Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
K 47/06

Urteil vom 29. Juni 2007
II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter U. Meyer, Präsident,
Bundesrichter Lustenberger, Seiler,
Gerichtsschreiberin Amstutz.

Parteien
Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern, Beschwerdeführerin,

gegen

L._____, 1961, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Johann-Christoph Rudin, Zollikerstrasse 4, 8008 Zürich, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Krankenversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 21. Februar 2006.

Sachverhalt:
A.
Die 1961 geborene L._____ leidet seit mehreren Jahren an Durchschlafproblemen mit mindestens dreimaligem Aufwachen pro Nacht und damit verbundenen Morgenmüdigkeiten, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwindelgefühlen und depressiven Verstimmungen. Auf Zuweisung durch Frau Dr. med. P._____, praktische Ärztin FMH/Phytotherapie SMPG, wurde die Versicherte am 8. Oktober 2004 in der Klinik für Schlafmedizin X._____ spezialärztlich untersucht. Vom 8. bis 22. Oktober 2004 führte sie - mit einem Aktometer (Bewegungsmesser) versehen - ein Schlaftagebuch. Aufgrund des im Bericht der Klinik für Schlafmedizin vom 27. Oktober 2004 geäusserten "Verdachts auf obstruktives Schlafapnoe-Syndrom beziehungsweise Upper Airway Resistance-Syndrom" entschieden sich die Ärzte der Klinik X._____ gemäss Bericht vom 1. November 2004 "zwecks Ausschlusses einer atembedingten Störung im Schlaf" zur Durchführung eines diagnostischen Polysomnogramms (erstellt am 31. Oktober 2004). Dieses ergab keine Hinweise auf eine atem- oder beinbewegungsbedingte Störung des Schlafes.

L._____ ersuchte die Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung in der Folge um Übernahme der Kosten der ambulant durchgeführten Polysomnographie in der Höhe von Fr. 2'300.-. Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt wies der Krankenversicherer das Leistungsbegehren mit der Begründung ab, im Zeitpunkt der Untersuchung habe kein "dringender Verdacht" auf ein Schlafapnoesyndrom bestanden (Verfügung vom 1. April 2005), was mit Einspracheentscheid vom 24. Mai 2005 bestätigt wurde.
B.
In Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde hob das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich den Einspracheentscheid vom 24. Mai 2005 auf bei gleichzeitiger Verpflichtung der Concordia zur Übernahme der Kosten der Polysomnographie von Fr. 2'300.- (Entscheid vom 21. Februar 2006).
C.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die Concordia - unter anderem unter Beilage einer vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 27. März 2006 - die Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids.

L._____ lässt auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen. Das Bundesamt für Gesundheit (nachfolgend: BAG) hat im Rahmen des ersten Schriftenwechsels auf Vernehmlassung verzichtet.
D.
Nach Aufforderung durch das Eidg. Versicherungsgericht (Schreiben vom 6. Juli 2006) reichte das BAG am 15. September 2006 eine ausführliche Stellungnahme zum Fragenkatalog des Gerichts ein, wozu sich die Parteien mit Eingaben vom 26. September 2006 (Concordia) und vom 30. Oktober 2006 (Versicherte) geäussert haben.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:
1.
Am 1. Januar 2007 ist das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Da der angefochtene Entscheid vorher ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach dem bis Ende 2006 in Kraft gestandenen Bundesgesetz vom 16. Dezember 1943 über die Organisation der Bundesrechtspflege (Art. 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 393 E. 1.2 S. 395).
2.
Da das Beschwerdeverfahren die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist die Überprüfungsbefugnis der seit 1. Januar 2007 für die Beurteilung der Streitsache zuständigen II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts nicht auf die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens beschränkt, sondern sie erstreckt sich auch auf die Angemessenheit der angefochtenen Verfügung; das Gericht ist dabei nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden und kann über die Begehren der Parteien zu deren Gunsten oder Ungunsten hinausgehen (Art. 132 OG).
3.
Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin aus obligatorischer Krankenpflegeversicherung für die Kosten der am 31. Oktober 2004 durchgeführten Polysomnographie (nachfolgend: PSG) leistungspflichtig ist.
3.1 Gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), welchem diese Aufgabe vom Bundesrat übertragen worden ist (vgl. Art. 33 Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a und c KVV), hat gemäss Art. 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 im Anhang 1 zur KLV die ärztlichen Leistungen aufgeführt, welche vorbehaltlos, unter gewissen Voraussetzungen oder überhaupt nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen. Gemäss der vom 1. Januar 2002 bis 31. Dezember 2005 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung von Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV ist die PSG vergütungspflichtig

