

KV. Art. 56 Abs. 1 ATSG. Art. 25, Art. 32 Abs. 1, Art. 42 Abs. 1 KVG. Die versicherte Person hätte – würde eine Forderungsabtretung zugleich den Verlust der Prozessführungsbefugnis bedeuten – keine Möglichkeit mehr, selbst einen Prozess zu führen und wäre damit dem Leistungserbringer vollumfänglich ausgeliefert. Ein Nichteintreten – mit der Folge, dass das gesamte Verfahren erneut durchlaufen werden müsste – ist auch im Sinne der Verfahrensökonomie nicht sinnvoll, zumal materiell wiederum dieselben Argumente vorgebracht werden könnten. Mögliches Anfechtungsobjekt der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist nur ein Einspracheentscheid oder eine Verfügung, gegen die die Einsprache ausgeschlossen ist. Richtet sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen eine Verfügung, an deren Stelle ein Einspracheentscheid getreten ist, ist mangels Anfechtungsobjekt darauf nicht einzutreten. Die diagnostischen Massnahmen gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG müssen im Zusammenhang mit der Untersuchung oder Behandlung einer manifesten Erkrankung oder eines konkreten Krankheitsverdachts stehen, damit sie durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu vergüten sind. Ist kein konkreter klinischer Verdacht erwiesen, erübrigt sich die Prüfung der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit).

Obergericht, 13. Mai 2016, OG V 15 2

Aus den Erwägungen:

1. Gegen Einspracheentscheide der Beschwerdegegnerin kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 ATSG). Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten.

a) Die Beschwerdegegnerin stellt erstmals in ihrer Duplik vom 29. Juli 2015 den Antrag, auf die Beschwerde vom 9. Januar 2015 sei nicht einzutreten, weil der Beschwerdeführer seine Forderung im Sinne von Art. 42 Abs. 1 KVG abgetreten habe und folglich nicht zur Beschwerdeeinreichung legitimiert sei.

b) Dem hält der Beschwerdeführer zu Recht entgegen, dass die versicherte Person – würde die "Abtretung" zugleich den Verlust der Prozessführungsbefugnis bedeuten – keine Möglichkeit mehr hätte, selbst einen Prozess zu führen und damit dem Leistungserbringer vollumfänglich ausgeliefert wäre, was aber nicht Sinn und Zweck von Art. 42 Abs. 1 KVG sein könne (siehe Stellungnahme vom 13.09.2015 S. 3 f.).

c) Falls durch die "Abtretung" die Prozessführungsbefugnis tatsächlich an das Zentrum für kardiovaskuläre Genetik und Gendiagnostik (ZKG) übergegangen wäre, so müsste – damit dieses den Anspruch wahren könnte – die Verfügung diesem zuerst korrekt eröffnet werden, was bislang nicht erfolgt ist. Im Gegenteil hat die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 9. April 2014 (nur) dem Beschwerdeführer eröffnet, ist auf dessen Einsprache eingetreten, stellte ihren am 27. November 2014 erlassenen Einspracheentscheid wiederum nur dem Beschwerdeführer zu und stellte den Antrag auf Nichteintreten erst im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels am 29. Juli 2015. Dies alles, nachdem sie bereits mit Schreiben vom 20. Januar 2014 von Dr. G. Matyas über die Abtretungserklärung informiert worden war. Dieses Verhalten widerspricht dem Grundsatz von Treu und Glauben und ist nicht zu schützen. Ein Nichteintreten – mit der Folge, dass das gesamte Verfahren erneut durchlaufen werden müsste – ist im Sinne der

Verfahrensökonomie nicht sinnvoll, zumal materiell wiederum dieselben Argumente vorgebracht werden könnten und wohl auch würden.

d) Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch den angefochtenen Einspracheentscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Das Obergericht des Kantons Uri ist somit sowohl örtlich (Art. 58 Abs. 1 ATSG) als auch sachlich (Art. 13 Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung, RB 20.2202) zuständig.

e) Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde richtet sich neben dem Einspracheentscheid vom 27. November 2014 auch gegen die Verfügung vom 9. April 2014. Die Einsprache, die sich gegen die Verfügung vom 9. April 2014 richtete, verpflichtete die Beschwerdegegnerin, diese Verfügung zu überprüfen und nochmals über die Sache zu entscheiden (Art. 52 Abs. 1 ATSG). Der Einspracheentscheid trat dann an die Stelle der angefochtenen Verfügung. Entsprechend ist auch nur ein Einspracheentscheid oder eine Verfügung, gegen die die Einsprache ausgeschlossen ist, mögliches Anfechtungsobjekt der Verwaltungsgerichtsbeschwerde (Art. 56 Abs. 1 ATSG). Soweit sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen die ursprüngliche Verfügung vom 9. April 2014 richtet, ist mangels Anfechtungsobjekt darauf nicht einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für eine beim Beschwerdeführer durchgeführte Mutationsanalyse des FBN1-Gens (Marfan-Syndrom) als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat.

3. Art. 25 KVG bestimmt, dass die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, übernimmt (Abs. 1). Diese Leistungen umfassen namentlich auch die ärztlich verordneten Analysen (Abs. 2 lit. b).

a) Als allgemeine Anspruchsvoraussetzung für eine Übernahmepflicht des Krankenversicherers gilt sodann Art. 32 Abs. 1 KVG. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Die Wirksamkeit einer Leistung ist dann gegeben, wenn die betreffende Behandlung geeignet ist, das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen (BGE 128 V 165 E. 5c/aa). Ob eine medizinische Behandlung zweckmässig ist, beurteilt sich nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken (BGE 127 V 146 E. 5). Die Zweckmässigkeit hängt von medizinischen Kriterien ab und steht in engem Zusammenhang mit der Frage der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation klar erwiesen, ist auch die Zweckmässigkeit gegeben (BGE 121 V 300 E. 7b). Sind in einem bestimmten Fall unterschiedliche Behandlungsformen und/oder -methoden wirksam und zweckmässig, ist gemäss dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit das Kosten/Nutzen - Verhältnis der Massnahme abzuwägen (BGE 127 V 146 f. E. 5 mit Hinweisen).

b) Gemäss Art. 52 Abs. 1 lit a Ziff. 1 KVG (i.V.m. Art. 34 und Art. 37 f. KVV) erstellt das Departement nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach Art. 32 Abs. 1 KVG sowie des allgemein gültigen Ziels einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG) eine Liste der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Analysen mit Tarif. Diese Liste gehört unter dem Titel Analysenliste (AL) als Anhang 3 zur KLV (Art. 28 Abs. 1 KLV) und wird in der Regel jährlich herausgegeben (Art. 60 KVV i.V.m. Art. 28 Abs. 2 KLV).

c) Bei der AL handelt es sich um eine Positivliste. Gemeinsames Merkmal der im krankenversicherungsrechtlichen Listensystem vorgesehenen Positivlisten ist, dass ihnen

verbindlicher und abschliessender Charakter zukommt, weil die Krankenversicherer gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG keine anderen Kosten als diejenigen für Leistungen nach den Art. 25 - 33 KVG übernehmen dürfen. Diese gesetzliche Ordnung schliesst die Übernahme der Kosten von nicht auf einer Positivliste aufgeführten Leistungen grundsätzlich aus (BGE 127 V 332 E. 3a, 124 V 193 E. 4).

4. Die diagnostischen Massnahmen gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG müssen (in Abgrenzung zu Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne von Art. 26 Abs. 1 KVG) im Zusammenhang mit der Untersuchung oder Behandlung einer manifesten Erkrankung oder eines konkreten Krankheitsverdachts stehen, damit sie durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu vergüten sind (BGE 9C_1011/2012 vom 18.04.2013 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

