

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00307 vom 12. Januar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00307](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00307)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00307 du 12 janvier 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00307 del 12 gennaio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Nach Art. 27 Abs. 1

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ( IVG ) ist der Bundesrat befugt, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinischen Personen und der medizinischen Hilfspersonen sowie den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzulegen.

Laut Abs.

### **E. 1.2**

Dem Versicherten steht die Wahl frei unter den medizinischen Hilfspersonen, den Anstalten und Werkstätten sowie den Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, und den Abgabestellen für Hilfsmittel, wenn sie den kantonalen Vorschriften und den Anforderungen der Versicherung genügen (Art. 26 bis

Abs. 1 IVG).

### **E. 1.3**

Für Personen und Stellen, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einem bestehenden Vertrag beizutreten, gelten gemäss Art. 24 Abs.

### **E. 1.4**

Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn der Versicherungsträger entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt (Art. 56 Abs. 2 ATSG; vgl. BGE 130 V 92 E. 2).

Die Beschwerdeführerinnen führten zur Begründung ihrer Anträge aus, die Leistungserbringerin (Beschwerdeführerin 1) und die Invalidenversicherung befänden sich seit dem 1. Januar 2015 in einem vertragslosen Zustand (Rz. 8). Mit Schreiben vom 3. März 2015 ( Urk. 2/4) habe die B.\_\_\_\_ UVG

stellvertretend für das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) das definitive Scheitern der Verhandlungen mit den AllKids Spitälern festgestellt und der Beschwerdeführerin 1 mitgeteilt, welche „Referenztarife“ sie für das Abrechnungsjahr 2015 „genehmige“,

nämlich eine Baserate von Fr. 11'345.--, was laut MTK (Medizinaltarif-Kommission UVG) des C.\_\_\_\_, einem reinen Erwachsenenospital, entspreche (Rz. 18). Die Versicherte habe im Rahmen der Erteilung des Auftrages die Honorarsätze der Beschwerdeführerin 1 akzeptiert mit einer Baserate von Fr. 12'744.--, weshalb sie das Honorar von insgesamt Fr. 25'997.75 schulde (Rz. 20). Aufgrund des fehlenden Zusammenarbeits- und Tarifvertrages sei bei der Versicherten ein Rückforderungsanspruch gegen die IV entstanden.

Die Beschwerdeführerinnen brachten weiter vor, im Bereich der IV gelte der Grundsatz der freien Spitalwahl (Art. 26 bis IVG). Folglich könne sich ein Pati ent auch in einem Spital zulasten der IV behandeln lassen, mit dem kein Zusammenarbeits- und Tarifvertrag im Sinne von Art. 27 Abs. 1 IVG bestehe. In einem solchen Fall komme kein direktes Vertragsverhältnis zwischen der IV und dem Leistungserbringer zustande, der Versicherte trete vielmehr in ein direktes Auftragsverhältnis mit dem Leistungserbringer. Dies führe dazu, dass der Versicherte das Honorar direkt dem Leistungserbringer schulde. Als Surrogat für die nicht von der IV erbrachte Naturalleistung entstehe ein entsprechender Rückforderungsanspruch gegen die IV, welcher sich auf die Übernahme der vollen Kosten beziehe. Vorbehalten bleibe lediglich die all fällige Festsetzung eines Höchstbetrages im Sinne von Art. 27 Abs.

## **E. 2**

eventualiter sei die Vorinstanz anzuweisen, eine anfechtbare Verfügung über den Rückforderungsanspruch zu erlassen, der der Versicherten gegen die Invalidenversicherung zusteht aufgrund der von der Versicherten in Anspruch genommenen medizinischen Behandlung durch die Leistungserbringerin vom 18. Mai 2015 bis zum 3. Juni 2015;

