

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00084

vom 27. Juli 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-07-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2021.00084

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00084 du 27 juillet 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00084 del 27 luglio 2022

Erwägungen

E. 1

Ab dem 1. Oktober 2018 bestand zwischen der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (kurz: CONCORDIA) und weiteren Versicherungen auf der einen Seite sowie der Klinik Y.____ auf der anderen Seite ein Vertrag betreffend Patienten mit einer Spitalzusatzversicherung (Urk. 8/2/1). Für X.____, welcher bei der CONCORDIA obligatorisch Krankenpflege versichert ist (Urk. 8/1), wurde am 10. August 2020 Kostengutsprache für einen Spitalaufenthalt in der Klinik Y.____ für fünf Tage erteilt (Urk. 8/2/4), mit Verlängerung bis am 21. August 2020 (Kostengutsprache vom 31. August 2020 [Urk. 8/2/7]). Beim Versicherten wurden aufgrund einer Krebserkrankung plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma durchgeführt (Urk. 8/2/8).

Mit Schreiben vom 22. Juli 2020 kündigte die CONCORDIA den besagten Vertrag mit allen dazu gehörenden Anhängen und Nachträgen sowie auch den dazugehörigen Vertrag bezüglich OKP-Abgeltung (KVG 49a-Regelung) per 31. Dezember 2020. Die CONCORDIA stellte in Aussicht, Verhandlungen zu führen, um einen gangbaren Weg einer deutlichen Tarifreduktion zu diskutieren (Urk. 8/2/3). Kulanter Weise übernahm die CONCORDIA im Januar 2021 stattfindende Verhandlungen in der Klinik Y.____ noch im Umfang der bisherigen vertraglichen Regelung (Urk. 2 S. 2). Mit Schreiben vom 8. Januar 2021 teilte sie der Klinik Y.____ jedoch mit, diese werde auf die Liste der Spitäler ohne Kostendeckung gesetzt, was konkret bedeute, dass den Versicherten aus der Schweiz für stationäre Behandlungen in der Klinik ab dem 1. Februar 2021 keine Leistungen mehr aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Zusatzversicherungen vergütet würden (Urk. 8/2/12). Am 27. Januar 2021 erhielt die CONCORDIA von der Klinik Y.____ ein Kostengutsprache-Gesuch für einen stationären Aufenthalt des Versicherten ab dem 2. Februar 2021

zur Durchführung eines operativen Eingriffs infolge eines Rezidivs. Als behandelnde Ärztin wurde Frau Dr. med. Z.____ angegeben (Urk. 8/2/16 f.; vgl. auch Urk. 8/2/13 f.). Mit Schreiben vom 28. Januar 2021 teilte die CONCORDIA der Klinik Y.____ unter Hinweis auf die vertragslose Situation mit, dem Gesuch könne nicht entsprochen werden; es werde darum gebeten, den Versicherten darüber zu informieren (Urk. 8/2/19). Mit E-Mail-Schreiben vom 11. August 2021 verlangte der Versicherte den Erlass einer einsprachefähigen Verfügung (Urk. 8/2/22), welche die CONCORDIA am 2. September 2021 erliess. Darin hielt sie fest, dass eine Beteiligung an den Kosten für den stationären Aufenthalt in der Klinik Y.____ nicht möglich sei (Urk. 8/2/23). Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten vom 6. Oktober 2021 (Urk. 8/2/24) wies die CONCORDIA mit Entscheidung vom 27. Oktober 2021 ab (Urk. 2 [= Urk. 8/2/25]).

E. 2

.1.4

In der hier einschlägigen Spitalliste des Kantons Zürich, Akutsomatik (Version 2021.4, gültig ab 1. Januar 2021) , ist die Klinik Y.____

jedoch nicht aufgeführt , was vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten wird (Urk. 1 S. 3 Ziff. 4).

Damit handelt es sich bei ihr nicht um eine Leistungserbringerin, welche zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen ist.

E. 2.1.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). Die Leistungen müssen der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG) und umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital von Ärztinnen oder Ärzten durchgeführt werden (Art. 25 Abs.

E. 2.1.2

Zur Tätigkeit zu Lasten der OKP sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Art. 36–40 KVG erfüllen (Art. 35 Abs. 1 OKP). Spitäler sind Leistungserbringer (Art. 35 Abs. 2 lit. h OKP) und zugelassen, wenn sie unter anderem auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (vgl. Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG). Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital 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 KVG) .

