

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2001.00004 vom 13. Oktober 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-10-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_SR.2001.00004](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2001.00004)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2001.00004 du 13 octobre 2003

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2001.00004 del 13 ottobre 2003

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen (Art. 42 Abs. 4 KVG). In begründeten Fällen ist der Leistungserbringer berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 bekanntzugeben (Art. 42 Abs. 5 KVG).

3.2. Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Art. 57 Abs. 4 KVG). Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern (Art. 57 Abs. 6 Satz 1 KVG). Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten (Art. 57 Abs. 7 KVG).

### E. 4

4.1. Zunächst stellt sich die Frage nach dem Umfang des von der Klägerin geltend gemachten Akteneditionsanspruchs.

Die Klägerin verlangt die Herausgabe des vollständigen Patientendossiers mit der einzigen Begründung, sie wolle die Wirtschaftlichkeit der Behandlung überprüfen, ohne im Hinblick darauf detailliert darzulegen, wozu und weshalb sie sämtliche Akten benötigt (Urk. 13 Ziff. 5).

Gegen die von der Klägerin verlangte umfassende Herausgabe sämtlicher Akten des streitbetroffenen Behandlungsfalles wendet der Beklagte ein, dass Art. 42 Abs. 3 KVG nach seinem klaren Wortlaut das Editionsrecht auf jene Akten beschränke, welche der Schuldner benötige, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Zweck dieser Überprüfung könne nur die Verweigerung der Vergütung für unwirtschaftliche Leistungen bzw. die Rückforderung einer unrechtmässigen Vergütung im Sinne von Art. 56 Abs. 2 KVG

sein, und an diesem Zweck habe sich der Umfang des Editionsanspruchs nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip zu orientieren; er gehe nur so weit, als er zur Erfüllung dieses Zweckes erforderlich sei (Urk. 8 und Urk. 20).

4.2.3 So sehr dem Beklagten in Bezug auf diese - auch dem aufgehobenen Beschluss des Schiedsgerichts vom 25. Januar 2001 zugrunde gelegenen - Überlegungen zuzustimmen und so deutlich im vorliegenden Fall erkennbar ist, dass die Klägerin zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der gemäss KVG vergüteten Leistungen objektiv nicht sämtliche Behandlungsunterlagen benötigt, sondern allenfalls diejenigen, welche für die Beurteilung der Dauer der Spitalbedürftigkeit erforderlich sind (aus der KVG-Grundversicherung hat sie ja Tagespauschalen vergütet), so offenkundig also erscheint, dass die Klägerin Operationsbericht, Narkoseprotokoll und Rechnungsdetails (vgl. Urk. 2/2/3) nicht zur Überprüfung der Leistungspflicht nach KVG, sondern zur Überprüfung der Leistungspflicht aus der privaten Zusatzversicherung (welcher mehr als 90 % des Gesamtrechnungsbetrags belastet wurden) und/oder zu einem anderen Zweck anfordert, steht einer Einschränkung des klägerischen Akteneinsichtsrechts die dem Rückweisungsentscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zugrundeliegende Rechtsauffassung entgegen, an welche das Schiedsgericht im Rahmen der erneuten Beurteilung dieses Falles gebunden ist.

4.3.3 In seiner Rückweisungsentscheid hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die Rechtsauffassung des Schiedsgerichts, wonach das Editionsrecht des Versicherers gemäss Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG ein zur Vergütungspflicht oder zum Rückforderungsrecht akzessorisches sei, verworfen und festgehalten, dass Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG eine selbständige, von Art. 56 Abs. 2 KVG unabhängige Editionsspflicht begründe, an deren Beurteilung die Klägerin ein rechtlich geschütztes Interesse habe (Erw. 4). Dass es dabei nicht nur um die prozessuale Frage der selbständigen Einklagbarkeit geht, sondern das Eidgenössische Versicherungsgericht die Zweckbindung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Art. 42 Abs. 3 KVG an konkrete Vergütungs- oder Rückforderungsansprüche aus dem KVG (allfällige Ansprüche aus Art. 56 Abs. 2 KVG) verneint, ergibt sich daraus, dass es auch verlangt, zur Bestimmung des Umfangs der Auskunftspflicht sei auf das subjektive Interesse des (Vergütung)schuldners abzustellen. Massgeblich für den Umfang des Editionsanspruchs ist nach Auffassung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nämlich nicht etwa, was nach objektiven Gesichtspunkten und unter Beachtung des Verhältnismässigkeitsprinzips zweckmässig und erforderlich ist, damit der Schuldner seine Rechte und Pflichten aus dem KVG wahrnehmen kann, sondern - unter Bezugnahme auf eine Fussnotenbemerkung von Eugster, welche allerdings den eingeklammerten Hinweis auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss Art. 32 KVG nicht enthält (Eugster Krankenversicherung in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Fn 523) - etwas der Schuldner für die Durchsetzung seiner Rechte (und der Pflicht zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG) als notwendig erachtet (Erw. 4, S. 5 unten).

