

VBE.2022.34 / sb / fi

Art. 59

Urteil vom 5. September 2022

Besetzung Oberrichterin Gössi, Präsidentin
 Oberrichter Kathriner
 Oberrichterin Peterhans
 Gerichtsschreiber Berner

Beschwerde- **A.**_____,
führerin 1

Beschwerde- **B.**_____,
führer 2

Beschwerde- **C.**_____,
führer 3

alle vertreten durch lic. iur. Evalotta Samuelsson, Rechtsanwältin,
Bahnhofstrasse 12, 8001 Zürich

Beschwerde- **CSS Kranken-Versicherung AG**, Recht & Compliance,
gegnerin Tribtschenstrasse 21, Postfach, 6002 Luzern

Gegenstand Beschwerdeverfahren betreffend KVG
 (Einspracheentscheid vom 14. Dezember 2021 i.S. D._____, verstorben
 am XX. Juli 2021)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Die 1949 geborene und am XX. Juli 2021 verstorbene Versicherte war in den hier massgebenden Jahren 2020 und 2021 bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) versichert. Ab Frühling 2020 nahm sie im Kantonsspital F. wegen einer akuten myeloischen Leukämie eine medizinische Behandlung in Anspruch, bei der unter anderem das Medikament Vidaza mit dem Wirkstoff Azacitidin eingesetzt wurde. Die Beschwerdegegnerin eröffnete der Versicherten mit Verfügung vom 1. Juni 2021, sie übernehme für November 2020 und ab Februar 2021 bei einem Selbstbehalt von 20 % lediglich 50 % der Kosten der Behandlung mit Vidaza. Die von der Versicherten am 2. Juli 2021 erhobene Einsprache wies sie mit den Beschwerdeführenden als Erben der Versicherten eröffnetem Einspracheentscheid vom 14. Dezember 2021 ab.

2.

2.1.

Mit fristgerecht dagegen erhobener Beschwerde vom 28. Januar 2022 stellten die Beschwerdeführenden folgende Anträge:

"1.

Der Einspracheentscheid vom 14.12.2021 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten die Kosten der Behandlung mit Vidaza zu einem reduzierten Selbstbehalt von 10 % zu übernehmen;

2.

Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 14.12.2021 aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin."

2.2.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 1. März 2022 die Abweisung der Beschwerde unter Kosten und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdeführer. Die Beschwerdeführenden liessen sich – nachdem sie Akteneinsicht genommen hatten – nicht mehr vernehmen.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Kosten für die Behandlung der Versicherten mit Vidaza für November 2020 und ab Februar 2021 bei einem Selbstbehalt von 20 % lediglich zu 50 % vergütet hat.

2.

2.1.

Gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG können die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Nach Art. 41 Abs. 4 KVG können sie ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 KVG). Darunter fallen insbesondere besondere Versicherungsformen wie HMO- (Health Maintenance Organizations) und Hausarztmodelle. Der Bundesrat kann zudem gemäss Art. 62 Abs. 2 KVG weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung durch erhöhte Franchisen stärker als nach Art. 64 KVG an den Kosten zu beteiligen (lit. a) und bei denen sich die Höhe der Prämie der Versicherten danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht (lit. b; vgl. zu, Ganzen GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, N. 1 zu Art. 62 KVG). Die Reglemente der besonderen Versicherungsformen nach Art. 62 KVG sind keine öffentlich-rechtliche Erlasse generell-abstrakter Natur, auch wenn sie von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden müssen, sondern stellen Vertragswerke von der Art allgemeiner Versicherungsbedingungen dar (vgl. BGE 141 V 546 E. 6.3 S. 553 f.).

2.2.

Nach Art. 64 Abs. 1 und 2 KVG beteiligen sich die Versicherten in Form eines festen Jahresbetrags (Franchise) und im Umfang von 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest (Art. 64 Abs. 3 KVG). Er kann ferner gemäss Art. 64 Abs. 6 lit. a KVG für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen. Diese Kompetenz hat der Bundesrat in Art. 104a KVV für Leistungen (Abs. 1) und Arzneimittel mit höherem Selbstbehalt (Abs. 2) an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) delegiert. Gestützt darauf sieht Art. 38a Abs. 1 KLV für Arzneimittel, deren Fabrikabgabepreis den Durchschnitt der Fabrikabgabepreise des günstigsten Drittels aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführten Spezialitätenliste (vgl. Art. 52 Abs. 2 lit. b KVG) um mindestens 10 % übersteigt,

