

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00027**

## **vom 29. Mai 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2016.00027](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2016.00027)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00027 du 29 mai 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00027 del 29 maggio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Die X.\_\_\_\_ AG ist mit vier Plätzen in der Spitalliste Psychiatrie 2012 des Kantons Y.\_\_\_\_ (Urk. 2/5/3/16) aufgeführt.

Nach entsprechender Vorankündigung mit Schreiben vom 3. September 2013 (Urk. 2/3/1 = Urk. 2/3/2) beschränkte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich mit Verfügung vom 17. Oktober 2013 (Urk. 2/3/13) und Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2013 (Urk. 2/2) ihre Finanzierungsbeiträge an die X.\_\_\_\_ AG ab 1. Oktober 2013 auf die vier Betten , mit denen die se

in der Spitalliste des Kantons Y.\_\_\_\_ aufgeführt war.

Auf die dagegen von der X.\_\_\_\_ AG am

#### **E. 3**

Der Regierungsrat des Kantons Y.\_\_\_\_ erliess mit Beschluss vom 11. März 2014 rückwirkend per 1. Januar 2014 eine neue Spitalliste Psychiatrie, in der keine Bettenzahlen mehr genannt waren. Das Bundesverwaltungsgericht hob diesen Beschluss mit Urteil vom 23. November 2015 (Urk. 19) auf und wies die Sache zur Neu beurteilung im Sinne der Erwägungen an den Regierungsrat zurück. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts steht fest, nachdem der diesbezügliche Beschluss des Kantonsrats vom 22. Mai 2017 durch das Nichteintreten des Bundesgerichts auf die dagegen erhobene Stimmrechtsbeschwerde rechts kräftig geworden ist. 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung des angefochtenen Entscheids (Urk. 2/2) aus, auf der Spitalliste des Kantons Zürich sei die Beschwerdeführerin nicht aufgeführt und auf der Spitalliste des Kantons Y.\_\_\_\_ sei sie mit einem bestimmte psychiatrische Diagnosen umfassenden Leistungsauftrag mit vier Plätzen aufgeführt (S. 4 f. Ziff. 3).

Grundvoraussetzung für die Leistungser-bringung zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sei die Aufnahme eines Spitals auf eine Spitalliste (S. 5 Ziff. 4). Es würde dem Sinn und Zweck der Spitalplanung zuwiderlaufen, wenn eine beschränkte Zulassung zur Behandlung innerkantonalen Patienten eine unbeschränkte Zulassung des ganzen Spitals zur Behandlung von Patienten aller anderen Kantone zur Folge hätte (S. 6 Ziff. 5).

In ihrer Stellungnahme vom 13. Mai 2015 im Rahmen des Verfahrens vor dem Regierungsrat (Urk. 2/5/22) hielt die Beschwerdegegnerin an ihrer Beurteilung fest . 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 2/1), die neue Praxis der Beschwerdegegnerin stehe im Widerspruch zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; S. 19 ff. Ziff. 65 ff.). Beim Vorgehen der Beschwerdegegnerin handle es sich um eine unzulässige Praxisänderung (S. 23 f. Ziff. 76 ff.), um einen Verstoss gegen den Vertrauensschutz (S. 24 f. Ziff. 83 ff.) und gegen das Gleichbehandlungsgebot (S. 25 ff. Ziff. 91 ff.), und es sei willkürlich (S. 27 Ziff. 94 f.). 2.3 Strittig und zu prüfen ist, ob die verfügte Beschränkung der Finanzierungsbeiträge rechtmässig ist.

Mit der Fällung des vorliegenden Urteils wird der beschwerdeweise gestellte Antrag auf den Erlass einer superprovisorisch und sodann vorsorglichen Massnahme (Urk. 2/1 S. 2 Ziff. 4a) hinfällig.

### **E. 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 aufgestellte Plan für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (lit. d) und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (lit. e).

### **E. 3.2**

Liess sich eine Person unter der Herrschaft der Regelung, 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). Bei 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 E. 2.2).

### **E. 3.3**

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).

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.

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

In Art. 49a KVG ist sodann eine umfassendere Kostenbeteiligungspflicht 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.

### **E. 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, der 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 ein 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).

### **E. 3.5**

Vom Recht der versicherten Personen auf Spitalwahl und dem 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.

### **E. 3.6**

Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Gesetzesänderung vom 21. Dezember 2007 mussten die Einführung 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 Einführungszeitpunkt nach Abs. 1 den Anforderungen nach Art. 39 KVG entsprechen.

