

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00009**

## **vom 29. Mai 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2016.00009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2016.00009)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00009 du 29 mai 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00009 del 29 maggio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Die Leistungspflicht des Wohnkantons im Falle einer ausserkantonalen Hospitalisation war in der Zeit von Anfang 1996 (Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG]) bis Ende 2008 in der damaligen Fassung von Art. 41 Abs. 3 KVG geregelt und erfuhr mit der Gesetzesrevision vom 21. Dezember 2007 per Anfang Januar 2009 eine neue Regelung im neu formulierten Art. 41 KVG und im neu geschaffenen Art. 49a KVG.

Da das Verfahren, das zunächst im KVG geregelt war und seit Januar 2003 im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) aufgezeichnet ist, nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur die Leistungspflicht der Krankenkassen als Versicherungsträger betrifft (vgl. BGE 130 V 215, 123 V 290) und die Zuständigkeitsnormen in § 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) auf dieses Verfahren verwiesen, musste für Materien wie diejenige der ausserkantonalen Hospitalisation, in denen es um die Leistungspflicht des Gemeinwesens geht und den Kantonen eine selbständige Kompetenz zur Regelung der Zuständigkeit und des Verfahrens zukommt, eine gesonderte Zuständigkeitsregelung geschaffen werden. Diese fand sich zunächst in einem Kantonsratsbeschluss und ab Januar 2001 im Einführungsgesetz zum KVG (EG KVG), im Falle der ausserkantonalen Hospitalisation in dessen § 27, sowie in den geänderten §§ 2 und 3 GSVGer und wies die Zuständigkeit ebenfalls dem Sozialversicherungsgericht zu. Nach dem Inkrafttreten des ATSG erklärte der kantonale Gesetzgeber per Anfang Januar 2008 in einem neuen § 26 EG KVG für verschiedene Materien, so in § 26 lit. c EG KVG auch für die Materie der ausserkantonalen Hospitalisation, das ATSG - als kantonales Recht - als anwendbar und bezeichnete in einem neuen § 27 EG KVG wiederum das Sozialversicherungsgericht als die zuständige Beschwerdeinstanz. Gleichzeitig wurde in § 3 lit. c GSVGer auf die Zuständigkeitsregelung in § 26 EG KVG verwiesen. Diese Regelung besteht bis heute.

#### **E. 1.2**

In der Auseinandersetzung um die Zuständigkeit für die Beurteilung des Einspracheentscheids der Gesundheitsdirektion betreffend die A. \_\_\_ hatte das Sozialversicherungsgericht im Nichteintretensentscheid vom 2. Dezember 2013 (Prozess Nr. KV.2013.00105) die Auffassung vertreten, die Zuständigkeitsregelung in § 26 lit. c EG KVG sei nur anwendbar bei Streitigkeiten zwischen der Gesundheitsdirektion und einer einzelnen versicherten Person, da nur ein solcher konkreter Anwendungsfall in den Anwendungsbereich des ATSG fallen könne (E. 3). Demgegenüber wies das Verwaltungsgericht im Urteil vom 18. November 2015 auf die Zuständigkeitsregelung hin,

wie sie bestanden hatte, bevor die Zuständigkeit via Anwendungserklärung des ATSG begründet worden war. Es tat dar, im früheren § 27 EG KVG sei die Beschwerdemöglichkeit ohne Einschränkung „gegen Verfügungen der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion betreffend ausserkantonale Hospitalisation“ zugelassen worden und es bestünden keine Anhaltspunkte für eine Begrenzung auf Streitigkeiten zwischen der Direktion und einzelnen Verursachern. Des Weiteren bestünden auch keine Anhaltspunkte dafür, dass mit der Neuregelung via Verweisung auf das ATSG per Anfang Januar 2008 daran etwas hätte geändert werden sollen (Urk. 1/1 E. 1.4).

Das Bundesgericht hatte im Urteil vom 4. Februar 2014 betreffend die A.\_\_\_\_ (Urteil 9C\_905/2013) die Frage nach der zuständigen Beschwerdeinstanz als ausschliesslich kantonale geregelt beurteilt (E. 3.1.4) und hatte dementsprechend den Nichteintretensentscheid des Sozialversicherungsgerichts nur auf Willkür hin geprüft (E. 3.2). Das Urteil

stand daher dem Entscheid des Verwaltungsgerichts nicht entgegen, im vorliegenden vergleichbaren Fall betreffend die X.\_\_\_\_

das Sozialversicherungsgericht dennoch als die zuständige Instanz zu bezeichnen und die Zuständigkeit des Regierungsrates zu verneinen. Ebenso wenig bildete das bundesgerichtliche Urteil für den Regierungsrat einen Hinderungsgrund, seine Zuständigkeit im Falle der A.\_\_\_\_ entgegen dem Nichteintretensentscheid des zuerst angerufenen Sozialversicherungsgerichts vom 2. Dezember 2013 nunmehr ebenfalls zu verneinen. Es war daher am Kantonsrat, über den so entstandenen negativen Kompetenzkonflikt zu entscheiden

(§ 12 Abs. 1 lit. i des Kantonsratsgesetzes [KRG]; vgl. Plüss in: Griffel [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich [VRG], 3., vollständig überarbeitete Auflage [nachfolgend VRG-Kommentar], § 5 N 29). Nachdem dessen Beschluss vom 22. Mai 2017 durch das Nichteintreten des Bundesgerichts auf die Stimmrechtsbeschwerde rechtskräftig geworden ist, steht die Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts fest. Die Streitsache ist daher materiell zu behandeln. 2. 2.1

Nach § 5 Abs. 1 VRG hat die Verwaltungsbehörde ihre Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen, und gestützt auf § 70 VRG in Verbindung mit § 5 Abs. 1 VRG gilt das Gleiche für das Verwaltungsgericht. Hat die untere Rechtsinstanz ihre Zuständigkeit bejaht, so hat das Verwaltungsgericht ferner von Amtes wegen zu prüfen, ob sie dies zu Recht getan hat. Kommt das Verwaltungsgericht zum Schluss, dass die Vorinstanz ihre Zuständigkeit zu Unrecht bejaht hat, so hat es den angefochtenen Rekursentscheid aufzuheben und entweder die Abweisung der Beschwerde im Sinne der Erwägungen auszusprechen, nämlich dann, wenn der im Rekurs als Rekurrent unterlegene Verfügungsadressat (vorinstanzliche Abweisung des Rekurses und Bestätigung der Verfügung) Beschwerde erhoben hat, oder es hat die Beschwerde gut zuheissen, nämlich dann, wenn der im Rekurs als Rekursgegner unterlegene Verfügungsadressat (vorinstanzliche Gutheissung des Rekurses und Aufhebung/Änderung der Verfügung) Beschwerde erhoben hat (Bertschi in: VRG-Kommentar, Vorbemerkungen zu §§ 19-28a N 57).

In Anwendung dieser Grundsätze hat das Verwaltungsgericht im Urteil vom 18. November 2015 die Beschwerde der Klinikbetreiberin, die vor dem Regierungsrat als Rekurrentin gegen den Einspracheentscheid der Gesundheitsdirektion vom 22. Januar 2014 teilweise unterlegen war und im Umfang dieses Unterliegens Beschwerde gegen den

Rekursentscheid des Regierungsrates vom 17. Juni 2015 er hoben hatte, im Sinne der Erwägungen abgewiesen, nachdem es zum Schluss gekommen war, der Regierungsrat hätte mangels sachlicher Zuständigkeit auf den Rekurs nicht eintreten dürfen (Urk. 1/1 E. 1.1 und E. 1.6 sowie Dispositiv Ziffer 1 erster Halbsatz). Nicht explizit angeordnet hat das Verwaltungsgericht die Aufhebung des angefochtenen Rekursentscheids. Die Überweisung der Sache an das zuständige Sozialversicherungsgericht (Dispositiv Ziffer 1 zweiter Halbsatz) schliesst jedoch die Aufhebung des Entscheids des unzuständigen Regierungsrates ein. Die Aufhebung und damit auch die Überweisung an das Sozialversicherungsgericht sind aufgrund der Erwägungen des Verwaltungsgerichts allerdings auf den Umfang begrenzt, in dem der Regierungsrat den Rekurs abgewiesen hat. Denn das Verwaltungsgericht führte aus, der Rekursentscheid sei mangels Anfechtung und mangels Nichtigkeit in dem Umfang in Rechtskraft erwachsen, in dem der Rekurs gutgeheissen worden sei (Urk. 1/1 E. 2). 2.2

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist somit die Rechtmässigkeit des Einspracheentscheids der Gesundheitsdirektion (nachfolgend Beschwerdegegnerin) vom 22. Januar 2014 (Urk. 2/2/2), soweit er die Leistungspflicht des Kantons Zürich für die Hospitalisation von Zürcher Patienten in der Klinik der X.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin) in der Zeit ab Januar 2014 betrifft (Dispositiv-Ziffer Ia des Einspracheentscheids). Nicht Verfahrensgegenstand ist aufgrund des vorstehend Ausgeführten hingegen die Leistungspflicht für die Hospitalisationen bis Ende 2013 (Dispositiv-Ziffer Ib des Einspracheentscheids), die der Regierungsrat im Rekursentscheid vom 17. Juni 2015 (Urk. 2/2/1) in Änderung des Einspracheentscheids vom 22. Januar 2014 bejaht hat.

