

## Krankenkassen Kranke Kassen

Unter diesem Titel wurde am 4. FTU-Vortagsabend näher auf die momentane Lage der Bezahlung der Behandlungskosten der „Dekompressions-Unfall-Krankheit“ eingegangen.

Es wurde das Beispiel eines Tauchers aufgezeigt, der nach der Behandlung einer Dekompressionskrankheit eine Rechnung trotz 4 Versicherungen selber zahlen musste. Er hatte zuerst einen Tauchgang auf 71 m gemacht, nach etwa 2 Stunden Oberflächenpause einen zweiten Tauchgang mit Nitrox 32 auf 40 m. Etwa eine halbe Stunde später hatte er Anzeichen einer Dekompressionskrankheit und wurde erfolgreich in einer Druckkammer behandelt. Er ist bei der SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) unfallversichert, bei der Intras krankenversichert und hat eine Taucherversicherung beim SUSV (Schweizerischer Unterwassersportverband) und bei PADI (Professional Association of Diving Instructors) .

1. Die SUVA lehnte die Kostenübernahme ab, da der Unfallbegriff nicht erfüllt war:

*Als Unfall gilt ein aussergewöhnliches, unerwartetes, plötzlich von aussen einwirkendes, schädigendes Ereignis.*

**Merke: Der Dekompressionsunfall ist kein Unfall, sondern eine Krankheit!**

2. Die SUSV-Versicherung leistet nur Kapitalzahlungen und zahlt die Behandlungskosten nicht.
3. Die PADI-Versicherung würde die Behandlungskosten übernehmen, aber sie erbringt keine Leistung wenn die PADI-Richtlinien nicht eingehalten werden oder die Tauchtiefe 40 m überschreitet.
4. Die Intras Krankenkasse stellte sich zuerst auf den Standpunkt, dass es sich um einen Unfall handelt, dann schloss sie Leistungen aus, da die Druckkammerbehandlung keine Pflichtleistung nach KVG (Krankenversicherungsgesetz) sei.

**Nun sitzt der vierfach versicherte Taucher auf einer Rechnung von 13'500.00 SFr. Er hat sich entschlossen gegen seine Krankenkasse rechtliche Schritte zu unternehmen. Hat er Aussicht auf Erfolg?**

Die ca. 30 Druckkammerbehandlungen in der Schweiz pro Jahre entfallen zu ca. 90% auf die Druckkammern in den Spitälern Genf und Lausanne. Dort wird stationär abgerechnet. Das heisst, egal was gemacht wird, die Krankenkasse zahlt eine Tagespauschale. Die Behandlung in der Deutschschweiz erfolgt meistens ambulant. Dabei muss jede Einzelheit separat abgerechnet werden. Die Behandlungen, die abgerechnet werden können sind in der KLV (Krankenpflegeleistungsverordnung) aufgeführt.

Die Intras Krankenkasse schrieb: „Die Leistungen, die ein Krankenversicherer aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlen darf sind vom Gesetzgeber abschliessend bestimmt“. Dies stimmt nur insofern, dass Art. 33 Abs. 1 KVG erteilt dem Bundesrat im Bereich der ärztlichen und chiropraktischen Heilanwendungen die Befugnis zur Bezeichnung einer Negativliste, die abschliessend ist. Wenn eine Heilanwendung geprüft wurde und als entweder nicht wirksam, nicht zweckmässig und oder nicht wirtschaftlich beurteilt wurde (Art 32 Abs. 1 KVG), so kann der Gesetzgeber abschliessend eine Heilanwendung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausnehmen.

Die Druckkammerbehandlung wird als hyperbare Sauerstofftherapie bezeichnet. Diese Therapie ist in der KLV für die Behandlung der Osteomyelitis und Bestrahlungsschäden aufgelistet. Die Dekompressionskrankheit wurde schlichtweg vergessen, wahrscheinlich weil angenommen wurde, dass jedem klar ist, dass die Druckkammerbehandlung bei Dekompressionskrankheit die beste Behandlung ist.