4.4.3.3 Weshalb das Eidgenössische Versicherungsgericht in diesem Zusammenhang auf Art. 32 KVG hinweist, ist nicht nachvollziehbar. Denn einerseits ist die abstrakte Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne von Art. 32 Abs. 2 KVG (Prüfung der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Leistungen des Pflichtleistungskatalogs) nicht Aufgabe der Krankenversicherer und andererseits erfordert sie auch keine Personendaten im Sinne von

Art. 3 lit. a des Bundesgesetzes über den Datenschutz.

4.4. Nach dieser Rechtsprechung genügt allein der Umstand, dass ein Krankenversicherer Vergütungen gemäss KVG geleistet hat (bzw. er nach eigener Ansicht gegebenenfalls solche zu leisten hat), um ihn gestützt auf Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG zum Erhalt jedwelder medizinischer Auskünfte zu legitimieren, welche er zu benutzenden vorgibt, um die Berechnung von Vergütungen und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen überprüfen zu können.

Dabei ist er - entgegen beklagter Ansicht (Urk. 20 Ziff. 5) - keineswegs gehalten, detailliert darzulegen, wie er die Berechnung von Vergütungen und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen überprüfen will, und zu begründen, weshalb er im Hinblick darauf die angeforderten medizinischen Informationen benutzend. Denn aus der Begründung des Auskunftsbefehrs kann der Leistungserbringer nichts zu Gunsten des Rückhalts von medizinischen Angaben ableiten. Selbst wenn die Begründung in keiner Weise zu überzeugen vermag, ändert das nichts daran, dass der Krankenversicherer die Edition als notwendig erachtet, bzw. vorgibt, sie als notwendig zu erachten.

Eine gerichtliche Überprüfung des Editionsbegehrens unter dem Gesichtspunkt der Zweckmässigkeit und Notwendigkeit ist unter diesen Umständen nicht nur nicht nötig, sondern gar nicht möglich. Denn die Zweckbindung des Editionsanspruchs und die Massgeblichkeit objektiver Kriterien im Hinblick auf diesen Zweck sind logische Voraussetzungen für eine gerichtliche Überprüfung.

Gemäss der mit dem Rückweisungsentscheid im vorliegenden Fall begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts ist es den Krankenversicherern daher ohne weiteres möglich, gestützt auf den Auskunftsanspruch nach KVG medizinische Informationen auch für die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung im Bereich einer gegebenenfalls von ihnen betriebenen Privatversicherung erhältlich zu machen. Es ist ihnen sogar möglich, unter Verwendung von anamnestischen Angaben, welche sie sich vorgeblich zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung beschaffen, im Bereich der Privatversicherung Risikoselektion zu betreiben. Da Krankengeschichten häufig auch familienanamnestische Angaben enthalten, können davon sogar Familienangehörige der versicherten Person betroffen sein.

All dem kann nicht einmal unter dem Gesichtspunkt des Rechtsmissbrauchs etwas entgegengehalten werden, denn grundsätzlich sind sowohl die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung als auch die Risikoselektion legitime Interessen im Privatversicherungsgeschäft.