Im Umfang des Streitgegenstandes ist das Verfahren durch das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 18. November 2015 in dasjenige Stadium zurückversetzt worden, wie es vor dem Erlass des regierungsrätlichen Rekursentscheids bestanden hatte. Die Rechtsschriften im damaligen Rekursverfahren vor dem unzuständigen Regierungsrat, nämlich die Rekurschrift vom 24. Februar 2014 (Urk. 3/2/1), die Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin vom 22. Mai 2014 (Urk. 3/2/6) und die Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 13. Oktober 2014 (Urk. 3/2/13), werden daher zu Rechtsschriften im vorliegenden Verfahren vor dem zuständigen Sozialversicherungsgericht; zusätzlich zu berücksichtigen sind die Vorbringen der Parteien im Beschwerdeverfahren vor dem Verwaltungsgericht, wo über die Zuständigkeitsfrage hinaus ein Schriftenwechsel zu den strittigen materiellen Fragen durchgeführt worden ist (Beschwerdeschrift vom 20. Juli 2015 mit der Korrektur vom 27. Juli 2015, Urk. 2/1/1 und Urk. 2/1/2; Beschwerdeantwort vom 8. September 2015, Urk. 5/11; Stellungnahmen der Beschwerdeführerin vom 21. September 2015 und vom 2. November 2015, Urk. 2/4 und Urk. 5/22; Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 15. Oktober 2015, Urk. 5/20). Insbesondere hat der Antrag auf vorsorgliche Feststellung der Leistungspflicht des Kantons Zürich während der Dauer der gerichtlichen Auseinandersetzung, den die Beschwerdeführerin im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht erstmals gestellt hat (Urk. 2/1/1 S. 4), auch für das vorliegende Verfahren Gültigkeit; er wird jedoch mit dem Erlass des heutigen Urteils gegenstandslos. Ebenfalls in das vorliegende Verfahren zu übernehmen ist der Antrag auf Beiladung der Z.\_\_\_\_ Regierung (Urk. 2/1/1 S. 5); darauf ist später näher einzugehen (nachstehend E. 5.3).

Nicht Partei im vorliegenden Verfahren ist der Regierungsrat des Kantons Zürich, dies entgegen der Führung des Dossiers bis zum Erlass des heutigen Urteils. Das Rubrum ist daher entsprechend berichtigt worden. 3. 3.1

In Art. 35 KVG werden die Leistungserbringer aufgezählt, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, sofern sie die spezifischen Voraussetzungen gemäss den nachfolgenden gesetzlichen Bestimmungen erfüllen.

Zu den in Betracht fallenden Leistungserbringern gehören nach Art. 35 Abs. 2 lit. h KVG die Spitäler, die in Art. 39 Abs. 1 KVG definiert sind als Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Nach den Kriterien in Art. 39 Abs. 1 KVG sind Spitäler dann zugelassen, wenn sie ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten (lit. a), über das erforderliche Fachpersonal verfügen (lit. b), über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen sowie eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (lit. c), der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften an gemessen in die Planung einzubeziehen sind (lit. d) und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (lit. e). 3.2

Liess sich eine Person unter der Herrschaft der Regierung, wie sie bis Ende 2008 in Kraft stand, in einem Spital ausserhalb ihres Wohnkantons behandeln, so musste der Versicherer die Kosten im Regelfall höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton galt (altArt. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG). Die Kostenübernahme richtete sich nur dann nach dem Tarif des ausserkantonalen Leistungserbringers, wenn medizinische Gründe für die ausserkantonale Behandlung bestanden, das heisst bei einem Notfall oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten ausserkantonalen Spital nicht angeboten wurden (altArt. 41 Abs. 2 KVG). Beiträge des Wohnkantons an die Spitalbehandlung waren zum einen dann geschuldet, wenn Kantonseinwohner in einem innerkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital behandelt wurden, und zum andern dann, wenn sich Kantonseinwohner aus medizinischen Gründen (im Sinne von altArt. 41 Abs. 2 KVG) in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital aufhielten. In diesem letzteren Fall musste der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner des Kantons übernehmen (altArt. 41 Abs. 3 KVG; vgl. zum Ganzen BGE 138 II 398 = Pra 102 [2013] Nr. 12 [Originalsprache italienisch] E. 2.2). 3.3 3.3.1

Mit den Änderungen des KVG vom 21. Dezember 2007, die am 1. Januar 2009 in Kraft getreten sind und bis heute in Kraft stehen, wurde die Spitalfinanzierung neu geordnet (vgl. zum Ganzen wiederum BGE 138 II 398 = Pra 102 [2013] Nr. 12 E. 2.3). 3.3.2

In Art. 39 Abs. 2 und Abs. 2 bis KVG ist die Pflicht der Kantone zur Koordinierung ihrer Planung explizit statuiert, und in Art. 39 Abs. 2 ter KVG wird dem Bundesrat die Kompetenz übertragen, auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit einheitliche Planungskriterien zu erlassen, was er mit den Regelungen in Art. 58a-e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) getan hat. 3.3.3

In Bezug auf die Tarife legt Art. 49 KVG fest, dass die Vertragsparteien (Leistungserbringer und Versicherte) für die Vergütung der stationären Behandlung in einem Spital Pauschalen zu vereinbaren haben.

In Art. 49a KVG ist sodann eine umfassendere Kostenteilungspflicht der Kantone als unter dem früheren Recht geschaffen worden. Nach Art. 49a Abs. 1 KVG werden die Vergütungen im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen, und der kantonale Anteil beträgt nach Art. 49a Abs. 2 KVG mindestens 55 %. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil nach der Grundregel in Art. 49a Abs. 3 KVG direkt dem Spital (Satz 1), wobei die Modalitäten zwischen Spital und Kanton vereinbart werden (Satz 2) und Versicherer und Kanton vereinbaren können, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist (Satz 3). Mit Spitälern, die nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG erfüllen, können die Versicherer nach Art. 49a Abs. 4 KVG Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. 3.3.4

Nach Art. 41 Abs. 1 bis Satz 1 KVG kann die versicherte Person für die stationäre Behandlung nunmehr unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital).

Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen jedoch die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1 bis Satz 2 KVG). Es besteht somit volle Kostendeckung, wenn sich eine versicherte Person in einem inner- oder ausserkantonalen Spital auf der Liste des Wohnkantons aufhält, hingegen gegebenenfalls nur teilweise Kostendeckung, wenn sie sich in einem ausserkantonalen Spital aufhält, das nur auf der Liste des Standortkantons aufgeführt ist (vgl. hierzu Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3. Auflage, Basel 2016, S. 770 ff. Rz 1220 ff.).

Nur dort, wo eine versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital zur stationären Behandlung beansprucht, übernehmen nach Art. 41 Abs. 3 Satz 1 KVG der Versicherer und der Wohnkanton die (volle) Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG. Die medizinischen Gründe sind in Art. 41 Abs. 3 bis KVG gleich definiert wie in altArt. 41 Abs. 2 KVG (Notfall oder Fehlen eines entsprechenden Angebots auf der Spitalliste des Wohnkantons). Mit Ausnahme des Notfalls ist für die Kostenübernahme aus medizinischen Gründen eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig (Art. 41 Abs. 3 Satz 2 KVG). 3.3.5

Vom Recht der versicherten Personen auf Spitalwahl und vom Anspruch auf Kostendeckung zu unterscheiden ist die Frage der Pflicht des Spitals zur Aufnahme von versicherten Personen. Diese Thematik ist Gegenstand des neu geschaffenen Art. 41a KVG, der unter dem Titel der Aufnahmepflicht steht. Nach Art. 41a Abs. 1 KVG sind die Listenspitäler im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Demgegenüber gilt nach Art. 41a Abs. 2 KVG für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen. 3.4

Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Gesetzesänderung vom 21. Dezember 2007 mussten die Einföhrung der Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG und die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Art. 49a KVG spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein. Des Weiteren mussten die kantonalen Spitalplanungen

gemäss Abs. 3 Satz 1 der Übergangsbestimmungen spätestens drei Jahre nach dem Einföhrungszeitpunkt nach Abs. 1 den Anforderungen nach Art. 39 KVG entsprechen. 4.1

In Bezug auf die strittige Leistungspflicht des Kantons Zürich für die Hospitalisation von Zürcher Patienten in der X.\_\_\_\_ in der Zeit ab Januar 2014 haben der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. Januar 2014 (Urk. 2/2/2) und die ihm zugrunde liegende Verfügung vom 13. November 2013 (Urk. 2/2/3) Feststellungscharakter. Die Beschwerdegegnerin spricht sich in genereller Weise über den Umfang aus, in dem der Kanton Zürich ab Januar 2014 Leistungen für Zürcher Patienten erbringt, die in der Klinik der Beschwerdeföhrerin stationär behandelt werden. Zusätzlich enthalten der angefochtene Einspracheentscheid und die damit bestätigte Verfügung eine Regelung der Modalitäten für die Geltendmachung der Kantonsbeiträge durch die Klinik und die Prüfung der Ansprüche durch die Beschwerdegegnerin, in dem bestimmt wird, inwieweit vorgängig Kostengutsprache gesuche einzureichen und Belegungsnachweise zu erbringen sind. 4.2

Nach der Rechtsprechung, wie sie das Bundesgericht im Urteil 9C\_152/2007 vom 19. Oktober 2007 wiedergegeben hat, ist ein Feststellungsentscheid dann zulässig, wenn ein schützenswertes rechtliches oder tatsächliches Interesse an der Feststellung besteht und ein rechtsgestaltendes Begehren nicht in zumutbarer Weise möglich ist. Ein Feststellungsinteresse setzt voraus, dass nicht lediglich eine abstrakte Rechtsfrage zu beantworten ist, sondern dass individuelle und konkrete Rechte und Pflichten in Frage stehen. Unzumutbar ist ein rechtsgestaltendes Begehren dort, wo die Abwicklung des Leistungsanspruchs mit hohem Aufwand verbunden wäre, namentlich wenn eine grosse Zahl von Rechtsverhältnissen berührt und die Rechtsfrage wegen besonderer Verhältnisse neuartig ist (E. 3.2 mit Hinweisen). Das zitierte Urteil betrifft die Anwendung eines Spitalabkommens zwischen den Kantonen Obwalden und Nidwalden zur stationären Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz im obwaldnerischen Engelberg im Kantonsspital Nidwalden. Das Kantonsspital Nidwalden hatte das Abkommen zunächst auf alle Engelberger Patienten angewendet, unabhängig davon, ob sie nur über die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder auch über eine Zusatzversicherung für den ausserkantonalen Spitalaufenthalt verfügten, hatte diese Praxis nach einigen Jahren jedoch überprüft und das Abkommen fortan nur noch auf grundversicherte Patienten mit Wohnsitz in Engelberg angewendet. Das Schiedsgericht des Kantons Nidwalden hatte die neue Praxis auf das entsprechende Feststellungsbegehren des Spitals hin als rechtmässig beurteilt, und das Bundesgericht hatte das Feststellungsinteresse an einem solchen Entscheid bejaht und zur Begründung angeführt, die strittige Rechtsfrage sei neu, ihre Beantwortung beeinflusse eine grosse Zahl von Rechtsverhältnissen und sei von erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung, und ein Leistungsbegehren sei nicht zumutbarerweise möglich gewesen (E. 3.2).

