

BGer 9C 630/2012 vom 17. Dezember 2012

Bundesgericht, 2012-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_630_2012

FR: TF 9C 630/2012 du 17 décembre 2012

IT: TF 9C 630/2012 del 17 dicembre 2012

Regeste

Krankenversicherung (Tarifstreitigkeit) | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist die Kostenübernahme bei stationärer Behandlung in Art. 41 KVG geregelt. Am 1. Januar 2009 trat die durch Ziff. I der Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) eingefügte Neufassung von Art. 41 Abs. 1bis KVG (AS 2008 2049; BBl 2004 5551) in Kraft. Für die im Juli 2005 durchgeführte Behandlung bleibt das bisherige Recht anwendbar. Nach aArt. 41 KVG können die Versicherten unter den für die Behandlung ihrer Krankheit geeigneten zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Bei stationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Abs. 1). Die Leistungen umfassen den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung (aArt. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Beanspruchten Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt (aArt. 41 Abs. 2 KVG). Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG aufgeführten ausserkantonalen Spital nicht angeboten werden (aArt. 41 Abs. 2 lit. b KVG).

E. 2

Fest steht, dass für die ausserkantonale Behandlung des Versicherten nicht medizinische Gründe den Ausschlag gaben, da die Leistung im Kantonsspital des Wohnkantons angeboten wurde und kein Notfall vorlag (aArt. 41 Abs. 2 lit. b KVG e contrario). Umstritten ist, wie die Klinik die Kosten der Wahloperation in der allgemeinen Abteilung gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen hatte. Streitig ist konkret, ob sie - wie eingeklagt - verpflichtet war, für Aufenthalt und Behandlung des Versicherten die Rechnung nach dem vom Bundesrat mit Entscheid vom 4. März 2005 festgesetzten Kliniktarif auszustellen.

E. 3

Die Vorinstanz kam zum Schluss, der vom Bundesrat am 4. März 2005 festgesetzte Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sei massgebend und die Kosten des Implantats seien darin eingeschlossen. Der Tarif unterscheide nicht zwischen in- und ausserkantonalen Patienten und lasse für eine solche Differenzierung keinen Raum. Auch sei nicht erheblich, ob die Behandlung aus medizinischen oder aus anderen Gründen erfolgt sei.

E. 4

Die Beschwerdeführerin rügt, der angefochtene Entscheid beachte nicht die Vorgaben des Bundesgerichts im Rückweisungs- und im Revisionsurteil. Nach diesen habe die Vorinstanz lediglich die Vergütung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anhand von aArt. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG zu bestimmen gehabt. Sie habe jedoch nicht den massgebenden Referenztarif im Wohnkanton des Versicherten ermittelt, sondern für die ausserkantonale durchgeführte Wahlbehandlung einen konkreten Behandlungstarif festgesetzt. Dies habe nicht in ihrer Kompetenz gelegen. Der von ihr als massgebend bezeichnete bundesrätliche Tarif vom 4. März 2005 gelte nur für die im Rahmen des Leistungsauftrags von der Klinik gegenüber Kantonsewohnern erbrachten obligatorischen Krankenpflegeleistungen. Die Wahlpatienten aus anderen Kantonen hätten keinen Rechtsanspruch auf die Behandlung nach dem Standorttarif für Einheimische. Der Leistungserbringer sei im Rahmen des im Behandlungsvertrag Vereinbarten in der Rechnungsstellung frei. Die Kostendifferenz zum Referenztarif habe zu Lasten des Patienten oder einer Zusatzversicherung zu gehen. Dies sei eine privatrechtliche Angelegenheit. Es fehle hier an einer Rechtsgrundlage für die vorinstanzlich angeordnete Kostenrückerstattung an den Versicherten.

E. 5

Die Beschwerdegegnerin wendet ein, es stehe der Klinik nicht frei, den zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergütenden Tarif bei der Wahlbehandlung ausserkantonaler Versicherter selber zu bestimmen. Sie habe dazu den vom Bundesrat festgesetzten Tarif anzuwenden, denn die obligatorisch versicherte Person sei auch bei einer ausserkantonalen Wahlhospitalisierung in der allgemeinen Abteilung tarifgeschützt. Ein sachgerechter Referenztarif sei nur zu ermitteln, wenn kein Vertrags- oder Behördentarif bestehe. Da der Tarif eines privat finanzierten Listenspitals in jedem Fall sämtliche anrechenbaren Kosten decke, sei nicht ersichtlich, inwiefern bei der Behandlung ausserkantonaler Patienten ungedeckte Kosten entstehen sollten. Die Klinik dürfe darum auch bei ausserkantonalen Patienten nicht von einem behördlich festgesetzten Tarif mit Vollkostendeckung in der allgemeinen Abteilung abweichen.

E. 6

Nach ständiger Rechtsprechung ist bei der wahlweisen ausserkantonalen stationären Behandlung der Tarif des Wohnkantons der versicherten Person Richtgrösse für die Vergütung (BGE 133 V 123 E. 4 S. 127). Massgeblich ist aArt. 41 Abs. 1 letzter Satz KVG, wonach der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen muss, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt. Für die ausserkantonale Wahlbehandlung besteht kein Tarifschutz in dem Sinne, dass die versicherte Person sämtliche ihr in Rechnung gestellten Kosten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt hätte. Tarifschutz bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sie in dem Umfang keine Kosten zu tragen hat, in dem diese bei der Behandlung im Wohnkanton durch den KVG-Versicherer zu vergüten gewesen wären. Wie im Rückweisungsentscheid darauf hingewiesen wurde (Urteil 9C_569/2009 E. 3.3 am Schluss mit Hinweis auf BGE 132 V 352 E. 2.5.4 S. 356), kann die Höhe des anwendbaren KVG-Tarifs durchaus Auswirkungen auf die vom Patienten selber bzw. einer abgeschlossenen Zusatzversicherung zu leistende Vergütung haben. Nach dem Gesagten dringt die Beschwerdegegnerin mit den am 21. November 2006 vor Schiedsgericht eingeklagten und letztinstanzlich erneuerten Rechtsbegehren nicht durch. Wie weit Leistungen durch die vom Versicherten abgeschlossene Zusatzversicherung abzudecken wären und daraus erbrachte Zahlungen dort

zurückzuerstatten wären, kann nicht Streitgegenstand eines sozialversicherungsrechtlichen Schiedsgerichtsverfahrens sein (BGE 132 V 352 E. 2.5 S. 354).

E. 7

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Sie hat der Beschwerdeführerin überdies eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG).

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