5. Die DNA-Untersuchung bei Verdacht auf Marfan-Syndrom ist in der AL grundsätzlich als diagnostische Pflichtleistung enthalten (Anhang 3 KLV Pos.-Nr. 2510.05 und 2410.01). Eine Expertenkommission hat in der revidierten "Gent-Nosologie" aus dem Jahre 2010 klinische Diagnosekriterien definiert, wann die Diagnose für ein Marfan-Syndrom gestellt werden kann. Es handelt sich dabei um einen Kriterienkatalog mit dem Ziel, die Erkrankung zu erkennen. Darin wird nicht festgelegt, wann ein genetischer Untersuchung auf ein Marfan-Syndrom angebracht ist. Eine Mutationssuche ist indiziert zur Absicherung einer klinischen Verdachtsdiagnose und/oder als Grundlage weiterer Entscheidungen zur medizinischen Versorgung (<http://www.marfan.de/diagnose/68-indikationen-fuer-eine-molekulargenetische-diagnostik-bei-verdacht-auf-marfan-syndrom.html>, abgerufen am 26.01.2016). Unbehelflich ist deshalb das Argument des Beschwerdeführers, bei einer Erweiterung der Aortenwurzel und einer pathogenen Mutation im FBN1-Gen könne gemäss Gent-Nosologie die Diagnose Marfan-Syndrom gestellt werden. Vielmehr ist umgekehrt danach zu fragen, wann genügend Anhaltspunkte vorliegen, um überhaupt den Verdacht auf das Marfan-Syndrom zu lenken. Es stellt sich somit als erstes die Frage, ob ein klinischer Verdacht auf Marfan-Syndrom gegeben ist.

a) Die Aorteninsuffizienz per se genügt jedenfalls nicht. Sind doch nur 4.7 Prozent aller Aortendissektionen auf ein Marfan-Syndrom zurückzuführen (Bericht von Dr. med. J.H. Schultz vom 26.03.2014).

b) Dr. G. Matyas bejaht die medizinische Indikation für die genetische Laboruntersuchung aufgrund der schweren Aorteninsuffizienz und des Aneurysma der Aorta ascendens, der systemischen Veränderungen (~5 Punkte) sowie einer möglichen positiven Familienanamnese (Bericht vom 20.01.2014). Er erläutert jedoch weder, welche systemischen Veränderungen vorliegen, noch, wie er auf eine "mögliche positive Familienanamnese" kommt. Dr. med. J. Bollhalder, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Altdorf, verneint eine positive Familienanamnese im Bericht vom 26. August 2014 mit dem Vermerk "unbekannt".

c) Gemäss Stellungnahme von Dr. med. Y. Schoch Zysset, Fachärztin FMH für Innere Medizin und FMH für Nephrologie, Vertrauensärztin SGV, vom 27. Februar 2015 muss eine vordefinierte Anzahl von systemischen Veränderungen vorliegen, um den Verdacht auf das Marfan-Syndrom zu lenken. In den bei den Akten liegenden Arztberichten wird an systemischen Veränderungen lediglich eine milde Trichterbrust (1 Punkt) erwähnt. Weiter hält die Fachärztin in der genannten Stellungnahme fest, Dr. G. Matyas stelle die medizinische Indikation für die genetische Laboruntersuchung, spreche von systemischen Veränderungen und einer möglichen positiven Familienanamnese, obschon er nicht Mediziner sei und klinische Befunde nicht beurteilen könne. Systemische Veränderungen seien denn auch von den Fachärzten (ausser der milden Trichterbrust) gar nicht erhoben worden und eine positive Familienanamnese sei ebenfalls von keinem Arzt erhoben und dokumentiert worden. In den medizinischen Unterlagen der Kliniken werde nirgends auch nur der Verdacht auf das Vorliegen eines Marfan-Syndroms geäussert. Hinweise für einen