Wie im zitierten Fall um das Kantonsspital in Nidwalden geht es auch in der vorliegenden Streitigkeit um ein konkretes Spital und um den Umfang der Leistungspflicht für eine unbestimmte Vielzahl von Patienten, die in diesem Spital behandelt werden, und auch hier

steht die Änderung beziehungsweise Korrektur einer bisherigen Praxis zur Diskussion. In dieser vergleichbaren Konstellation war das Interesse der Beschwerdeführerin an einem gegenüber rechtlich überprüfbar festgestellten Feststellungsentscheid zur Zeit des angefochtenen Einspracheentscheids vom 22. Januar 2014 und der ihm zugrunde liegenden Verfügung vom 13. November 2013 ebenfalls zu bejahen. Mit dessen zentralen Inhalt der zahlenmässigen Begrenzung der Kantonsbeiträge für Zürcher Patienten war die Beschwerdeführerin in ihren wirtschaftlichen Interessen berührt, und zudem resultierte aus der Begrenzung eine Reduktion der bisherigen Leistungen. Die Beschwerdegegnerin kündigte der Klinik daher zu Recht bereits im Voraus an, in welchem Umfang sie künftige Leistungen zu erbringen beabsichtige. Unter diesen Umständen war es der Klinik nicht zuzumuten, auf eine Beurteilungsmöglichkeit so lange zu warten, bis ihr Kontingent des Jahres 2014 gegenüber dem Kanton Zürich ausgeschöpft war und die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf den Kantonsbeitrag (vgl. Art. 49a Abs. 3 KVG) in einem ersten Anwendungsfall verneinte. Sodann wies der Regierungsrat im Rekursentscheid vom 17. Juni 2015 zwar zutreffend darauf hin, dass der angefochtene Einspracheentscheid und die ihm zugrundeliegende Verfügung nicht erst das Jahr 2014 und die Folgezeit betrafen, sondern bereits die Leistungspflicht bis Ende Dezember 2013 im Sinne der neuen Praxis regelten und dass diesbezüglich Leistungsbegehren und Entscheide möglich gewesen wären (Urk. 2/2/1 S. 19 E. 10b). Nachdem er die Leistungspflicht bis Ende 2013 jedoch nur mit übergangsrechtlichen Überlegungen bejaht hatte, blieb die Grundsatzfrage nach der Rechtskonformität der geänderten Praxis bestehen.

Des Weiteren hat das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 29. September 2015 (Urk. 11/5) den Beschluss über die neue Spitalliste Psychiatrie, welche per 1. November 2013 hätte in Kraft gesetzt werden sollen, in Bezug auf die X.\_\_\_\_ aufgehoben und hat in den Erwägungen explizit festgehalten, dass damit für diese Klinik wieder die alte Spitalliste gelte. Dieses Urteil liess daher das Interesse an der Feststellung der Leistungspflicht des Kantons Zürich unter der Herrschaft der ursprünglichen Spitalliste, die dem Gericht nach deren Stand von Juli 2012 vorliegt (Urk. 3/2/1/3), ebenfalls nicht dahinfallen. 4.3

Besteht somit (nach wie vor) ein Interesse der Beschwerdeführerin auf Feststellung des Umfangs der Leistungen des Kantons Zürich ab dem 1. Januar 2014, so ist der Einspracheentscheid vom 22. Januar 2014 in dieser Hinsicht auf seine Rechtmässigkeit hin zu überprüfen.

Ob das ATSG kraft der Verweisung in § 26 lit. c EG KVG auch im Falle eines solchen, eine unbestimmte Vielzahl von Einzelfällen betreffenden Feststellungsentscheids anwendbar ist, kann offen bleiben. Denn der Beschwerdeführerin sind dadurch, dass die Beschwerdegegnerin ein Einspracheverfahren durchgeführt hat, keine Nachteile entstanden. 5.

### **E. 1.3**

Im Einspracheentscheid vom 22. Januar 2014 betreffend die X.\_\_\_\_ war als Rechtsmittelinstanz ebenfalls das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich bezeichnet. Dessen ungeachtet erhob die X.\_\_\_\_, wiederum vertreten durch die Kaufmann Rüedi Rechtsanwälte AG, Rechtsanwalt Hubert Rüedi und Rechtsanwältin Sara Ledergerber, mit Eingabe vom 24. Februar 2014 Rekurs beim Regierungsrat (Urk. 3/2/1) mit den folgenden Anträgen (Urk. 3/2/1 S. 3): „ 1.

Die Verfügung vom 22. Januar 2014 der Rekursgegnerin sei aufzuheben. 2.

Es sei festzustellen, dass der Kanton Zürich ohne Berücksichtigung einer Platzbeschränkung Finanzierungsbeiträge für Zürcher Patienten der Rekursführerin zu leisten habe, soweit die Voraussetzungen der Finanzierungspflicht nach KVG gegeben sind. 3.

Sollte Ziffer 2 vorstehend nicht stattgegeben werden, so sei festzustellen, dass der Kanton Zürich während einer Übergangsfrist von zwei Jahren ohne Berücksichtigung einer Platzbeschränkung Finanzierungsbeiträge für Zürcher Patienten der Rekursführerin zu leisten habe, soweit die Voraussetzungen der Finanzierungspflicht nach KVG gegeben sind. 4.

Sollte Ziffer 2 bzw. Ziffer 2 und 3 vorstehend nicht stattgegeben werden, so sei festzustellen, dass der Kanton Zürich per 01. Oktober 2013 bzw. je nach Entscheidung züglich Antrag 3 nach Ablauf der Übergangsfrist kontinuierlich Finanzierungsbeiträge für fünf Betten zu leisten habe, sofern diese fünf Betten durch Zürcher Patienten nachgefragt wurden bzw. werden und die Voraussetzungen der Finanzierungspflicht nach KVG gegeben sind.

#### **E. 1.4**

Die X. \_\_\_ liess gegen den Regierungsratsbeschluss vom 17. Juni 2015 mit Eingabe vom 20. Juli 2015 Beschwerde beim Verwaltungsgericht erheben (Urk. 2/1/1) und die folgenden materiellen Anträge stellen (Urk. 2/1/1 S. 4): „ 1.

Der Entscheid des Zürcher Regierungsrates vom 17. Juni 2015 sowie die Verfügung der Vorinstanz vom 13. November 2013 seien aufzuheben. 2.

Weiter sei festzustellen bzw. anzuordnen, dass der Kanton Zürich ohne Berücksichtigung einer Platzbeschränkung/Mengenbegrenzung Finanzierungsbeiträge für sämtliche Zürcher Patienten der Beschwerdeführerin zu leisten habe, soweit die (weiteren) Voraussetzungen der Finanzierungspflicht nach KVG gegeben sind. 3.

Falls Antrag 1 (und 2) nicht gutgeheissen wird, sei eventualiter festzustellen bzw. anzuordnen, dass der Kanton Zürich für die Dauer des Verfahrens bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Entscheides zuzüglich einer Übergangsfrist von zwei Jahren ab rechtskräftigem Entscheid ohne Berücksichtigung einer Platzbeschränkung/Mengenbegrenzung Finanzierungsbeiträge für Zürcher Patienten der Beschwerdeführerin zu leisten habe, soweit die (weiteren) Voraussetzungen der Finanzierungspflicht nach KVG gegeben sind. Weiter sei festzustellen bzw. anzuordnen, dass der Kanton Zürich nach Ablauf der Übergangsfrist Finanzierungsbeiträge für fünf Betten zu leisten hat, sofern diese fünf Betten durch Zürcher Patienten nachgefragt wurden bzw. werden und die (weiteren) Voraussetzungen der Finanzierungspflicht nach KVG gegeben sind. 4.

Im Falle der Abweisung der Anträge 1-3 sei eventualiter festzustellen bzw. anzuordnen, dass der Kanton Zürich nach Ablauf der Übergangsfrist Finanzierungsbeiträge für fünf Betten zu leisten hat, sofern diese fünf Betten durch Zürcher Patienten nachgefragt wurden bzw. werden und die (weiteren) Voraussetzungen der Finanzierungspflicht nach KVG gegeben sind. “

In prozessualer Hinsicht liess die Klinikbetreiberin das Folgende beantragen (Urk. 2/1/1 S. 4 f.): „

#### **E. 1.5**

Mit Urteil vom 18. November 2015 (Urk. 1/1) gelangte das Verwaltungsgericht zum Schluss, die sachlich zuständige Rechtsmittelinstanz zur Beurteilung des Entscheids der Gesundheitsdirektion vom 22. Januar 2014 sei das Sozialversicherungsgericht, dies entgegen dessen Argumentation in der vergleichbaren Streitsache der A.\_\_\_\_, die mit Nichteintretensentscheid vom 2. Dezember 2013 erledigt worden war (Prozess Nr. KV.2013.00105). Dementsprechend erwog das Verwaltungsgericht, der Regierungsrat hätte auf den Rekurs nicht eintreten dürfen, weshalb die Beschwerde in diesem Sinne abzuweisen und die Angelegenheit an das zuständige Sozialversicherungsgericht zu überweisen sei (E. 1.6). Zusätzlich hielt das Verwaltungsgericht fest, der Rekursentscheid des Regierungsrates sei in dem Umfang in Rechtskraft erwachsen, in dem der Rekurs gutgeheissen worden sei (E. 2).

Das Urteil blieb unangefochten.

