2.2.

Im Bericht vom 26. Februar 2024 hielt Dr. med. D. _____ fest, die Beschwerdeführerin sei nach schwerer Meningoencephalitis vor vier Jahren in ambulanter Physiotherapie. Zur Aufrechterhaltung der erreichten Fortschritte sei die bisherige Physiotherapie unbedingt weiter zu führen. Das Risiko eines Verlustes der erreichten Mobilität wiege in der Folge so schwer, dass dies aus medizinischer Sicht absolut indiziert sei. Die Beschwerdeführerin sei trotz ihrer Defizite motiviert und arbeite gut mit, um langsam und

kontinuierlich ihre Ziele zu erreichen. Er bitte um die Fortsetzung der Kostengutsprache für die Physiotherapie 2x/Woche (VB 8).

5.2.3.

Dr. med. G._____, Kantonsspital B._____ hielt in ihrem Bericht vom 16. Februar 2024 fest, die Beschwerdeführerin berichte über keine neuen Beschwerden seit der letzten Kontrolle vom Februar 2022. Wegen Nystagmus habe sie weiterhin Beschwerden beim Fokussieren. Mit Rollator könne sie ca. 800-1000 m in 30-45 Minuten zurücklegen. Ganz ohne Gehhilfe werde das Gehen nur in der Physiotherapie geübt. Zusammenfassend liege anamnestisch und klinisch unter regelmässiger Physio- und Ergotherapie ein weitgehend stabiler Verlauf vor. Man empfehle weiterhin ambulante Physiotherapie zum Kraftaufbau/-erhalt, zur Erhöhung der Rumpfstabilität, Steigerung der Beweglichkeit sowie zum Erhalt der Selbstständigkeit bei Transfers und bei Alltagsaktivitäten und als Sturzprophylaxe (VB 8.1).

5.3.

Die VAD-Ärzte Dr. rer. nat. Dr. med. E. und Dr. med. F._____ begründen nachvollziehbar und schlüssig, warum sie zum Ergebnis kamen, dass bei der Beschwerdeführerin Physiotherapie mit (nur) einer Sitzung pro Woche sinnvoll und angezeigt sei (VB 10; 16). Weshalb abweichend von der Empfehlung der VAD-Ärzte eine Therapiefrequenz von zwei Sitzungen pro Woche notwendig sein soll, geht aus den Berichten der behandelnden Ärzte nicht hervor. Dr. med. G._____ empfahl die Fortsetzung der Physiotherapie, was unbestritten ist. Sie äusserte sich jedoch nicht zur Frequenz der Sitzungen. Dr. med. D._____ hielt fest, dass eine Therapiefrequenz von zwei Sitzungen pro Woche absolut indiziert sei, begründete dies aber lediglich mit dem Risiko einer möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustands. Inwiefern dieses Risiko vorliegt und insbesondere weshalb von der Empfehlung des VAD, welcher sich wiederum auf die Empfehlung der paritätischen Vertrauenskommission stützte (VB 16), abzuweichen ist, geht aus dem Bericht von Dr. med. D._____ nicht hervor. Zudem wies VAD-Arzt Dr. med. F._____ ausdrücklich darauf hin, dass bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands mehr als die empfohlenen 42 Behandlungen pro Jahr abgerechnet werden könnten (VB 16). Die Berichte der behandelnden Ärzte sind daher nicht geeignet, Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilungen der VAD-Ärzte Dr. rer. nat. Dr. med. E._____ und Dr. med. F._____ zu begründen. Entsprechend ist der gestützt auf Art. 5 Abs. 4 KLV abgegebenen Empfehlung der VAD-Ärzte zu folgen und davon auszugehen, dass die beantragte höhere Behandlungsfrequenz für Physiotherapie die WZW-Kriterien nicht erfüllt, weshalb es mit der von der Beschwerdegegnerin erteilten Kostengutsprache im Umfang von einer Sitzung pro Woche sein Bewenden hat. Im Übrigen ist festzuhalten, dass Dr. med. F._____ in seiner Stellungnahme vom 17. Juni 2024 zwar erwähnte, dass die Beschwerdeführerin 71 Jahre alt sei, entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin stützte er seinen Entscheid jedoch nicht auf deren

Alter und es gibt, entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Eingabe vom 25. Juli 2024, S. 2), auch keinerlei Hinweis darauf, dass die WZW-Kriterien erfüllt wären, wenn die Beschwerdeführerin jünger wäre. Eine Verletzung des Rechtsgleichheitsgebots (Art. 8 Abs. 1 BV) oder des Diskriminierungsverbots (Art. 8 Abs. 2 BV, Art. 14 EMRK) ist nicht erkennbar.

6.

6.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

6.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

6.3.

Der Beschwerdeführerin steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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).

Aarau, 14. November 2024

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Gössi

Güntert