### **E. 4.1**

In Bezug auf die strittige Leistungspflicht des Kantons Zürich für die Hospitalisation von Zürcher Patienten in der X. AG ab Oktober 2013 haben der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2013 (Urk. 2/2) und die ihm zugrundeliegende Verfügung vom 17. Oktober 2013 (Urk. 2/3/13) Feststellungscharakter. Die Beschwerdegegnerin spricht sich in genereller Weise über den Umfang aus, in welchem der Kanton Zürich ab Oktober 2013 Leistungen für Zürcher Patienten erbringt, die in der Klinik der Beschwerdeführerin 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, indem bestimmt wird, inwieweit vorgängig Kostengutsprache gesuche einzureichen und Belegungsnachweise zu erbringen sind.

### **E. 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 A.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ zur stationären Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz im C.\_\_\_\_ im Kantonsspital B.\_\_\_\_. Das Kantonsspital B.\_\_\_\_ hatte das Abkommen zunächst auf alle C.\_\_\_\_ 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 C.\_\_\_\_ angewendet. Das Schiedsgericht des Kantons B.\_\_\_\_ 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).

#### **E. 4.3**

Wie im zitierten Fall um das Kantonsspital in B.\_\_\_\_ 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 gerichtlich überprüfbaren Feststellungsentscheid zur Zeit des angefochtenen Einspracheentscheids vom 28. Oktober 2013 und der ihm zugrundeliegenden Verfügung vom 17. Oktober 2013 ebenfalls zu bejahen. Mit dessen zentralem 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 gegenüber dem Kanton Zürich ausgeschöpft war und die Beschwerdegegnerin ihren Anspruch auf den Kantonsbeitrag (vgl. Art. 49a Abs. 3 KVG) in einem ersten Anwendungsfall verneinte.

Des Weiteren hat das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 23. November 2015 (Urk. 19) den Beschluss über die neue Spitalliste Psychiatrie, welche per 1. Januar 2014 hätte in Kraft gesetzt werden sollen, in Bezug auf die Beschwerdeführerin aufgehoben, womit für diese wieder die alte Spitalliste galt. Dieses Urteil liess daher das Interesse an der Feststellung der Leistungspflicht des Kantons Zürich unter der Herrschaft der ursprünglichen Spitalliste von Juli 2012 (Urk. 2/5/3/16) ebenfalls nicht dahinfallen.

#### **E. 4.4**

Besteht somit (nach wie vor) ein Interesse der Beschwerdeführerin auf Feststellung des Umfangs der Leistungen des Kantons Zürich ab dem 1. Oktober 2013, so ist der Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2013 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 offenbleiben. Denn der Beschwerdeführerin sind dadurch, dass die Beschwerdegegnerin ein Einspracheverfahren durchgeführt hat, keine Nachteile entstanden.

### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte die strittige Limitierung der Kantonsbeiträge für die Zeit ab Oktober 2013 auf die erwähnte Spitalliste Psychiatrie 2012 des Kantons Y.\_\_\_\_, in deren Abschnitt „Zugewiesene Kapazitäten in der stationären Psychiatrie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ die Beschwerdeführerin mit vier Plätzen aufgeführt ist (Urk. 2/5/3/16), und vertritt die Auffassung, dieser Zusatz begründe eine gesamtschweizerische Beschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf vier Betten (Urk. 2/2 S. 5 f. Ziff. 4).

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 2/1) dagegen geltend, aus näher dargelegten Gründen (S. 20 ff. Ziff. 68 ff.) entbinde eine Kapazitätsbeschränkung für innerkantonale Patienten einen anderen Kanton nicht von der Verpflichtung zur anteilmässigen Kostenübernahme gemäss Art. 41 Abs. 1 bis Satz 2 KVG (S. 20 Ziff. 67).

### **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.

Die Eintragung auf der Spitalliste als solche ist im vorliegenden Verfahren nicht auf ihre Gesetzmässigkeit hin zu überprüfen. Eine solche Überprüfung kann – abgesehen vom Fall der Nichtigkeit - auch nicht vorfrageweise erfolgen. Denn nach einem allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsatz ist der Entscheidung 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.

### **E. 5.3**

Die Eintragung in die Spitalliste stellt das rechtliche Instrument dar, mit dem der Kanton einer Klinik (nach Prüfung der Kriterien in Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG) Leistungsaufträge erteilt, und diese Leistungsaufträge müssen das Ergebnis einer Planung sein, 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 zugedacht, 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.\_\_\_\_ AG daher mit der Eintragung in die Spitalliste des Kantons Y.\_\_\_\_ einen Auftrag erhalten hat, im Umfang von vier Betten Y.\_\_\_\_er Patienten zu behandeln, so wurde ihr damit zugleich das Recht erteilt, in diesem Umfang, aber nicht in einem höheren, Patienten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu behandeln.