## **E. 3**

IVV) an wendbarer Vertrag, so besteht dennoch ein Vertragsverhältnis zwischen der Versicherung und dem Leistungserbringer, das dessen Tätigkeit im Rahmen der angeordneten Eingliederungsvorkehren zum Gegenstand hat. Dieses Vertragsverhältnis beinhaltet einen unechten Vertrag zu Gunsten eines Dritten (Art. 112 Abs. 1 des Obligationenrechts, OR) in der Form eines Auftrages im Sinne von Art. 394 ff. OR sowie einen allenfalls damit verbundenen Innominatkontrakt für Unterkunft, Verpflegung und Pflege (bei medizinischen Eingliederungsmassnahmen). Er kommt in der Praxis dadurch zustande, dass der Leistungserbringer mit einer Kopie der dem Versicherten zugestellten Mitteilung der (faktischen) Leistungszusprechung (im Sinne von Art. 58 Satz 1 IVG in Verbindung mit Art. 74 ter IVV) über die Auftragserteilung in Kenntnis gesetzt wird und den Auftrag konkludent annimmt, indem er im Sinne der zu gesprochenen Eingliederungsmassnahme tätig wird. Wird beim Abschluss eines solchen Vertrages (zu Gunsten des Versicherten) zwischen den Organen der Invalidenversicherung und dem Leistungserbringer die Vergütung der von diesem zu erbringenden Leistungen nicht geregelt, so ist die entsprechende Vertragslücke primär durch die gesetzliche Regel des anwendbaren Vertragstypenrechts und, wo auch eine solche fehlt, auf dem Wege der Vertragsergänzung nach Massgabe des hypothetischen Parteiwillens zu schliessen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 302/2001 vom

16. April 2002 E. 3d/cc mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur).

## **E. 4.1**

Vorliegend gestaltete sich der Geschehensablauf derart, dass die Versicherte am Tag nach ihrer Geburt operiert wurde (am 18. Mai 2015, Urk. 10/5/4-5) und die Anmeldung bei der Invalidenversicherung (naturgemäss) erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte (am 23. Mai 2015, Urk. 10/1). Demgemäss erbrachte die Beschwerdeführerin 1 ihre Leistungen, bevor eine Kostengutsprache erfolgte. Die hernach erfolgte Gewährung der medizinischen Massnahme durch die Beschwerdegegnerin erfolgte unter Hinweis auf den „IV-Tarif“ und betreffend Spitalaufenthalt auf die Kostenübernahme im Rahmen der allgemeinen Abteilung (Urk. 10/12). Bezüglich der Willensäusserungen geht die Beschwerdeführerin 1 sinngemäss davon aus, dass sie von einer Kostenerstattung basierend auf ihrem Tarif ausging; die Beschwerdegegnerin dagegen beruft sich auf ihre eigenen Tarife.

Im Verhältnis zwischen den Beschwerdeführerinnen ist festzuhalten, dass die gesetzliche Vertretung der Versicherten am 27. Mai 2016 (Urk. 10/11) und damit neun Tage nach erfolgter Operation Kostenfolgen im Rahmen des von der Beschwerdeführerin 1 kommunizierten Tarifes (Basispreis von Fr. 12'744.--) akzeptierte. Gleichzeitig wurde auf die pendente IV-Anmeldung hingewiesen.

#### **E. 4.2**

Zum geltend gemachten (materiellen) Anspruch ist vorwegzuschicken, dass sich ein solcher einzig aus den Ansprüchen der Versicherten gegenüber der Beschwerdegegnerin ergeben kann. Ein originärer Anspruch der Beschwerdeführerin 1 fällt im vorliegenden Prozess ausser Betracht, da über Streitigkeiten zwischen der Versicherung und Leistungserbringern die von den Kantonen bezeichneten Schiedsgerichte entscheiden (Art. 27 bis

Abs. 1 IVG) und nicht das angerufene Gericht. Demgemäss ist auf die Streitsache auch nicht weiter einzugehen, soweit die Beschwerdeführerin 1 die grundsätzliche Tarifierung bemängelt. Solche Themenkomplexe fallen in den Zuständigkeitsbereich des Schiedsgerichts, wobei nach der Rechtsprechung eine Änderung der Tarifstruktur eines Tarifvertrages den Tarifpartnern und nicht dem Schiedsgericht obliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_62/2015 vom

