

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00518 vom 27. Februar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00518](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00518)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00518 du 27 février 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00518 del 27 febbraio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG)). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang aufgeführt. Das Eidgenössische Departement des Innern kann die Liste jährlich anpassen, sofern die Mehrausgaben einer solchen Anpassung für die Versicherung insgesamt drei Millionen Franken pro Jahr nicht übersteigen (Art. 1 Abs. 2 GgV). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV).

### **E. 1.2**

In Art. 14 Abs. 1 IVG wird der Umfang der medizinischen Massnahmen geregelt. Diese umfassen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien (lit. a) und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (lit. b). Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung hat die versicherte Person überdies, wenn die ärztliche Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt erfolgt, Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung. Begibt sie sich in eine andere Abteilung, obwohl die Massnahme in der allgemeinen Abteilung durchgeführt werden könnte, so hat sie Anspruch auf Ersatz der Kosten, die der Versicherung bei Behandlung in der allgemeinen Abteilung entstanden wären.

### **E. 1.3**

Gemäss dem am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Art. 14 bis IVG wird die Kostenvergütung für stationäre Behandlungen im Sinne von Art. 14 Abs. 1 und 2 IVG, die in einem nach Artikel 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zugelassenen Spital erbracht werden, im Umfang von 80 % durch die Versicherung und im Umfang von 20 % durch den Wohnkanton der versicherten Person geleistet, wobei der Wohnkanton seinen Anteil direkt dem Spital zu entrichten hat.

### **E. 1.4**

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren auf der einen Seite und das BSV, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, die Medizinaltarif-Kommission UVG und die Suva, Abteilung Militärversicherung, auf der anderen Seite, vereinbarten am 8., 17., 22. und 24. August 2011, dass die Versicherer bei in Rechnung gestellten Tarifen gemäss der Tarifstruktur SwissDRG ab 1. Januar 2013 bei inner- und ausserkantonalen UV-/IV-/MV-Patienten 100 % der verhandelten Tarife übernehmen, und dass die Kantone sich nicht an der Finanzierung der Leistungen beteiligen. Diese Vereinbarung erfolgte auf Seiten der Invalidenversicherung unter dem „Vorbehalt einer anderslautenden neuen gesetzlichen Regelung zur Abgeltung der stationären Behandlungen von IV-Versicherten“ ([www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)). Um eine solche gesetzliche Regelung handelt es sich bei dem ab 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Art. 14 bis IVG, weshalb der erwähnten Vereinbarung mit der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren ab diesem Zeitpunkt im Bereich der Invalidenversicherung keine Geltung mehr zukommt.

### **E. 1.5**

Art. 27 Abs. 1 IVG räumt dem Bundesrat die Kompetenz ein, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen sowie den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzulegen. In Abs. 3 dieser Bestimmung wird der Bundesrat ermächtigt, soweit kein Vertrag besteht, die Höchstbeträge festsetzen, bis zu denen den Versicherten die Kosten der Eingliederungsmassnahmen vergütet werden. In Art. 24 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist geregelt, dass das BSV die Verträge gemäss Art. 27 IVG abschliesst. Abs. 3 dieser Bestimmung bestimmt, dass für Personen und Stellen, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einem bestehenden Vertrag beizutreten, die vertraglich festgesetzten Tarife als Höchstansätze im Sinne von 27 Abs.

### **E. 1.6**

Im Bereich der Akutsomatik wurde per 1. Januar 2012 ein Systemwechsel vollzogen und mit SwissDRG im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur eingeführt.

