

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00071 vom 28. Februar 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2005.00071

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00071 du 28 février 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00071 del 28 febbraio 2007

Erwägungen

E. 3

3.1 Das Pflegeheim stellte die Leistungen für den Aufenthalt des Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 2005 wie folgt in Rechnung (Urk. 7/3 und 7/6 [Beilage]): Fr. 120.-- Grundtaxe Kost und Logis, Fr. 33.-- Betreuungskosten, Fr. 159.-- Pflegekosten gemäss RAI Stufe CCL, insgesamt Fr. 312.--. Davon brachte es den Krankenkassenbeitrag für Pflegekosten von Fr. 66.80 (bis Ende 2004; ab 1. 1. 2005: Fr. 72.80 [vgl. Urk. 2 S. 2, und 6 S. 6]) in Abzug, welchen es der Beschwerdegegnerin direkt in Rechnung stellte (Urk. 7/5). Es resultierten zu Lasten des Versicherten somit noch Kosten von Fr. 245.20 pro Tag. Der Kostenanteil der Krankenkasse erhöhte sich ab dem Jahr 2005 auf Fr. 72.80 pro Tag (Urk. 6 S. 6).

3.2 Grundlage der Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherer bildet der Vertrag über die Verrechnung von Pflichtleistungen gemäss KVG nach dem RAI/RUG-System vom 1. Januar 2003 (Vertrag RAI/RUG; Urk. 16). Diesem sind sowohl das Pflegeheim als auch die Beschwerdegegnerin beigetreten (vgl. Urk. 16 Anhang 1a und 1b). Die Abrechnung erfolgt nach dem System des Tiers payant (Urk. 16 Anhang 1a). Das Heim figuriert sodann auch auf der Liste der Zürcher Pflegeheime. Für die auf der Basis des Systems RAI/RUG abrechnenden Heime gelangen die Pflegepauschalen und Vollpauschalen gemäss den Anhängen 2a und 2b des Vertrags RAI/RUG vom 1. Januar 2003, gültig per 1. Januar 2005, zur Anwendung (Urk. 16).

Der verstorbene F. war unbestrittenermassen in der Pflegestufe CCL (klinisch komplex mit geringem Pflegebedarf; Urk. 7/4) eingeteilt. Die Pflegepauschale betrug für diese Pflegestufe Fr. 159.-- (Urk. 3/3, 7/3 und 7/4) und beinhaltete gemäss der Leistungs- und Taxordnung des Heims Pflegedienstleistungen im Umfang gemäss Pflegediagnostik- sowie Bewohnereinstufungsbeurteilungen nach dem RAI/RUG-System (vgl. Urk. 3/3 S. 2 Ziff. 6.3). Zu den Pflegemassnahmen, die auf ärztliche Anordnung von der Krankenversicherung zu übernehmen sind und welche im Rahmen der Leistungserfassungssysteme BESA oder RAI/RUG abgedeckt werden, gehören neben den Massnahmen der Abklärung und Beratung sowie der Untersuchung und der Behandlung auch folgende Massnahmen der Grundpflege: allgemeine Grundpflege bei Patienten und Patientinnen, welche die Tätigkeit nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken sowie die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege (vgl. die Antwort des Regierungsrates

des Kantons Zürich vom 11. Mai 2005 auf eine Anfrage von Kantonsrat Schärch; KR-Nr. 54/2005). Gemäss Anhang 2a des Vertrags (Urk. 16) übernehmen die Krankenversicherer hierfür ab dem Jahr 2005 einen Kostenbeitrag in der Höhe von Fr. 72.80 pro Tag. Eine Leistungspflicht in diesem Umfang stellt die Beschwerdegegnerin nicht in Abrede. Nicht zu den von der Krankenversicherung zu vertretenden Kosten gehören selbstverständlich die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, aber auch die im Einzelfall in unterschiedlichem Ausmass anfallenden Hauswirtschaftskosten für Betreuung oder Unterstützung, Alltagsgestaltung, Erledigung von persönlichen Angelegenheiten und dergleichen.

