

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00015

## vom 26. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2008.00015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2008.00015)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00015 du 26 janvier 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00015 del 26 gennaio 2010

### Erwägungen

#### E. 1

Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

#### E. 2

Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä a. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Person oder in deren Umgebung;

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä b. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

#### E. 3

Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

3.2 Ä Ä Ä Ä Unter Spital im Sinne von Art. 41 Abs. 2 lit. b und Abs. 3 KVG sind nach Art. 39 Abs. 1 KVG Anstalten oder deren Abteilungen zu verstehen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Art. 39 Abs. 1 KVG). Diese werden als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (Art. 35 Abs. 1 KVG) zugelassen (Art. 38 KVG), wenn sie gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG:

â â â â â â â â a. â â â â â â â â ausreichende Ãrztliche Betreuung gewÃhrleisten;

â â â â â â â â b. â â â â â â â â Ãber das erforderliche Fachpersonal verfÃgen;

â â â â â â â â c. â â â â â â â â Ãber zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfÃgen und eine â â â â â â â â zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewÃhrleisten;

â â â â â â â â d. â â â â â â â â der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten â â â â â â â â Planung fÃr eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei â â â â â â â â private TrÃgerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;

â â â â â â â â e. â â â â â â â â auf der nach LeistungsauftrÃgen in Kategorien gegliederten Spitalliste â â â â â â â â des Kantons aufgefÃhrt sind.

3.3 â â â Nach Art. 44 Abs. 1 KVG mÃssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behÃrdlich festgelegten Tarife und Preise halten und dÃrfen fÃr Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden VergÃtungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen Ãber die VergÃtung fÃr Mittel und GegenstÃnde, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.

#### 4. â â â â â â

4.1 â â â Die im Kanton D.\_\_\_\_ gelegene private Klinik B.\_\_\_\_ figuriert sowohl auf der Spitalliste ihres Standortkantons (Urk. 8/11) als auch auf jener des Kantons ZÃrich (Urk. 8/9). Streitig ist, ob sich die Beschwerdegegnerin darauf beschrÃnken kann, an den Aufenthalt des BeschwerdefÃhrers in der Klinik B.\_\_\_\_ eine Tagespauschale von Fr. 310.--, entsprechend dem fÃr Einwohner des Kantons ZÃrich geltenden Tarif fÃr eine Neurorehabilitation in der Klinik C.\_\_\_\_ (vgl. Tarifliste der Klinik C.\_\_\_\_; Urk. 8/10), zu leisten, oder ob sie die Kosten gemÃss dem Tarif der Klinik B.\_\_\_\_ (Tagespauschale Fr. 665.--; vgl. Urk. 8/9, Urk. 8/11 S. 3) zu Ãbernehmen hat.

4.2 â â â Der BeschwerdefÃhrer argumentierte, die Klinik B.\_\_\_\_ finde sich auf der Spitalliste des Kantons ZÃrich und sei damit als ausserkantonales Spital den innerkantonalen SpitÃlern gleichgestellt. Deshalb habe die Beschwerdegegnerin die vollen Kosten zu Ãbernehmen. Die versicherte Person kÃnne unter den Kliniken, die in der Spitalliste aufgefÃhrt seien, frei wÃhlen, ungeachtet des Umstands, ob sich die Klinik innerhalb oder ausserhalb des Wohnkantons befinde (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. IV.A, Urk. 13 S. 2 f. Ziff. 1-4). Die Beschwerdegegnerin hÃlt fest, ein medizinischer Grund fÃr eine Behandlung ausserhalb des Kantons ZÃrich habe nicht bestanden. Bei freiwilliger Behandlung bei einem ausserkantonalen Leistungserbringer sei stets nur der Tarif anwendbar, der im Wohnkanton der versicherten Person gelte, auch wenn der ausserkantonale Leistungserbringer auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgefÃhrt sei (Urk. 2 S. 2 f., Urk. 7 S. 2 ff. Ziff. 1 ff., Urk. 16 S. 1 f.).

## E. 5

5.1 â â â Das damalige EidgenÃssische Versicherungsgericht hat sich in seinem Entscheid vom 21. Dezember 2001 (BGE 127 V 398 ff.) zur KostenÃbernahme zu Lasten

der obligatorischen Krankenversicherung aufgrund eines ausserkantonalen, stationären Aufenthalts einer grundversicherten Person in einem privaten Spital im Kanton Basel-Land, das sowohl auf der Liste des Wohnkantons (Basel-Stadt) als auch auf der Spitalliste des Standortkantons, mithin auf einer gemeinsamen Liste war, geussert.

Das Gericht hielt in seinem Urteil fest, es müsse unterschieden werden zwischen der Zulassung eines Leistungserbringers als Kostenträger des KVG im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG und der tarifvertraglichen Rechtslage im Lichte des beschränkten Wahlrechts unter den Leistungserbringern nach Art. 41 KVG. Wenn ein Spital im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG auf eine Spitalliste gesetzt werde, bedeute dies einzig, dass es sich um einen zugelassenen Leistungserbringer handle, der KVG-pflichtige Kostenvergütungsansprüche auslöse. Damit sei über die Frage des anwendbaren Tarifs noch überhaupt nichts gesagt. (...) Der volle Tarifschutz gelte im Regelfall nach Massgabe von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG nur innerhalb der Grenzen des Wohnkantons der versicherten Person. Lasse sie sich aus freiem Willen - das heisst ohne das Vorliegen medizinischer Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG - durch einen ausserkantonalen Leistungserbringer behandeln, der als solcher auf der Spitalliste des Wohnkantons im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG namentlich aufgeführt sei, so ändere dies nichts daran, dass das Mass der Kostenübernahme an die Höchstgrenze des im Wohnkanton geltenden Tarifs im Sinne von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG gebunden bleibe, auch wenn der ausserkantonale Leistungserbringer gegebenenfalls seine Leistungen zum höheren Tarif des Standortkantons verrechnen werde. Die Ausnahme regle Art. 41 Abs. 2 KVG; nur soweit medizinische Gründe im Sinne der genannten Bestimmung vorliegen, werde der volle Tarifschutz über die örtlichen Grenzen des Wohnkantons hinaus ausgedehnt. Der Versicherer habe hier die Kostenübernahme nach dem Tarif des Standortkantons des ausserkantonalen Leistungserbringers zu leisten, auch wenn dadurch die Höchstgrenze nach Art. 41 Abs. 1 KVG überschritten werde, wobei gegebenenfalls hinsichtlich der Kostentragung Art. 41 Abs. 3 KVG zu beachten sei (Erw. 2).

5.2 In den Urteilen in Sachen R. und in Sachen D. beide vom 23. Mai 2008, KV.2007.00009 und KV.2007.00012, hat das hiesige Gericht der oben ausgeführten Rechtsprechung widersprochen und die von den Versicherten erhobenen Beschwerden gutgeheissen. In Auslegung von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG kam es zum Schluss, dass es für die versicherte Person nicht darauf ankomme, ob sie eine im Sinne von Art. 25 KVG medizinisch notwendige Behandlung stationär in der Allgemeinen Abteilung in einem Listenspital im Wohnkanton oder in einem Listenspital ausserhalb des Wohnkantons vornehme. Denn die stationäre ausserkantonale Behandlung im Listenspital sei gemäss Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG derjenigen im innerkantonalen Spital gleichgestellt und der Tarifschutz gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG erstrecke sich auch auf sie. Im Urteil in Sachen J. vom 29. Juni 2008 (KV.2006.00056) bestätigte das hiesige Gericht seine Rechtsauffassung.

5.3 Die vom beteiligten Krankenversicherer in den genannten Verfahren erhobenen Beschwerden wies das Bundesgericht in seinen Entscheiden vom 27. April 2009 (9C\_548/2008) und vom 30. April 2009 (9C\_549/2008, 9C\_690/2008) ab. Zur Rechtsauffassung des hiesigen Gerichts äusserte es sich nicht, hingegen kam es zum Schluss, im Kanton Zürich könnten nur gerade etwas mehr als 20 % des Bedarfs an Infrastruktur für stationäre Rehabilitationsaufenthalte durch innerkantonale Kliniken gedeckt werden. Mithin sei die Mehrheit der Versicherten im Kanton Zürich auf

ausserkantonale, auf der Zürcher Spitalliste aufgeführte Rehabilitationskliniken angewiesen. Der Kanton Zürich verfügt nur über 144 Betten in Rehabilitationskliniken, was gemessen an der ständigen Wohnbevölkerung von 1'272'590 auch im interkantonalen Vergleich einem geringen Versorgungsgrad entspricht. Greife der Kanton Zürich in seiner Spitalplanung für stationäre Rehabilitationsaufenthalte der Wohnbevölkerung zu rund 80 % auf ausserkantonale Kliniken zurück, komme dies einem fehlenden Angebot innerkantonaler Behandlungsmöglichkeiten derart nahe, dass es sich rechtfertigt, auch diese geplante Auslagerung des Rehabilitationsbedarfs in ausserkantonale Kliniken als medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG gelten zu lassen. Nur diese weite Interpretation der medizinischen Gründe nach Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG werde dem Grundgedanken des KVG, dass die medizinisch indizierte Versorgung tarifgeschützt im Rahmen der Grundversicherung erfolgen können soll, gerecht (Erw. 3.4).

6. Die Behandlung des Beschwerdeführers in der B. \_\_\_ lagen dieselben Gegebenheiten zu Grunde. Die in den Entscheiden des hiesigen Gerichts in den Verfahren KV.2006.00056, KV.2007.00009 und KV.2007.00012 enthaltenden Feststellungen treffen auch auf den vorliegenden Fall zu. Des Weiteren ist angesichts der unveränderten Versorgungslage betreffend Neurorehabilitation im Kanton Zürich im Sinne der erwähnten bundesgerichtlichen Entscheide ein medizinischer Grund zur Behandlung in der ausserkantonalen Klinik B. \_\_\_ in der Zeit vom 21. September bis 24. Oktober 2007 zu bejahen. Somit muss die Behandlung des Beschwerdeführers in diesem ausserkantonalen Listenspital des Kantons Zürich für den Beschwerdeführer die gleichen finanziellen Folgen haben, wie wenn er innerkantonal behandelt worden wäre. Die Beschwerdegegnerin hat demnach die Kosten nach dem für diese ausserkantonale Behandlung anwendbaren Tarif der Klinik B. \_\_\_ zu übernehmen, mithin zu einer Tagespauschale von Fr. 665.--. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen.

Bei diesem Verfahrensausgang braucht der Eventualstandpunkt des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. IV.B) nicht näher erörtert zu werden. Nicht einzugehen ist ferner darauf, wie die vorliegende Streitfrage nach neuem Recht zu entscheiden wäre.

7. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (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). In Anwendung dieser Grundsätze ist die Prozessentschädigung auf Fr. 1'800.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

Der Einzelrichter erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung vom 4. Februar 2008 aufgehoben, und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, für den Rehabilitationsaufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik B. \_\_\_ vom 21. September bis 24. Oktober 2007 die Kosten nach dem Standorttarif für ausserkantonale Patientinnen und Patienten zu übernehmen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Mayer
- Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung
- Bundesamt für Gesundheit

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).

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