Gestützt auf Art. 49 Abs. 2 KVG wurde von den Tarifpartnern und den Kantonen die SwissDRG AG, Bern, eingesetzt, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur SwissDRG zuständig ist. Am 16. Februar 2015 schlossen die Beschwerdegegnerin auf der einen Seite und das BSV, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, die Medizinaltarif-Kommission UVG und die Suva, Abteilung Militärversicherung, auf der anderen Seite, unter anderem gestützt auf Art. 27 IVG einen Tarifvertrag zur Regelung der Vergütung von Kosten für die Behandlung von akutsomatischen stationären Patienten nach dem vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur SwissDRG (Urk. 3/5 Ingress). Dieser Tarifvertrag ist am 1. Januar 2015 in Kraft getreten (Art. 2 Abs. 1). Beilage 6 des Tarifvertrages enthält eine Liste mit den zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Vertragsspitalern. Darin ist die Z. \_\_\_ aufgeführt. In Beilage 2 des Tarifvertrages wird sodann der Wortlaut von Art. 14 bis IVG wiedergegeben, wonach die Kostenvergütung für stationäre Behandlungen im Umfang von 80 % durch die Versicherung und im Umfang von 20 % durch den Wohnkanton der versicherten Person zu leisten ist. 2.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. April 2017 (Urk. 2) davon aus, dass der Wortlaut von Art. 14 bis IVG eindeutig sei, und dass der darin enthaltene Verweis auf Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG bedeute, dass eine Mitfinanzierungspflicht des Wohnkantons im Umfang eines Kantonsanteils nur dann bestehe, wenn das Spital oder die Klinik auf der Spital liste des Wohnkantons aufgeführt sei (Urk. 2 S. 2). Im Verfahren ergänzte sie, dass das auf der Spitalliste aufgeführte Spital zusätzlich für die in Frage stehende Behandlung einen Leistungsauftrag haben müsse (Urk. 5 S. 3). Da die Z.\_\_\_\_ nicht in die Spitalliste des Kantons Zürich, dem Wohnkanton des Versicherten, aufgenommen worden sei, und überdies über keinen Leistungsauftrag für kiefer orthopädische Behandlungen verfüge, sei ein Kantonsanteil an den Kosten der streitigen Behandlung vom Kanton Zürich nicht geschuldet (Urk. 5 S. 4).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin bringt hiegegen vor, dass

Art. 14 bis IVG lediglich auf Bundesrecht und nicht auf kantonales Recht verweise, und dass der darin enthaltene Verweis auf Art. 39 KVG lediglich die bundesrechtlichen Voraussetzungen zur Aufnahme in eine Spitalliste und nicht die Leistungsaufträge umfasse, weshalb ein Anspruch auf einen Kantonsanteil von 20 %

für die Behandlung des Versicherten in der Z.\_\_\_\_, welche ein gemäss dem KVG zugelassenes Spital sei, und welche in den Spitallisten der Kantone Glarus und Graubünden aufgeführt sei, ausgewiesen sei (Urk. 1 S. 13).

### **E. 2.3**

Mit Verfügung vom 6. November 2017 (Urk. 14) wurden bei der Beigeladenen die Akten der Invalidenversicherung in Sachen des Versicherten (Urk. 16/1-22, Urk. 20/1-25, Urk. 21/1-21) beigezogen. Mit Duplik vom 7. Dezember 2017 (Urk. 18) nahm die Beschwerdegegnerin zum Amtsbericht des BSV vom 7. September 2017 Stellung und hielt an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (S. 1). Zu den beigezogenen Akten der Invalidenversicherung nahmen die Beschwerdeführerin am 23. Januar 2018 (Urk. 23) und die Beschwerdegegnerin am 25. Januar 2018 (Urk. 24) Stellung, wovon den Parteien am 26. Januar 2018 je eine Kopie der Eingabe der Gegenpartei zugestellt wurde (Urk. 25). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3**

IVG gelten.

#### **E. 3.1**

Gemäss § 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) entscheiden Einzelrichterinnen und Einzelrichter Streitigkeiten, deren Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt. Gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung kann das Verfahren in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung der Kammer zur Behandlung in ordentlicher Besetzung überwiesen werden.