4.5. Ob bzw. inwieweit die Institution des Vertrauensarztes bzw. die der versicherten Person offen stehende Möglichkeit, den Leistungserbringer in jedem Fall und ohne Begründung verpflichtet zu können, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 bekanntzugeben (Art. 42 Abs. 5 KVG), ein taugliches Mittel ist, den mit der höchststrichterlichen Rechtsprechung zu Art. 42 Abs. 3 KVG nicht zweckgebundenen Datenfluss zwischen Leistungserbringern und Versicherungsverwaltungen einzuschränken, wird die Rechtsprechung zu Art. 57 Abs. 7 KVG weisen müssen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Denn entweder werden die Angaben im Sinne von Art 57 Abs. 7 KVG, welche notwendig sind, um die Vergütung festzusetzen, nach den gleichen Kriterien bestimmt wie die Angaben im Sinne von Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG. Dann stehen die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen bei der Auswahl der an die Kassenverwaltungen weiterzuleitenden Angaben vor dem gleichen Problem wie die Gerichte bei der Bestimmung der den Kassenverwaltungen nach Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG legitimerweise zustehenden Informationen: Mangels konkreter Zweckbindung des Auskunftsgesuchs und objektiver Kriterien für die Beurteilung von Zweckmässigkeit und Notwendigkeit sind sie gar nicht in der Lage, eine Auswahl zu treffen, können demnach auch die Persönlichkeitsrechte der Versicherten nicht wahren und werden damit weitgehend obsolet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Oder aber, was die vertrauensärztlichen Dienste an die Kassenverwaltungen weiterleiten sollen und dürfen, wird aus Rücksicht auf die Persönlichkeitsrechte der Versicherten auf das beschränkt, was die Kassenverwaltungen nach von den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen anzuwendenden objektiven Kriterien benötigen, um die Vergütung unter Berücksichtigung von Art. 56 Abs. 2 KVG festsetzen oder überprüfen zu können.

4.6 Ä Ä Ä Ä Hält das Eidgenössische Versicherungsgericht an seiner mit dem Rückweisungsentscheid im vorliegenden Fall begründeten Rechtsprechung zu Art. 42 Abs. 3 KVG fest und geht die Rechtsprechung zu Art. 57 Abs. 7 KVG in die in Erwägung 4.4 zuletzt dargestellte Richtung, bietet die Rechtsausübung der versicherten Person nach Art. 42 Abs. 5 KVG Gewähr dafür, dass die Kassenverwaltungen lediglich jene Auskünfte medizinischer Natur erhalten, welche sie zur Berechnung der Vergütung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen des KVG effektiv benötigen.

Dann sind die Leistungserbringer aufgrund ihrer Treuepflicht aus dem Behandlungsvertrag gehalten, die Patienten auf diesen Umstand hinzuweisen sowie gegebenenfalls deren Erklärungen im Sinne von Art. 42 Abs. 5 KVG zu ihren Akten zu nehmen. Über kurz oder lang kann dies - weil die Versicherten aufgrund der Rechtsprechung zu Art. 42 Abs. 3 KVG allen Grund haben, ihr Recht nach Art. 42 Abs. 5 KVG auszuüben - dazu führen, dass sich die Kassenverwaltungen auch jene medizinischen Auskünfte, welche sie zur Berechnung der Vergütung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen des KVG effektiv benötigen, in der Regel nur noch nach Art. 57 Abs. 7 KVG beschaffen können.

Der von der Klägerin erstrittene Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. Oktober 2001 würde sich dann als Pyrrhussieg erweisen. Denn, wenn die vom Gesetzgeber für den Datenfluss im KVG vorgesehene Regel (direkter Datenfluss vom Leistungserbringer zur Kassenverwaltung) und deren Ausnahme (indirekter Datenfluss vom Leistungserbringer über den Vertrauensarzt zur Kassenverwaltung) umgekehrt werden, weil eine grosse Zahl von Versicherten wegen der fehlenden Zweckbindung des Auskunftsrechts im direkten Datenfluss vom Leistungserbringer zur Kassenverwaltung vorsorglich verlangt, dass die sie betreffenden medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin bekanntgegeben werden dürfen, zwingt dies die Krankenversicherer zu einem kostspieligen Ausbau der vertrauensärztlichen Dienste.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die gemäss Erwägung 5b des Rückweisungsentscheids im Rahmen der materiellen Anspruchsprüfung zu beurteilenden Modalitäten der Aktenevidenz anbelangt, wurde bereits darauf hingewiesen, dass nach den Vorstellungen des

Gesetzgebers der direkte Datenfluss vom Leistungserbringer zur Kassenverwaltung die Regel und der indirekte über den Vertrauensarzt die Ausnahme bildet. Dementsprechend ist der von der Klägerin replicando zitierten (Urk. 13 Ziff. 14) Ansicht von Eugster und Luginbühl zuzustimmen, wonach Art. 42 Abs. 3 KVG einerseits eine Offenbarungspflicht und andererseits eine Offenbarungsermächtigung beinhaltet, weshalb vor einer auf diese Gesetzesvorschrift abgestützten Datenoffenbarung keine Zustimmung des Patienten einzuholen ist (Gebhard Eugster/Rudolf Luginbühl, Datenschutz in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, in: Datenschutz im Gesundheitswesen, Zürich 2001, 98 ff.). Müssen die Versicherer in jedem Fall vorgängig eine Vollmacht der betroffenen Patienten einholen, liesse sich der vom Gesetzgeber vorgesehene Regel-Datenfluss in der Praxis gar nicht realisieren.