"Bei dringender Verdachtsdiagnose auf:
- Schlafapnoesyndrom
- periodische Beinbewegungen im Schlaf
- Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist
- ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie
oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher
ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen,
Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss
den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung,
Schlafmedizin und Chronobiologie vom 6.9.2001".
3.2 Die Vorinstanz hat die umstrittene Kostenvergütungspflicht mit der Begründung bejaht, im Zeitpunkt der Durchführung der Polysomnographie habe eine "dringende Verdachtsdiagnose" auf ein Schlafapnoesyndrom im Sinne von Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV bestanden. In den Berichten der behandelnden Frau Dr. med. P._____ vom 20. September 2004 und der Klinik für Schlafmedizin vom 27. Oktober 2004 sei übereinstimmend der Verdacht auf Schlafapnoesyndrom geäussert worden, was einleuchtend sei. Nachdem bei der

Versicherten einige der klinischen Symptome festgestellt worden seien, habe sich dieser Verdacht "praktisch zwingend" ergeben, weshalb eine Polysomnographie denn auch als medizinisch indiziert erachtet worden sei. In Anbetracht der Ernsthaftigkeit und Begründetheit der Verdachtsdiagnose sei diese als "dringend" im Sinne von Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV einzustufen.
3.3 Die Beschwerdeführerin hält entgegen, bei der Versicherten sei das Vorliegen eines Schlafapnoesyndroms wohl möglich gewesen; aufgrund der Befunde - insbesondere mangels Anzeichen von nächtlichen Atemstillständen und Schnarchen sowie angesichts der nicht besonders schlecht ausgefallenen Werte zum Beleg der Tagesschläfrigkeit - habe hierfür jedoch bloss ein schwacher Verdacht bestanden; ein dringender Verdacht sei den ärztlichen Berichten weder explizit noch implizit zu entnehmen.
3.4 In der von der Beschwerdeführerin beigelegten Stellungnahme des Vertrauensarztes der Concordia, Dr. med. S._____, vom 27. März 2006 wird ausgeführt, das BAG habe sich bisher nicht offiziell dazu geäussert, wie das Erfordernis der "dringenden Verdachtsdiagnose" zu interpretieren sei. Aus mündlichen Informationen sei jedoch bekannt, dass die - das EDI u.a. bei der Bezeichnung der Leistungen gemäss Art. 33 KVG beratende - Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen (ELK; Art. 33 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 37d Abs. 1 KVV) grosse Bedenken gehabt habe bezüglich einer Mengenausweitung der Polysomnographie aufgrund grosszügiger Indikationen. Der Ausdruck "dringende Verdachtsdiagnose" sei mithin als Aufforderung zu verstehen, diese Untersuchung zurückhaltend und erst nach sorgfältigen Vorabklärungen auszulösen. Die ELK sei bemüht gewesen, den Einsatz der PSG auf das unbedingt notwendige Mass einzuschränken. Entscheidend sei daher, ob die Verdachtsdiagnose im Vorfeld der Untersuchung "in ausreichendem Mass kritisch betrachtet und genügend erhärtet worden ist". Dies verneint der Vertrauensarzt gestützt auf die medizinische Aktenlage für den hier zu beurteilenden Fall.