#### **E. 3.2**

Im Streite steht die Frage, ob die Beschwerdegegnerin verpflichtet ist, der Beschwerdeführerin einen Kantonsanteil von 20 % an den Kosten der stationären Behandlung des Versicherten vom 21. bis 24. April 2016 in der Z.\_\_\_\_ zu bezahlen, wobei in masslicher Hinsicht die Bemessung des von der Beschwerdeführerin in Rechnung gestellten

Kantonsanteils im Betrag von Fr. 4'373.55 unbestritten ist (vgl. Urk. 5 und Urk. 18). Der Streitwert von Fr. 4'373.55 kommt daher gemäss § 11 Abs. 1 GSVG grundsätzlich in die ein zelrichterliche Zuständigkeit zu liegen. Beschwerdeweise beantragte die Beschwerdeführerin indes, dass das Verfahren der Kammer zu Behandlung in ordentlicher Besetzung überwiesen werde (Urk. 1 S. 4).

### **E. 3.3**

Das Prozessthema des vorliegenden Verfahrens betrifft in rechtlicher Hinsicht die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zur Entrichtung eines Kantonsanteils an den Kosten einer stationären Behandlung eines durch die Invalidenversicherung versicherten, im Kanton Zürich wohnhaften Patienten in einer nicht auf der Spitalliste des Kantons Zürich aufgeführten Klinik verpflichtet ist. Dabei ist insbesondere die Auslegung von Art. 14 bis IVG, wonach die Kostenvergütung für stationäre Behandlungen in einem zugelassenen Spital zu 80 % durch die Versicherung und zu 20 % durch den Wohnkanton des Versicherten geleistet wird, streitig. Da nicht auszuschliessen ist, dass sich diese Frage oder ähnliche Rechtsfragen auch in anderen Streitfällen stellen könnten, ist das Verfahren gestützt auf § 11 Abs. 3 GSVG in ordentlicher Besetzung zu entscheiden.

### **E. 4.1**

Beim Anspruch auf Kostenvergütung für stationäre Behandlungen im Umfang von 20 % durch den Wohnkanton der versicherten Person gemäss Art. 14 bis IVG handelt es sich um eine

sozialversicherungs- sowie bundesrechtliche

Leistung. Gemäss Art. 1 lit.

b ATSG finden auf Sozialversicherungsrecht des Bundes die verfahrensrechtlichen Bestimmungen des ATSG Anwendung. Das mit dem ATSG verfolgte gesetzgeberische Ziel einer Verfahrensvereinheitlichung ( Art. 1 lit. b ATSG ; vgl. BGE 140 V 58 E. 4.2 ) kann nur erreicht werden, wenn das ein schlägige Verfahrensrecht möglichst umfassend und - vorbehältlich gesetzlich geregelter Ausnahmen - insbesondere für die Beurteilung bundessozialversicherungsrechtlicher Ansprüche angewendet wird. Da Art. 14 bis IVG in Bezug auf das Verfahrensrecht keinen Vorbehalt zu Gunsten des kantonalen Rechts enthält, ist demnach von der Anwendbarkeit des ATSG auszugehen.

### **E. 4.2**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anzufechten. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. November 2016 (Urk. 6/7) war indes gemäss Art. 52 ATSG mit Einsprache anfechtbar. Gestützt auf Art. 58 ATSG ist daher das hiesige Gericht in sachlicher Hinsicht zur Beurteilung der gegen den Einspracheentscheid vom 5. April 2017 (Urk. 2) erhobenen Beschwerde zuständig.

### **E. 5.1**

Gemäss Art. 35 Abs. 1 KVG sind die Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie die Voraussetzungen nach Art. 36-40 KVG erfüllen. In Art. 39 KVG, auf welche Bestimmung in Art. 14 bis IVG verwiesen wird, ist die Zulassung für die Spitäler und für die anderen (stationären) Einrichtungen geregelt. Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung sind Anstalten oder deren

Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), zugelassen, wenn sie: - ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten (lit. a); - über das erforderliche Fachpersonal verfügen (lit. b); - über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (lit. c); - der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (lit. d); - auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (lit. e); - sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Art. 11 lit. a des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier anschliessen (lit. f).

### **E. 5.2**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet nur Leistungen, welche von zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden (Art. 35 ff. KVG in Verbindung Art. 41 Abs. 1 KVG). Werden Vergütungen an nicht zugelassene Leistungserbringer ausgerichtet, sind sie unrechtmässig erbracht und deshalb gemäss Art. 25 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVG zurückzuerstatten (BGE 133 V 579 E. 3.2). Dieser Grundsatz gilt auch für Spitäler. Wird ein Spital nicht in die Spitalliste (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG) aufgenommen oder wider spricht es der kantonalen Planung, so hat es keinen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Dies gilt auch für Privatspitäler (BGE 133 V 579 E. 3.3 und 132 V 6 E. 2.4.1).

### **E. 5.3**

Gemäss Art. 58e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) führen die Kantone auf ihrer Liste nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen (Abs. 1). Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt (Abs. 2). Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten (Abs. 3). In Art. 58b Abs. 3 KVV ist zudem geregelt, dass die Kantone das Angebot an Spitälern durch die Aufnahme von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen in die Spitalliste bestimmen, und dass dieses Angebot dem in nachvollziehbaren Schritten, gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des in nicht auf der Spitalliste aufgeführten Einrichtungen beanspruchten Angebots zu entsprechen hat.

### **E. 5.4**

Die Spitalplanung bezweckt unter anderem eine Eindämmung der Kosten, indem der Gesetzgeber davon ausgeht, dass ein Überangebot an Betten tendenziell zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Leistungen führt (BGE 132 V 6 E. 3.4). Der Entscheid, ob ein Spital in die Spitalliste aufzunehmen sei, hat eine wesentliche gesundheits- und sozialpolitische, aber regelmässig auch regional-, beschäftigungs- und allgemeinpolitische Bedeutung. Es handelt sich dabei um einen primär politischen Entscheid. Dementsprechend gibt das Gesetz den einzelnen Spitälern keinen Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste; es fehlt weitgehend an rechtlichen Kriterien für den Entscheid, welche Spitäler in die Spitalliste aufzunehmen sind. Die zuständigen kantonalen Behörden haben einen erheblichen Ermessensspielraum (BGE 126 V 172 E. 4b und 6d). Der Leistungsauftrag

nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG definiert den Umfang der Leistungen, welche ein Spital seinen Patienten anbieten muss um den Bedarf an Spitalbehandlungen seiner Einwohner zu decken (BGE 138 II 191 E. 4.3.1). Der unbestimmte Begriff des Leistungsauftrages ermöglicht den Kantonen einen grossen Spielraum in Bezug auf den Umfang der Leistungen, welche der kantonalen Spitalplanung entsprechen (BGE 138 II 191 E. 4.3.2).

### **E. 6.1**

Die Z. \_\_\_ war im Jahre 2016 nicht auf der die Akutsomatik betreffenden den Spitalliste des Kantons Zürich ([www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)

> Themen > Behörden & Politik > Spitalplanung / Spitallisten) aufgeführt, was unbestritten ist (Urk 1).

Den Akten ist indes zu entnehmen, dass die Z. \_\_\_ auf den Spitallisten Akutsomatik der Kantone Glarus (Urk. 3/11), Schwyz (Urk. 3/12) und Graubünden (Urk. 3/13) aufgeführt war.

### **E. 6.2**

Das BSV vertrat im Amtsbericht vom 7. September 2017 (Urk. 10) die Ansicht, der in Art. 14 bis IVG enthaltene Verweis auf Art. 39 KVG beziehe sich lediglich auf Bundesrecht, weshalb ein Spital als Leistungserbringer im Bereich der Invalidenversicherung zugelassen sei, wenn es in einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste eines Kantons aufgeführt sei, ohne dass es auch auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sein müsse (S. 3). Denn die Invalidenversicherung sei nicht der kantonalen Spitalplanung unterstellt. Des Gleichen sei nicht erforderlich, dass das Spital für das entsprechende medizinische Fachgebiet über einen Leistungsauftrag eines Kantons verfüge. Denn der Inhalt der Spitallisten und insbesondere die darin enthaltenen Leistungsaufträge stellten Bundesrecht vollziehendes kantonales Recht dar, auf welches Art. 14 bis IVG nicht verweise (S. 2).

