

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2005.00025 vom 26. August 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2005.00025

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2005.00025 du 26 août 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2005.00025 del 26 agosto 2008

Erwägungen

E. 1

1.1. Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) entscheidet das kantonale Schiedsgericht "Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern". Gesetz und Verordnung umschreiben nicht näher, was unter Streitigkeiten im Sinne der genannten Bestimmung zu verstehen ist. Nach der zum altrechtlichen Art. 25 Abs. 1 KUVG ergangenen und auch unter dem neuen Recht massgebenden Rechtsprechung ist von einer weiten Begriffsumschreibung auszugehen, indem die sachliche Zuständigkeit für alle Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zu bejahen ist, wenn und soweit sie Rechtsbeziehungen zum Gegenstand haben, die sich aus dem KVG ergeben oder auf Grund des KVG eingegangen worden sind. Des Weiteren muss es sich um eine Streitigkeit zwischen Versicherungsträgern und leistungserbringenden Personen handeln, was sich danach bestimmt, welche Parteien einander in Wirklichkeit gegenüberstehen. Der Streitgegenstand muss mit andern Worten die besondere Stellung der Versicherer oder Leistungserbringer im Rahmen des KVG betreffen. Liegen der Streitigkeit keine solchen Rechtsbeziehungen zu Grunde, ist sie nicht nach sozialversicherungsrechtlichen Kriterien zu beurteilen mit der Folge, dass nicht die Schiedsgerichte, sondern allenfalls die Zivilgerichte zum Entscheid sachlich zuständig sind (BGE 132 V 352 Erw. 2.1 mit Hinweis auf BGE 132 V 303 Erw. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

In Erwägung 2.5.4 von BGE 132 V 352 hat das Bundesgericht sodann festgehalten, die Frage, ob sich der Leistungserbringer für die erbrachten Leistungen mit dem Tarif für die Grundversicherung begnügen muss oder ob er dafür von der Patientin bzw. ihrer Zusatzversicherung eine darüber hinausgehende Vergütung beanspruchen kann, sei gleichbedeutend mit der Frage, ob die vom Spital geltend gemachten Leistungen zulässigerweise eine über die Grundleistung hinausgehende Mehrleistung darstellen, was wiederum von der Frage abhängt, wie weit der von der Grundversicherung zu deckende Leistungsumfang reiche. Dies sei eine KVG-rechtliche Frage, welche in die Zuständigkeit der Sozialversicherungsgerichte bzw. im Falle von Art. 89 KVG in die Zuständigkeit des Schiedsgerichts gehöre.

1.2. Soweit der Beklagte geltend macht, die versicherte Person, welche sich an den von der Klägerin genannten Daten einem von ihm durchgeführten angiologischen Eingriff in seiner Praxis unterzogen hat und anschliessend zur Nachbehandlung in die Klinik A. überführt worden ist, sei privatversichert gewesen, und er daraus ableiten will, dass deshalb das Schiedsgericht nicht zuständig sei, darüber zu entscheiden, nach welchem Tarif der angiologische Eingriff abzurechnen ist (Urk. 13 S. 2 f., Urk. 20 S. 2 f.), kann ihm im Lichte der vorstehenden Ausführungen nicht gefolgt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Denn der Beklagte ist unbestrittenermassen für ambulante Pflichtleistungen nach dem KVG zur Abrechnung gemäss dem hierfür geltenden TARMED-Tarif für freipraktizierende Ärzte zugelassen und die Klinik A.____ figuriert in der Spitalliste des Kantons Zürich als Institution mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Sodann ist unbestritten, dass es sich bei dem vom Beklagten durchgeführten Eingriff um eine Pflichtleistung nach KVG handelt. Demzufolge besteht unabhängig davon, ob die Leistungen des Beklagten als ambulant oder als stationär qualifiziert werden, ein Anspruch auf Versicherungsleistungen nach KVG und ist die hier strittige Frage nach dem für den Umfang dieses Anspruchs massgebenden Tarif eine vom Schiedsgericht zu beantwortende. Dies ungeachtet dessen, ob und von wem die vom Beklagten erbrachten Leistungen vergütet wurden, und ob sowie gegebenenfalls wem aus diesem Vorgang gestützt auf welchen Rechtstitel gegen wen ein Leistungsanspruch zusteht.

1.3 Ä Ä Ä Ä Zu bejahen ist auch ein aktuelles Rechtsschutzinteresse der Klägerin an der feststellungsweisen Klärung der Streitfrage, da sie selbst mangels erfolgter Bezahlung einer Vergütung (durch die Klägerin selbst oder die bei ihr grundversicherte Person) an den Beklagten gegen diesen keine Rückforderungsklage im Sinne von Art. 56 Abs. 2 KVG erheben kann, aber für die Prüfung einer allfälligen - wie gesagt, unabhängig davon, wer die Leistungen des Beklagten vergütet hat, bestehenden - eigenen Leistungspflicht nach KVG, auf eine Klärung der Frage nach dem anwendbaren Tarif und der damit verknüpften Frage nach ihrem Gläubiger (vgl. Art. 42 Abs. 1 KVG) angewiesen ist. Dabei ist es ihr - entgegen der Auffassung des Beklagten (Urk. 13 S. 3, Urk. 20 S. 2 f.) - nicht zumutbar, diese Klärung der Rechtsverhältnisse zwischen ihr, ihrem Versicherten und dem Beklagten als Vorfrage in einem von ihr angestregten oder provozierten Zivilprozess gegen einen Zusatzversicherer zu suchen; dies unabhängig davon, dass die vorliegendenfalls involvierten Versicherer in einem Konzernverhältnis stehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Klage ist daher einzutreten.

E. 2

2.1 Ä Ä Ä Ä In der Sache stellt sich der Beklagte auf den Standpunkt, dass der von ihm durchgeführte Eingriff aus medizinischen Gründen zwingend eine stationäre Überwachung erfordere, weshalb er als ganzer nur stationär durchgeführt werden könne (Urk. 13 S. 3 f. und S. 5, Urk. 20 S. 3). Der Eingriff selbst erfolge deshalb in seinen Praxisräumen und nicht in den Räumlichkeiten der Klinik, in der die stationäre Nachüberwachung stattfinde, weil der Operationssaal (OP) in seiner Praxis für derartige Eingriffe besser ausgerüstet sei als jener der Klinik (Urk. 13 S. 4). Darauf, wo örtlich der erste Schritt eines gesamten und fest geplanten Vorgehens stattfinde, komme es aber nicht an, sondern alleine darauf, ob innerhalb der arbeitsteiligen Gesamtorganisation für den Eingriff insgesamt eine stationäre bzw. teilstationäre oder eine bloss ambulante Behandlung objektiv angezeigt gewesen wäre (Urk. 13 S. 6).

2.2 Ä Ä Ä Ä Soweit seitens der Klägerin in Frage gestellt wird, dass der vom Beklagten durchgeführte Eingriff zwingend eine stationäre Nachüberwachung erfordere (Urk. 17 S. 3), und dass der Praxis-OP des Beklagten besser ausgerüstet sei als der OP der involvierten Klinik (Urk. 17 S. 3), kann offen gelassen werden, wie es sich diesbezüglich

in tatsächlicher Hinsicht verhält. Denn für den Entscheid über die hier einzig strittige Frage nach dem Tarif, nach welchem der Beklagte seine in seinen Praxisräumen erbrachten Leistungen abzurechnen hat, ist dies - wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden - ohne Belang.

2.3.3.3 Im Rahmen der arbeitsteiligen Erbringung von KVG-Pflichtleistungen sind die beiden vom Beklagten synonym verwendeten Begriffe **Arbeitsteilige Einrichtung** (Urk. 13 S. 6 oben) und **Arbeitsteilige Gesamtorganisation** (Urk. 13 S. 6 unten) zu differenzieren. Als arbeitsteilige Gesamtorganisation lässt sich die Gesamtheit der Leistungserbringer bezeichnen, die im Einzelfall KVG-Leistungen zur Sicherung der medizinischen Versorgung erbringen (vgl. die Auflistung in Art. 35 Abs. 2 KVG), als **Arbeitsteilige Einrichtungen** die im konkreten Fall mitwirkenden Leistungserbringer bzw. deren Infrastruktur und deren Personal, mit denen die einzelnen Leistungen erbracht werden. In diesem Sinne bilden der Beklagte, welcher die Operation in seiner Praxis durchführt, der Krankentransportdienst, welcher anschliessend die **Beruführung** in die Klinik vornimmt, und die Klinik, welche die **stationäre Überwachung** gewährleistet, eine arbeitsteilige Gesamtorganisation. Arbeitsteilige Einrichtungen im Rahmen dieser Gesamtorganisation sind dagegen: der Beklagte mit seiner Praxis und seinem Hilfspersonal, der Transportdienst mit seinen Fahrzeugen und seinem Personal sowie die Klinik mit ihrer Einrichtung, (Beleg)ärzten und **brigem Personal**.