3.5 In seiner - auf Ersuchen des Eidg. Versicherungsgerichts (seit 1. Januar 2007: Bundesgericht) - am 15. September 2006 abgegebenen Stellungnahme u.a. zum Begriff der "dringenden Verdachtsdiagnose" gemäss Ziff. 2.1 [hier: Polysomnographie/Polygraphie]des Anhangs 1 zur KLV nimmt das BAG folgenden Standpunkt ein: "Die Polygraphie und insbesondere die Polysomnographie sind aufwändige und dementsprechend kostspielige Untersuchungsverfahren. Ihre Kosten sollen nur übernommen werden, wenn aufgrund des Beschwerdebildes und der einfachen klinischen Untersuchungen das Vorliegen einer der leistungspflichtigen Indikationen sehr wahrscheinlich, aber nicht sicher ist. Sie dienen der Bestätigung eines bereits erhärteten Verdachts auf eine Diagnose, und nicht der Suche nach vielerlei möglichen Ursachen. Die beiden Massnahmen sollen also am Ende und nicht zu Beginn der Abklärung durchgeführt werden, sie stellen keinesfalls routinemässige Untersuchungen bei Schlaf- und Atemstörungen dar. In Zusammenhang mit dem Schlafapnoesyndrom sind insbesondere die von Drittpersonen bestätigten Atempausen im Schlaf als dringende Hinweise zu werten".
Das BAG verweist im Weiteren auf das Antragsdossier der ELK vom 1. September 2005 betreffend Entlassung der Polygraphie aus der Befristung mit Auflage der Evaluation, welches den Begriff der "dringenden Verdachtsdiagnose" wie folgt umschreibe:
"A presumptive clinical diagnosis is made in patients with daytime fatigue and sleepiness, inability to concentrate, mood disturbation and supposed breathing disorder in sleep, e.g. witnessed snoring, apneas." An anderer Stelle: "From the published literature, inclusion criteria are uniform: Patients with a history of daytime sleepiness, snoring and witnessed apneas, referred from primary care physicians (GP's) to respiratory physicians".
3.6 Die Concordia sieht ihren Parteistandpunkt durch die Ausführungen des BAG bestätigt (Schreiben vom 26. September 2006), wogegen die Beschwerdegegnerin die von der Aufsichtsbehörde erwähnten Kriterien für eine "dringende Verdachtsdiagnose" als erfüllt erachtet. Zu bedenken sei überdies, dass nach empirisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen bei 20 % der Individuen mit nachweisbar obstruktiver Schlafapnoe die vom BAG genannten Indikatoren nicht vorlägen.
4.
4.1 Ausser Frage steht, dass die Durchführung einer PSG bei gegebener dringender Verdachtsdiagnose unabhängig vom Untersuchungsergebnis vergütungspflichtig ist. Der Umstand, dass die PSG bei der Versicherten keine Hinweise auf eine atem- oder beinbewegungsbedingte Störung des Schlafes ergab und namentlich ein obstruktives Schlafapnoesyndrom ausgeschlossen werden konnte, ist mithin rechtlich nicht entscheidend, sind doch die Sachleistungsvoraussetzungen im Sozialversicherungsrecht prognostisch zu beurteilen (vgl. statt vieler BGE 110 V 99 E. 2 S. 101).
4.2
4.2.1 Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV verlangt nicht, dass die Verdachtsdiagnose auf ein Schlafapnoesyndrom