26. August 2015 E. 5). Der Anspruch auf Leistungen ist gemäss Art. 22 Abs. 1 ATSG weder abtretbar noch verpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. Damit fällt ein entsprechender Anspruch der Beschwerdeführerin 1 in eigenem Namen (nach erfolgter Abtretung) ausser Betracht. Dass die der Beschwerdeführerin 2 zustehende Leistung bereits erbracht wurde und nurmehr ein „Rückforderungsanspruch“ gegenüber der Beschwerdegegnerin in Frage steht, ist insofern nicht zutreffend, als die „Leistung“ sowohl die Behandlung an sich (in natura) als auch die Bezahlung derselben umfasst. Eine Aktivlegitimation der Beschwerdeführerin 1 ist damit nicht gegeben und auf ihre Beschwerde dem gemäss nicht einzutreten.

#### **E. 4.3**

2

Dass im Rahmen des IVG ein grundsätzlich er Tarifschutz auch für Nichtvertrags-Spitäler besteht, was zur Folge hätte, dass die Beschwerdeführerin

2 lediglich den von der Beschwerdegegnerin übernommenen Betrag zu entrichten hätte, ist angesichts der Gesetzesformulierung und der Rechtsprechung nicht – jedenfalls nicht absolut – anzunehmen. So fehlt im IVG eine Bestimmung entsprechend der im

Bundesgesetz über die obligatorische Krankenversicherung (KVG) enthaltene Regelung von Art. 44 Abs. 1, wonach sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen und für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen (Tarifschutz).

#### **E. 4.3.1**

Ein Rechtsschutzinteresse an einer materiellen Beurteilung hat die Beschwerdeführerin 2 nur insoweit, als der Versicherten weitergehende Ansprüche zustehen, als die Beschwerdegegnerin bereit ist zu übernehmen.

Hierzu ist zu bemerken, dass die medizinischen Massnahmen nach Art. 14 Abs. 1 IVG Naturalleistungen darstellen. Die Versicherten haben einen gesetzlichen Anspruch gegen die IV, dass diese ihnen die medizinischen Massnahmen in natura zur Verfügung stellt (in Form von Behandlung und Unterbringung im Spital). Das Gesetz betraut damit die IV mit der Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe. Es steht der IV frei, ob sie diesen Auftrag selbst erfüllt oder ob sie – was die Regel darstellt – Dritte mit der Erfüllung beauftragt (Michael Waldner, Die Abgeltung stationärer medizinischer Leistungen von Spitälern in der IV, in SZS 59/2015 S. 236 f.). Mit der Wahl eines Vertragsspitals erübrigen sich Weiterungen, sind doch die Verhältnisse diesfalls mit dem Tarifvertrags geregelt.

Die Folgen der Wahl eines Spitals, welches über keinen Vertrag mit der IV verfügt, sind in der Rechtsprechung und Literatur nicht eindeutig geregelt. So wird in der Literatur die Meinung vertreten, ein Versicherter begeben sich dadurch ausserhalb der „Komfortzone“ des gesetzlichen Naturalleistungsprinzips und mangels eines vertraglichen Verhältnisses zwischen dem Leistungserbringer und der IV kämen in diesem Fall direkte (auftragsrechtliche) Vertragsbeziehungen zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer zustande, wobei der Versicherte dem Leistungserbringer in diesem Fall selbst das vertraglich vereinbarte Honorar schulde und sich damit einem persönlichen Kostenrisiko aussetze (Waldner, a. a. O. S. 240). In der Rechtsprechung finden sich – soweit ersichtlich – lediglich Anwendungsfälle mit Vertragspitälern (respektive –dienstleistern). In BGE 99 V 152 E. 3 ging das Eidgenössische Versicherungsgericht davon aus, dass in der Regel keine direkten Rechtsbeziehungen zwischen dem Versicherten und der durchführenden Stelle zustande kommen und solches etwa denkbar ist, wenn der Versicherte auf eigenes Begehren in einer andern als in der allgemeinen Abteilung behandelt wird, obschon die Behandlung in der allgemeinen Abteilung möglich wäre. Gleichzeitig wird die Annahme des Behandlungsauftrages stillschweigend als Einverständnis mit der Entschädigung gemäss Tarifvereinbarung interpretiert. Im Urteil 2C\_128/2010 vom 7. Dezember 2010 E. 3 bestätigte das Bundesgericht implizit einen Tarifschutz für medizinische Leistungen, welcher verhindern soll, dass die Leistungserbringer dem IV-Leistungsempfänger noch zusätzlich Rechnung stellen.