### **E. 1.6**

Während der Auseinandersetzung mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich um die künftigen Finanzierungsbeiträge für Patienten aus dem Kanton Zürich hatte die Regierung des Kantons Z.\_\_\_\_ mit Beschluss vom 8. Oktober 2013 per 1. November 2013 eine neue Spitalliste Psychiatrie erlassen, in der die X.\_\_\_\_ ohne Nennung einer Bettenzahl aufgeführt war, und hatte gleichzeitig den Teil Psychiatrie der bisherigen Spitalliste aufgehoben (Urk. 3/2/1/16+17). Des Weiteren hatte der Regierungsrat des Kantons B.\_\_\_\_ mit Beschluss vom 11. März 2014 rückwirkend per 1. Januar 2014 ebenfalls eine neue Spitalliste Psychiatrie erlassen, in der keine Bettenzahlen mehr genannt waren. Der Kanton Zürich, handelnd durch die Gesundheitsdirektion, hatte gegen beide Beschlüsse, soweit die X.\_\_\_\_ und die A.\_\_\_\_ betreffend, beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben.

Das Bundesverwaltungsgericht bejahte in beiden Fällen die Beschwerdelegitimation des Kantons Zürich, im Fall der neuen Z.\_\_\_\_ Spitalliste mit der Zwischenverfügung vom 23. Juli 2014 (Urk. 3/2/9/1). Mit Urteil

vom 29. September 2015 (Urteil C-6266/2013 in Urk. 11/5) hob es den Beschluss über die neue Z.\_\_\_\_ Spitalliste Psychiatrie auf, soweit die X.\_\_\_\_ betreffend, wies die Sache zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an die Regierung des Kantons Z.\_\_\_\_ zurück und hielt zudem in den Erwägungen fest, dass damit für die X.\_\_\_\_ wieder die alte Spitalliste (Stand Juli 2012) gelte (vgl. E. 5.6). Am 23. November 2015 erliess das Bundesverwaltungsgericht das Urteil im Fall der B.\_\_\_\_ Spitalliste

(Urteil C 1966/2014), hob den Beschluss des Regierungsrates des Kantons B.\_\_\_\_, soweit die A.\_\_\_\_ betreffend, ebenfalls auf und wies die Sache gleichermassen zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an den Regierungsrat zurück. Beide Urteile waren endgültig. 2. 2.1

Mit Eingabe vom 5. Februar 2016 (Urk. 1/2) liess die X.\_\_\_\_, vertreten durch Kaufmann Rüedi Rechtsanwälte AG, Rechtsanwältin Irma Ambauen, dem Sozialversicherungsgericht das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 18. November 2015 sowie die Rechtsschriften und die Beilagen zukommen, die sie dem Verwaltungsgericht eingereicht hatte (Urk. 1/1, Urk. 2/1/1-2, Urk. 2/3/2-22, Urk. 2/4 und Urk. 2/5/22-24). Der Regierungsrat stellte dem Sozialversicherungsgericht mit Eingabe vom 16. Februar 2016 (Urk. 3/1) sein Dossier ebenfalls zu (Urk. 3/2/1-17 und Urk. 3/2/17A-F). In Ergänzung dazu zog das Sozial

versicherungsgericht vom Verwaltungsgericht die Rechtschriften und die übrigen Verfahrensdokumente bei, die im dortigen Verfahren erstellt worden waren (Urk. 5/0-24; Telefonnotizen vom 5. und vom 15. April 2016, Urk. 4 und Urk. 7), und liess sich von der Gesundheitsdirektion die Beilagen zu ihren Rechtschriften zustellen (Urk. 11/1-5; Telefonnotiz vom 15. April 2016, Urk. 8). Mit Verfügung vom 20. April 2016 wurden die Parteien vom Eingang der Akten gemäss der Überweisungsanordnung des Verwaltungsgerichts in Kenntnis gesetzt (Urk. 12). 2.2

Aufgrund des bundesgerichtlich bestätigten Nichteintrittsentscheids vom 2. Dezember 2013 hatte das Sozialversicherungsgericht die Akten des Prozesses Nr. KV.2013.00105 betreffend die A.\_\_\_\_ am 30. März 2015 dem Regierungsrat des Kantons Zürich überwiesen. Dieser war nach Kenntnisnahme des Urteils des Verwaltungsgerichts vom 18. November 2015 mit Beschluss vom 17. Februar 2016 auf den Rekurs nicht eingetreten und hatte die Sache dem Sozialversicherungsgericht zurücküberwiesen, wo sie unter der Prozess-Nr. KV.2016.00027 angelegt ist. 2.3

Mit Schreiben vom 27. September 2016 gelangte das Sozialversicherungsgericht an den Kantonsrat des Kantons Zürich, nahm Bezug auf den Prozess Nr. KV.2016.00027 sowie auf den vorliegenden Prozess und ersuchte um die Entscheidung über den entstandenen negativen Kompetenzkonflikt (Urk. 13/1+2). Die Parteien wurden am 10. November 2016 darüber informiert (Urk. 14). Nachdem das Sozialversicherungsgericht am 23. Januar 2017 in Änderung seiner ursprünglichen Auffassung beantragt hatte, es sei als zuständig zu erklären (Urk. 15), entschied der Kantonsrat auf Antrag der Justizkommission vom 7. Februar 2017 (Urk. 16) mit Beschluss vom 22. Mai 2017 das Folgende (Urk. 18): „I.

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich ist sachlich zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Anordnungen der Gesundheitsdirektion betreffend die allgemeine Leistungspflicht für die ausserkantonale Hospitalisation von Zürcher Patientinnen und Patienten in Anwendung von Art. 41 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). . . . “

Die Parteien wurden davon am 11. Juli 2017 in Kenntnis gesetzt (Urk. 20).

Gegen den Kantonsratsbeschluss vom 22. Mai 2017 wurde Stimmrechtsbeschwerde beim Bundesgericht erhoben. Dieses erwog mit Urteil vom 31. Januar 2018 (Urk. 21), der Beschluss begründe entgegen dem etwas missverständlichen Wortlaut keine generell-abstrakte Regelung, sondern entscheide lediglich in den beiden am Sozialversicherungsgericht hängigen Einzelfällen über den kantonalen Rechtsmittelweg (E. 2.8). Dementsprechend trat es auf die Stimmrechtsbeschwerde nicht ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 5**

Im Sinne einer vorsorglichen Massnahme sei umgehend anzuordnen, dass der Kanton Zürich die kantonalen Finanzierungsbeiträge für die Dauer des Verfahrens ohne Berücksichtigung einer Platzbeschränkung/Mengenbegrenzung zu erbringen hat, sowie die (weiteren) Voraussetzungen der Finanzierungspflicht nach KVG gegeben sind.

### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin stützt die strittige Limitierung der Kantonsbeiträge für die Zeit ab Anfang Januar 2014 auf die besagte Spitalliste des Kantons Z.\_\_\_\_ (Stand Juli 2012), in der die X.\_\_\_\_ mit dem Zusatz „Zugewiesene Bettenzahl für Z.\_\_\_\_ KVG-Patienten 5 Betten“ aufgeführt ist (Urk. 3/2/1/3 S. 13), und vertritt die Auffassung, dieser Zusatz begründe eine

gesamtschweizerische Beschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf fünf Betten. Dabei versteht sie unter einem Bett einen Klinikplatz, der während des Kalenderjahres an jedem Tag des Jahres belegt ist, sodass einem Bett 365 Behandlungstage entsprechen (Urk. 2/2/2 S. 7, Urk. 2/2/3 S. 3, Urk. 3/2/6 S. 8 und S. 15 ff., Urk. 5/11 S. 10 ff., S. 21 f., S. 25 und S. 27 f., Urk. 5/20 S. 5 f.).

Die Beschwerdeführerin liess gegen diese Auffassung einwenden, die Zuweisung einer Bettenzahl in der Z.\_\_\_\_ Spitalliste sei nicht als Beschränkung der Menge an Behandlungstagen zu verstehen, für die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden dürfe, sondern vielmehr (nur) als eine aus Gründen der Versorgungssicherheit erlassene Verpflichtung der Klinik, im festgesetzten Umfang Z.\_\_\_\_ KVG-Patienten aufzunehmen. Für den Fall, dass die Zuweisung der Bettenzahl als Mengengrenzung zu verstehen sei, liess die Beschwerdeführerin geltend machen, die Statuierung einer solchen sei unter der Herrschaft der neuen Bestimmungen über die Spitalfinanzierung unzulässig oder sogar willkürlich. Und für den Fall, dass auch diesem Argument nicht gefolgt würde, liess sie vorbringen, die Mengengrenzung sei nur auf innerkantonale Patienten anwendbar, sei es, dass der Listeneintrag in dieser Weise zu verstehen sei, sei es, dass Mengengrenzungen von Gesetzes wegen nicht auf ausserkantonale Patienten angewendet werden dürften (Urk. 3/2/1 S. 8 ff., Urk. 3/2/13 S. 6 ff., Urk. 2/1/1 S. 18 ff., Urk. 2/4 S. 5 ff.).

## **E. 5.2**

Rechtlich stellt die Spitalliste kantonales Recht dar, mit dem Bundesrecht vollzogen wird. Das Bundesverwaltungsgericht qualifiziert sie als Bündel von Einzelverfügungen, deren Gegenstand die Eintragungen der einzelnen Spitäler sind beziehungsweise auch die Nicht-Eintragungen, die Negativverfügungen darstellen (vgl. Eugster, a.a.O., S. 663 Rz 833). Jede Klinik kann nur denjenigen Eintrag anfechten, der an sie gerichtet ist; Anfechtungsgegenstand kann also nicht die Spitalliste als Ganzes sein, sondern nur die einzelne Eintragung oder Nichteintragung (vgl. E. 4.2.1 der Zwischenverfügung vom 23. Juli 2014 betreffend die Spitallisteneintragung der X.\_\_\_\_, Urk. 3/2/9/1).