ausdrücklich als "dringend" bezeichnet wird. Diese Qualifizierung kann - wovon auch die Aufsichtsbehörde und die Parteien ausgehen - auch implizite aus den ärztlichen Angaben hervorgehen. Der Wortlaut der erwähnten Bestimmung differenziert ferner nicht nach konkreter Erscheinungsform und Schweregrad des (vermuteten) Schlafapnoesyndroms; auch der dringende Verdacht auf ein behandlungsbedürftiges Schlafapnoesyndrom leichterer Ausprägung vermag hinsichtlich der PSG eine Leistungspflicht zu begründen.
4.2.2 Mit dem in Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV (einzig) verlangten "dringenden Verdacht" auf das Vorliegen einer der leistungspflichtigen Indikationen, hier: eines Schlafapnoesyndroms, wird die Vergütungspflicht der PSG an eine qualifizierte Voraussetzung geknüpft. Es soll vermieden werden, dass die relativ kostspielige Massnahme gleichsam zur Routineuntersuchung bei Schlafstörungen wird. Die blosse Möglichkeit eines Schlafapnoesyndroms genügt mithin nicht; ebensowenig reicht generell eine nach ärztlicher Einschätzung überwiegende, d.h. die 50%-Grenze übersteigende Wahrscheinlichkeit aus. Von einer "dringenden Verdachtsdiagnose" kann erst dann die Rede sein, wenn die - aufgrund des Beschwerdebildes und der einfachen klinischen Untersuchungen ausgewiesenen - medizinischen Kriterien für das Vorliegen eines Schlafapnoesyndrom die Indizien für andere mögliche Ursachen einer vorhandenen Störung des Schlafes klar überwiegen und daher begründeterweise mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass die PSG die vermutete Schlafapnoe bestätigen wird. Dies setzt nicht zwingend voraus, dass im Untersuchungszeitpunkt sämtliche für die fragliche Schlafkrankheit typischen Kriterien gegeben sind; der dringende Verdacht im
genannten Sinne kann auch aufgrund nur einiger typischer Krankheitssymptome nachvollziehbar und begründet sein, sofern diese eindeutig gegeben sind und eine andere Schlafstörung oder sonstige Pathologie nach sorgfältiger Abklärung als wenig wahrscheinlich erscheinen. Trifft letzteres nicht zu, fällt die Bejahung einer "dringenden Verdachtsdiagnose" im Sinne von Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV ausser Betracht, selbst wenn die Krankheit auch in diesem Fall - wie die Beschwerdegegnerin hervorhebt - nach medizinischer Empirie nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann.
4.2.3 Typische Symptome des Schlafapnoe-Syndroms sind penetrantes und lautes Schnarchen, Erschöpfung, Tagesmüdigkeit und Tagesschläfrigkeit, beobachtete nächtliche Atemstillstände mit Ringen nach Luft, morgendliche Kopfschmerzen, Gedächtnis- und Orientierungslücken, Persönlichkeitsveränderungen, sexuelle Probleme, ernsthafte Herzprobleme, ... (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, S. 1631 f.; ferner http://www.lungzurich.org/website.asp [Krankheitsbilder -> Schlafapnoe; Stand: 22. Juni 2007]).
5.
5.1 Die Hausärztin Frau Dr. med. P._____ stellte in ihrem Bericht vom 20. September 2004 bei der Beschwerdegegnerin anamnestisch Durchschlafstörungen mit mindestens dreimaligem, allerdings nur kurzem Aufwachen nachts mit dem Gefühl der Atemnot, ferner Müdigkeit am Morgen, Konzentrationsstörungen, Schwindelgefühle und depressive Verstimmung fest und äusserte den "Verdacht auf Schlaf-Apnoe-Syndrom". Im Bericht der Klinik für Schlafmedizin vom 27. Oktober 2004 wurden chronische Durchschlafprobleme, chronische Nasenverstopfung, "Verdacht auf obstruktives Schlafapnoe-Syndrom beziehungsweise Upper Airway Resistence Syndrom", Fibromyalgie und depressive Verstimmung diagnostiziert. Die Versicherte meine, normalerweise nicht zu schnarchen, "höchstens im Liegestuhl". Da ihr Partner schnarche und sehr gut schlafe, könne er bezüglich Atempausen bei der Patientin keine Angaben machen. Im letzten Winter sei die Versicherte nach eigenen Angaben manchmal mit dem Gefühl von Atemnot erwacht, ein eigentliches nach Luft ringen sei dies jedoch nicht gewesen. Sie leide ferner an Nasenverstopfung, selten erwache sie morgens mit trockenem Mund, morgendliche Kopfschmerzen seien auch eher selten. Gemäss Bericht der Klinik für Schlafmedizin vom 27.
Oktober 2004 erreicht die Beschwerdegegnerin auf der Epworth Schläfrigkeitsskala 13 Punkte (von 24 Punkten; normal: bis 9 Punkte). Die Müdigkeit werde subjektiv nicht als grosses Problem empfunden. Am Morgen erwache sie manchmal sehr müde und komme es häufig zu einem Gefühl von Schwindel. Abschliessend stellten die Ärzte am 27. Oktober 2004 fest, es werde ein Polysomnogramm durchgeführt, da "ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom oder fast wahrscheinlicher ein Upper Airway Resistence Syndrom vorliegen könnte".
5.2 Nach der geschilderten Aktenlage bestand bei der Versicherten vor Durchführung der PSG ein Verdacht auf Schlafapnoesyndrom, doch wurde dieser an keiner Stelle ausdrücklich als dringend bezeichnet. Entgegen den vorinstanzlichen Erwägungen ergibt sich eine "dringende Verdachtsdiagnose" im Sinne von Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV (vgl. E. 4.2.2 hievor) auch nicht implizit (E. 4.2.1 hievor) aus den medizinischen Unterlagen. Aus diesen lässt sich entgegen der Auffassung des kantonalen Gerichts namentlich nicht der Schluss ziehen, dass die Verdachtsdiagnose aufgrund der klinisch festgestellten Symptome "praktisch zwingend" war. So war

