

VKL.2011.44 / SN / fi

Art. 46

Urteil vom 13. März 2012

Besetzung Oberrichterin Plüss, Präsidentin
 Oberrichter Roth
 Oberrichter Hartmann
 Gerichtsschreiberin Nussbaumer

Klägerin **A.,**

Beklagte **X. Versicherungen,**

Gegenstand Klageverfahren betreffend Zusatzversicherung nach VVG

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Die 1973 geborene A. hat bei der X. Versicherungen (nachfolgend X. genannt) als Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Zusatzversicherung "Classic" für ambulante Behandlungen bei Krankheit und Unfall abgeschlossen. Wegen Muskelverspannungen im Nacken und Rücken unterzieht sich die Versicherte seit 2006 regelmässigen Massagen bei einer Naturheiltherapeutin. Die X. übernahm die Kosten der Massagen aus der Zusatzversicherung "Classic" bis Ende des Jahres 2010, lehnte das Erbringen weiterer Leistungen aber ab, da keine Gesundheitsschädigung mit Krankheitswert vorliege und die Massagebehandlung das Erfordernis der Wirksamkeit nicht erfülle.

2.

Mit Eingabe vom 29. August 2011 erhob A. Klage gegen die X. und beantragte sinngemäss, die Kosten der Massagen seien im bisherigen Rahmen weiter zu übernehmen. Auf die Begründung der Klage wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

3.

In ihrer Klageantwort vom 27. Oktober 2011 beantragte die Beklagte, die Klage sei abzuweisen, unter ordentlicher und ausserordentlicher Kostenfolge zu Lasten der Klägerin. Auf die Begründung wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

4.

Mit Replik vom 15. November 2011 hielt die Klägerin an ihren Anträgen und Ausführungen fest und unterstrich, dass die Massagen keine Wohlfühlbehandlungen, sondern auf die Therapie der Rücken- und Nackenbeschwerden ausgerichtet seien.

5.

Die Beklagte hielt in ihrer Duplik ebenfalls am gestellten Rechtsbegehren fest und beantragte ergänzend, es sei zu den medizinischen Fragen Dr. med. B. als Zeuge anzuhören, und es sei ein Gutachten anzuordnen.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Gemäss Art. 12 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) steht es den Krankenkassen frei, neben der obligatorischen Grundversicherung Zusatzversicherungen anzubieten; gemäss Abs. 3 unterliegen solche Versicherungen dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Das Versicherungsgericht ist gemäss § 32 des kantonalen Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) sowohl für Streitigkeiten im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung als auch der Zusatzversicherungen sachlich zuständig, wobei mangels Verfügungskompetenz der Kassen im Bereich der Zusatzversicherungen bei diesbezüglichen Streitigkeiten kein Beschwerde- sondern ein Klageverfahren stattfindet.

2.

2.1.

Die Klägerin fordert von der Beklagten die Übernahme der Kosten für die von ihr besuchten regelmässigen Massagebehandlungen bei C., Therapeutin und Mitglied der Naturärztevereinigung, aus der Zusatzversicherung "Classic".

Wie vorstehend erwähnt, ordnet das Krankenversicherungsgesetz den Bereich der Zusatzversicherungen dem Privatrecht und somit dem Versicherungsvertragsgesetz zu. Entsprechend ist der Versicherer in der Ausgestaltung der Versicherung frei und sind im vorliegenden Fall die Bestimmungen des VVG sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB; Klagebeilage [KB] 5) sowie die Zusatzbedingungen zur Versicherung "Classic" (ZB; Klagebeilage 6) massgebend.

2.2.

Versichert sind in der Zusatzversicherung Classic die Kosten ambulanter Behandlungen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall (Art. 2 Ziff. 1 AVB in Verbindung mit dem Einleitungssatz der Zusatzbedingungen). Vergütet werden die Kosten, soweit sie nicht von der obligatorischen Krankenversicherung oder einer anderen Sozialversicherung übernommen werden (Art. 2 Ziff. 2 AVB). Bei nichtärztlichen Behandlungen werden 80 % der Kosten übernommen, wenn die Behandlung nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und von Apothekern mit entsprechender Zusatzausbildung, kantonal zugelassenen Naturheilärzten oder Naturheilpraktikern NVS (Vollmitglied) durchgeführt werden (Art. 3 Ziff. 1 ZB). Bei anderen, entsprechend ausgebildeten Therapeuten bedarf es einer ärztlichen Verordnung (Art. 3 Ziff. 2 ZB). Generell müssen Behandlungen und Massnahmen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, damit Leistungen dafür entrichtet werden (Art. 7 AVB).

2.3.

Die Beklagte begründete ihre Ablehnung der Kostenübernahme vorrangig damit, dass die Nacken- und Rückenverspannungen und -schmerzen, unter denen die Klägerin leidet, keine gesundheitliche Beeinträchtigung mit Krankheitswert darstellen würden. Zu klären ist demzufolge vorab der Krankheitsbegriff.

2.3.1.

Krankheit wird in Art. 1 Ziff. 1 AVB definiert als jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Diese Definition entspricht dem allgemeinen Krankheitsbegriff gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). Entsprechend kann die diesbezügliche Rechtsprechung und Literatur beigezogen werden.

Der krankenversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff ist ein Rechtsbegriff und deckt sich laut Rechtspraxis nicht notwendigerweise mit dem medizinischen Krankheitsverständnis, sondern umfasst bloss einen bestimmten Ausschnitt des gesundheitlichen Geschehens, welches zum medizinischen Krankheitsbegriff gehört, nämlich ein Geschehen, das Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit begründet (GEBHARD EUGSTER, Die obligatorische Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht SBVR, Bd. XIV Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2006, S. 475 N. 243). Das schweizerische Sozialversicherungsrecht geht somit von einem ausschliesslich leistungsbezogenen Begriff der Krankheit aus, denn die Elemente der Begriffsumschreibung nehmen Bezug auf das Vorliegen einer Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Der Begriff der Krankheit wird in Art. 3 Abs. 1 ATSG somit durch die ausgelösten Folgen als objektivierende Elemente beschrieben (UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl. 2009, N. 4 und 6 zu Art. 3 ATSG).

2.3.2.

Die Klägerin leidet gemäss ihren Angaben an Verspannungen und Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich. Ihren Ausführungen ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerden durch ihre vorwiegend sitzende berufliche Tätigkeit verstärken und sich allein durch Anpassungen am Arbeitsplatz (Stehpult) und sportliche Tätigkeit nicht in ausreichendem Ausmass einschränken lassen. In ärztliche Abklärung oder Behandlung begab sie sich wegen diesen Beschwerden ausweislich der Akten noch nie. Entsprechend liegen ausser der Stellungnahme der Therapeutin keine medizinischen Unterlagen vor. In dieser Stellungnahme gab C., Therapeutin NVS, _____, an, es bestünden Schmerzen infolge Muskelverspannungen im Nacken und am ganzen Rücken, ein gewölbter Rippenbogen rechts (je nach Verspannung unterschiedlich verformt) und

eine starke Lordose. Die Behandlung bestehe in klassischer Rückenmassage. Die Erfahrung habe gezeigt, dass sich bei länger dauernden Therapiepausen die Muskulatur massiv verhärtet und die Schmerzen sich bis ins Unerträgliche steigern würden (Bericht vom 6. August 2011, KB 1).

Gemäss diesen Angaben liegt eine gesundheitliche Beeinträchtigung zwar vor, ob diese aber auch behandlungsbedürftig ist – was zum Krankheitsbegriff gemäss Art. 3 ATSG bzw. Ziff. 1 AVB dazugehört – lässt sich aber nicht abschliessend beurteilen. Dass eine Verschlechterung tatsächlich eintritt, wenn keine Massagen mehr durchgeführt werden, wurde nicht dokumentiert; die Therapeutin spricht hier einzig von Erfahrungswerten. Eine ärztliche Abklärung der Beschwerden hielt die Klägerin offenbar nie für notwendig. Auch Versuche mit anderen Therapieformen sind nicht dokumentiert. Ob die Verspannungen über das übliche, durch eine sitzende Tätigkeit verursachte Mass an Unbeweglichkeit, Muskel(fehl)belastung und Unwohlsein hinaus gehen, kann nicht gesagt werden. Damit bleibt unbeantwortet, ob eine Krankheit im Rechtssinne vorliegt. Diese Frage kann aber offen gelassen werden, da, wie nachfolgend gezeigt wird, die Behandlungskosten (auch) aus anderen Gründen nicht zu übernehmen sind.

3.

3.1.

Dem Einwand der Beklagten, die klassische Massage stelle keine komplementärmedizinische Heilmethode gemäss Art. 3 ZB dar, kann nicht gefolgt werden. Alternativmedizin und Komplementärmedizin sind Sammelbezeichnungen für unterschiedliche Behandlungsmethoden und diagnostische Konzepte, die sich als Alternative und Ergänzung zur wissenschaftlich begründeten Schulmedizin verstehen. Dazu gehören auch manuelle Verfahren, wie die Osteopathie, die Chirotherapie oder eben die Massage. Dass die Physiotherapie, die unter bestimmten Gegebenheiten zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehört (vgl. Art. 35 KVG i.V.m. Art. 5 KLV), unter anderem ebenfalls mit Massage arbeitet, kann nichts daran ändern, dass Massagen (auch) eine alternativmedizinische Therapieform darstellen. Ebenfalls nicht gefolgt werden kann der Beklagten, wenn sie vorbringt, es bedürfe für die Übernahme der Behandlungskosten einer ärztlichen Diagnose oder gar einer ärztlichen Verordnung. In den Versicherungsbedingungen zur Zusatzversicherung Classic ist ein solches Erfordernis gerade nicht genannt, zumal wenn die Therapie von einem NVS-anerkannten Praktiker durchgeführt wird (vgl. Art. 3 Ziff. 1 ZB; NVS = Naturärztevereinigung der Schweiz). Dieses Erfordernis erfüllt die Therapeutin C.. Entsprechend ist – auch e contrario zu Ziff. 2 von Art. 3 ZB – keine ärztliche Verordnung oder Diagnose vorausgesetzt.

