

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2017/5 vom 26. April 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-04-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KSCHG_2017_5

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2017/5 du 26 avril 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2017/5 del 26 aprile 2018

Regeste

Art. 64a Abs. 7 KVG. Schwarze Liste. Auslegung des Begriffs "Notfallbehandlungen". Der medizinische Notfallbegriff ist zu eng gefasst. Vielmehr erscheint es sachgerecht, in Fällen, in denen Medizinalpersonen eine Beistandspflicht zukommt, von einer Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG auszugehen. Der stationäre Aufenthalt zur Entbindung ist im Zeitpunkt des Spitaleintritts notwendig und unaufschiebbar gewesen. Es hat sich somit um eine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG gehandelt, deren Kosten von der Krankenkasse übernommen werden müssen, auch wenn sich die versicherte Person auf der schwarzen Liste befindet. Der Antrag auf Entrichtung von Verzugszinsen wird abgewiesen, da die Zahlungsfrist gemäss dem massgebenden Tarifvertrag bis zum Zeitpunkt der Beilegung der Differenzen unterbrochen worden ist. Gutheissung der Klage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2018, KSCHG 2017/5).

Erwägungen

E. 1

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts (Art. 89 Abs. 1, 2 und 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10] i.V.m. Art. 5 des kantonalen Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung [EG-KVG, sGS 331.11] i.V.m. Art. 65 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP, sGS 951.1]) ist von den Parteien zu Recht bejaht worden (act. G 1 Rz. 2 f.; act. G 4/II./1.). Auf die Klage ist daher einzutreten.

E. 2

2.1 Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beklagten für die von der Klägerin geltend gemachten Kosten von Fr. 1'656.70 nebst 5 % Zins seit 1. September 2016 sowie von Fr. 635.80 nebst 5 % Zins seit 1. Oktober 2016 für die stationäre Behandlung von S.W. vom 13. bis 14. Juni 2016 zur – soweit ersichtlich (act. G 1.2 und G 1.3) ohne Komplikationen verlaufenen – Entbindung ihres Sohnes. 2.2 Nach Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern (siehe auch Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]). Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen (Art. 90 KVV). Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der

Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen (Art. 64a Abs. 7 KVG). 2.3 Der Kanton St. Gallen hat von dieser Möglichkeit, eine solche Liste zu erstellen, Gebrauch gemacht. Gemäss Art. 8c EG-KVG führt die Sozialversicherungsanstalt eine Liste der versicherten Personen nach Art. 64a Abs. 7 KVG, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen. Von der Aufnahme in die Liste sind versicherte Personen, die finanzielle Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen beziehen sowie Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr ausgenommen. Die weiteren Einzelheiten, welchen im Rahmen der vorliegenden Streitigkeit keine Bedeutung zukommt, sind in den Art. 8c Abs. 3, 8d, 8e und 8f EG-KVG geregelt.