Ein Urteil des EVG (eidgenössisches Versicherungsgericht) vom 10. Januar 2003 (K98/01) kam bei einem nicht die Druckkammerbehandlung betreffenden Urteil zu folgendem Schluss:

*„Die von Ärzten (und Chiropraktiker) als Angehörige eines freien Berufes applizierten Heilwendungen haben somit die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen (BGE 125 V 28 Erw. 5b2). Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene ärztliche (oder chiropraktische) Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei (Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (z.B. durch Einholung eines Gutachtens) und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen“.*

Jeder Taucherarzt wird bestätigen, dass die hyperbare Sauerstofftherapie bei Dekompressionskrankheit nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist (Art 32 Abs. 1 KVG).

Wie stellen sich andere Krankenkassen zu diesem Problem? Angefragt wurde die Santésuisse als Dachverband der Krankenkassen und direkt die ATUPRI, CSS, CONCORDIA und die HELSANA.

- Von der Santésuisse und der CSS ist seit 3 Monaten keine Antwort eingetroffen. Die ATUPRI übernimmt die Kosten für Tauchunfälle inklusiv der stationären Druckkammerbehandlung. Die Kosten für die hyperbare Sauerstofftherapie werden nur für die im Anhang 1 KLV Ziffer 2.1 aufgeführten Diagnosen übernommen.
- Die CONCORDIA teilt mit: *„Die hyperbare Therapie nach Tauchunfall stellt unseres Erachtens eine gesetzliche Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dar“.*
- Die HELSANA schrieb: *„Der Dekompressionszwischenfall wird nicht als Pflichtleistung deklariert. Die gesetzlichen Bestimmungen verpflichten uns deshalb Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzulehnen\*.“*

**Fazit 1: Trotz eigentlich guter Versicherung steht der Taucher vor der Tatsache, dass fast keine die Kosten der ambulanten Behandlung bei Dekompressionszwischenfall übernehmen will. Die rechtliche Lage ist nicht geklärt, ein Taucher sollte in diesem Fall rechtliche Schritte einleiten.**

Ausser der taucherspezifischen Versicherungen von SUSV und PADI ist uns noch die Versicherung bei DAN (Divers Alert Network) bekannt. Nach Aussagen einiger Betroffener habe es mit ihr bisher keine Probleme gegeben, auch bei Tauchgängen tiefer als 40 m.

Jeder Taucher sollte sich darüber im Klaren sein, dass er eventuell empfindliche Versicherungslücken hat. Im Zusammenhang mit Tauchen können folgende Ereignisse stehen, die teuer werden können:

- Such- und Rettungsaktion (Kosten bis ca. 50'000.-)
- Bergung und Überführung (Kosten bis ca. 30'000.-)
- Behandlungskosten der Druckkammerbehandlung (Kosten bis ca. 100'000.-)
- Arbeitsunfähigkeit (Lohnausfallentschädigung für bis zu 2 Jahren, Höhe je nach Lohn)
- Invalidität (Invalidenentschädigung ab zweitem Jahr, Höhe je nach Lohn bis mehrere Millionen, Integritätsentschädigung für den Verlust eines Körperteiles, Kosten bis mehrere hunderttausend Franken)
- Todesfall (Hinterbliebenen- und Witwenrenten im Betrage bis zu mehreren Millionen Franken, Überführung und Bestattungskosten bis ca. 40'000.-)

Die Aufstellung dieser Kosten sind geschätzte Beträge. Zum Beispiel kann die Suchaktion eines abgetriebenen Tauchers in der Karibik mit Küstenwache und Helikoptern über mehrere Tage leicht 50'000.- übersteigen.

Private Versicherungen (nicht die obligatorische Krankenversicherung) können Tauchgänge tiefer als 40 m als Wagnis bezeichnen und ihre Leistungen teilweise oder vollständig streichen, auch Mischgastauchen, Wrackpenetration, Höhlen- und Eistauchen kann ausgeschlossen sein.

**Fazit 2: Jeder Taucher sollte seinen Versicherungsstatus überprüfen, ob er für die Tauchgänge, die er macht auch versichert ist!**