#### **E. 4.3.3**

Bei diesem Ergebnis besteht damit grundsätzlich Raum für eine Fakturierung über die von der Beschwerdegegnerin hinausgehenden Leistungen. Damit aber hat die Versicherte ein Rechtsschutzinteresse am Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung, in welcher der von der Beschwerdegegnerin entrichtete Betrag beziffert wird. Denn die Höhe dieses Betrages wirkt sich auf den Umfang der Restkosten aus.

#### **E. 4.4.1**

Zu klären bleibt, ob Raum für ein Bestreiten der Rechtmässigkeit des von der Beschwerdegegnerin angewendeten Tarifs (Baserate Fr. 11'345.--) besteht. Die Beschwerdegegnerin verneinte diese Frage mit der Begründung, durch den Erlass der Mitteilung gegenüber dem Leistungserbringer mit Zusicherung der Kostenübernahme nach geltendem IV-Tarif (Basispreis 2015) sei die Tarifrfrage abschliessend (und rechtskräftig) geklärt.

#### **E. 4.4.2**

Zutreffend ist, dass die Beschwerdegegnerin nicht gehalten ist, gegenüber der Beschwerdeführerin 1 eine Verfügung zu erlassen. Tarifstreitigkeiten sind mittels Klageverfahrens vor dem Schiedsgericht zu klären (E. 4.2). Gegenüber der Versicherten hingegen besteht durchaus Raum für den Erlass einer anfechtbaren Verfügung.

#### **E. 4.4.3**

Fraglich ist damit einzig, ob mit der Leistungsverfügung vom 20. Juli 2015 (Urk. 10/6) abschliessend über die zu entrichtenden Kosten befunden wurde. Die Verfügung enthält zuerst die Aufzählung der gewährten Massnahmen (Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 276 und die ärztlich verordneten Behandlungsgeräte vom 18. Mai 2015 bis 31. Mai 2020) gefolgt von den Hinweisen, dass für allfällig beantragte Therapien eine separate Mitteilung folge und frühzeitig ein Gesuch für die Verlängerung der Kostengutsprache zu stellen sei, wenn das Kind nach Ablauf der Mitteilung weiterhin in ärztlicher Behandlung oder nichtärztlicher Therapie steht. Zuletzt findet sich folgender Hinweis: „Die Vergütung erfolgt nach IV-Tarif. Bei Spitalaufenthalt übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung.“

Bei der gewählten Formulierung handelt es sich um einen Standardtext, welcher für den Normalfall der Behandlung in einem Vertragsspital geeignet ist und dem regelmässig nur beschränkte Bedeutung zukommt, stehen ja die mit den Vertragsspitalern ausgehandelten Tarife fest und ist nicht ersichtlich, in wiefern diese beanstandet werden könnten. Wesentlich ist diesfalls vielmehr der Hinweis auf die Kostenübernahme der allgemeinen Abteilung, falls sich ein Versicherter in der halb- oder privaten Abteilung behandeln lassen möchte.