2.4.4.4 Nach dem Leistungsvergütungskonzept des KVG werden nicht sämtliche im Rahmen einer arbeitsteiligen Gesamtorganisation zur Sicherung der medizinischen Versorgung im Einzelfall erbrachten Leistungen gesamthaft entschädigt, sondern stellen die einzelnen Leistungserbringer die jeweils von ihnen mit ihrer Infrastruktur und ihrem Personal erbrachten Leistungen nach spezifischen zwischen ihnen und den Versicherungsträgern abgeschlossenen Verträgen in Rechnung. Dementsprechend sieht das KVG in den Art. 48 ff. nicht nur einen, sondern eine ganze Reihe von Tarifverträgen mit verschiedenen Gruppen von Leistungserbringern vor und ist für die Beantwortung der Frage nach welchem Tarif ein Leistungserbringer KVG-Leistungen abzurechnen hat, nicht eine Gesamtqualifikation aller von allen Leistungserbringern zusammen erbrachten Leistungen als **überwiegend ambulant** oder **überwiegend stationär** vorzunehmen und dementsprechend der Vertrag auszuwählen, nach welchem abzurechnen ist, sondern ist für jeden Leistungserbringer einzeln zu prüfen, ob bzw. welche seiner Leistungen als ambulant erbracht und welche als stationär erbracht zu qualifizieren sind, und ist - sofern dieser Leistungserbringer separate Tarifverträge für ambulante und für stationäre Leistungen abgeschlossen hat - gestützt auf die Qualifikation der Leistungen dieses Leistungserbringers zu bestimmen, nach welchem Vertrag ebendieses Leistungserbringers die Abrechnung zu erfolgen hat.

4.4.4.4 Diese Differenzierung nach Qualifikation sowohl der Leistung als auch des Leistungserbringers und seiner Verträge ist deshalb erforderlich, weil die abzurechnenden Leistungen nicht durchwegs reine persönliche Dienstleistungen sind, sondern von den Leistungserbringern regelmässig nur unter Zuhilfenahme von betrieblichen Infrastrukturen (Räumlichkeiten, Apparate, Instrumente, Verbrauchsmaterial, etc.) und (Hilfs)Personal erbracht werden können, und das Zur-Verfügung-Stellen dieser für die Leistungserbringung benötigten Infrastrukturen dem Leistungserbringer ja auch vergütet werden muss.

Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in Erwägung 8 des Urteils K 124/02 vom 30. April 2004 festgehalten hat, fliessen aber nicht in allen Tarifverträgen dieselben Kostenfaktoren auf dieselbe Weise in dieselbe Tarifposition ein, sondern kommen bei der Tarifgestaltung ganz unterschiedliche Kriterien zur Anwendung, und verstossen daher unterschiedliche Vergütungen für dieselbe Leistung in den Tarifverträgen verschiedener Leistungserbringer nicht gegen das Gleichbehandlungsgebot.

2.5 Im Rahmen einer arbeitsteiligen Gesamtorganisation verschiedener Leistungserbringer zur Sicherung der medizinischen Versorgung im Einzelfall ist nach dem Gesagten für die Qualifikation der Leistungen der beteiligten Leistungserbringer als ambulant oder stationär nicht der Umstand massgebend, dass der Patient oder die Patientin sich - gegebenenfalls - im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG bei einem an der Gesamtorganisation beteiligten Leistungserbringer stationär aufhält, sondern ob die zu qualifizierende Leistung zum Leistungsangebot desjenigen Leistungserbringers gehört, welcher den stationären Aufenthalt gewährt, und unter Zuhilfenahme von dessen Infrastruktur erbracht wurde. In der Regel wird diese Leistung dann auch von ebendiesem Leistungserbringer nach seinem Tarifvertrag für stationäre Leistungen, d.h. in der Regel mit einer Pauschale (Art. 49 Abs. 1 KVG), abgerechnet. Ausnahmsweise kann sein Vertrag aber auch vorsehen, dass Leistungen, welche unter Zuhilfenahme seiner Infrastruktur erbracht werden, separat abgerechnet werden (Art. 49 Abs. 2 KVG). Diese Abrechnung kann gegebenenfalls auch durch einen anderen Leistungserbringer erfolgen (Belegarzthonorare), wobei allerdings dessen Vertrag gewährleisten muss, dass dabei mit der Vergütung für den stationären Aufenthalt gewährenden Leistungserbringer abgoltene Infrastrukturkosten nicht noch einmal in Rechnung gestellt werden.