#### **E. 5.4**

Das Bundesgericht hat im vorstehend bereits zitierten, den Kanton Tessin betreffenden Urteil des Jahres 2012 die Statuierung einer Mengengrenzung (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 einer Mengengrenzung, die unter dem alten Recht statuiert worden ist, kann daher nicht als unhaltbar bezeichnet werden.

#### **E. 5.5**

Ist die zur Diskussion stehende Eintragung in der Y.\_\_\_\_er Spitalliste als Mengengrenzung zu verstehen und ist sie weiterhin anwendbar, so ist weiter zu prüfen, ob sie im Sinne der Auffassung der Beschwerdegegnerin auch für die Patienten aus dem Kanton Zürich, also für ausserkantonale Patienten, gültig ist oder ob sie im Sinne der Argumentation der Beschwerdeführerin nur innerkantonale gilt.

Der Leistungsauftrag, den ein Kanton einem Spital durch die Aufnahme in seine Spitalliste erteilt, kann sich 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 Kantoneinwohner 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.

Aus dem schon erwähnten Urteil des Bundesgerichts betreffend den Kanton Tessin kann nichts anderes herausgelesen werden. Denn wenn das Bundesgericht 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 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.

#### **E. 5.6**

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 jedoch 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, 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. 5.7**

Zwischen dem Grundsatz der freien Spitalwahl auf der einen Seite und dem Erfordernis der bedarfsgerechten Planung auf der anderen Seite besteht ein gewisses Spannungsfeld, da die Planung gemäss den Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichts im Urteil betreffend den Spitallisteneintrag der X. (Urk. 19 E. 4) zur Sicherstellung des notwendigen Bedarfs führen muss, aber nicht darüber hinaus gehen darf. Dieses Spannungsfeld ist im Falle einer Kapazitätslimitierung wie der vorliegenden besonders ausgeprägt. Denn im Umfang der Betten beziehungsweise der Pflagetage, 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, 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 ausserkantonaler 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 zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Verfügung stehen, mit innerkantonalen Patienten belegt sind.

### **E. 5.8**

Zusammengefasst ist damit die Feststellung der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend, dass sie nur im Rahmen der vier Betten, auf die der Leistungsauftrag in der Spitalliste des Kantons Y.\_\_\_\_ begrenzt ist, Beiträge an die Hospitalisation von Zürcher Patienten in der X.\_\_\_\_ AG zu leisten hat.

### **E. 6.1**

Die Beschwerdeführerin machte sodann geltend, es liege eine unzulässige Praxisänderung vor. Die Beschwerdegegnerin habe eine seit 16 Jahren befolgte Praxis geändert (S. 23 Ziff. 78), ohne dass ernsthafte und sachliche Gründe vorlägen (S. 23 Ziff. 79). Auch sei die Änderung nicht grundsätzlicher Art (S. 23 Ziff. 80) und die Interessen der Beschwerdegegnerin überwiegen diejenigen der Beschwerdeführerin nicht (S. 24 Ziff. 81).

### **E. 6.2**

Eine Praxisänderung muss sich auf ernsthafte sachliche Gründe stützen können, die - vor allem im Hinblick auf das Gebot der Rechtssicherheit - umso gewichtiger sein müssen, je länger die als falsch oder nicht mehr zeitgemäss erkannte Rechtsanwendung als zutreffend erachtet worden ist. Eine Praxisänderung setzt voraus, dass die neue Lösung besserer Erkenntnis des Gesetzeszwecks, veränderter äusserer Verhältnisse oder gewandelten Rechtsanschauungen entspricht (BGE 137 V 282 E. 4.2).

### **E. 6.3**

Dass die Beschwerdegegnerin eine seit 16 Jahren befolgte Praxis geändert habe, ist eine unbewiesene Behauptung der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid dargelegt, dass die Beschwerdeführerin bis Ende 2011 gar keine Beiträge des Kantons Zürich erhalten hat. Damit hat sich die Beschwerdeführerin nicht auseinandergesetzt; es fehlen jegliche Hinweise, dass die Feststellung der Beschwerdegegnerin unzutreffend wäre.