Vorliegend gestaltet sich die Sachlage grundsätzlich anders. Mangels Behandlung in einem Vertragsspital kommt dem ersten Satz („Die Vergütung erfolgt nach IV-Tarif.“) eine massgebende Bedeutung zu und wird damit zu jenem Punkt der Verfügung, welcher den Interessen der Versicherten entgegensteht. Offensichtlich ist es der Versicherten (respektive deren gesetzlichen Vertretern) wie auch der Beschwerdegegnerin entgangen, dass dieser Punkt zu Konflikten führen könnte. Letzteres zeigt sich schon daran, dass eine Begründung vollständig fehlt und auch keinerlei Hinweise auf die konkreten Tarife gemacht wurden, welche von Laien praktisch nicht zu eruieren sind. Dies stellt eine Verletzung der in Art. 49 Abs. 3 ATSG statuierten Begründungspflicht dar und hält auch unter dem Blickwinkel der Informationspflicht gemäss Art. 27 Abs. 1 ATSG nicht stand. Die Beschwerdegegnerin hatte im Zeitpunkt des Verfügungserlasses Kenntnis davon, dass die Beschwerdeführerin 2 bei der Beschwerdeführerin 1 behandelt worden war, dass mit diesem Spital kein Vertrag besteht und dies zu einer Deckungslücke führen wird. Bei dieser Ausgangslage wären eine Darlegung der Umstände und ein expliziter Hinweis auf diese Problematik (im Rahmen der Begründungspflicht) zwingend gewesen. Ansonsten wäre die Kostenübernahme für einen Betrag in Rechtskraft erwachsen, deren (mögliche) Strittigkeit

den gesetzlichen Vertretern der Beschwerdeführerin 2 im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gar nicht bewusst war und realistischerweise auch nicht sein konnte.

#### **E. 4.4.4**

Damit steht fest, dass die Höhe der von der Beschwerdegegnerin effektiv zu übernehmenden Kosten nicht in Rechtskraft erwachsen ist. Da die Kostenübernahme dem Begehren der Beschwerdeführerin 2 nicht voll entspricht, hat die Beschwerdegegnerin hierüber - das Vorbescheidverfahren (Art. 57a IVG) wurde bereits durchgeführt (Urk. 10/8 und Urk. 10/13) - eine Verfügung zu erlassen (Art. 49 Abs. 3 ATSG), wobei eine Begrüssung der Krankenkasse der Beschwerdeführerin 2 zu prüfen sein dürfte. Dies führt zur Gutheissung des Eventualantrags in der Beschwerde.

Ein materieller Entscheid (Hauptantrag in der Beschwerde) ist bei fehlendem Anfechtungsobjekt nicht möglich. Das von den Beschwerdeführerinnen der art interpretierte Schreiben vom 23. Februar 2016 (Urk. 10/17) kann nicht als Verfügung gedeutet werden, enthält es doch keine materielle Aussage und äusserte sich die Beschwerdegegnerin auch im vorliegenden Verfahren (zu Recht) nicht materiell (Urk. 9).

#### **E. 5**

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Waldner und Rechtsanwalt Dr. Andreas C. Albrecht - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen

##### **E. 5.1**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 69 Abs. 1 bis d des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung e contrario).

##### **E. 5.2**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin 2 eine Prozessentschädigung auszurichten, welche unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (im Hinblick auf die Frage der Rechtsverweigerung, § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht) mit Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Soweit darauf eingetreten wird, wird die Beschwerdegegnerin in teilweiser Gutheissung der Beschwerde verpflichtet, über die Höhe ihrer Kostenbeteiligung der vom 18. Mai 2015 bis zum 3. Juni 2015 dauernden medizinischen Behandlung der Beschwerdeführerin 2 eine beschwerdefähige Verfügung zu erlassen. 2.

Auf die Beschwerde der Beschwerdeführerin 1 wird nicht eingetreten. 3.

Das Verfahren ist kostenlos. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin 2 eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

#### **E. 6**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis

und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Gräub  
Bachmann

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