

BGer 9C 220/2017 vom 9. April 2018

Bundesgericht, 2018-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_220_2017

FR: TF 9C 220/2017 du 9 avril 2018

IT: TF 9C 220/2017 del 9 aprile 2018

Regeste

Krankenversicherung | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Das Bundesgericht prüft von Amtes wegen die formellen Gültigkeitserfordernisse auch des vorangegangenen Verfahrens (BGE 136 V 7 E. 2 S. 9), namentlich die Zuständigkeit der Vorinstanz (Urteil 9C_250/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 1 mit Hinweis).

E. 1.1

Umstritten ist die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt von Fr. 350.-; Art. 64 Abs. 2 lit. b und Abs. 4 KVG sowie Art. 103 Abs. 2 KVV [i.V.m. Art. 64 Abs. 3 KVG]) im Zusammenhang mit der Behandlung des Sohnes des Beschwerdeführers am 4. April 2015 im Spital C._____ (CPAP-Unterstützung mit O2-Bedarf bis 30 % in den ersten rund zehn Minuten nach der Geburt sowie Röntgen). Die Leistungserbringer hatten dafür insgesamt Fr. 4'941.85 (Fr. 4'754.70 + Fr. 187.15) in Rechnung gestellt, welchen Betrag die Beschwerdegegnerin vergütete. Die Meinungen gehen darüber auseinander, ob der Betrag von Fr. 4'754.70 für die Behandlung der Adaptionsstörung auf einem rechtskonformen Tarif beruht (Art. 49 Abs. 1 KVG).

E. 1.2

Streitigkeiten zwischen einer versicherten Person und einem Versicherer bezüglich der Anwendung eines Tarifs im Einzelfall sind entweder vom kantonalen Versicherungsgericht nach Art. 57 ATSG (bis 31. Dezember 2002: Art. 86 KVG) zu entscheiden oder aber vom kantonalen Schiedsgericht nach Art. 89 KVG , wenn die versicherte Person vom Versicherer verlangt, dass dieser beim Schiedsgericht gegen den Leistungserbringer klagt (BGE 124 V 128 E. 2 S. 129). Ist, wie im vorliegenden Fall, die Höhe der Kostenbeteiligung im Zusammenhang mit einer vom Versicherer direkt dem Leistungserbringer vergüteten Leistung (System des Tiers payant; Art. 42 Abs. 2 KVG) umstritten, liegt keine Streitigkeit zwischen einem Versicherer und einem Leistungserbringer gemäss Art. 89 Abs. 1 KVG vor (vgl. BGE 131 V 191 E. 4 S. 194). Ob in einem solchen Fall Art. 89 Abs. 3 KVG (System des Tiers garant; Art. 42 Abs. 1 KVG) analog anwendbar wäre, kann offenbleiben. Es verletzt jedenfalls kein Bundesrecht, dass die Vorinstanz auf die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. November 2016 eingetreten ist und "vorfrageweise über die Richtigkeit der Rechnungstellung des Leistungserbringers entschieden hat" (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 59/02 vom 12. November 2002 E. 1.2; vgl. auch BGE 134 V 269 E. 2.8 S. 276; ferner Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 876 Rz. 1565 f.). Im Weiteren war der Beschwerdeführer als gesetzlicher Vertreter seines bei der

Beschwerdegegnerin versicherten Sohnes nach Art. 59 ATSG berechtigt, den Einspracheentscheid, womit er zur Bezahlung von Fr. 350.- Selbstbehalt verpflichtet wurde, beim örtlich zuständigen kantonalen Versicherungsgericht (Art. 58 Abs. 1 KVG) anzufechten.