### **E. 6.3**

Das Gesetz muss in erster Linie aus sich selbst heraus, das heisst nach dem Wortlaut, Sinn und Zweck und den ihm zu Grunde liegenden Wertungen auf der Basis einer teleologischen Verständnismethode ausgelegt werden. Die Gesetzesauslegung hat sich vom Gedanken leiten zu lassen, dass nicht schon der Wortlaut die Norm darstellt, sondern erst das an Sachverhalten verstandene und konkretisierte Gesetz. Die Rechtsprechung befolgt einen pragmatischen Methodenpluralismus und lehnt es namentlich ab, die einzelnen Auslegungselemente einer hierarchischen Prioritätsordnung zu unterstellen (BGE 141 III 195 E. 2.4 und 140 III 206 E. 3.5.4). Gefordert ist die sachlich richtige Entscheidung im normativen Gefüge, ausgerichtet auf ein befriedigendes Ergebnis der ratio legis. Die Gesetzesmaterialien können beigezogen werden, wenn sie auf die streitige Frage eine klare Antwort geben (BGE 136 III 23 E. 6.6.2.1 und 139 V 537 E. 5.1) Sind mehrere Auslegungen möglich, ist jene zu wählen, die der Verfassung am besten entspricht. Allerdings findet auch eine verfassungskonforme Auslegung ihre Grenzen im klaren Wortlaut und Sinn einer Gesetzesbestimmung (BGE 142 V 368 E. 5.1 ; 140 IV 162 E. 4.6 und 140 II 495 E. 2.3.3).

### **E. 6.4**

Ausgangspunkt der Auslegung ist der Wortlaut von Art. 14 bis IVG sowie der Wortlaut von Art. 39 KVG, worauf in Art. 14 bis IVG verwiesen wird. Der Wortlaut von Art. 39 Abs. 1

lit. e KVG, wonach „das Spital auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt“ sein muss, ist insofern klar, als darin vorausgesetzt wird, dass die Spitalliste nach Leistungsaufträgen und in Kategorien gegliedert sein muss.

Gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG hat „das Spital auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste aufgeführt“ zu sein. Der Wortlaut der Norm ist klar, das heisst eindeutig und unmissverständlich. Von einem klaren Wortlaut darf anlässlich der Gesetzesauslegung nur abgewichen werden, wenn triftiger Grund für die Annahme besteht, der Wortlaut ziele am wahren Sinn der Regelung vor bei. Anlass für eine solche Annahme können die Entstehungsgeschichte der Bestimmung (historisch), ihr Zweck (teleologisch) oder der Zusammenhang mit andern Vorschriften (systematisch) geben (BGE 140 II 80 E. 2.5.3 und 140 II 129 E. 3.2). Dem Wortlaut kommt umso höhere Bedeutung zu, je näher die Verabschiedung zurückliegt (BGE 140 IV 108 E. 6.6.5).

Für die Annahme eines vom Wortlaut abweichenden wahren Sinns besteht vorliegend kein Grund. Der Gesetzgeber hat damit die Vergütung lediglich auf Spitäler, die auf einer Spitalliste aufgeführt sind (Listenspitäler), einschränken wollen, und nicht beabsichtigt, dass diese Spitäler zusätzlich auch über einen Leistungsauftrag des Kantons für die Behandlung beziehungsweise für das medizinische Fachgebiet, welchem die durchgeführte Behandlung zuzurechnen ist, verfügen muss. Demnach steht fest, dass das die Behandlung durchführende Spital lediglich auf einer

nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste aufgeführt zu sein hat, ohne dass es gleichzeitig über einen Leistungsauftrag für das in Frage stehende medizinische Fachgebiet verfügen muss. Ein kantonaler Leistungsauftrag stellt daher keine Voraussetzung des Anspruchs auf Vergütung dar.

Der Wortlaut von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ist indes hinsichtlich des darin enthaltenen Begriffs „Spitalliste des Kantons“ unklar. Denn es steht auf Grund des Wortlautes nicht fest, ob der Begriff „Spitalliste des Kantons“ lediglich die Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person und/oder allenfalls diejenige des Standortkantons umfasst, oder ob damit die Spitallisten aller Kantone der Schweiz beziehungsweise die Spitalliste mindestens eines Kantons der Schweiz gemeint ist. Diesbezüglich ergibt eine Auslegung nach dem Wortlaut der Bestimmung kein klares Bild.