Bei dieser Rechtslage ist der Beschwerdeführerin darin zuzustimmen (vgl. Urk. 2/1/1 S. 8 und S. 18-19, Urk. 2/4 S. 6 f.), dass die im Jahr 2010 erfolgte Spitallisteneintragung - die infolge des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 29. September 2015 aktuell immer noch gültig ist - vorbehaltlich einer späteren Änderung durch den Kanton Z.\_\_\_\_ (vgl. Eugster, a.a.O., S. 665 Rz 838) rechtsbeständig geworden ist und dass im vorliegenden Verfahren kein Spitallistenverfahren durchzuführen ist, die Spitallisteneintragung also nicht auf ihre Gesetzmässigkeit hin zu überprüfen ist. Eine solche Überprüfung kann - abgesehen vom Fall der Nichtigkeit - auch nicht vorfrageweise erfolgen. Denn nach einem allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsatz ist der Entscheid der zuständigen Behörde über Vorfragen aus einem anderen Rechtsgebiet für das mit einer Streitsache befasste Gericht verbindlich (vgl. Urteil

des Bundesgerichts K 27/04 vom 20. Oktober 2004 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 115 V 7). Dies muss auch in der hier gegebenen Konstellation gelten, wo die Spitallisteneintragung und deren Handhabung zwar demselben Rechtsgebiet angehören, jedoch auf gesonderten Rechtswegen festzusetzen und zu überprüfen sind. Daher können die Vorbringen der Parteien, soweit sie sich auf die Gesetzmässigkeit der zur Diskussion stehenden

Listeneintragung beziehen, nur in soweit berücksichtigt werden, als sie der bundesrechtlich konformen Auslegung der Eintragung dienen, sie können hingegen nicht dazu herangezogen werden, die Eintragung umzustossen beziehungsweise ihre Anwendung zu versagen.

### **E. 5.3**

Aus der Verbindlichkeit der Spitallisteneintragung betreffend die X.\_\_\_\_ folgt sodann auch, dass der Kanton Z.\_\_\_\_ entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin (Urk. 2/1/1 S. 5 und S. 8, Urk. 2/4 S. 6) nicht beizulagen ist. Denn das Urteil, das im vorliegenden Verfahren zu fällen ist, entfaltet gegenüber dem Kanton Z.\_\_\_\_ keine Wirkung. Weder vermag es die strittige Spitallisteneintragung zu ändern, noch vermag es Einfluss auf die Kantonsbeiträge zu nehmen, die der Kanton Z.\_\_\_\_ an die Hospitalisation seiner Einwohner zu leisten hat. Verfahrensgegenstand sind vielmehr einzig die Beiträge des Kantons Zürich an die Kosten der Hospitalisation von Zürcher Kantonsbewohnern, und die Schlussfolgerungen hierzu sind für den Kanton Z.\_\_\_\_ selbst dort nicht verbindlich, wo sie Fragen betreffen, die sich in gleicher Art auch im Falle der Z.\_\_\_\_ Kantonsbeiträge stellen.

Es sind des Weiteren auch keine Krankenversicherer beizuladen; diese sind für ihre Leistungspflicht ebenfalls nicht an den Entscheid des Kantons gebunden (vgl. im Zusammenhang mit der ausserkantonalen Hospitalisation aus medizinischen Gründen Eugster, a.a.O., S. 778 Rz 1244).

Ebensowenig sind schliesslich die Zürcher Patienten beizuladen, die sich ab Januar 2014 zur stationären Behandlung in der X.\_\_\_\_ aufgehalten haben. Hierfür ist auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts in Auseinandersetzung um das AHV-Beitragsstatut zu verweisen, wonach von der Eröffnung der betreffenden Verfügung an die Arbeitnehmer abgesehen werden kann, wenn deren Zahl gross ist (BGE 113 V 1 E. 2 mit Hinweisen). 6.

### **E. 6**

Die Z.\_\_\_\_ Regierung sei auf geeignete Weise in das vorliegende Verfahren miteinzubeziehen (Beiladung).

#### **E. 6.1**

Im Folgenden ist zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die zur Diskussion stehende Spitallisteneintragung der X.\_\_\_\_ zu Recht als Mengengrenzung interpretiert, die zu einer entsprechenden Begrenzung der Leistungspflicht des Kantons Zürich für Hospitalisationen von Zürcher Patienten führt.

#### **E. 6.2**

Die Beschwerdeführerin reichte zur Bekräftigung ihres Argumentes, der Zusatz „Zugewiesene Bettenzahl für Z.\_\_\_\_ KVG-Patienten 5 Betten“ sei nicht als Mengengrenzung, sondern als Verpflichtung der Klinik zu verstehen, jährllich im Umfang von (mindestens) fünf Betten Z.\_\_\_\_ Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu behandeln (Urk. 3/2/1 S. 9, Urk. 3/2/13 S. 6 und S. 7, S. 9, S. 12, S. 15 und S. 18, Urk. 2/1/1 S. 20 ff. und S. 24, Urk. 2/4 S. 5 f.), eine schriftliche Auskunft des Gesundheitsamtes Z.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2014 ein, welche diese Auffassung bestätigte (Urk. 3/2/1/11).

Die Auffassung der Beschwerdeführerin ist insoweit zutreffend, als die Eintragung in die Spitalliste das rechtliche Instrument darstellt, mit dem der Kanton eine Klinik (nach

Prüfung der Kriterien in Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG) Leistungsaufträge erteilt, und als diese Leistungsaufträge das Ergebnis einer Planung sein müssen, die nach Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG und Art. 58a-e KVV eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellt (vgl. Eugster, a.a.O., S. 664 Rz 834). Der Spitalliste ist die Funktion zugeordnet, Transparenz und Publizität herzustellen (BGE 127 V 398 E. 2b/cc); darüber hinaus ist die Eintragung in die Liste aber auch in dem Sinne konstitutiv, als zum einen ein Leistungsauftrag erst mit der Eintragung - die nach dem bereits Ausgeführten als anfechtbare Verfügung zu qualifizieren ist (vorstehend E. 5.2) - wirksam wird (vgl. RKUV 2001 KV 183 E. II 4.2.3) und zum andern die Zahlungspflicht der Krankenversicherer und der Kantone erst mit der Eintragung begründet wird (vgl. Eugster, a.a.O., S. 663 Rz 831 und Fn 183). Wenn die X.\_\_\_\_ daher mit der Eintragung in die Spitalliste des Kantons Z.\_\_\_\_ einen Auftrag erhalten hat, im Umfang von fünf Betten Z.\_\_\_\_ Patienten zu behandeln, so kann dieser Auftrag, gesetzeskonform ausgelegt, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht allein als Verpflichtung zur Sicherstellung eines bestimmten Angebots verstanden werden, sondern der Klinik wird damit zugleich das Recht erteilt, in diesem Umfang, aber nicht in einem höheren, Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu behandeln. Der Sichtweise der Beschwerdegegnerin (Urk. 2/2/2 S. 7, Urk. 2/2/3 S. 3, Urk. 3/2/6 S. 8 und S. 15, Urk. 5/11 S. 10 und S. 21 f.) ist in dieser Hinsicht zuzustimmen.

### **E. 6.3**

Die Beschwerdeführerin liess sodann vorbringen, Mengenbegrenzungen seien unter der Herrschaft der neuen gesetzlichen Bestimmungen über die Spitalfinanzierung nicht mehr zulässig, weshalb die vorliegend strittige Begrenzung ab dem Inkrafttreten der neuen Bestimmungen nicht mehr angewendet werden dürfe (Urk. 3/2/1 S. 9 ff., Urk. 3/2/13 S. 8 ff., S. 12 ff. und S. 18, Urk. 2/1/1 S. 24 ff., Urk. 2/4 S. 13).

Tatsächlich hat der Gesetzgeber erkannt, dass die bestehenden Spitalplanungen nicht mehr in jeder Hinsicht kompatibel mit der neuen Regelung der Spitalfinanzierung sein könnten, und hat deshalb in den Übergangsbestimmungen eine Anpassungsfrist statuiert, die gemäss Abs. 3 der Übergangsbestimmungen in Verbindung mit deren Abs. 1 spätestens Ende 2014 abgelaufen war. Das Bundesverwaltungsgericht hat den Beschluss der Regierung des Kantons Z.\_\_\_\_, mit dem die X.\_\_\_\_ ab November 2013 ohne Nennung einer Bettenzahl in der neuen Spitalliste aufgeführt gewesen wäre, in Bezug auf diese Eintragung jedoch mit dem Urteil vom 29. September 2015 aufgehoben und dies damit begründet, dass die neu vorgesehene Eintragung den Planungsgrundsätzen des neuen Rechts zuwiderlaufe (Urteil C-6266/2013 E. 5 in Urk. 11/5). Wie das Bundesverwaltungsgericht erwogen hat (E. 5.6), gilt damit wieder die ursprüngliche Spitallisteneintragung. Diese hat nach den vorstehenden Darlegungen Rechtsbeständigkeit erlangt und war vom Bundesverwaltungsgericht im Verfahren betreffend die geänderte Eintragung weder auf die Vereinbarkeit mit dem alten noch auf die Vereinbarkeit mit dem neuen Recht hin zu überprüfen. Nach dem ebenfalls bereits Dargelegten verbietet es sich aber auch, die Gesetzmässigkeit der Eintragung des Jahres 2010 im vorliegenden Verfahren vorfrageweise zu prüfen. Dies gilt nicht nur in Bezug auf das alte, sondern auch in Bezug auf das neue, erst nach der Vornahme der Eintragung in Kraft getretene Recht. Denn wäre das Sozialversicherungsgericht befugt, eine vorfrageweise Überprüfung der Vereinbarkeit der Eintragung mit den neuen Bestimmungen über die Spitalfinanzierung vorzunehmen, so würde es damit in einen planerischen Prozess eingreifen, der nicht in seine Zuständigkeit fällt. Ein solcher Eingriff liesse sich höchstens dann rechtfertigen, wenn die Weitergeltung

der alten Eintragung geradezu unhaltbar wäre.

Das Bundesgericht hat indessen im vorstehend bereits zitierten, den Kanton Tessin betreffenden Urteil des Jahres 2012 die Statuierung einer Mengenbegrenzung (die im konkreten Fall im kantonalen Gesetz erfolgt war) mit ausführlicher Begründung als auch unter der Herrschaft des neuen Rechts zulässig erklärt und die Begrenzung als vereinbar mit den gesetzlichen Bestimmungen sowie mit der Wirtschaftsfreiheit, dem Gleichbehandlungsgebot und dem Willkürverbot erachtet (BGE 138 V 398 = Pra 102 [2013] Nr. 12 E. 3). Das Fortbestehen der Mengenbegrenzung, die unter dem alten Recht statuiert worden ist, kann daher nicht als unhaltbar bezeichnet werden. Daran ändert nichts, dass die Verhältnisse, die das Bundesgericht zu beurteilen hatte, mit den vorliegend zur Diskussion stehenden Gegebenheiten nicht in jeder Hinsicht vergleichbar sein mögen, wie die Beschwerdeführerin vorbringen liess (Urk. 3/2/1 S. 11 f., Urk. 3/2/13 S. 12, Urk. 2/1/1 S. 25 f., Urk. 2/4 S. 13). Denn das Bundesverwaltungsgericht hat im Urteil vom 29. September 2015 mit dem Hinweis, dass für die X.\_\_\_\_ (bis auf Weiteres) wieder die alte Spitalliste gelte, eine Unhaltbarkeit implizit verneint.

#### **E. 6.4.1**

Ist die zur Diskussion stehende Eintragung in der Z.\_\_\_\_ Spitalliste als Mengenbegrenzung zu verstehen und ist sie weiterhin anwendbar, so ist weiter zu prüfen, ob sie im Sinne der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Urk. 2/2/2 S. 7, Urk. 2/2/3 S. 3, Urk. 3/2/6 S. 8 und S. 15 ff., Urk. 5/11 S. 10 ff., S. 21 f. und S. 25, Urk. 5/20 S. 5 f.) auch für die Patienten aus dem Kanton Zürich, also für ausserkantonale Patienten, gültig ist oder ob sie im Sinne der Argumentation der Beschwerdeführerin (Urk. 3/2/1 S. 12 ff., Urk. 3/2/13 S. 6 ff. und S. 19, Urk. 2/1/1 S. 26 ff., Urk. 2/4 S. 8 ff. und S. 13) nur innerkantonal gilt.

#### **E. 6.4.2**

Der Leistungsauftrag, den ein Kanton einem Spital durch die Aufnahme in seine Spitalliste erteilt, kann sich nach dem zutreffenden Hinweis der Beschwerdegegnerin (Urk. 3/2/6 S. 15) lediglich auf seine eigenen Einwohner, nicht aber auf die Einwohner eines anderen Kantons erstrecken. Dieser Grundsatz ergibt sich in seiner allgemeinen Form aus dem Territorialitätsprinzip, und er ist in den Bestimmungen über die Spitalfinanzierung an mehreren Orten konkretisiert.

So kommt die Regelungshoheit der Kantone in Bezug auf ihre Einwohner bereits in den Vorschriften in Art. 58a-e KVV über die Planung zum Ausdruck, die der Erstellung der Spitallisten vorangeht. In Art. 58a KVV wird die Planung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG charakterisiert als Sicherstellung der stationären Behandlung für die Einwohner der Kantone, welche die Planung erstellen. Der Versorgungsbedarf im Sinne von Art. 58b Abs. 1 KVV muss sich daher auf den Bedarf der Kantons Einwohner beziehen. Wenn die Kantone unter diesen Umständen nach Art. 58b Abs. 3 KVV dazu angehalten sind, zur Gewährleistung der Versorgung das Angebot zu bestimmen, das sie nach Art. 58e KVV durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern haben, so verdeutlicht dies, dass die Kantone durch die Eintragungen in ihrer kantonalen Spitalliste nur Aufträge zur Behandlung ihrer eigenen Einwohner erteilen können, dass es ihnen hingegen verwehrt ist, Spitäler mittels Eintragung in ihrer kantonalen Spitalliste mit der Behandlung ausserkantonomer Patienten zu beauftragen.

Des Weiteren korrespondiert nach Art. 41a KVG mit dem Leistungsauftrag an das Spital die Aufnahmepflicht des Spitals; ein Spital auf der Liste des Standortkantons hat diese

Pflicht nach Art. 41a Abs. 1 KVG aber einzig gegenüber den Personen, die im Standortkanton Wohnsitz haben, wogegen eine Aufnahmepflicht gegenüber Patienten mit Wohnsitz in einem anderen Kanton nach Art. 41a Abs. 2 KVG nur dann besteht, wenn der Wohnkanton dem Spital durch Eintragung in die eigene Spitalliste einen Leistungsauftrag erteilt hat (vgl. Eugster, a.a.O., S. 666 Rz 843). Art. 41a KVG geht somit ebenfalls davon aus, dass ein Leistungsauftrag in einer kantonalen Spitalliste sich lediglich auf die Behandlung von Kantonseinwohnern erstrecken kann.

### **E. 6.4.3**

Der Beschwerdeführerin ist daher insoweit zuzustimmen, als sich die Zuweisung einer Bettenzahl in der Listeneintragung ihrer Klinik tatsächlich nur auf Z. \_\_\_ Patienten beziehen kann. Dies würde allerdings auch dann gelten, wenn die Eintragung die Kantonszugehörigkeit nicht explizit nennen würde, denn die Beschränkung auf Z. \_\_\_ Patienten ergibt sich entgegen der Sichtweise der Beschwerdeführerin (Urk. 3/2/1 S. 12 f., Urk. 3/2/13 S. 7 und S. 19, Urk. 2/1/1 S. 26 f., Urk. 2/4 S. 9 und S. 13) nicht durch Auslegung der Listeneintragung anhand des Wortlautes oder des Willens der Kantonsregierung, sondern vielmehr unmittelbar aus dem Territorialitätsprinzip und seinen gesetzlichen Konkretisierungen. Demzufolge ist kraft Gesetz der ganze Leistungsauftrag an die X. \_\_\_ auf Z. \_\_\_ Patienten beschränkt; die Eintragung kann aufgrund des Gesetzes nicht so verstanden werden, dass sie der Klinik zur Behandlung von kantonalen Patienten einen limitierten und zur Behandlung von ausserkantonalen Patienten einen unlimitierten Leistungsauftrag erteilt. Die Beschwerdeführerin kann sich deshalb für ihre Auffassung auch nicht auf eine vergleichbare Spitallisteneintragung des Kantons Zug berufen (vgl. Urk. 3/2/1 S. 13), zu welcher auf der Website des Kantons festgehalten ist, den Zuger Kliniken würden bei der Behandlung von ausserkantonalen Patienten keine Vorgaben gemacht (Urk. 3/2/1/12).

Ebenfalls nichts anderes kann aus dem schon erwähnten Urteil des Bundesgerichts betreffend den Kanton Tessin herausgelesen werden. Denn wenn das Bundesgericht entsprechend dem Zitat der Beschwerdeführerin (Urk. 3/2/1 S. 12, Urk. 2/1/1 S. 27, Urk. 2/4 S. 8) ausführte, es sei absolut vorstellbar, dass für innerhalb des Kantons wohnhafte und für die aus anderen Kantonen stammenden Patienten unterschiedliche Leistungsaufträge festgelegt würden (BGE 138 II 398 = Pra 102 [2013] Nr. 12 E. 3.8.2), so sind damit nicht unterschiedliche Leistungsaufträge des Standortkantons einer Klinik für seine Einwohner und für die Einwohner anderer Kantone gemeint, sondern es wird vielmehr entsprechend dem Verständnis der Beschwerdegegnerin (Urk. 5/20 S. 5) auf die Möglichkeit Bezug genommen, dass die anderen Kantone der Klinik durch Aufnahme in ihre eigene Liste einen Leistungsauftrag für ihre Einwohner erteilen, der von demjenigen des Standortkantons für dessen Einwohner abweicht. Dies hat der Kanton Zürich gegenüber der X. \_\_\_ jedoch gerade nicht getan.

### **E. 6.4.4**

Zu unterscheiden vom Leistungsauftrag des Standortkantons einer Klinik, der nach dem Gesagten auf die Behandlung der Kantonseinwohner begrenzt ist, sind die gesetzlichen Wirkungen, die an diesen Auftrag geknüpft sind. Zu ihnen gehört das Wahlrecht nach Art. 41 Abs. 1 bis KVG, das auch Patienten eines anderen Kantons, auf dessen Liste die Klinik nicht figuriert, die Behandlung in dieser Klinik zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ermöglicht und gleichzeitig die anteilmässige Leistungspflicht des

Krankenversicherers und des Wohnkantons festlegt. Da die Behandlung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hier je doch vom Leistungsauftrag des Standortkantons, also von der Eintragung in dessen Spitalliste, abhängig ist, kann der Umfang, in dem sich ausserkantonale Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Klinik behandeln lassen dürfen, nach der richtigen Argumentation der Beschwerdegegnerin (Urk. 5/11 S. 10 f.) nicht über den Umfang des Leistungsauftrags für kantonale Patienten hinausgehen. Diesen Grundsatz hat der Bundesrat in Bezug auf die Leistungspflicht der Krankenversicherer bereits unter der Geltung des früheren Rechts bestätigt (RKUV 2001 KV 183 E. II 4.4 letzter Absatz mit Hinweis), und er muss auch für die Leistungspflicht der Kantone gelten, die mit derjenigen der Krankenversicherer untrennbar verbunden ist (vgl. BGE 141 V 206, wonach die ausserkantonale Wahlbehandlung als Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu qualifizieren ist).

#### **E. 6.4.5**

Zu Recht thematisierte die Beschwerdeführerin je doch - insbesondere unter Hinweis auf Publikationen und ein rechtliches Kurzgutachten (Urk. 3/2/13/29) von Prof. Dr. B. Rütsc - das Spannungsfeld zwischen dem Grundsatz der freien Spitalwahl auf der einen Seite und dem Erfordernis der bedarfsgerechten Planung auf der anderen Seite (Urk. 3/2/1 S. 13 f. und S. 16 ff., Urk. 3/2/13 S. 8 f., Urk. 2/1/1 S. 28, Urk. 2/4 S. 10 f.), die nach den Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichts in den beiden Urteilen betreffend die Spitallisteneintragung der X. und der A. zur Sicherstellung des notwendigen Bedarfs führen muss, aber nicht darüber hinaus gehen darf (Urteil C-6266/2013 vom 29. September 2015 E. 4.3 in Urk. 11/5, Urteil C-1966/2014 vom 23. November 2015 E. 4). Dieses Spannungsfeld ist im Falle einer Kapazitätslimitierung wie der vorliegenden besonders ausgeprägt. Denn im Umfang der Betten beziehungsweise der Pflegeplätze, die aufgrund des Wahlrechts von ausserkantonalen Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beansprucht werden, wird die Kapazität der Klinik zur Behandlung von Kantonseinwohnern geschmälert, und umgekehrt wird im Umfang der Behandlung von Kantonseinwohnern die Möglichkeit der ausserkantonalen Patienten verringert, von ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen. Würde sich daher jeder Kanton bei der Aufnahme von Spitälern in seine Spitalliste allein am Bedarf seiner Einwohner orientieren, so könnte dies entweder die Bedarfsdeckung oder das Wahlrecht beeinträchtigen.