2.6 Unter Berücksichtigung der vorstehenden Überlegungen lässt das KVG beliebige arbeitsteilige Gesamtorganisationen zu, sofern diese einer zweckmässigen und wirtschaftlichen Sicherung der medizinischen Versorgung im Sinne von Art. 56 KVG dienen. So kann ein einzelner Leistungserbringer, welcher über die dafür notwendige Infrastruktur verfügt, im Prinzip sämtliche Leistungen gemäss Art. 25 Abs. 2 KVG selber unter Zuhilfenahme einer eigenen - sich gegebenenfalls auch auf verschiedene Ämtlichkeiten erstreckenden - Infrastruktur anbieten (Akutspital, Rehabilitationsabteilung, Heilbad etc. inklusive Transport zwischen diesen Einrichtungen); dann gehören im Falle einer stationären Behandlung alle diese Leistungen zum stationären Angebot und sind nach den einschlägigen Bestimmungen des dafür ausgehandelten Vertrags abzurechnen. Umgekehrt kann eine stationäre Einrichtung im Sinne von Art. 39 KVG mit einer minimalen eigenen Infrastruktur betrieben werden und können die zur Sicherung der angebotenen medizinischen Versorgung erforderlichen Leistungen durch den Beizug von oder durch die Überführung zu spezialisierten Leistungserbringern sichergestellt werden (z.B. statt ärztlicher Versorgung oder Physiotherapie in den eigenen Räumlichkeiten Überführung in die Praxis eines anderen Leistungserbringers). Auch ein Spital kann sich gezwungen sehen, stationäre Patienten in ein anderes Spital überführen zu lassen, um dort eine spezielle Diagnostik oder Therapie durchführen zu lassen, wenn es selber nicht über die dafür nötige Einrichtung verfügt.

In allen Fällen ist für die Qualifikation der Leistungen als stationäre oder ambulante entscheidend, wessen Infrastruktur für die Leistungserbringung benutzt wird und ob ein stationärer Aufenthalt beim über diese

Infrastruktur verfügbaren Leistungserbringer vorliegt. Verfügt eine stationäre Einrichtung beispielsweise über eine eigene Infrastruktur zur Durchführung von Physiotherapie, lässt ihre Patienten aber - mangels geeigneten eigenen Personals - durch externe selbständige Physiotherapeuten behandeln, liegt eine stationäre Behandlung vor und muss die Vergütung für die physiotherapeutische Behandlung nach Art. 49 Abs. 2 KVG geregelt werden (wobei die externen Physiotherapeuten - analog zu Belegärzten - ihre Leistungen durchaus selber abrechnen können). Andererseits erbringt auch ein Spital, welches stationäre Patienten eines anderen Spitals für die Durchführung einer speziellen Diagnostik oder Therapie vorübergehend aufnimmt und ohne Benutzung der Betteninfrastruktur gleichentags wieder zurückschickt, eine ambulante Leistung.

2.7. Entgegen der vom Beklagten aus den Erwägungen des Entscheiders der Kantonalen Paritätischen Kommission (KPK) vom 18. Oktober 2005 (Urk. 3/10) gezogenen Schlussfolgerung (Urk. 13 S. 6), ist für die Abgrenzung von ambulanter und stationärer Behandlung in der hier zu beurteilenden Konstellation also nicht entscheidend, ob die medizinische Versorgung in seiner Praxis begonnen und anschliessend in der Klinik stationär weitergeführt wird oder ob der Patient zuerst in die Klinik eintritt, von dort in seine Praxis und von dort wieder in die Klinik zurückgeführt wird. Im einen wie im anderen Fall erbringt der Beklagte seine Leistungen mit seiner eigenen Infrastruktur (Praxis) und bietet er den Patienten daselbst keinen stationären Aufenthalt; er erbringt also ambulante Leistungen, welche gemäss seinem dafür abgeschlossenen Tarifvertrag abzurechnen sind.

3. Dass nach dem Gesagten in Gutheissung der Klage festzustellen ist, dass die Rechnungsstellung für den ambulanten angiologischen Eingriff vom 1. Juni 2004, die weiteren angiologischen Eingriffe in seiner Praxis vom 12. Juli und 20. September 2005 sowie alle späteren Leistungen in seinem Angiologischen Institut nach dem TARMED-Tarif für ambulante Leistungen freipraktizierender Ärzte zu erfolgen hat, bedeutet noch nicht, dass der Beklagte auch Anspruch auf die Vergütungen gemäss dem zur Anwendung kommenden Tarif hätte.

4. Denn die Feststellung des für die Leistungsvergütung massgeblichen Tarifs - was einzig Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist - ist zwar Voraussetzung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen im Sinne von Art. 56 KVG. Das bedeutet aber nicht, dass alleine mit der Anwendung des richtigen Tarifs zur Vergütung der klinischen Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot bereits entsprochen wird. Vielmehr wird die Klägerin vor der Vergütung der klinischen Leistungen auch zu prüfen haben, ob die vom Beklagten gewählte Vorgehensweise zur Sicherung der medizinischen Versorgung in den im Klagebegehren genannten Fällen insgesamt als wirtschaftlich anzusehen ist. Das heisst, dass zu prüfen sein wird, ob es nicht wirtschaftlicher gewesen wäre, die Eingriffe, welche nach Angaben des Beklagten zwingend und im voraus absehbar einer postoperativen stationären Überwachung bedurften, in einer dafür geeigneten Klinik durchzuführen, wobei, falls der Beklagte die Auffassung vertreten sollte, dass die Klinik A. diese Voraussetzung hinsichtlich der Ausrüstung ihres Operationssaales nicht erfüllte, auch die Überweisung in eine geeignetere Klinik, in welcher der Beklagte nicht als Belegarzt tätig ist, zu evaluieren wäre. Denn die freie Arzt- und Spitalwahl geht nicht so weit, dass ungeachtet der Kostenfolgen für den KVG-Versicherer beliebige (unwirtschaftliche) arbeitsteilige Gesamtorganisationen unter Einbezug mehrerer Leistungserbringer zur Sicherung der im

Einzelfall erforderlichen medizinischen Versorgung zulässig wären (vgl. Erw. 2.6). Vielmehr steht am Anfang einer wirtschaftlichen Behandlung die zweckmässige Auswahl der für den absehbaren Versorgungsbedarf nötigen Leistungserbringer, unter welchem Aspekt es sowohl dem Patienten als auch einem von ihm bevorzugten ärztlichen Leistungserbringer eine Überweisung an einen Leistungserbringer zumutbar ist, welcher für die nötige Versorgung besser geeignet ist.

4. Ausgangsmässig sind die Verfahrenskosten dem Beklagten aufzuerlegen. Da der Streitwert des Feststellungsbegehrens seiner Natur nach nicht genau bezifferbar ist, ist die Spruchgebühr in Anwendung von Art. 4 der Verordnung über die Gerichtsgebühren auf Fr. 1'000.-- festzusetzen.

Von der Zusprechung einer Parteientschädigung an die obsiegende Klägerin ist abzusehen, da ihr keine externen Vertretungskosten erwachsen sind und ihr eigener Verfahrensaufwand nicht aussergewöhnlich gross war.

Das Schiedsgericht erkennt:

1. In Gutheissung der Klage wird festgestellt, dass die Rechnungsstellung durch den Beklagten für den ambulanten angiologischen Eingriff vom 1. Juni 2004, die weiteren angiologischen Eingriffe in seiner Praxis vom 12. Juli und 20. September 2005 sowie alle späteren Leistungen in seinem Angiologischen Institut nach dem TARMED-Tarif für ambulante Leistungen freipraktizierender Ärzte zu erfolgen hat.

2. Die Kosten des Verfahrens, bestehend aus:

Spruchgebühr: Fr. 1000.--

Schreibgebühren: Fr. 573.--

Zustellungsgebühren: Fr. 361.--

Total: Fr. 1934.--

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

3. Der Klägerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Wincare Versicherungen
- Fürsprecher Christoph A. Egli
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90

ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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