#### **E. 6.5.1**

Aus den Gesetzesmaterialien ergibt sich, dass Art. 14 bis IVG vom Ständerat auf Vorschlag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) in der Wintersession 2011 in das zweite Massnahmenpaket der IV-Revision 6b aufgenommen wurde (AB 2011 S 1196; Votum Humbel, AB 2012 N 708). In der parlamentarischen Beratung herrschte Konsens darüber, dass der mit Art. 14 bis IVG eingeführte Kostenschlüssel im Sinne einer Vergütung im Umfang von 80 % der Kosten durch die Invalidenversicherung und im Umfang von 20 % durch die Wohnkantone für alle Listenspitäler gelten soll. Ständerat Kuprecht führte dazu aus: „Gemäss den Regeln der neuen Spitalfinanzierung würde dieser Kostenschlüssel für alle Spitäler und für alle Patienten gelten, und der Anteil des Kantons würde durch den Wohnsitzkanton geleistet“ (Votum Kuprecht,

AB 2011 S 1197). Nationalrätin Humbel erwähnte sodann: „Die Mehrheit der SGK ist klar der Meinung, dass wir die IV im Hinblick auf das Sanierungsziel der 6. IV-Revision nicht mit einer zusätzlichen Ausgabe zu Gunsten der Kantone belasten dürfen. (...) Gemäss den Regeln der neuen Spitalfinanzierung gilt dieser Kostenschlüssel für alle IV-Patienten in

Listenspitälern, und der Kantonsanteil wird durch den Wohnsitzkanton geleistet. Der Kantonsanteil wird also analog zum KVG vom Wohnsitzkanton des Patienten oder der Patientin und nicht vom Standortkanton des Spitals übernommen. (...) Die Differenz zum Ständerat ist nicht inhaltlicher Art, sondern betrifft eine Präzisierung: Der Kantonsanteil muss ausschliesslich in Listenspitälern vergütet werden“ (Votum Humbel, AB 2012 N 708).

#### **E. 6.5.2**

Zudem gilt es zu beachten, dass den versicherten Personen im Bereich der Invalidenversicherung gemäss Art. 26 bis Abs. 1 IVG die Wahl unter den medizinischen Hilfspersonen und anderen Leistungserbringern, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, freisteht, wenn diese den kantonalen Vorschriften und den Anforderungen der Versicherung genügen. Von der in Art. 26 bis Abs. 2 IVG enthaltenen Befugnis, Zulassungsvorschriften für diese Personen und Stellen zu erlassen, hat der Bundesrat in Bezug auf Spitäler keinen Gebrauch gemacht. Da der Bundesrat gemäss Art. 27 Abs. 1 IVG befugt ist, mit den medizinischen Hilfspersonen und anderen Leistungserbringern, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, Verträge zu schliessen (vorstehend E. 1.5), und da gemäss Art. 24 Abs. 3 IVV die vertraglich festgelegten beruflichen Bedingungen für Stellen und Personen, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einen bestehenden Vertrag beizutreten, als Mindestanforderung der Versicherung im Sinne von Art. 26 bis Abs. 1 IVG gelten, steht das in Art. 26 bis Abs. 1 IVG statuierte freie Wahlrecht der versicherten Personen somit zusätzlich unter dem Vorbehalt der in einem Vertrag festgelegten beruflichen Bedingungen (Urteil des Bundesgerichts I 296/06 vom 1. Dezember 2006 E. 1.4)

#### **E. 6.5.3**

Demgegenüber gilt im Bereich der Krankenversicherung gemäss Art. 41 Abs. 1 bis KVG, dass die versicherte Person für die stationäre Behandlung lediglich unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen darf und dass der Krankenkversicherer und der Wohnkanton bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, zu leisten haben. In Abs. 3 dieser Bestimmung ist sodann geregelt, dass für eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital mit Ausnahme des Notfalls eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig ist. Demzufolge ist die freie Wahl des Leistungserbringers bei Spitälern im Bereich der Krankenversicherung im Vergleich zur Invalidenversicherung insofern stärker eingeschränkt, als dass bei einer ausserkantonalen Behandlung in einem Listenspital höchstens eine Vergütung nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, geschuldet ist, und als dass für eine ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen - abgesehen vom Notfall - eine Bewilligung des Wohnkantons erforderlich ist.