E. 3

3.1 Die Rechnung vom 18. August 2016 über den Betrag von Fr. 635.80 hat die Behandlung des Neugeborenen betroffen (act. G 1.3). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem die Pflege und den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält (Art. 29 Abs. 2 lit. d KVG). Somit fallen auch die Behandlungskosten des Neugeborenen in der Höhe von Fr. 635.80 unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Versicherten. 3.2 Nicht umstritten ist, dass die Versicherte bei der beklagten Krankenkasse obligatorisch krankenversichert ist und dass sie sich auf der "schwarzen Liste" gemäss Art. 8c Abs. 1 EG-KVG befindet, weil sie ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachgekommen ist. Im Zeitpunkt des stationären Aufenthalts vom 13. bis 14. Juni 2016 hat somit eine Leistungssistierung bzw. ein Leistungsaufschub bestanden. Die Beklagte muss die Kosten für die stationäre Behandlung vom 13. bis 14. Juni 2016 zur Entbindung somit nur übernehmen, wenn es sich hierbei um eine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG gehandelt hat. Nachfolgend ist daher zu prüfen, von welchem Notfallbegriff im Zusammenhang mit dem Leistungsaufschub nach Art. 64a Abs. 7 KVG auszugehen ist. 3.3 Ausgangspunkt jeder Auslegung bildet der Wortlaut der massgeblichen Norm. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Interpretationen möglich, so muss nach der wahren Tragweite der Bestimmung gesucht werden, wobei alle Auslegungselemente zu berücksichtigen sind (Methodenpluralismus). Dabei kommt es namentlich auf den Zweck der Regelung, die dem Text zugrunde liegenden Wertungen sowie auf den Sinnzusammenhang an, in dem die Norm steht. Die Entstehungsgeschichte ist zwar nicht unmittelbar entscheidend, dient aber als Hilfsmittel, um den Sinn der Norm zu erkennen. Namentlich zur Auslegung neuerer Texte, die noch auf wenig veränderte Umstände und ein kaum gewandeltes Rechtsverständnis treffen, kommt den Materialien eine besondere Bedeutung zu. Vom Wortlaut darf abgewichen werden, wenn triftige Gründe dafür bestehen, dass er nicht den wahren Sinn der Regelung wiedergibt. Sind mehrere Auslegungen möglich, ist jene zu wählen, die der Verfassung am besten entspricht (BGE 141 V 206 E. 3.2). Der in Art. 64a Abs. 7 KVG verwendete Begriff "Notfallbehandlungen" lässt einen weiten Interpretationsspielraum zu. Naheliegender wäre es, auf den medizinischen Notfallbegriff abzustellen: Gemäss dem medizinischen Wörterbuch PSCHYREMBEL handelt es sich bei einem medizinischen Notfall um einen akuten, lebensbedrohlichen Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Auflage, Berlin 2017, S. 1282). Ohne sofortige Hilfeleistung

sind erhebliche gesundheitliche Schäden oder der Tod des Patienten zu befürchten (ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Auflage, München 2003, S. 1342). Der medizinische Notfallbegriff ist also sehr eng gefasst; eine komplikationslose Entbindung würde wohl nicht darunter fallen. Nachfolgend ist zu prüfen, ob diese enge Interpretation des Notfallbegriffs vor der historischen, teleologischen und systematischen Auslegung des Art. 64a Abs. 7 KVG standhält.

3.3.1 Die vom 1. Januar 2006 bis am 31. Dezember 2011 gültig gewesene Fassung des Art. 64a KVG hat den Aufschub der Kostenübernahme für Leistungen vorgesehen, wenn die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht bezahlt hatte und im Betreibungsverfahren bereits ein Fortsetzungsbegehren gestellt worden war (Abs. 2). In der Folge hatten die Fälle mit nicht bezahlten Prämien für die soziale Krankenversicherung und die Zahl der Leistungssistierungen zugenommen. Entsprechend hatten die Leistungserbringer auf unbezahlten Rechnungen gesessen, was sie zum Teil in finanzielle Schwierigkeiten gebracht hatte. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates hat das Obligatorium der sozialen Krankenversicherung mit den Leistungssistierungen in Frage gestellt gesehen. Zudem hat sie auf die negativen Auswirkungen für die betroffenen Versicherten hingewiesen, die aufgrund der Leistungssistierung keine adäquate Gesundheitsversorgung mehr erhalten hatten. Die Kommission hat deshalb eine Gesetzesrevision vorgeschlagen, die die Leistungssistierung nicht mehr vorgesehen hat. Sie hat auch davon abgesehen, für zahlungsfähige, aber zahlungsunwillige Versicherte eine Spezialregelung einzuführen. Die Kommission hat dies damit begründet, es könne bei zahlungsfähigen, aber zahlungsunwilligen Versicherten davon ausgegangen werden, dass sie unter dem Druck des Betreibungsverfahrens früher oder später ihren finanziellen Verpflichtungen gegenüber den Versicherern nachkämen (Parlamentarische Initiative, Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien, Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 28. August 2009, BBl 2009 6617, S. 6618 f.). Der hier in Frage stehende Art. 64a Abs. 7 KVG ist erst während der parlamentarischen Beratung in die Revisionsvorlage aufgenommen worden (Parlamentarische Initiative SGK-NR., Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien, www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20090425, besucht am 23. April 2018). Die Gesetzesmaterialien zu diesem Artikel sind daher dürftig. Bereits in der parlamentarischen Beratung war darauf hingewiesen worden, dass sich bei der Definition des medizinischen Notfalls Probleme ergeben würden (Voten St. Rossini, AB 2009 N 1788, AB 2010 N 49; Votum D. Burkhalter, AB 2010 N 48).