Dieser Gefahr wird indessen mit der Verpflichtung der Kantone zur Koordinierung ihrer Planungen begegnet, wie sie in Art. 39 Abs. 2 KVG und in Art. 58d KVV statuiert ist. Kommen die Kantone ihrer Koordinationspflicht nach, so muss es als zulässig erachtet werden - und es wird gemäss den Vorbringen der Beschwerdegegnerin auch so praktiziert (vgl. Urk. 3/2/6 S. 19) -, dass ein Kanton durch die Eintragung einer Klinik in seine Spitalliste gewisse Kapazitäten schafft, die über den Bedarf der eigenen Einwohner hinausgehen, für die aber eine Nachfrage und ein Bedarf von ausserkantonalen Patienten besteht (vgl. hierzu

das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1966/2014 vom 23. November 2015 E. 4.1.1-4.1.3 mit Hinweis unter anderem auf RKUV 2001 KV 182 E. II 8.4.2; vgl. auch RKUV 2001 KV 183 E. II 4.2.1). Durch eine solche Eintragung wird kein Leistungsauftrag zur Behandlung ausserkantonomer Patienten erteilt, sondern es wird lediglich verhindert, dass der Bedarf der innerkantonalen Patienten nicht gedeckt werden

kann, weil ausserkantonale Patienten ihr Wahlrecht ausüben, oder dass ausserkantonale Patienten ihr Wahlrecht nicht ausüben können, weil sämtliche Betten, die der Klinik für die Behandlung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Verfügung stehen, mit innerkantonalen Patienten belegt sind.

Ob die zur Diskussion stehende Spitalisteneintragung der X.\_\_\_\_ mit der Zulassung von fünf Betten dem dargelegten Koordinationserfordernis ausreichend Rechnung trägt, ist indessen nach dem Ausgeführten nicht im vorliegenden Verfahren zu überprüfen.

#### **E. 6.5**

Zusammengefasst ist damit die Feststellung der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend, nur im Rahmen der fünf Betten, auf die der Leistungsauftrag in der Spitalliste des Kantons Z.\_\_\_\_ begrenzt ist, Beiträge an die Hospitalisation von Zürcher Patienten in der X.\_\_\_\_ leisten zu müssen.

#### **E. 7**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin bzw. des Staates. Bei Gutheissung bzw. teilweiser Gutheissung der Beschwerde sei der Beschwerdeführerin eine angemessene Frist zur Einreichung einer Kostennote für die Zuspreehung der Parteientschädigung anzusetzen. “

Mit Eingabe vom 27. Juli 2015 liess die Klinikbetreiberin ausserdem die Ziffer 1 ihrer materiellen Anträge dahingehend korrigieren, dass es sich bei der Verfügung vom 13. November 2013 nicht um eine solche der Vorinstanz, sondern um eine solche der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich handle (Urk. 2/1/2). Die Gesundheitsdirektion sprach sich in der Beschwerdeantwort vom 8. September 2015 erneut für die sachliche Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts anstelle des Regierungsrates aus und schloss inhaltlich auf Abweisung der Beschwerde und des Antrags auf vorsorgliche Massnahmen (Urk. 5/11). Der Regierungsrat beantragte mit Eingabe vom 20. August 2015 ebenfalls die Abweisung der Beschwerde (Urk. 5/13). Mit Verfügung vom 11. September 2015 wies das Verwaltungsgericht das Gesuch der Klinikbetreiberin um Anordnung vorsorglicher Massnahmen ab (vgl. Urk. 1/1 Sachverhalt Ziffer III). Sodann liess die Klinikbetreiberin am 21. September 2015 von der Gelegenheit zur Vernehmlassung zur Beschwerdeantwort (vgl. Urk. 5/11 S. 1) Gebrauch machen und an ihren Anträgen festhalten (Urk. 2/4). Die Gesundheitsdirektion blieb in ihrer Stellungnahme vom 15. Oktober 2015 ebenfalls bei ihren Standpunkten (Urk. 5/20). Die Klinikbetreiberin hielt mit Eingabe vom 2. November 2015 am bereits Vorgebrachten fest und verzichtete auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 5/22).

#### **E. 7.1**

Diese Feststellung ist der Kerngehalt des angefochtenen Einspracheentscheids. Dabei umfasst die Leistungspflicht für ein Bett nach dem unbestrittenen und zutreffenden Verständnis der Beschwerdegegnerin 365 Pflagetage, die Leistungspflicht für fünf Betten also 5 x 365 Pflagetage. Aus den vorstehenden Erwägungen wird des Weiteren deutlich, dass die Behandlungen, welche die X.\_\_\_\_ zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bringt, die Anzahl von 5 x 365 Pflagetagen im Jahr gesamtschweizerisch nicht übertreffen darf. Es ist die Einhaltung dieser Limite, welche die Beschwerdegegnerin mit der Aussage anvisiert, es würden über die Finanzierung von maximal 2 x 365 Pflagetagen hinaus im Umfang von maximal drei zusätzlichen Plätzen

Finanzierungsbeiträge für Zürcher Patienten geleistet, soweit diese über die obligatorische Krankenpflegeversicherung zulasten des Wohnkantons abzurechnenden Plätze nicht durch Patienten aus anderen Kantonen belegt seien und dies von der Klinik nachvollziehbar dargelegt werde (Urk. 2/2/2 S. 9).

### **E. 7.2**

Soweit die Beschwerdeführerin demgegenüber mit ihrem Eventualantrag auf Verpflichtung des Kantons zur kontinuierlichen Leistung von Finanzierungsbeiträgen für fünf Betten (Urk. 3/2/1 S. 3, Urk. 2/1/1 S. 4) die Auffassung darlegt, mit dem angefochtenen Einspracheentscheid werde die Leistungspflicht auf einen dem zürcherischen Patientenanteil entsprechenden Bruchteil der fünf Betten begrenzt (Urk. 3/2/1 S. 15 f., Urk. 2/1/1 S. 32), so findet diese Auffassung weder in der Formulierung des Entscheidungsdispositivs noch in der Begründung des Entscheids eine Stütze. Vielmehr handelt es sich bei den zwei Betten, die gemessen an den zugelassenen fünf Betten offenbar dem bisherigen Anteil von Zürcher Patienten am gesamten Patientengut der X. AG entsprechen (Urk. 2/2/2 S. 9), gemäss Dispositiv-Ziffer Ia des angefochtenen Einspracheentscheids lediglich um diejenige Anzahl Betten beziehungsweise Pflgetage, für welche der Kanton Zürich seine Leistungen ohne vorgängiges Gesuch und vorgängiges Vorlegen von Belegungszahlen zu erbringen bereit ist. Was die darüber hinausgehenden drei Betten betrifft, so wird in Dispositiv-Ziffer Ia ebenfalls die Leistungspflicht bis zum Maximum festgestellt, hier wird jedoch ein vorgängiges Gesuch und der vorgängige Nachweis der fehlenden anderweitigen Belegung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt. Es geht also allein um die Gewährleistung, dass der Kanton Zürich mit seinen Leistungen das gesamtschweizerische Kontingent von fünf Betten nicht überschreitet.

Mit der Zusicherung von Leistungen für 2 x 365 Pflgetage ohne vorgängigen Nachweis, dass das gesamtschweizerische Kontingent noch nicht ausgeschöpft ist, nimmt die Beschwerdegegnerin sogar eine gewisse Überschreitung in Kauf; diese könnte dann eintreten, wenn das gesamtschweizerische Kontingent bereits ausgeschöpft wäre, bevor die Leistungen des Kantons Zürich den Umfang von 2 x 365 Pflgetagen erreicht hätten.

Die Beschwerdegegnerin erachtete daher den Eventualantrag der Beschwerdeführerin zu Recht als obsolet (vgl. Urk. 3/2/6 S. 18, Urk. 5/11 S. 27 f.).

### **E. 7.3**

Dem angefochtenen Einspracheentscheid kann des Weiteren auch nicht die Aussage entnommen werden, der Kanton Zürich mache seine Leistungspflicht, soweit sie über die zwei zugesicherten Betten hinausgeht, nicht nur davon abhängig, dass die gesamtschweizerische Limite noch nicht ausgeschöpft ist, sondern zusätzlich auch davon, dass nicht mehr als fünf Patienten gleichzeitig zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Klinik der Beschwerdeführerin behandelt werden. Eine Deutung, die auf ein derartiges Ergebnis hinausliefe, nahm die Beschwerdegegnerin in ihrem Schreiben an die Beschwerdeführerin vom 13. Januar 2014 zwar vor, wenn sie für weitergehende Finanzierungsbeiträge die monatliche Belegungsstatistik verlangte und eine Beschränkung ihrer Leistungen auf maximal 91 Pflgetage pro Monat ankündigte, sofern im zur Diskussion stehenden Monat keine oder maximal zwei weitere Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandelt worden seien (Urk. 3/2/6/8). Diese Interpretation hat indessen in der Formulierung des angefochtenen Einspracheentscheids keinen ausreichenden Niederschlag gefunden. Sie würde denn auch der Auslegung der

Bettenlimite als Jahresskontingent widersprechen, wie sie sich darin manifestiert, dass die Beschwerdegegnerin ein Bett mit 365 Pflgetagen gleichsetzt. Diese Gleichsetzung erscheint als sachgerecht und rechtlich geboten; entgegen der Sichtweise des Regierungsrates im Rekursentscheid vom 17. Juni 2015 (Urk. 2/2/1 S. 20) verlangt die zur Diskussion stehende Mengengrenzung nicht, dass die Klinik im Rahmen ihres Leistungsauftrages zur Behandlung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Betten ausscheidet oder gar eine separate Abteilung führt. Vielmehr steht es im Einklang mit dem Gesetz und mit der strittigen Spitalisteneintragung, dass die Klinik in Zeiten erhöhter Nachfrage mehr als fünf Betten mit KVG-Patienten belegt und dies in Zeiten geringerer Nachfrage oder nach Ausschöpfung des Jahreskontingentes kompensiert. Zwar ist fraglich, ob die Klinik ihrer Aufnahmepflicht für Z.\_\_\_\_ Patienten nach Art. 41a Abs. 1 KVG rechtsgenügend nachkäme, wenn sie ihre sämtlichen Betten (gemäss der Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 13. Oktober 2014 waren es bei Eintragung in die Spitalliste 35 Betten, deren Zahl in der Folge erweitert wurde, vgl. Urk. 3/2/13 S. 4) zu Anfang des Jahres mit ausserkantonalen KVG-Patienten belegte und auf diese Weise bewirkte, dass im weiteren Jahreslauf keine Kapazitäten für Behandlungen von Z.\_\_\_\_ Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mehr beständen. Es ist indessen nicht Sache der Beschwerdegegnerin, im Rahmen der Beiträge an die ausserkantonale Hospitalisation auf die Einhaltung des Leistungsauftrags der Klinik gegenüber Z.\_\_\_\_ Patienten Einfluss zu nehmen.

Wenn die Beschwerdeführerin daher ihren Eventualantrag auf kontinuierliche Finanzierungsbeiträge in der Stellungnahme vom 21. September 2015 dahingehend präzisiert, dass sie für alle fünf Betten vom Nachweis fehlender anderweitiger Belegung befreit sei (Urk. 2/4 S. 14), so ist auch dieser Antrag obsolet, soweit er sich auf die gleichzeitige anderweitige Belegung bezieht. Soweit die Beschwerdeführerin mit dieser Präzisierung hingegen darüber hinaus geltend machen sollte, der Kanton Zürich habe unabhängig von der Beanspruchung der Klinik durch Patienten anderer Kantone zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Beiträge für seine Patienten bis zur Höhe des Kontingents von 5 x 365 Pflgetagen zu leisten, so ist dieser Antrag aufgrund des bereits Aufgeführten abzuweisen, da es sich dabei um ein gesamt schweizerisches Kontingent handelt.

#### **E. 7.4**

Was sodann die erwähnten Modalitäten der Geltendmachung der Kantonsbeiträge betrifft, so stehen der Einforderung eines vorgängigen Nachweises, dass das Bettenkontingent noch nicht ausgeschöpft ist, keine gesetzlichen Vorschriften entgegen. Dass die Beschwerdegegnerin einen solchen Nachweis verlangt, ergibt sich vielmehr aus ihrer Pflicht zur Abklärung des leistungsrelevanten Sachverhalts und ist deshalb zulässig, auch wenn für ausserkantonale Wahlhospitalisationen anders als für ausserkantonale Hospitalisationen aus medizinischen Gründen (vgl. Art. 41 Abs. 3 KVG) gesetzlich keine Bewilligungspflicht statuiert ist. Zu diesem Schluss ist auch der Regierungsrat in seinem Beschluss vom 17. Juni 2015 gelangt (Urk. 2/2/1 S. 19 f.).

#### **E. 7.5**

Die Beschwerde ist demnach in ihrem Hauptantrag betreffend den Umfang der Finanzierungsbeiträge für die Hospitalisation von Zürcher Patienten und im zugehörigen

Eventualantrag betreffend die Konkretisierung dieses Umfangs abzuweisen.

### **E. 8.1**

Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführerin im Sinne ihres weiteren Eventualantrags über Ende 2013 hinaus eine Übergangsfrist zu gewähren ist, innert welcher der Kanton Zürich ohne Mengenbegrenzung Beiträge zu leisten hat.

Die Beschwerdeführerin berief sich für diesen Antrag auf den Grundsatz von Treu und Glauben und erblickte die Treuwidrigkeit in der abrupten Leistungseinstellung, nachdem der Kanton Zürich bis anhin unlimitiert Beiträge an die Hospitalisation von Zürcher Patienten in der X.\_\_\_\_ erbracht hatte (Urk. 3/2/1 S. 14 f., Urk. 3/2/13 S. 15, Urk. 2/1/1 S. 29 ff., Urk. 2/4 S. 13 f.).

### **E. 8.2**

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung statuiert der Grundsatz von Treu und Glauben, der in Art. 9 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV) verankert ist, ein Verbot widersprüchlichen Verhaltens und verleiht einer Person Anspruch auf Schutz des berechtigten Vertrauens in behördliche Zusicherungen oder sonstiges, bestimmte Erwartungen begründendes Verhalten der Behörden. Aufgrund dieses Schutzes hat die rechtsuchende Person unter Umständen Anspruch auf eine Behandlung, die vom materiellen Recht abweicht. Für eine erfolgreiche Berufung auf den Grundsatz des Vertrauensschutzes ist erforderlich, dass die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat und dass sie dafür zuständig war, dass die betroffene Person die Unrichtigkeit des Handelns nicht ohne Weiteres erkennen konnte und dass sie im Vertrauen auf die Richtigkeit des Handelns Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, und dass schliesslich die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 8C\_332/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 5.2 und 9C\_507/2009 vom 29. Januar 2010 E. 2, je mit Hinweisen).

### **E. 8.3**

Es ist unbestritten, dass der Kanton Zürich bis im Herbst 2013 über das Kontingent von 5 x 365 Pflagetagen hinaus Beiträge an die Wahlhospitalisation von Zürcher Patienten geleistet hat. Eine fehlerhafte Praxis kann grundsätzlich eine Vertrauensgrundlage darstellen. Vorliegendenfalls war die unrichtige Praxis allerdings wegen der kurzen Dauer seit Anfang 2012 (vgl. Urk. 3/2/6 S. 4) noch nicht gefestigt. Es ist daher fraglich, ob die Beschwerdeführerin im Zeitraum bis zur Bekanntgabe der Korrektur der Praxis bereits darauf vertrauen durfte, dass die Beiträge des Kantons Zürich entgegen der Mengenbegrenzung in der Spitalisteneintragung unlimitiert blieben.

Auch die Ergebnisse der Kostengutsprachege Suche, welche die Klinik der Beschwerdegegnerin im Vorfeld der Behandlung von Zürcher Patienten jeweils vorgelegt hatte, taugen entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 3/2/13 S. 4 und S. 7, Urk. 2/1/1 S. 12) nicht ohne Weiteres als Vertrauensgrundlage. Denn bei den Gesuchsformularen, welche die Beschwerdeführerin im Sinne von Beispielen eingereicht hat (Urk. 3/2/13/24-26 und Urk. 2/3/10), handelt es sich um die Formulare, mit denen gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG im Falle von Behandlungen aus medizinischen Gründen die vorgängige Bewilligung des Kantons einzuholen ist. In dieser Hinsicht beantwortete die Beschwerdegegnerin die Gesuche durch Ankreuzen der Rubrik „Ablehnung“ abschlägig.

Des Weiteren trifft zwar zu, dass die Beschwerdegegnerin nachfolgend die Unterrubrik „ Die maximale Kostenübernahme wird limitiert auf den publizierten vom Kanton fest gelegten relevanten Referenztarif “ markierte und nicht die Unterrubrik „ Es wird kein Kantonsanteil vergütet “ . Es gilt jedoch zu beachten, dass die eingereichten Beispiele die Zeit von Anfang 2013 betroffen haben müssen; sie datieren vom 19. Dezember 2012 sowie vom 28. Januar und vom 18. Februar 2013. Damals dürfte indessen das Kontingent von 5 x 365 Behandlungstagen gar noch nicht ausgeschöpft gewesen sein. Zumindest die Gesuchsbeispiele, welche die Beschwerdeführerin in das vorliegende Verfahren eingebracht hat, sind daher als vertrauensbildende Grundlage für einen unlimitierten Anspruch auf Kantonsbeiträge nicht geeignet.

Vor allem aber ist nicht nachgewiesen, dass die Beschwerdeführerin im Vertrauen auf einen solchen unlimitierten Anspruch eine für sie nachteilige Disposition getroffen hat. Zwar erwarb die Beschwerdeführerin, wie einem Zeitungsartikel vom 22. September 2012 zu entnehmen ist, per Anfang Oktober 2012 wegen gestiegener Nachfrage ein zusätzliches Gebäude, das der Schaffung von 20 neuen Patientenzimmern und sechs neuen Behandlungsräumen dienen sollte (Urk. 2/5/22). Aus diesem Artikel und aus einem früheren Artikel vom 5. Januar 2012 (Urk. 3/2/6/11/1) geht aber auch hervor, dass das Angebot der Klinik bereits im Oktober 2011 ausgebucht war und dass schon damals Wartelisten bestanden, also noch bevor die Leistungen des Kantons Zürich Anfang 2012 einsetzen (vgl. Urk. 3/2/1 S. 5). Damit ist ein Kausalzusammenhang zwischen den zu viel bezahlten Beiträgen des Kantons Zürich und der Erweiterung der Klinik nicht überwiegend wahrscheinlich im Sinne der entsprechenden sozialversicherungsrechtlichen Beweisforderung. Diese Erweiterung fällt daher als nachteilige Disposition ausser Betracht. Die Beschwerdeführerin berief sich denn auch nur in sehr allgemeiner Form auf getätigte Investitionen (Urk. 3/2/1 S. 14), ohne substantiiert darzutun, dass diese Investitionen im Vertrauen auf uneingeschränkte Leistungen des Kantons Zürich getroffen worden seien.

#### **E. 8.4**

Demnach kann aus dem Grundsatz von Treu und Glauben kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf unlimitierte Beiträge des Kantons Zürich über Ende 2013 abgeleitet werden. Dieser Eventualantrag ist daher ebenfalls abzuweisen.

#### **E. 9**

Somit ist die Beschwerde im Sinne der Erwägungen abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Irma Ambauen -  
Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich - Regierungsrat des Kantons Zürich - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Kobel

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