einen Selbstbehalt von 20 % vor. Gemäss Art. 38a Abs. 6 KLV gilt dies nicht, falls aus medizinischen Gründen ausdrücklich ein Originalpräparat ärztlich verschrieben wird (vgl. zum Ganzen CHRISTIAN P. R. SCHMID, in: Blechta/Colatrella/Rüedi/Staffelbach [Hrsg.], Basler Kommentar zum Krankenversicherungs- und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 1. Aufl. 2020, N. 27 ff. zu Art. 64 KVG).

3.

3.1.

3.1.1.

Die Versicherte war bei der Beschwerdegegnerin nach Massgabe des Reglements (KVG), Ausgabe 01.2018, "Hausarztversicherung Profit" (Vernehmlassungsbeilage [VB] 3), im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Jahren 2020 und 2021 versichert (vgl. die Policen in VB 1 und VB 2). Es handelt sich um eine gestützt auf Art. 41 beziehungsweise Art. 62 KVG abgeschlossene besondere Versicherungsform (siehe auch Art. 1.1 des Reglements).

3.1.2.

Art. 12 des Reglements, auf welchen sich die Beschwerdegegnerin stützt (vgl. VB 3), lautet wie folgt:

"Die versicherte Person verpflichtet sich jeweils ein kostengünstiges Arzneimittel aus der ärztlich verordneten Wirkstoffgruppe zu verlangen. Als Basis gilt die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte sogenannte Generikalist. Es kann sich dabei um ein Generikum oder ein vergleichsweise kostengünstiges Originalpräparat handeln. Wählt die versicherte Person ein auf der Generikalist des BAG geführtes Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt (20 %), für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden die Kosten nur zu 50 % vergütet.

Diese Regelung gilt nicht, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. Eine entsprechende schriftliche Bestätigung des behandelnden Arztes muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen."

3.2.

Gemäss Bericht von Dr. med. K., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Hämatologie, Kantonsspital F., vom 20. Mai 2021 befand sich die Versicherte wegen einer akuten myeloischen Leukämie mit einer Knochenmarkinfiltration von 80 % in seiner Behandlung. Seit "Frühling 2020" wurde dabei das Medikament Vidaza mit dem Wirkstoff Azacitidin eingesetzt und damit eine hämatologisch komplette Remission ohne Transfusionsbedürftigkeit und "vor allem bei problemloser Verträglichkeit" erreicht. Daher sollte gemäss Dr. med. K. die "erfolgreiche Therapie mit dem Originalpräparat" weitergeführt werden, zumal ein "Wechsel vom Originalprodukt zu einem Generikum mit möglichen medizinischen Risiken (unklare Verträglichkeit, möglicher Verlust des Ansprechens) verbunden" sein könne und "dementsprechend nicht empfehlenswert" sei (VB 9).

3.3.

Vidaza wurde am 1. August 2006 in die Spezialitätenliste aufgenommen. Am 1. Februar 2019 folgte mit Azacitidin Accord das erste Generikum. Am 1. Oktober 2020 wurde mit Azacitidin Sandoz das zweite Generikum in die Spezialitätenliste aufgenommen. Es folgten am 1. Mai 2021 Azacitidin Mylan und Azacitidin Spirig HC (vgl. die unter <www.spezialitätenliste.ch> einsehbar Liste; zuletzt besucht am 10. August 2022). Von den Parteien übereinstimmend anerkannt ist und mit Blick auf die Spezialitätenliste zu keinerlei Weiterungen Anlass gibt ferner der Umstand, dass für Vidaza bis und mit Oktober 2020 sowie von Dezember 2020 bis Januar 2021 kein erhöhter Selbstbehalt galt, indes für November 2020 und ab Februar 2021 der erhöhte Selbstbehalt von 20 % zur Anwendung kam.

4.

4.1.