3.3.2 Die Einführung des Art. 64a Abs. 7 KVG hat darauf abgezielt, den Druck auf versicherte Personen, die zwar zahlungsfähig, aber zahlungsunwillig sind, zu erhöhen (siehe z.B. Votum T. Bortoluzzi, AB 2009 N 1787 und Votum Th. Weibel, AB 2010 N 47). Isoliert (Art. 64a Abs. 7 KVG) betrachtet, würde der Wille des Gesetzgebers also eher für eine restriktive Auslegung des Notfallbegriffs sprechen; je weniger medizinische Behandlungen von der Krankenpflegeversicherung während eines Leistungsaufschubs bezahlt werden, desto höher ist der Druck auf die versicherte Person, die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen zu bezahlen. Allerdings ist mit der Gesetzesrevision gerade auch angestrebt worden, die Leistungssistierung abzuschaffen, da die Anzahl Fälle von nicht bezahlten Prämien trotz des "Druckmittels" der Leistungssistierung angestiegen war, die Leistungserbringer finanzielle Einbussen erlitten hatten und die betroffenen Versicherten keine adäquate Gesundheitsversorgung mehr erhalten hatten. Diese Aspekte sprechen also klar gegen eine zu enge Auslegung des Begriffs der Notfallbehandlungen im Sinne von Art.

64a Abs. 7 KVG. Bezüglich der finanziellen Einbussen der Leistungserbringer ist festzuhalten, dass diese bzw. die Medizinalpersonen gesetzlich verpflichtet sind, in dringenden Fällen Beistand zu leisten (Art. 40 Abs. 1 lit. g des eidgenössischen Medizinalberufegesetzes, MedBG, SR 811.11, Art. 50 Gesundheitsgesetz, GesG, sGS 311.1). Mit der Beistandspflicht ist die Hilfestellung in Notsituationen gemeint (Botschaft zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, BBl 2005 173, S. 229). Die Beistandspflicht geht weiter als der medizinische Notfallbegriff. Sie verlangt von den Medizinalpersonen nicht nur eine Hilfeleistung bei Lebensgefahr der betroffenen Person, sondern allgemein eine solche in "dringenden" Fällen. Dringend ist ein Fall auch dann, wenn zwar keine Lebensgefahr besteht, die betroffene Person aber umgehend Hilfe braucht, weil ihre Gesundheit ansonsten ernsthaft beeinträchtigt werden könnte (MARIO MARTI/PHILIPP STRAUB, Arzt und Berufsrecht, in: MORITZ W. KUHN/TOMAS Poledna [Hrsg.], *Arztrecht in der Praxis*, 2. Auflage, Zürich 2007, S. 251). Würde der Begriff der Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG also eng ausgelegt, so hätte dies zur Folge, dass die Leistungserbringer weiterhin auf ihren Rechnungen sitzen blieben. Gesamthaft betrachtet spricht die Entstehungsgeschichte des Art. 64a KVG demnach gegen eine enge Auslegung des Begriffs der Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG. Zu diesem Schluss ist auch die Regierung des Kantons St. Gallen gekommen. Sie hat in der Botschaft und dem Entwurf vom 25. Oktober 2011 (V. Nachtrag zum EG-KVG) erklärt, dass von der Leistungsassistierung die Kosten von Notfallbehandlungen, für welche nach Art. 40 Abs. 1 lit. g des MedBG und Art. 50 GesG eine Behandlungspflicht bestehe, ausgenommen seien. Die Beurteilung, ob eine Notfallsituation vorliege, erfolge durch den Leistungserbringer (ABl 2011 S. 3334). Die Regierung hat also den Begriff der Notfallbehandlung mit der Beistandspflicht von Medizinalpersonen in dringenden Fällen gleichgesetzt. Zudem hat sie den Entscheid, ob eine Notfallsituation vorliegt oder nicht, dem Leistungserbringer überlassen wollen. Allerdings ist zu beachten, dass es sich bei Art. 64a Abs. 7 KVG um eine bundesrechtliche Norm handelt. Es würde gegen das verfassungsrechtlich verankerte Gleichbehandlungsgebot (Art. 8 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV, SR 101]) verstossen, wenn jeder Kanton – oder sogar jeder Leistungserbringer – den Begriff der Notfallbehandlung unterschiedlich auslegen würde. Der Begriff der "Notfallbehandlung" im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG bedarf daher einer einheitlichen, bundesweit geltenden Auslegung. Demnach kann nicht ohne weiteres auf die Gesetzesinterpretation der Regierung des Kantons St. Gallen abgestellt werden. 3.3.3 Bei der Auslegung des Art. 64a Abs. 7 KVG ist auch der Sinn und Zweck der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu berücksichtigen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung soll eine qualitativ hoch stehende und umfassende Grundversorgung für alle gewährleisten (www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung.html, besucht am 23. April 2018). Das Ziel der umfassenden Grundversorgung wird durch Art. 64a Abs. 7 KVG beschnitten, indem diese Bestimmung den Anspruch einer bestimmten Personengruppe auf Notfallbehandlungen beschränkt. Wie bereits erwähnt, ist es der historische Sinn und Zweck von Art. 64a Abs. 7 KVG gewesen, zahlungsunwillige, aber zahlungsfähige Personen dazu zu bewegen, die ausstehenden Forderungen der Krankenversicherer zu begleichen. Von der Regelung in Art. 64a Abs. 7 KVG sind, wie die Klägerin zu Recht vorgebracht hat, jedoch nicht nur zahlungsfähige, aber zahlungsunwillige Personen betroffen, sondern auch zahlungs-unfähige Personen. Zwar sind Personen, die

Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen beziehen, gemäss Art. 8c Abs. 2 EG-KVG von der Aufnahme in die schwarze Liste ausgenommen. Nur weil eine Person keine Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen bezieht, bedeutet dies jedoch nicht, dass sie zahlungsfähig ist. Der Umstand, dass eine Person nur auf der schwarzen Liste erfasst werden kann, wenn sie erfolglos betrieben worden ist, deutet vielmehr darauf hin, dass die auf der schwarzen Liste erfassten Personen in der Regel nicht über die erforderlichen finanziellen Mittel verfügen, um die ausstehenden Prämien und/oder Kostenbeteiligungen zu bezahlen. Bei der Gruppe der zahlungsunfähigen Personen, die sich auf der schwarzen Liste befindet, verfehlt Art. 64a Abs. 7 KVG seine Wirkung; eine zahlungsunfähige Person wird auch unter Druckausübung nicht in der Lage sein, ihre Schulden zu begleichen. Da die Leistungssistierung auch zahlungsunfähige Personen betreffen kann, ist die Vorhersehbarkeit einer medizinischen Behandlung, wie dies die Beklagte vorgebracht hat, kein geeignetes Abgrenzungskriterium für die Frage, ob eine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG vorliegt oder nicht. Eine derart enge Auslegung des Notfallbegriffs würde auch das Ziel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, d.h. die Gewährleistung einer umfassenden Grundversorgung für alle, aushöhlen. Für die Beurteilung, ob es sich bei einer medizinischen Behandlung um eine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG handelt, kann somit weder deren Vorhersehbarkeit noch der enge medizinische Notfallbegriff entscheidend sein. Unter Berücksichtigung des Gesagten und insbesondere vor dem Hintergrund, dass es eines der Hauptziele der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Revision des KVG gewesen ist, zu vermeiden, dass die Leistungserbringer wegen Leistungssistierungen auf unbezahlten Rechnungen sitzen bleiben, erscheint die in Erw. 3.3.2 zitierte Gesetzesinterpretation der Regierung des Kantons St. Gallen sachgerecht. Das Schiedsgericht gelangt nach dem Gesagten zum Schluss, dass in denjenigen Fällen, in denen den Medizinalpersonen eine Beistandspflicht zukommt, von einer Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG auszugehen ist. Im vorliegenden Fall ist nicht umstritten, dass die Entbindung – und damit die medizinische Hilfe – im Zeitpunkt des Eintritts ins Kantonsspital am 13. Juni 2016 notwendig und unaufschiebbar gewesen ist. Bei der Entbindung (und der anschliessenden Erstversorgung der Versicherten und des Neugeborenen) hat es sich somit um eine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG gehandelt.