solchen Verdacht fehlten vollständig und es gebe einige Gründe, die das Marfan-Syndrom als Auslöser hier eher unwahrscheinlich machten. So sei bei der Operation keine ungewöhnliche Beschaffenheit der Blutgefässe (die bei vielen Marfan-Patienten vorkomme) festgestellt worden. Im Austrittsbericht der Herzchirurgie werde kein Verdacht auf ein Marfan-Syndrom geäussert. Der Versicherte habe auch postoperativ keine entsprechende Medikation erhalten, was bereits bei vorliegendem Verdacht notwendig gewesen wäre. Er habe bekannte kardio-vaskuläre Risikofaktoren (Hypertonie und Bewegungsmangel) und sei im Zeitpunkt der Erkrankung bereits 50-jährig gewesen, was untypisch spät wäre für ein solches Ereignis beim Marfan-Syndrom. Dieses Alter sei jedoch typisch bei anderen Ursachen einer Aortenerkrankung und mache diese umso wahrscheinlicher. (Vergleiche dazu auch Beil. 1 zur Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 03.09.2015, S. 679: "Bei Patienten unter 40 Jahren mit Aortendissektion ist das MFS in 50% vorhanden, während ältere Patienten mit einer Aortendissektion seltener ein MFS haben.") Weiter hält Dr. med. Y. Schoch Zysset fest, die Medianekrose Erdheim Gsell sei nicht spezifisch für das Marfan-Syndrom.

d) Zusammengefasst ist nebst der Aorteninsuffizienz lediglich eine systemische Veränderung in Form einer milden Trichterbrust (1 Punkt) fachärztlich bestätigt. Dr. med. D. Odavic, welcher den Beschwerdeführer am 10. Juni 2013 im Stadtspital Triemli operiert hat, hat zwar auf dem Antragsformular (vom 10.06.2013) für den Untersuch (mittels Ankreuzen) bestätigt, dass der Patient "klinisch auffällig, manifest krank" sei. Er hat jedoch nicht weiter ausgeführt, welche Anhaltspunkte für den Verdacht auf ein Marfan-Syndrom sprechen. Sodann wird weder im Austrittsbericht von Dr. med. D. Tüller vom 17. Mai 2013 noch im Bericht von Prof. Dr. med. M. Genoni, Chefarzt Stadtspital Triemli Zürich, Klinik für Herzchirurgie, vom 21. Juni 2013 ein Verdacht auf Marfan-Syndrom geäussert. Bei der Operation ist gemäss unbestritten gebliebener Feststellung von Dr. med. Y. Schoch Zysset offenbar keine ungewöhnliche Beschaffenheit der Blutgefässe (die bei vielen Marfan-Patienten vorkommt) festgestellt worden. Es wurde auch postoperativ keine entsprechende Medikation verordnet, was bereits bei vorliegendem Verdacht notwendig gewesen wäre. Die gemäss Dr. G. Matyas durch systemische Veränderungen erreichten 5 Punkte werden von diesem nicht näher erläutert und es finden sich auch sonst keine entsprechenden Anhaltspunkte in den medizinischen Akten. Ein konkreter klinischer Verdacht auf Marfan-Syndrom ist damit nicht erwiesen.

6. In den einleitenden Bemerkungen zu Anhang 3 KLV wird festgehalten, "die als Pflichtleistung zu vergütenden Analysen müssen nach Art. 25 Abs. 1 KVG der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Die Diagnostik hat mit einer akzeptablen Wahrscheinlichkeit die Konsequenz, dass sie

- einen Entscheid über Notwendigkeit und Art einer medizinischen Behandlung oder
- eine richtungsgebende Änderung der bisher angewendeten medizinischen Behandlung oder
- eine richtungsgebende Änderung der notwendigen Untersuchungen (zum Beispiel zur rechtzeitigen Verhütung, Erkennung oder Behandlung von typischerweise zu erwartenden Komplikationen) oder
- einen Verzicht auf weitere Untersuchungen von typischerweise zu erwartenden Krankheitssymptomen, Folgeerkrankungen oder Beschwerden zur Folge hat."

7. Bestand nach dem Gesagten kein konkreter klinischer Verdacht auf Marfan-Syndrom, kann auch nicht "mit einer akzeptablen Wahrscheinlichkeit" eine der oben genannten Konsequenzen resultieren. Somit erübrigt sich die Prüfung der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) der Gen-Analyse im vorliegenden Fall.

8. Der rechtlich erhebliche Sachverhalt erscheint als genügend abgeklärt und das Gericht kam in antizipierter Beweiswürdigung zur Auffassung, weitere Beweisvorkehren

würden an der Würdigung des Sachverhalts nichts mehr ändern. Auf weitere Beweiserhebungen wird demzufolge verzichtet.

9. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen, soweit darauf eingetreten wird.