3.2.

Bleiben die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung (vgl. Art. 7 AVB).

Eine medizinische Leistung ist wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Rechtsprechungsgemäss definiert sich der Begriff der Wirksamkeit somit vom angestrebten Ziel her, wobei dieser nicht danach differenziert, ob es um die Bekämpfung der Krankheitsursache geht oder um die Behandlung der Krankheitssymptome. Bezugspunkt ist dabei nicht primär der Zielerreichungsgrad einer möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung, was Richtschnur für die Zweckmässigkeitsbeurteilung ist, sondern die Frage, ob das Ziel der Behandlung (Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit) objektiv erreichbar ist (EUGSTER, a.a.O., S. 494 N. 291 f. mit Hinweis auf BGE 130 V 305 E. 6.2.1.1. und BGE 130 V 536 E. 2.2).

Die Klägerin lässt seit 2006 ein bis zwei Mal pro Monat Massagen im Nacken- und Rückenbereich durchführen. Ein genauer Verlauf der Therapie, d.h. eine Beschreibung der Beschwerdezu- bzw. -abnahme liegt nicht vor. Die seit Jahren gleichbleibende Therapiefrequenz lässt jedenfalls darauf schliessen, dass bisher keine anhaltende Wirkung erzielt werden konnte. Auch dass die Beschwerden tatsächlich und erheblich zunahmten bzw. zunehmen würden bei einem Aussetzen der Massagen, ist nicht dokumentiert. Hierbei ist wiederum darauf hinzuweisen, dass die Therapeutin in ihrer Stellungnahme allein von Erfahrungstatsachen spricht, ohne Bezug auf die Klägerin bzw. den konkreten Behandlungsverlauf. Da aufgrund fehlender ärztlicher Angaben unklar ist, was genau die Ursache und Art der Beschwerden sind, kann auch nicht beurteilt werden, ob Massagen objektiv betrachtet als wirksame Behandlung dieser Beschwerden zu werten sind. Diesbezüglich gab der Vertrauensarzt der Beklagten, Dr. med. B., an, bei chronischen Schmerzen sei die Wirksamkeit von Massagebehandlungen nicht genügend validiert (AB 4).

Zusammenfassend kann somit in Gesamtwürdigung der vorhandenen Angaben und Tatsachen die Wirksamkeit der Behandlung – zumindest im Sinne des Krankenversicherungsrechts – nicht bejaht werden. Gemäss Art. 7 AVB ist diesfalls eine Leistungsübernahme zu verneinen.

4.

4.1.

Nach dem Gesagten hat die Beklagte zu Recht das Erbringen von Leistungen für die Massagebehandlungen aus der Zusatzversicherung "Classic" abgelehnt. Die Klage erweist sich damit als unbegründet und ist ab-

zuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang ist auf die Anträge der Beklagten, es sei eine Zeugenbefragung ihres Vertrauensarztes durchzuführen und/oder ein medizinisches Gutachten anzufordern, nicht weiter einzugehen.

Das Verfahren ist kostenlos (§ 64 Abs. 3 VRPG i.V.m. Art. 114 Abs. 1 lit. e ZPO).

4.2.

Die Beklagte ist im Rahmen der Zusatzversicherungen nach VVG – analog zur Krankentaggeldversicherung nach VVG – Privatversichererin (nicht Sozialversicherungsträgerin) und also solche bei Obsiegen grundsätzlich berechtigt, eine Parteientschädigung geltend zu machen, zumal Art. 85 Abs. 3 VAG (bis 31. Dezember 2010) bzw. Art. 114 lit. e ZPO (ab 1. Januar 2011) nur die Gerichtskosten regelt, nicht aber die Parteientschädigung an die Gegenpartei (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A_194/2010 vom 17. November 2010 E. 2.2.1). Da sie sich aber nicht anwaltlich vertreten liess, sind ihr keine ausserordentlichen Parteikosten entstanden, weshalb keine Entschädigung zuzusprechen ist.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zustellung an:

die Klägerin

die Beklagte

das Bundesamt Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung

Beschwerde in Zivilsachen

Dieser Entscheid kann wegen Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten und interkantonaem Recht **inner 30 Tagen** seit Zustellung mit der **Beschwerde in Zivilsachen** beim **Schweizerischen Bundesgericht**, 1000 Lausanne 14, angefochten werden. Die unterzeichnete Beschwerde muss das Begehren, wie der Entscheid zu ändern ist, sowie in gedrängter Form die Begründung, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, mit Angabe der Beweismittel enthalten. Der angefochtene Entscheid und als Beweismittel angerufene Urkunden sind beizulegen (Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG] vom 17. Juni 2005).

Aarau, 13. März 2012

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Plüss

Nussbaumer