3.3.4 Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass der vorliegende Fall insoweit speziell ist, als nicht nur die Rechte der Versicherten, sondern auch jene des ungeborenen Kindes betroffen sind. Das Kind der Versicherten war zum Zeitpunkt des Spitaleintritts ein für die Geburt bereiter Fötus. Zwar beginnt die Persönlichkeit gemäss Art. 31 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB, SR 210) erst mit dem Leben nach der vollendeten Geburt. Die internationale Rechtsentwicklung zeigt aber, dass die extrauterine Lebensfähigkeit sich zunehmend als entscheidende Zäsur für den subjektiv-rechtlichen Schutz etabliert (ANDREA BÜCHLER/MARCO FREI, Der Lebensbeginn aus juristischer Sicht – unter besonderer Berücksichtigung der Problematik des Schwangerschaftsabbruchs, in: Jusletter 29. August 2011, S. 16). Das Recht auf Leben und auf körperliche und geistige Unversehrtheit des geburtsbereiten Kindes überwiegt klar die Interessen der Krankenversicherer an der Durchsetzung ihrer Forderungen aus ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen der Kindsmutter. Würden die Kosten für die Geburt unter den Kostenaufschub fallen, so bestünde das Risiko, dass sich die Kindsmutter aus Kostengründen für die Geburt nicht in adäquate medizinische Behandlung begeben und dadurch das ungeborene Kind gefährdet würde. Demnach wäre ein Kostenaufschub im Zusammenhang mit einer Entbindung auch

unter Berücksichtigung der Rechte des ungeborenen Kindes unhaltbar. 3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der stationäre Aufenthalt der Versicherten vom 13. bis 14. Juni 2016 im Kantonsspital zwecks der Entbindung unter den Begriff der Notfallbehandlung im Sinne von Art. 64a Abs. 7 KVG fällt. Die Beklagte ist als obligatorische Krankenpflegeversicherung der Versicherten somit leistungspflichtig. 3.5 Die eingeklagten Forderungsbeträge für die Behandlung in der Höhe von Fr. 1'656.70 und von Fr. 635.80 hat die Klägerin mit den eingereichten Leistungsabrechnungen ausreichend belegt (act. G 1.2 und 1.3). Dieser Kostenumfang ist von der Beklagten auch unbestritten geblieben. Auf die eingeklagten Beträge von Fr. 1'656.70 und von Fr. 635.80 kann somit abgestellt werden. 3.6 Die Klägerin hat für die eingeklagten Forderungen einen Verzugszins von 5 % beantragt. Die Beklagte hat sich hierzu nicht vernehmen lassen. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bildet Art. 26 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) im Verhältnis zwischen sozialen Krankenversicherern und Leistungserbringern gemäss Art. 35 KVG keine (direkte) Grundlage für die Verpflichtung zur Leistung von Verzugszinsen. Da sich eine solche auch nicht aus einem allgemeinen Rechtsgrundsatz herleiten lasse, sei es Sache der am Tarifvertrag beteiligten Parteien, bei den Vertragsverhandlungen die Verzugszinspflicht zu berücksichtigen (BGE 139 V 82 E. 3.2.3 f. und E. 3.3.1 ff.; siehe auch Art. 1 Abs. 2 lit. b und e KVG). Gemäss Ziff. 12 i.V.m. Ziff. 1.4 Anhang 2 des Tarifvertrags SwissDRG gemäss KVG vom Februar 2012 betreffend Leistungsabgeltung für stationäre akut-somatische Behandlungen gemäss KVG zwischen Kantonsspital St. Gallen und Assura/Supra (act. G 17) erfolgt die Vergütung vertrags- und gesetzeskonformer Rechnungen innerhalb von 30 Tagen seit Erhalt der Rechnung. Die Vergütungsfrist gemäss Ziff. 1.4 Anhang 2 wird jedoch unterbrochen, wenn der Versicherer nach erfolgter Prüfung die Vertrags- oder Gesetzeskonformität der Rechnung schriftlich und begründet bestreitet. Die Frist beginnt ab dem Zeitpunkt der Beilegung der Differenzen neu zu laufen (Ziff. 1.6 Anhang 2). Nach Ablauf der Zahlungsfrist schuldet der Versicherer einen Verzugszins von 5 % p.a. auf die ausstehenden Rechnungsbeträge (Ziff. 1.7 Anhang 2). Die strittigen Rechnungen datieren vom 8. Juli 2016 und vom 18. August 2016. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, wann die Beklagte die Rechnungen erhalten hat. Es liegt lediglich ein Schreiben vom 14. Oktober 2016 (act. G 1.4) im Recht, in welchem die Beklagte begründet hat, weshalb sie die Rechnungen abgelehnt hat. Die Zahlungsfrist ist also spätestens mit dem Schreiben vom 14. Oktober 2016 unterbrochen worden. Zwar hat die Klägerin die Bezahlung eines Verzugszinses beantragt (act. G 1). Allerdings hat die Klägerin ihr Begehren nicht begründet und auch die Beklagte hat sich bezüglich dieses Begehrens nicht geäussert. Unter Berücksichtigung, dass im vorliegenden Schiedsverfahren eine beschränkte Untersuchungsmaxime gilt (Art. 89 Abs. 5 KVG), kann dahingestellt bleiben, ob die Zahlungsfrist rechtzeitig unterbrochen worden ist. Denn wäre die Zahlungsfrist tatsächlich erst mit dem Schreiben von 14. Oktober 2016 unterbrochen worden, wäre lediglich für einen kurzen Zeitraum – nämlich für die Zeit nach Ablauf der 30-tägigen Frist gemäss Ziff. 1.4 Anhang 2 des Tarifvertrags bis zur Unterbrechung im Oktober 2016 – ein Verzugszins geschuldet gewesen. Da die Zahlungsfrist spätestens im Oktober 2016 durch die begründete Bestreitung der Rechnung unterbrochen worden ist und bis zum Zeitpunkt der Beilegung der Differenzen ruht, kann das Schiedsgericht die Beklagte nicht zur Bezahlung von Verzugszinsen verpflichten. 3.7 Demnach ist die Klage gutzuheissen. Die Beklagte ist zu verpflichten, der Klägerin die Kosten für die stationäre Behandlung vom 13. bis 14. Juni 2016 zur Entbindung im Betrag von Fr. 1'656.70 (Rechnung vom 8. Juli 2016)