3.3.3 Grundsätzlich müssen sich Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz keine weiter gehenden Vergütungen berechnen (sog. Tarifschutz, Art. 44 Abs. 1 KVG; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 6. Juni 2005 in Sachen H., K 57/01, Erw. 7). Die Beschwerdegegnerin hatte damit keinen höheren Beitrag zu leisten als denjenigen, den sie gemäss dem gültigen und anwendbaren Tarifvertrag (im System des Tiers payant) direkt an das Pflegeheim bezahlt hat: Sie hat mit einem Kostenanteil von Fr. 66.80 pro Tag bis Ende 2004 und Fr. 72.80 ab 2005 den von ihr geschuldeten Beitrag geleistet. Versicherer und Leistungserbringer haben gegenseitig ihre im System des Tiers payant eingegangenen Verpflichtungen erfüllt. Auch wenn das Pflegeheim dem Versicherten mit zusätzlicher Rechnung überhaupt zu Unrecht oder aber zumindest zu hohe Kosten belastet haben sollte, was der Versicherte geltend machen lässt, war die Beschwerdegegnerin gegenüber dem Pflegeheim nur im Rahmen der bereits ausgerichteten Vergütungen kostenpflichtig. Die Beschwerde ist demnach insoweit unbegründet und abzuweisen.

4.1.1 Zu prüfen bliebe das Rechtsverhältnis zwischen Pflegeheim und Versichertem. Dies stellt aber keine Streitigkeit zwischen Versicherer und Leistungserbringer dar, die im Sinne von Art. 89 Abs. 1 KVG in die Zuständigkeit des kantonalen Schiedsgerichtes fallen könnte. Fraglich ist vielmehr, ob das Heim zu Recht dem Versicherten über den Betrag hinaus direkt Rechnung gestellt hat, den es von der Krankenkasse erhalten hatte. Dies kann aber weder im vorliegenden Verfahren, noch vor dem Schiedsgericht beurteilt werden. Eine Klageerhebung beim Schiedsgericht durch die Krankenkasse anstelle der versicherten Person nach Art. 89 Abs. 3 KVG ist ebenfalls nicht möglich, da die Vergütung durch die Beschwerdegegnerin nicht im Tiers garant erfolgt ist. Liegen somit der effektiv bestehenden Problematik nicht die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Versichertem bzw. Versicherer und Leistungserbringer gemäss Art. 89 Abs. 1 KVG zugrunde, sondern diejenigen zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten, so ist die Streitigkeit zusammenfassend nicht nach sozialversicherungsrechtlichen Kriterien zu beurteilen, mit der Folge, dass diesbezüglich weder das Sozialversicherungsgericht noch die Schiedsgerichte, sondern allenfalls die Zivilgerichte zum Entscheid sachlich zuständig sind (zum Ganzen: BGE 131 V 191 mit Hinweisen).

4.1.2

4.1.2 Im Weiteren ist zu prüfen, ob dem Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung für das Einspracheverfahren sowie für das Beschwerdeverfahren entsprochen werden kann.

Die Beschwerdegegnerin hat das Gesuch abgewiesen, da sich die Einsprache als aussichtslos erweise (Urk. 2 S. 3).

4.2 Im Verwaltungsverfahren kann sich eine Partei, wenn sie nicht persönlich zu handeln hat, jederzeit vertreten lassen (Art. 37 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), und es wird ihr, wo die Verhältnisse es erfordern, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt (Art. 37 Abs. 4 ATSG). Dabei ist bei der Prüfung der sachlichen Voraussetzungen (Bedürftigkeit, fehlende Aussichtslosigkeit, erhebliche Tragweite der Sache, Schwierigkeit der aufgeworfenen Fragen, mangelnde Rechtskenntnisse der versicherten Person) ein strenger Massstab anzulegen. Hohe Anforderungen sind insbesondere an die Notwendigkeit der Verbeständigung zu stellen. Da die erforderlichen Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein müssen, darf das Verfahren - trotz Bejahung von Bedürftigkeit und Gebotenheit der Vertretung - nicht aussichtslos sein.

Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese.

Angesichts der klaren Rechtslage erschienen die Gewinnaussichten von Anbeginn als ausgesprochen gering. Das Einsprache- und das Beschwerdeverfahren sind daher als aussichtslos zu bezeichnen, weshalb die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung nicht erfüllt sind.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch vom 23. Juli 2005 um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung wird abgewiesen;

und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Maria Londis
 - Universa Krankenkasse
 - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 und 100 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 zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die $\hat{A} \hat{A} \hat{A}$ als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in $\hat{A} \hat{A} \hat{A}$ HÄnden hat (Art. 42 BGG).

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