Mit Blick auf den vorerwähnten Sachverhalt zeigt sich, dass bei Behandlungsaufnahme im Frühling 2020 für Vidaza kein erhöhter Selbstbehalt galt, weshalb die Beschwerdegegnerin aus Art. 12 des Reglements nichts zu ihren Gunsten abzuleiten vermag, setzt diese Bestimmung als Tatbestandsvoraussetzung doch gerade voraus, dass die versicherte Person ein Medikament mit erhöhtem Selbstbehalt "wählt" (vgl. vorne E. 3.1.2.). Dies war indes mangels eines solchen objektiv gar nicht möglich. Entsprechend kann es denn entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin auch keine Rolle spielen, ob die Versicherte ein Generikum verlangt hat oder nicht.

4.2.

Art. 12 des Reglements enthält ferner keine Regelung für den Fall, dass nach begonnener Behandlung für ein Medikament der erhöhte Selbstbehalt von 20 % zu einem späteren Zeitpunkt zur Anwendung kommt. Ob die Versicherte unter diesen Umständen verpflichtet gewesen wäre, ein Generikum respektive einen Wechsel auf ein solches zu verlangen, kann indes offen bleiben. Dies, da der behandelnde Arzt der Versicherten Dr. med. K. mit Bericht vom 20. Mai 2021 einleuchtend dargelegt hat, weshalb eine Behandlung mit dem Originalpräparat aus medizinischen Gründen (weiterhin) angezeigt war. Es handelt sich damit um einen Anwendungsfall von Art. 38a Abs. 6 KLV respektive des zweiten Absatzes von Art. 12 des Reglements. Soweit das Reglement für derartige Fälle vorschreibt, die "Bestätigung des behandelnden Arztes muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen", kann dies im Sinne einer mit dem (übergeordneten) Bundesrecht vereinbaren Auslegung nur als reine Ordnungsvorschrift verstanden werden, sieht Art. 38a Abs. 6 KLV doch keine Frist vor. Dass die ärztliche Bestätigung von Dr. med. K. vom 20. Mai 2021 allenfalls erst nach der Leistungsabrechnung eingereicht wurde, gereicht den Beschwerdeführenden damit nicht zum Nachteil. Es finden sich zudem in den Akten der Beschwerdegegnerin (welche der Abklärungspflicht von

Art. 43 Abs. 1 ATSG untersteht) keinerlei Hinweise wie anderslautende ärztliche Berichte, welche die Ausführungen von Dr. med. K. in Zweifel ziehen würden. Die nicht fachmedizinischen Ausführungen der Beschwerdegegnerin in deren Einspracheentscheid vom 14. Dezember 2021, wonach Vidaza und das Generikum Azacitidin Accord hinsichtlich Wirkstoff und Hilfsstoffen identisch seien, vermag daran mangels Erheblichkeit nichts zu ändern (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_794/2017 vom 27. März 2018 E. 4.2.2 und 9C_283/2017 vom 29. August 2017 E. 4.1.2). Ferner ist dieser Umstand den Generika geradezu immanent, so dass die von der Beschwerdegegnerin daraus abgeleitete grundsätzlich freie Austauschbarkeit der Medikamente nicht mit Art. 38a Abs. 6 KLV vereinbar erscheint.

5.

5.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Dezember 2021 aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten der Behandlung der Versicherten mit Vidaza auch für diejenigen Zeiträume zu einem Selbstbehalt von 10 % (und ohne die in Art. 12 des Reglements normierte Limitierung auf 50 % der Kosten) zu übernehmen, in welchen für das Medikament der erhöhte Selbstbehalt von 20 % galt. Bei diesem Ergebnis kann die – mit Blick auf die dargelegten bundesrechtlichen Grundlagen jedenfalls nicht ohne Weiteres unzweifelhafte – Vereinbarkeit von Art. 12 des Reglements mit dem massgebenden Bundesrecht offen bleiben.

5.2.

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

5.3.

Ausgangsgemäss haben die Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der richterlich festzusetzenden Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 14. Dezember 2021 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin im Sinne der Erwägungen verpflichtet, die Kosten der Behandlung der Versicherten mit Vidaza auch für diejenigen Zeiträume zu einem Selbstbehalt von 10 % und ohne weitere Limitierung zu übernehmen, in welchen für das Medikament der erhöhte Selbstbehalt von 20 % galt.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, den Beschwerdeführern die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 2'450.00 zu bezahlen.

Zustellung an:
die Beschwerdeführer (Vertreterin; 4-fach)
die Beschwerdegegnerin
das Bundesamt für Gesundheit

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, 5. September 2022

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Gössi

Berner