#### **E. 6.5.4**

Aufgrund der gänzlich unterschiedlichen Ausgestaltung der Spitalwahlfreiheit in der Invalidenversicherung und in der Krankenversicherung beziehungsweise auf Grund der im Bereich der Invalidenversicherung grundsätzlich unbeschränkt im gesamten Gebiet der Schweiz geltenden freien Wahl des Leistungserbringers ist davon auszugehen, dass eine Einschränkung in der Anwendung von Art. 41 Abs. 1 bis KVG auf Spitäler, welche auf der

Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person beziehungsweise derjenigen des Standorts des Spitals aufgeführt sind, mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Debatte im National- und Ständerat ausgelöst hätte. Nachdem dies nicht der Fall war, ist darauf zu schliessen, dass der Gesetzgeber beabsichtigte, dass im Rahmen des in Art. 14 bis IVG enthaltenen Verweises auf Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG der in letzterer Bestimmung enthaltene Begriff der „Spitalliste des Kantons“ nicht in dem Sinne eng auszulegen ist, dass damit lediglich die Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person oder des Standortkantons des Spitals gemeint wären, sondern dass dieser Begriff die Spitallisten aller Kantone umfassen soll. Eine historische Auslegung auf Grund der Gesetzesmaterialien führt daher zum Ergebnis, dass für die Anwendung der Regelung der Kostenvergütung von stationären Behandlungen im Sinne von Art. 14 bis IVG vorausgesetzt wird, dass es sich bei dem die Leistung erbringenden Spital um ein Listenspital handelt beziehungsweise, dass es auf der Spitalliste mindestens eines Kantons der Schweiz aufgeführt ist.

#### **E. 6.6**

Auch eine systematische Auslegung führt zum gleichen Ergebnis. Denn unter dem Gesichtspunkt der Gesetzessystematik gilt es zu beachten, dass Art. 14 bis IVG unter dem Titel „II. Die medizinischen Massnahmen“ steht. Darin sind in Art. 12-14 bis IVG die medizinischen Massnahmen geregelt. In Art. 14 Abs. 2 IVG wird der Umfang der medizinischen Massnahmen bei stationärer Behandlung dahin umschrieben, dass die versicherte Person Anspruch hat auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung eines Spitals beziehungsweise - bei Aufenthalt in einer anderen Abteilung - auf Ersatz der Kosten, die der Versicherung bei Behandlung in der allgemeinen Abteilung entstanden wären. Demzufolge statuiert Art. 14 Abs. 2 IVG eine im gesamten Gebiet der Schweiz geltende Spitalwahlfreiheit im Rahmen allgemeinen Abteilung eines Spitals. Demzufolge führt eine systematische Auslegung zum Schluss, dass Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG nicht eng auszulegen ist, und dass lediglich vorausgesetzt wird, dass das die Behandlung durchführende Spital mindestens auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt ist.

#### **E. 6.7**

Zu keinem anderen Ergebnis zu führen vermag sodann eine Berücksichtigung des Sinns und des Zwecks der Bestimmung von Art. 14 bis IVG. Denn diese Bestimmung war Teil der 6. IV-Revision, zweites Massnahmenpaket, welche eine nachhaltige, ausgabenseitige Sanierung der Invalidenversicherung zum Ziel hatte (vgl. Botschaft zur Änderung des IVG, 6. IV-Revision, zweites Massnahmenpaket, BBl 2011 5691). Nationalrätin Humbel führte anlässlich der parlamentarischen Beratung von Art. 14 bis IVG aus, dass das Sanierungsziel der 6. IV-Revision nicht mit einer zusätzlichen Ausgabe zu Gunsten der Kantone belastet werden dürfe (Votum Humbel, AB 2012 N 708). Demzufolge entspricht die Interpretation von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG, wonach für den Anspruch auf Vergütung vorausgesetzt wird, dass das behandelnde Spital mindestens auf einer Spitalliste eines Kantons der Schweiz aufgeführt ist, auch dem Sanierungsziel der Gesetzesvorlage beziehungsweise dem Sinn und dem Zweck von Art. 14 bis IVG.