und von Fr. 635.80 (Rechnung vom 18. August 2016) aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erstatten. Der Antrag der Klägerin auf Entrichtung von Verzugszinsen ist abzuweisen.

E. 4

4.1 Art. 89 Abs. 5 KVG schreibt für das Verfahren vor dem Schiedsgericht keine Kostenlosigkeit vor, womit für die Kostenfrage ausschliesslich kantonales Recht massgeblich ist. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Verfahrenskosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Art. 7 Abs. 1 Ziff. 122 der Gerichtskostenverordnung (sGS 941.12) sieht für Endentscheide des Versicherungsgerichts einen Gebührenrahmen von Fr. 500.-- bis Fr. 15'000.-- vor. Für das vorliegende Klageverfahren erscheint mit Rücksicht auf den vom Gericht zu erbringenden Aufwand und die Bedeutung der Streitsache die Festlegung einer Gerichtsgebühr von Fr. 5'000.-- als gerechtfertigt. Im vorliegenden Verfahren ist trotz der Abweisung des Antrags auf Verzugszinsen von einem überwiegenden Obsiegen der Klägerin auszugehen. Die Gerichtsgebühr ist daher vollumfänglich der Beklagten aufzuerlegen. Der Klägerin ist der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- zurückzuerstatten. 4.2 Nach Art. 98 Abs. 1 und Art. 98bis VRP ist der Anspruch auf ausseramtliche Kosten nach dem Ausmass des Obsiegens und Unterliegens festzusetzen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Für die vorliegend zu beurteilende Klage erscheint eine pauschale Parteientschädigung zugunsten der Klägerin von insgesamt Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Ausgangsgemäss hat die Beklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid 1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin die Kosten für die stationäre Behandlung von B.____ (Police Nr. 119....) vom 13. bis 14. Juni 2016 im Betrag von Fr. 1'656.70 und von Fr. 635.80 aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erstatten. 2. Die Beklagte hat die Gerichtsgebühr von Fr. 5'000.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- wird der Klägerin zurückerstattet. 3. Die Beklagte hat der Klägerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen

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