E. 2.1.3

In Frage steht hier ein stationärer Aufenthalt in einem Spital von sieben Tagen (vgl. das Kostengutsprache-Gesuch vom 27. Januar 2021 [Urk. 8/2/17]). Gemäss Art. 3 lit. a der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) gilt mitunter ein Aufenthalt zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital von mindestens 24 Stunden als stationäre Behandlung nach Art. 49 Abs. 1 KVG.

E. 2.2.1

Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nach Art. 39 KVG nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach den Art. 38 und 39 Abs. 1 Buchstaben a–c und f KVG erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen (Art. 49a Abs. 4 Satz 1 KVG) .

E. 2.2.2

Die Beschwerdegegnerin legte das Kündigungsschreiben vom 22. Juli 2020 auf. Mit diesem kündigte sie den bestehenden VVG-Tarifvertrag mit der Klinik Y.____ vom 1. Oktober 2018

betreffend Patienten mit einer Spitalzusatzversicherung mit allen dazu gehörenden Anhängen und Nachträgen sowie den dazugehörigen Vertrag bezüglich OKP-Abgeltung (KVG 49a-Regelung) unter Einhaltung der fünfmonatigen Kündigungsfrist (vgl. Urk. 8/2/1 S. 8 Art. 9) per 31. Dezember 2020 (Urk. 8/2/3). Aus dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 8. Januar 2021 geht sodann hervor, dass sie die Klinik Y.____ darauf hinwies, deren Fallkosten seien übermässig hoch und nicht plausibel. Sie seien im Durchschnitt Fr. 7'300.-- höher als in der Klinik A.____ auf der gegenüberliegenden Seeseite. Die Verhandlungsverantwortlichen hätten der Beschwerdegegnerin zudem versichert, dass in beiden Kliniken dieselben Mehrleistungen angeboten würden, weshalb ein solch grosser Unterschied in den Fallkosten gegenüber den Prämienzahlern nicht mehr vertretbar sei. Da von den Verantwortlichen kein Lösungsweg für die Problematik aufgezeigt worden sei, seien so wohl der VVG- als auch der OKP-Vertrag mit der Klinik Y.____ per Ende 2020 gekündigt worden. Ab dem 1. Februar 2021 würden den Versicherten der Beschwerdegegnerin aus der Schweiz für stationäre Behandlungen in der Klinik Y.____ keine Leistungen aus der OKP und den Zusatzversicherungen mehr vergütet (Urk. 8/2/12). Ab dem 1. Januar 2021 bestand somit aus gewiesenermassen

ein vertragsloser Zustand, wobei die Beschwerdegegnerin erst ab dem 1. Februar 2021 keine Leistungen mehr aus der OKP vergütete.

E. 2.3.1

Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung an teilmässig nach Artikel 49a KVG. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig (Art. 41 Abs. 3 KVG).

Eine solche Bewilligung des Kantons Zürich

liegt nicht vor.

E. 2.3.2

Medizinische Gründe nach Art. 41 Abs. 3 KVG liegen insbesondere bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, nicht angeboten werden (Art. 41 Abs. 3 bis KVG). Im Bericht von Dr. Z.____ vom 27. Januar 2021 wurde die Diagnose einer Lymphknotenmetastase cervical links bei ausgedehntem Rezidiv Spinaliom Schläfe links/Fossa temporalis, ulceriert, gestellt, weshalb am 2. Februar 2021 eine selektive Neck dissection mit nachfolgender Bestrahlung geplant sei (Urk. 8/2/14). Gemäss der verwendeten Behandlungsnummer 40.41.99 im Kostengutsprache-Gesuch vom 27. Januar 2021 handelte es sich um eine Operation am lymphatischen System (40), Untergruppe 40.4 Neck dissection, Resektion von zervikalen Lymphknoten bis auf Muskel und Fascia profunda

(vgl. Schweizerische Operationsklassifikation [CHOP], Version 2021, zu finden auf www.bfs.admin.ch). In Frage stand somit – nebst der Bestrahlung und damit einer Leistung der (Radio-)

Onkologie (ONK1 Onkologie, RAO1 Radio-Onkologie und NUK1 Nuklearmedizin) – eine Leistung der Dermatologischen Onkologie (vgl. Spitalplanungs-Leistungsgruppen [SPLG] Akutsomatik Definitionen 2021.1.1; Dermatologie [zu finden auf der Website des

Kantons Zürich: Gesundheit, Spitäler & Kliniken, Spitalplanung]). Es trifft zwar zu, dass die behandelnde Ärztin Dr. Z.____ auch in der Klinik A.____ als Belegärztin tätig ist (vgl. die Website der Klinik A.____

«...» als auch die Website von Dr. Z.____

«...»). Letztere Klinik ist jedoch gemäss der Spitalliste ab 1. Januar 2021 lediglich als Leistungserbringerin im Bereich der (Radio-)Onkologie zugelassen, nicht hingegen im Bereich der Dermatologischen Onkologie.

E. 2.3.3

Dafür standen in den beiden betroffenen Bereichen sowohl das Spital B.____ als auch das Spital C.____ als zugelassene Leistungserbringerinnen zur Verfügung. Dementsprechend ist die Voraussetzung, dass die erforderlichen Leistungen bei stationärer Behandlung in einem anderen Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, nicht angeboten werden, nicht erfüllt.

E. 2.3.4

Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers kann nicht offenbleiben, ob es sich um einen Notfall handelte oder nicht. Nach Verneinung der vorgenannten Voraussetzung (E. 2.3.3) können medizinische Gründe nach Art. 41 Abs .

E. 2.3.5

Mit der Beschwerdegegnerin ist darauf hinzuweisen, dass für jeden Spitalaufenthalt jeweils ein neues Kostengutsprache-Gesuch zu stellen ist und auf der Basis der aktuellen Unterlagen sowie der gesetzlichen und tarifvertraglichen Situation eine Prüfung erfolgt. Frühere Kostengutsprachen vermögen keinen Anspruch auf spätere Kostengutsprachen zu begründen. Art. 25 ATSG ist sodann, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt, nicht einschlägig.

E. 2.4

Der Beschwerdeführer machte des Weiteren geltend (Urk. 1 S. 5 Ziff. 7), ihm seien zumindest diejenigen Kosten ausbezahlen, welche in einem Vertrags- oder Listenspital im Kanton Zürich angefallen wären (analog Referenztarif). Angesichts des vertragslosen Zustandes besteht jedoch keine Grundpflicht der Beschwerdegegnerin. Bei Wegfall eines Vertrages nach Art. 49a Abs. 4 KVG ist kein Ersatztarif nach Art. 47 KVG festzulegen, was sich schon daraus ergibt, dass mit dem Vertrag auch die Zulassung für den betreffenden Leistungserbringer dahinfällt (BSK KVG-Egli/Waldner, Basel 2020, Art. 49a N 84). Schliesslich ist anzufügen, dass entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers der Erfolg des in Frage stehenden medizinischen Eingriffs nicht primär von einem intakten Arzt-/Patientenverhältnis (Urk. 1 S. 5 Ziff. 7) abhängt, sondern von dessen fachkompetenter und professioneller Durchführung, welche nicht bloss in der Klinik Y.____ gewährleistet gewesen wäre.

E. 2.5

Von weiteren Beweismassnahmen, namentlich einer Befragung des Beschwerdeführers oder der behandelnden Ärztin, sind keine entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E.

5.3; Urteil des Bundesgerichts 9C _546/2017 vom 30. April 2018 E. 3.2.2.2).

E. 3

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin in zulässiger Weise für die geplante sieben tägige stationäre Behandlung in der Klinik Y.____ ab dem 2. Februar 2022 keine Kostengutsprache zu Lasten der OKP erteilt. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Da der Einspracheentscheid an die Stelle der vorgängig erlassenen Verfügung tritt (BGE 119 V 347 E. 1b), bildet Anfechtungsgegenstand des nachfolgenden Beschwerdeverfahrens allein der Einspracheentscheid. Soweit der Beschwerdeführer die Aufhebung der Verfügung vom 2. September 2021 beantragt (Urk. 1), ist darauf nicht einzutreten.

E. 4

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann - CONCORDIA
Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG - Bundesamt für Gesundheit

E. 5

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Vogel Muraro

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