#### **E. 7**

Eine Auslegung von Art. 14 bis IVG führt daher zum Ergebnis, dass ein Anspruch auf Kostenvergütung für stationäre Behandlungen im Sinne von Art. 14 IVG besteht, wenn das

die Leistungen erbringende Spital eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleistet, wenn es über das erforderliche Fachpersonal verfügt, wenn es über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügt und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleistet, wenn es der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entspricht, wenn es auf mindestens einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste eines Kantons der Schweiz aufgeführt ist und wenn es einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Art. 11 lit. a des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier angeschlossen ist.

#### **E. 8**

Vorliegend ist unbestritten, dass die Z.\_\_\_\_ im Jahre 2016 eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal verfügen, über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten, und dass sie einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft betreffend das elektronische Patientendossier angeschlossen war. Des Weiteren war die Z.\_\_\_\_ auf den Spitallisten Akutsomatik der Kantone Glarus, Schwyz und Graubünden aufgeführt (vorstehend E. 6.1). Demnach hat die Z.\_\_\_\_ die Voraussetzung der Aufnahme in mindestens eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste eines Kantons der Schweiz erfüllt. Auf Grund der Aufnahme in die Spitallisten dreier Kantone erfüllte die Z.\_\_\_\_ sodann auch die weitere Voraussetzung, dass sie der Planung eines oder mehrerer Kantone für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen muss.

#### **E. 9**

Nach Gesagtem war die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 14 bis IVG verpflichtet, der Beschwerdeführerin die Kosten der im Rahmen medizinischer Massnahmen im Sinne von Art. 12 ff. IVG erfolgten stationären Behandlung der im Kanton Zürich wohnhaften versicherten Person in der allgemeinen Abteilung der Z.\_\_\_\_ vom 21. bis 24. April 2016 im Umfang eines Kantonsanteils von 20 % zu vergüten. Die Beschwerdeführerin bemass den Kantonsanteil mit Rechnung vom 23. Mai 2016 (Urk. 3/10) gemäss der Tarifstruktur SwissDRG mit Fr. 4'373.55. Diese Bemessung des Kantonsanteils wurde von der Beschwerdegegnerin in masslicher Hinsicht nicht bestritten (Urk. 2, Urk. 5) und ist nicht zu beanstanden.

In Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. April 2017 daher aufzuheben und es ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet ist, der Beschwerdeführerin einen Betrag von Fr. 4'373.55 zu bezahlen.

#### **E. 10**

Gemäss Art. 52 Abs. 3 Satz 2 ATSG werden im Einspracheverfahren in der Regel keine Parteientschädigungen ausgerichtet. Die Beschwerdeführerin begründete ihren Antrag, es sei ihr abweichend von dieser Regel für das Verwaltungsverfahren eine Parteientschädigung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 6) einzig mit dem Hinweis, dass sie aufgrund des bestehenden Auslegungstreits und der Weigerung der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung des Kantonsanteils zur Bestreitung (richtig wohl: Beschreitung) des Rechtsweges gezwungen gewesen sei (Urk. 1 S. 1 Ziff. 43). Allein darin sind jedoch keine besonderen Umstände im Sinne der Rechtsprechung (vgl. BGE 130 V 350 E. 2.3.2) zu erblicken.

## **E. 11**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

## **E. 12**

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Ausgangsgemäss hat die

vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessschädigung, welche in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und eines gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vom 5. April 2017 aufgehoben, und es wird die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin im Sinne einer anteilmässigen Vergütung der Kosten der stationären Behandlung vom Y. \_\_\_ in der Z. \_\_\_ vom 21. bis 24. April 2016 einen Betrag von 4'373.55 zu bezahlen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessschädigung von Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Patrizia Gratwohl - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannVolz

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