E. 2

Gemäss dem Medizinischen Kodierungshandbuch des Bundesamtes für Statistik in der Version 2015, Kodierungsregel S1610c, ist die Kategorie P21.- "Asphyxie unter der Geburt" zu verwenden, wenn die Diagnose vom Arzt gestellt ist, was hier zutrifft, und alle Hinweise und Kriterien der ICD-10-GM erfüllt sind. Die ICD-10-GM in der hier anwendbaren Version 2014 führt unter P21.- drei Diagnosen auf, P21.0 "Schwere Asphyxie unter der Geburt", P21.1 "Leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt" sowie P21.9 "Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet". Bei der letzten Diagnose werden "Anoxie", "Asphyxie und "Hypoxie", jeweils mit dem Zusatz "o.n.A." (ohne nähere Angaben) erwähnt. Unbestritten fallen im vorliegenden Fall die ersten beiden Diagnosen ICD-10 P21.0 und ICD-10 P21.1 ausser Betracht, da im Behandlungszeitpunkt keines oder nicht alle der beschreibenden Merkmale vorlagen. Hingegen kann die fragliche Leistung (CPAP-Behandlung [mit O2-Bedarf bis zu 30 %] während ca. zehn Minuten nach der Geburt) der Diagnose ICD-10 P21.9 zugeordnet werden.

E. 3.1

Nach Auffassung der Vorinstanz ist der Aufwand des Spitals für die Behandlung der Adaptionstörung nach der Kodierungsregel S1610c zu kodieren, was sie wie folgt begründet hat: Beim Sohn des Beschwerdeführers sei eine Asphyxie diagnostiziert worden ("leicht verzögerte prim. Adaption"), womit die ICD-Code Kategorie P21.- heranzuziehen sei. Anders als ICD-10 P21.0 und ICD-10 P21.1, welche klare Kriterien definierten, setze ICD-10 P21.9 im Sinne eines Auffangtatbestandes einzig das Vorliegen einer Anoxie, Asphyxie oder Hypoxie voraus, dies jeweils ohne nähere Angaben. Sei, wie im vorliegenden Fall, eine Asphyxie diagnostiziert worden, spiele es keine Rolle, ob weitere Kriterien für eine leichte, mässige oder schwere Asphyxie erfüllt seien. Es liege dann eine "Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet" vor, welche zur selben Endkodierung DRG [Diagnosis Related Groups]-P66C wie die Diagnosen ICD-10 P21.0 und ICD-10 P21.1 und damit im Ergebnis zum selben Kostengewicht und somit auch zum gleichen Rechnungsbetrag bzw. zur selben leistungsbezogenen Fallpauschale (Art. 49 Abs. 1 Satz 1 bis 3 KVG) führe. Der Beschwerdeführer bestreitet die Anwendbarkeit der Kodierungsregel S1610c beim Vorliegen der Diagnose ICD-10 P21.9. Nach seinem Dafürhalten stehen die vom Spital C._____ in Rechnung gestellten und von der Beschwerdegegnerin vergüteten Kosten in einem Missverhältnis zum tatsächlichen Aufwand ("minimalste, rund 10-15 Min. dauernde Leistung, die ein Hausarzt maximal mit Fr. 50.- bis Fr. 60.- verrechnen könnte"). Bei korrekter Diagnose und Kodierung hätte die speziell ausgewiesene Behandlung seines Sohnes kurz nach der Geburt (CPAP-Unterstützung mit O2-Bedarf bis 30 %) im Rahmen des Spitalaufenthalts der Mutter abgerechnet bzw. in deren Fallpauschale von Fr. 5'144.45 inbegriffen sein müssen (vgl. Art. 29 Abs. 2 lit. d KVG, wonach die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten übernimmt für "die Pflege und den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält"; für diese Leistung darf der Versicherer nach Art. 64 Abs. 7 lit. a KVG keine Kostenbeteiligung erheben).

E. 3.2

Die für die Festsetzung der Vergütung der Leistung in Form einer Pauschale nach Art. 49 Abs. 1 KVG massgebenden Kodierrichtlinien gemäss dem Medizinischen Kodierungshandbuch und der ICD-10-GM sind nach den Regeln der Gesetzesauslegung zu interpretieren (vgl. dazu BGE 141 V 674 E. 2.2 S. 676 mit Hinweis). Gemessen daran vermag die Begründung der Vorinstanz, weshalb die CPAP-Behandlung (mit O2-Bedarf bis zu 30 %) während ca. zehn Minuten nach der Geburt des Sohnes des Beschwerdeführers nach der Kodierungsregel S1610c zu kodieren ist, nicht zu überzeugen:

E. 3.2.1

ICD-10 P21.9 "Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet" kann zwar als Auffangtatbestand aufgefasst werden, jedoch nur innerhalb dieses Klassifikationssystems (Kategorie P21.-). Die dazugehörige übergeordnete Kodierungsregel S1610c verweist nun aber nicht integral darauf, sondern verlangt neben einer fachärztlich diagnostizierten "Asphyxie unter der Geburt" als zweite Bedingung, dass "alle Hinweise und Kriterien der ICD-10-GM erfüllt" sind (E. 2). Der Zusatz "ohne nähere Angaben", welcher die unter ICD-10 P21.9 genannten "Anoxie", "Asphyxie und "Hypoxie" kennzeichnet, kann indessen auch bei einem weiten Begriffsverständnis weder als Hinweis noch als Kriterium in diesem Sinne verstanden werden.

E. 3.2.2

Wie die Vorinstanz sodann richtig erkannt hat, kann aufgrund der Tarifierung der Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital nach Art. 49 Abs. 1 Satz 1 bis 3 KVG systembedingt nicht ausgeschlossen werden, "dass ein Einzelfall dem Spital im Konkreten tiefere - aber auch höhere - Kosten verursacht, als durch die Fallpauschale letztlich abgegolten wird". Daraus lässt sich indessen nichts Entscheidendes weder in diesem noch in jenem Sinne für die sich hier stellende Auslegungsfrage ableiten. Dasselbe gilt - umgekehrt - nicht für den allgemein gültigen Grundsatz nach Art. 43 Abs. 6 KVG, wonach bei der Tarifierung darauf zu achten ist, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung erreicht wird, dies jedoch zu möglichst günstigen Kosten. Unter diesem Blickwinkel fällt ins Gewicht, dass die Diagnose einer "Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet" nach ICD-10 P21.9 bzw. einer "Asphyxie, ohne nähere Angaben" eine unbekannt aber breite Palette von Manifestationen dieser Adaptionsstörung erfasst. Daraus ist auf einen entsprechenden ganz unterschiedlichen Behandlungsaufwand zu schliessen, was unter dem Kostenaspekt gegen die integrale Zuordnung zur selben Fallgruppe der schweren und leichten oder mässigen Asphyxie unter der Geburt nach ICD-10 P21.0 und ICD-10 P21.1 spricht. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass das Gesetz die Vertragsparteien (Leistungserbringer und Versicherer) ermächtigt, besondere diagnostische und therapeutische Leistungen separat in Rechnung zu stellen (Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG).

E. 3.2.3

Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Vernehmlassung u.a. aus, das Bundesamt für Statistik sei dafür verantwortlich, jedes Jahr die Richtlinien insbesondere betreffend das Kodierungshandbuch sowie die gültigen Klassifikationen, die verwendet werden müssen, um die Diagnosen und Behandlungen zu erfassen, vorzugeben. Bei Kodierungsunstimmigkeiten könne bei diesem Amt eine Empfehlung eingeholt werden. Eine solche Anfrage, die den Formerfordernissen nach Z. 1.5 des Rundschreibens für

Kodiererinnen und Kodierer: 2018/Nr. 1 vom Dezember 2017 entspricht, hat bisher nicht stattgefunden, kann indessen für die Beurteilung der Streitsache von Bedeutung sein.

E. 3.3

Die Vorinstanz wird beim Bundesamt für Statistik eine Auskunft zur Kodierungsregel S1610c einholen und danach den auf die CPAP-Behandlung des Versicherten (mit O2-Bedarf bis 30 % während ca. zehn Minuten nach der Geburt) anwendbaren Tarif bestimmen. Allenfalls wird sie nach Beiladung des Spitals C. _____ einen Einzelleistungstarif festzusetzen haben (vgl. BGE 131 V 133 E. 12.3 und E. 13 S. 145 f.). Danach wird die Beschwerdegegnerin den vom Vater zu bezahlenden Selbstbehalt neu festzusetzen haben.

E. 4

Ausgangsgemäss wird die Beschwerdegegnerin kostenpflichtig (Art. 66 Abs. 1 BGG). Dem Gesuch des Beschwerdeführers um Zusprechung einer Parteientschädigung kann nicht entsprochen werden, da die diesbezüglichen Voraussetzungen nicht gegeben sind (BGE 129 V 113 E. 4.1 S. 116; Urteil 2C_807/2016 vom 17. Juli 2017 E. 6.3).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.