

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00067 vom 15. Januar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2006.00067

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00067 du 15 janvier 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00067 del 15 gennaio 2008

Erwägungen

E. 1

1.1 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

1.2 Die Beschwerde vom 10. August 2006 richtet sich gegen den Einspracheentscheid vom 8. Juni 2006, in welchem die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geprüft wurde; ein Anspruch aus den Zusatzversicherungen wurde bestätigt. Nachdem sich die Beschwerde unter Bezugnahme auf das KVG ausschliesslich gegen den verneinten Anspruch aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtet und keine Klage betreffend Leistungspflicht aus den Zusatzversicherungen erhoben wurde, sind die geltend gemachten Ansprüche der Beschwerdeführerin in diesem Verfahren ausschliesslich im Hinblick auf die Leistungspflicht aus der sozialen Krankenversicherung zu prüfen.

E. 2

2.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25-31 nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

2.2 Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind gemäss Art. 35 Abs. 1 und 2 lit. h sowie Art. 39 Abs. 1 KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie, nebst der Erfüllung weiterer - hier nicht interessierender - Voraussetzungen, der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG), und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG). Die Voraussetzungen nach Art. 39

Abs. 1 KVG gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim; Art. 39 Abs. 3 KVG).

2.3 Gegenüber dem früheren, bis 31. Dezember 1995 geltenden Recht, das den Versicherten die Wahl unter den inländischen Heilanstalten frei liess (Art. 19 bis Abs. 1 KUVG), verschärfte das neue Recht die Voraussetzungen der Zulassung der Spitäler zur Kassenpraxis, indem die Versicherer für die Krankenpflege in einem Spital, das in keiner kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, keine Leistungen zu erbringen haben. Immerhin ist die Aufnahme in die Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person nicht erforderlich; als Zulassungsvoraussetzung genügt jedenfalls die Aufnahme in diejenige des Standortkantons (BGE 125 V 448). Ist ein Spital aber in keine Spitalliste aufgenommen, führt dies dazu, dass obligatorisch Versicherte sich nicht in dieser Klinik behandeln lassen werden, was bei dieser Einnahmehausfalle verursachen kann (BGE 126 V 175 Erw. 2b).

2.4 Die Austauschbefugnis kann zwar grundsätzlich auch in der obligatorischen Krankenversicherung zur Anwendung gelangen; sie kann jedoch nicht Nichtpflichtleistungen durch Pflichtleistungen ersetzen (BGE 111 V 326 Erw. 2a). Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in RKUV 1994 Nr. K 933 S. 73 Erw. 6a festgestellt hat, geht es bei der Austauschbefugnis darum, den gleichen gesetzlichen Zweck auf einem andern Weg oder mit andern Mitteln zu verfolgen, nicht aber die gesetzliche Ordnung durch eine andere, inhaltlich weiter gehende Regelung zu ersetzen. Wählt der Versicherte, aus welchen Gründen auch immer, eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Pflege und Behandlung, so entfällt der Vergütungsanspruch. An dieser Rechtsprechung ist auch im Rahmen des KVG festzuhalten (BGE 126 V 332 Erw. 1b).

E. 3

3.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten von Fr. 4'316.-- und Fr. 536.60 des rehabilitativen Aufenthalts der Beschwerdeführerin vom 21. Januar bis 15. Februar 2006 im A. ___ im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat.

3.2 Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Begehrens um Kostenübernahme im angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Juni 2006 damit, dass das A. ___ weder als Spital noch als Rehabilitationsklinik im Sinne des KVG anerkannt sei. Ausserdem seien in der Rechnung des WellnessHotels Kurhaus Cademario keine therapeutischen Behandlungen nach den im Rahmen des KVG geltenden Tarifbestimmungen verrechnet worden. Vielmehr seien die therapeutischen Massnahmen nach einem Privattarif verrechnet worden, was darauf hinweise, dass für die gesamte Behandlung im Rahmen der KVG-Versicherung kein Leistungsanspruch bestehe (Urk. 2 S. 3).

3.3 Die Beschwerdeführerin wandte im Wesentlichen ein, es sei davon auszugehen, dass sie vom 21. Januar bis 15. Februar 2006 spitalbedürftig gewesen sei. Im Rahmen des Kuraufenthaltes seien aufgrund ärztlicher Verordnung psychotherapeutische und physiotherapeutische Therapien durchgeführt worden. Diese Kosten seien vermutlich von der Beschwerdegegnerin übernommen worden, weshalb klar sei, dass es sich beim Aufenthalt nicht um einen Kuraufenthalt gehandelt habe, sondern um eine medizinische Rehabilitation, gelangten die Therapieformen doch zur Nachbehandlung der Krankheit zur

Anwendung (Urk. 1 S. 6). Äußerdem handle die Beschwerdegegnerin wider Treu und Glauben, soweit sie geltend mache, das A.____ sei keine im Sinne des KVG anerkannte Institution. Denn sie habe diese gegenüber anerkannten Institutionen, wie beispielsweise die Klinik B.____, billigere Leistungen wählen müssen (Urk. 1 S. 7).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Das A.____ ist weder in der Spitalliste des Kantons D.____ noch in derjenigen des Standortkantons C.____ enthalten und ebenso wenig als Rehabilitationsklinik entsprechend zugelassen. Demzufolge ist das A.____ nicht berechtigt, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen zu erbringen, was - in Äbereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 7 S. 3) - dazu führt, dass kein Leistungsanspruch im Rahmen des KVG besteht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ob das A.____ in materieller Hinsicht geeignet ist, die im Zusammenhang mit der Rehabilitation erforderlichen Leistungen zu erbringen, vermag nichts daran zu ändern, dass keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht, wenn die besagte Einrichtung nicht als Rehabilitationsklinik zugelassen ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen D. vom 21. März 2006, K 137/04, Erw. 4.2 und 4.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Akten ist zudem davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin den Nachweis, sie habe keine im Rahmen des KVG zugelassene Rehabilitationsklinik gefunden, die sie behandelt hätte, nicht erbracht hat. So fehlen in den Akten diesbezügliche negative Entscheide von Spitälern beziehungsweise Rehabilitationskliniken auf eine entsprechende Anfrage der Beschwerdeführerin, beispielsweise der auf der Liste des Kantons D.____ figurierenden und von der Beschwerdeführerin selbst erwähnten Klinik B.____.

4.2 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin machte geltend, nach ihrer Entlassung aus dem Universitätsspital Zürich und insbesondere vom 21. Januar bis 15. Februar 2006 spitalbedingt gewesen zu sein (Urk. 1 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, d.h. einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedingtheit in diesem Sinne ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, anderseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen Aufenthalt nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 326 Erw. 2b mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen K. vom 26. August 2004, K 53/04, und in Sachen B. vom 27. November 2006, K 68/06).

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sanitas Grundversicherungen AG
- Rechtsanwältin Dr. Susanne Raess-Eichenberger
- Bundesamt für Gesundheit
- Bundesamt für Privatversicherungen

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 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 zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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