Es kann somit keine Rede davon sein, dass eine Aktenedition von vornherein nur an den Vertrauensarzt der Klägerin erfolgen könne (Urk. 20 Ziff. 11). Ebenso erörtern sich Erörterungen über die Tragweite der von der Klägerin vorgelegten Vollmacht der versicherten Person (Urk. 2/2/1). Denn nachzuweisen ist nicht das Einverständnis der versicherten Person mit der Herausgabe an die Kassenverwaltung, sondern - als einer der beiden gesetzlich vorgesehenen Ausnahmetatbestände - das ausdrückliche Verlangen der versicherten Person, die Akten nur an den Vertrauensarzt des Versicherers herauszugeben. Liegt kein solches Begehren der versicherten Person vor, hat der Leistungserbringer die angeforderten Akten an die Kassenverwaltung herauszugeben.

Was den zweiten gesetzlich vorgesehenen Ausnahmetatbestand des âbegründeten Falles für eine Verweigerung der Aktenedition an die Kassenverwaltung anbelangt, so ist vorliegendenfalls weder aus den Akten eine Besonderheit ersichtlich, welche unter diesen Tatbestand subsumiert werden könnte, noch macht der Beklagte eine solche geltend. Es ist auch nichts von dem, was der Beklagte gegen die Aktenedition vorbringt (Urk. 13 und Urk. 20), fallspezifisch, weshalb seine Vorbringen von vornherein nicht geeignet sind, einen begründeten (Ausnahme)Fall im Sinne von Art. 42 Abs. 5 KVG zu statuieren (zum Begriff des âbegründeten Falles: Maurer, Das neue Krankenversicherungsgesetz, S. 78).

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Schiedsgericht bei der Neubeurteilung des vorliegenden Falles an die dem Rückweisungsentscheid zugrundeliegende Rechtsauffassung gebunden ist, gemäss welcher es sich bei der Editionsspflicht nach Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG um eine unabhängig von Art. 56 Abs. 2 KVG bestehende, eigenständige Verpflichtung handelt, deren Umfang sich nach dem bemisst, was der Schuldner für die Durchsetzung seiner Rechte als notwendig erachtet. Demzufolge genügt es für die vollumfängliche Gutheissung der Klage, dass die Klägerin eine Vergütung nach KVG geleistet hat und gemäss ihrem Klagebegehren die vollständigen Akten - wozu auch immer - benötigt.

7. Ausgangsgemäss sind die Kosten des Verfahrens dem Beklagten aufzulegen. Da der Streitwert nach Auffassung der Parteien nicht bezifferbar ist (Urk. 2/0 = Protokoll in Proz.-Nr. SR.1999.00006, S. 3), ist die Spruchgebühr in Anwendung von Â§ 4 Abs. 1 der Verordnung über die Gerichtsgebühren auf Fr. 1'000.-- festzusetzen.

8. Zudem hat die obsiegende Klägerin Anspruch auf eine Parteientschädigung, welche in Anwendung von Â§ 3 Abs. 1 der Verordnung über die Anwaltsgebühren auf Fr. 2'000.-- (Honorar und Barauslagen inkl. MWS) festzusetzen

ist.

Das Schiedsgericht erkennt:

1. In Gutheissung der Klage wird der Beklagte verpflichtet, die Akten betreffend die Behandlung von A. \_\_\_ vom 1. Juli 1997 bis 9. Juli 1997 der Klägerin zur Einsichtnahme herauszugeben.

2. Die Kosten des Verfahrens, bestehend aus:

Spruchgebühren: Fr. 1'000.--

Schreibgebühren: Fr. 511.--

Zustellungsgebühren: Fr. 475.--

Total: Fr. 1'986.--

werden dem Beklagten aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Der Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Ueli Kieser
- Rechtsanwalt Bernhard Korolnik
- Bundesamt für Sozialversicherung

sowie an:

- Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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