Die betreffende Praxis gibt es somit erst seit Anfang 2012. Dementsprechend sind rechtsprechungsgemäss die Anforderungen, welche eine Änderung zu erfüllen hat, denkbar gering. Aus den Ausführungen zur materiellen Streitfrage (vorstehend E. 5) ergibt sich, dass die mit dem angefochtenen Entscheid getroffene Regelung den Zielsetzungen der seit 2009

geltenden Neuordnung der Spitalfinanzierung offensichtlich besser gerecht wird als die ab 2012 vorübergehend praktizierte Kostenübernahme.

Der Einwand erweist sich somit als nicht stichhaltig.

### **E. 7.1**

Sodann behauptete die Beschwerdeführerin einen Verstoss gegen das Gebot des Vertrauensschutzes (S. 24 f. Ziff. 83 ff.).

### **E. 7.2**

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 (BGE 143 V 341 E. 5.2.1).

### **E. 7.3**

Die Beschwerdeführerin erblickte die erfolgten Dispositionen darin, dass sich Patienten „ vor einiger Zeit “ hätten hospitalisieren lassen, und dass ihr selber beim Ausbleiben der Zahlungen die Insolvenz drohe (S. 24 f. Ziff. 86). Beide Umstände sind nicht geeignet, die - kumulativ zu erfüllende - Voraussetzung der nicht ohne Nachteil rückgängig zu machenden Dispositionen (seitens der Beschwerdeführerin) zu erfüllen. Handlungen der Patienten stellen keine Dispositionen der Beschwerdeführerin dar, und eine drohende Insolvenz ist ebenso wenig eine Disposition wie - praxismässig (BGE 142 V 259 E. 3.3.2) - der blosser Verbrauch von Geldmitteln eine relevante Disposition darstellt.

Der Einwand erweist sich somit als nicht stichhaltig.

### **E. 8.1**

Die Beschwerdeführerin rügte sodann eine Verletzung des Gleichbehandlungsgebots, weil bei anderen Kliniken - konkret der Klinik D.\_\_\_\_ AG - das ihr gegenüber praktizierte Regime bisher nur geprüft wurde (S. 25 ff. Ziff. 91 ff.).

### **E. 8.2**

Das Gebot der Rechtsgleichheit verlangt, dass Gleiches nach Massgabe seiner Gleichheit gleich oder Ungleiches nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich behandelt wird. Der Anspruch auf rechtsgleiche Behandlung wird insbesondere verletzt, wenn hinsichtlich einer entscheidungswesentlichen Tatsache rechtliche Unterscheidungen getroffen werden, für die ein vernünftiger Grund in den zu regelnden Verhältnissen nicht ersichtlich ist, oder wenn Unterscheidungen unterlassen werden, die aufgrund der Verhältnisse hätten getroffen werden müssen ( BGE 136 V 231 E. 6.1 ).

### **E. 8.3**

Die Beschwerdegegnerin hat bereits im angefochtenen Entscheid dargelegt, dass die genannte Klinik und die Beschwerdeführerin nicht vergleichbar seien (Urk. 2/2 S. 9 Ziff. 14). Mit diesen ausführlichen Darlegungen setzte sich die Beschwerdeführerin mit keinem Wort auseinander. Es ist denn auch nicht ersichtlich, in wie fern sie nicht zutreffen sollten.

Somit fehlt es an der Vergleichbarkeit, womit keine unzulässige Ungleichbehandlung vorliegen kann.

### **E. 9.1**

Schliesslich rügte die Beschwerdeführerin als willkürlich, dass die ihr gegenüber getroffene Regelung gegenüber anderen Kliniken bisher lediglich geprüft werde (S. 27 Ziff. 94 f.).

### **E. 9.2**

Willkür in der Rechtsanwendung liegt vor, wenn ein Entscheid offensichtlich unhaltbar ist, mit der tatsächlichen Situation in klarem Widerspruch steht, eine Norm oder einen unumstrittenen Rechtsgrundsatz krass verletzt oder in stossender Weise dem Gerechtigkeitsgedanken zuwiderläuft (BGE 137 I 1 E. 2.4).

### **E. 9.3**

Willkür bezieht sich somit - im Unterschied zur Ungleichbehandlung - nicht auf verschiedene Sachverhalte, sondern einen einzelnen Akt der Rechtsanwendung, mithin darauf, wie eine bestimmte Norm auf einen bestimmten Sachverhalt angewendet wird.

Inwiefern Willkür in diesem Sinne vorliegen sollte, ergibt sich weder aus den Vorbringen der Beschwerdeführerin noch aus der Sache selbst.

Auch dieser Einwand ist somit nicht stichhaltig.

### **E. 10**

Zusammengefasst erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens. Dem entsprechend ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Staffelbach -  
Gesundheitsdirektion 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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

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