im fraglichen Zeitpunkt weder von einem nächtlichen Schnarchen noch von Atem"aussetzern"/-stillständen - das Hauptmerkmal einer "Apnoe" - berichtet worden und hatte die Versicherte ein Ringen nach Luft beim wiederholten Erwachen verneint; auch empfand sie dabei selten Mundtrockenheit, was eher gegen ein ungewöhnliches Schnarchen spricht. Die bei der Beschwerdeführerin festgestellten Symptome liessen ein Schlafapnoesyndrom im fraglichen Zeitpunkt zwar durchaus als möglich und die entsprechende Verdachtsdiagnose als einleuchtend bzw. ernsthaft und begründet erscheinen; nicht jede nachvollziehbar
begründete Vermutung eines Schlafapnoesyndroms ist jedoch als qualifizierte Verdachtsdiagnose im Sinne von Ziff. 2.1 des Anhangs 1 zur KLV zu werten. Hier ist die Tatsache entscheidend, dass die Beschwerdegegnerin vor Durchführung der PSG nur einmal (am 8. Oktober 2004) von den schlafmedizinisch ausgebildeten Spezialisten der Klinik für Schlafmedizin untersucht worden war, in deren Bericht vom 27. Oktober 2004 nur einige der typischen Symptome - zum Teil eher schwach ausgeprägt - festgestellt wurden, die Ärzte alsdann nur davon ausgingen, dass ein Schlafapnoesyndrom vorliegen "könnte", und sie gleichzeitig ein - diagnostisch davon zu unterscheidendes - Upper Resistence Airway Syndrom für "fast wahrscheinlicher" hielten. Ob sich für die Ärzte der Verdacht auf Schlafapnoe deutlich verdichtet hätte, wenn der Partner der Versicherten nach entsprechender Aufforderung der Klinik für Schlafmedizin, einige Male nachts eine gewisse Zeit wach zu bleiben und gezielt das Schlafverhalten der Beschwerdegegnerin zu beobachten, über auffälliges Schnarchen und/oder Hinweise auf Atemstillstände (Apnoe) berichtet hätte, muss offen bleiben. Unter den gegebenen Umständen jedenfalls war im Untersuchungszeitpunkt wesentlich wahrscheinlicher, dass das
PSG das Vorliegen eines Schlafapnoesyndrom ausschliessen denn bestätigen würde; entsprechend wurde die Massnahme gemäss Bericht der Klinik für Schlafmedizin vom 1. November 2004 denn auch ausdrücklich "zum Ausschluss einer atembedingten Störung im Schlaf" durchgeführt. Ein dringender Verdacht im Sinne des unter E. 4.2.2 hievor Gesagten lag damit nicht vor, weshalb eine PSG-Leistungspflicht der Beschwerdeführerin vorinstanzlich zu Unrecht bejaht worden ist.
6.
Das Verfahren ist kostenlos (Art. 134 OG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:
1.
In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 21. Februar 2006 aufgehoben.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben und keine Parteientschädigungen zugesprochen.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 29. Juni 2007
Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin: