

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2015.00003

vom 16. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2015.00003

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2015.00003 du 16 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2015.00003 del 16 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

Mit Eingabe vom 13. Mai 2015 (Urk. 1) erhob der Spitalverband X.____, Träger des Spitals Y.____, Klage gegen die Atupri Gesundheitsversicherung, Bern, mit dem Rechtsbegehren, diese sei zur Bezahlung der Kosten der stationären Behandlung von Z.____, geboren 1949, während der Zeit vom 28. bis 29. Januar 2014 im Betrag von Fr. 2'256.50 (inklusive Betreuungskosten im Betrag von Fr. 73.30), zuzüglich Zins zu 5% bis 10. März 2015 im Betrag von Fr. 102.20 und Zins zu 5% seit 10. März 2015, zu verpflichten und es sei der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr.

95020321 des Betreibungsamtes Bern Mittel land, Dienststelle Mittelland, vom 11. März 2015 aufzuheben (Urk. 1 S. 2 und S. 25).

E. 1.1

Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Gemäss § 35 GSVGer beurteilt das hiesige Schiedsgericht als einzige kantonale Instanz unter anderem Streitigkeiten nach Art. 89 KVG. Das Schiedsgericht ist dem Sozialversicherungsgericht angegliedert und untersteht seiner administrativen Aufsicht (§ 36 Abs. 1 GSVGer).

E. 1.2

Im vorliegenden Verfahren ist eine Streitigkeit zwischen einem Leistungserbringer und einem Versicherer zu beurteilen, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist. Da sich die ständige Einrichtung des Klägers im Kanton Zürich befindet, ist das hiesige Schiedsgericht örtlich zuständig (Art.

89 Abs. 2 KVG), weshalb auf die Klage einzutreten ist.

E. 1.3

Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) finden gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG beim Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89 KVG) keine Anwendung. Das KVG schreibt vor, dass das Verfahren einfach und rasch zu sein und das Schiedsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen hat, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach dem GSVGer

(§ 35 - § 52) und ergänzend nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; § 37 in Verbindung mit §

E. 1.4

Mit Eingabe vom 24. Februar 2016 (Urk. 19) schlug die Beklagte aus der Untergruppe „Krankenversicherung“ der Liste des Kantonsrates Andreas Altermatt als Schiedsrichter vor.

Mit Eingabe vom 25. Februar 2016 (Urk. 20) hielt der Kläger an seinem klageweise gestellten Rechtsbegehren fest und schlug aus der Untergruppe „stationäre und teilstationäre Leistungen“ der Liste des Kantonsrates Rolf Gilgen als Schiedsrichter vor (S. 4).

E. 1.5

Mit Verfügung vom 1. April 2016 (Urk. 22) wurden für das vorliegende Verfahren Andreas Altermatt und Rolf Gilgen als Schiedsrichter in Aussicht genommen und es wurden die Parteien darauf hingewiesen, dass die in Aussicht genommenen Schiedsrichter als ernannt gelten, sofern nicht fristgemäss Einwände erhoben werden.

Mit Eingabe vom 9. Juni 2016 (Urk. 25) nahm die Beklagte zur Eingabe des Klägers vom 25. Februar 2016 Stellung, wovon dem Kläger am 22. Juni 2016 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 26).

E. 1.6

Gegen die in Aussicht genommenen Schiedsrichter erhoben die Parteien keine Einwände (vgl. Urk. 25), weshalb Andreas Altermatt und Rolf Gilgen als Schiedsrichter ernannt wurden, wovon den Parteien am 22. Juni 2016 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 26). Das Schiedsgericht zieht in Erwägung:

E. 2

8 GSVGer).

E. 2.1

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen

privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2).

E. 2.2

Eine medizinische Leistung ist wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken beziehungsweise, wenn sie geeignet ist, das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen (BGE 137 V 295 E. 6.1). Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Sie meint die einfache Tatsache der Eignung zur Zielerreichung und stellt insofern einen Teilgehalt der Zweckmässigkeit dar, welche voraussetzt, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel (Untersuchung, Behandlung, Pflege) zu erreichen (RKUV

1999 Nr. KV 64 S. 67 E.

3a mit Hinweisen). Zweckmässigkeit fragt nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst voll ständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung sowie allenfalls an der Missbrauchsgefahr (BGE 137 V 295 E. 6.2). Die Zweckmässigkeit kann daher auch als angemessene Eignung im Einzelfall umschrieben werden (BGE 123 V 53 E. 2c/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts K 142/03 vom 24. Juni 2004 E. 1.2).

E. 2.3

Das Wirtschaftlichkeitsserfordernis bezieht sich auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Diagnose- oder Behandlungsalternativen. Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante beziehungsweise diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Sind mehrere Behandlungen möglich, hat eine Abwägung stattzufinden zwischen den Kosten und dem Nutzen der einzelnen Vorkehren. Von zwei gleichermassen zweckmässigen Behandlungsalternativen gilt grundsätzlich nur die kostengünstigere als notwendig und wirtschaftlich (BGE 128 V 66 E. 6; RKUV 1998 Nr. KV 988 S.

E. 2.4

dieser Verordnung beteiligt sich der Kanton Zürich nur bei Vorliegen besonderer Umstände nach § 19 a Abs. 2 SPFG an den Kosten der stationären Durchführung von Kniearthroskopien, inklusive Eingriffen am Meniskus.

E. 2.5

Die Leistungspflicht für die stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (das heisst unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht oder wenn die medizinische Behandlung wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 323 E. 2b, 120 V 200 E. 6a mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts K 53/04 vom 26. August 2004, K 68/06 vom 27. November 2006

und K 34/00 vom 31. Januar 2001 E. 2b). Akutspitalbedürftig sind in der Regel plötzlich auf tretende, meist kurzfristig und heftig verlaufende Gesundheitsstörungen, welche eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordern. Das KVG nennt keine zeitliche Grenze, ab welcher bei länger dauernder Krankheit die Akutphase abgeschlossen ist; eine allgemeingültige Grenze lässt sich nicht ziehen. Die Akutphase dauert aber in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist. Unter dieser Voraussetzung

kann auch eine längere stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik noch den Charakter einer Akutbehandlung haben (Urteile des Bundesgerichts 9C_107/2011 vom 28. Februar 2011 E. 2.2 und 9C_447/2010 vom 18. August 2010 E. 2.1).

E. 2.6

In zeitlicher Hinsicht sind für die Frage der Spitalbedürftigkeit und deren Beurteilung die gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Spitaleintritts massgebend.

Die Tatsache allein, dass Behandlung und Aufenthalt im Spital vom behandelnden Arzt verschrieben worden sind, ist für die Übernahme der Hospitalisationskosten

nicht entscheidend. Zudem vermag ein Behandlungserfolg im Rahmen der Spitalbehandlung grundsätzlich keine nachträgliche Bejahung von Spitalbedürftigkeit zu begründen (Urteile des Bundesgerichts 9C_107/2011 vom 28. Februar 2011 E. 4.1 und K 51/00 vom 26. September 2000 E. 2b). Eine versicherte Person hat sodann keinen Anspruch auf die in Art. 49 Abs. 3 KVG für den Fall eines Spitalaufenthaltes vorgesehenen Leistungen, solange die in einem Pflegeheim gewährte Pflege ihren wirklichen Bedürfnissen entspricht (BGE 125 V 177 E. 1b). 3. 3.1

Der Kläger macht geltend, dass beim Versicherten im Bereich seines linken Kniegelenks am 28. Januar 2014 eine Teilmeniscektomie, ein Knorpel der Bridement, eine Mikrofrakturierung (Microfracturing) und eine Plicaresektion durchgeführt worden seien, und dass insbesondere auf Grund der

Mikrofrakturierung

und der Plicaresektion ein erhöhtes Blutungsrisiko bestanden habe, weshalb eine Drainage angelegt werden musste (Urk. 1 S. 7 ff.). Es sei sodann eine erhebliche postoperative Beratung und Betreuung erforderlich gewesen (Urk. 1 S.

11 f.). Aus diesen Gründen sei eine stationäre Behandlung indiziert gewesen (Urk. 1 S. 14). Sodann wäre eine ambulante Therapie allenfalls höchstens unwesentlich günstiger, eventuell sogar teurer als eine stationäre Behandlung gewesen, weshalb es sich bei der durchgeführten, streitigen stationären Behandlung um eine wirtschaftliche Behandlung gehandelt habe (Urk. 1 S. 23). 3.2

Die Beklagte brachte hingegen vor, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten vor Durchführung der streitigen chirurgischen Behandlung ausgeschöpft gewesen seien. Denn der Versicherte sei weder physiotherapeutisch behandelt worden noch sei den Akten zu entnehmen, dass Infiltrationen durchgeführt worden wären. Sodann sei ihm das Medikament Condrosulf lediglich zweimal abgegeben worden (Urk. 13 S. 1). Bei der arthroskopischen Intervention vom 28.

Januar 2014 habe es sich zudem nicht um einen besonders schweren operativen Eingriff gehandelt. Denn eine Teilmeniscektomie, ein Knorpel der Bridement, eine

Mikrofrakturierung und eine Plicaresektion stellten absolut normale, routinemässige Eingriffe dar. Auch hätte es für die am Folgetag der Operation durchgeführten Gehübungen an Stöcken keine spezielle Infrastruktur bedurft (Urk. 13 S. 2). Die präoperative Abklärung habe ergeben, dass der Gesundheitszustand des Versicherten gut gewesen sei, und dass vor der Operation nicht mit besonderen Risiken oder Komplikationen zu rechnen gewesen sei. In der Folge seien dann auch keine intra-

und postoperativen Komplikationen aufgetreten und der Versicherte sei nach Durchführung des operativen Eingriffs in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden (Urk. 1 S. 3). Es sei sodann fraglich, ob eine Redondrainage

überhaupt indiziert gewesen sei. Eine solche Begründung

jedenfalls keine Spitalbedürftigkeit und sei kein Hindernis für eine ambulante Behandlung. Eine Entlassung eines Patienten mit einer Redondrainage aus dem Spital wäre ohne weiteres möglich gewesen. Den medizinischen Akten könne sodann nicht entnommen werden, dass ein erhöhtes Blutungsrisiko bestanden habe, und dass sich aufgrund der Redondrainage massiv Wundsekret in die Redonflasche entleert hätte (Urk. 1 S. 4). Bei der durchgeführten stationären Behandlung bei einer Baserate für das Spital Y.____

von Fr. 9'500.- - im Jahr 2014, bei einem Kostengewicht der SwissDRG -Fallpauschale Nr. I13C (SwissDRG Version 3.0), bei einem Anteil des Versicherers an den Kosten von 49

% beziehungsweise einem Kantonsanteil von 51 %, hätte er die vom Versicherer zu tragenden Kosten Fr.

2'183.20 (9'500.00 x 0.4690 x 0.49) betragen. Insgesamt (unter Einschluss des Kantonsanteils) wäre das Spital Y.____ für eine stationäre Behandlung mit einem Betrag von Fr. 4'455.50 entschädigt worden. Demgegenüber wäre bei einer ambulanten Behandlung mit tieferen Kosten zu rechnen gewesen (Urk. 1 S. 5). Aus diesen Gründen sei die Klage abzuweisen und der arthroskopische Eingriff vom 28. Januar 2014 sei nach ambulantem Tarif abzurechnen (Urk. 1 S. 1). 3.3

Strittig und zu prüfen ist vorliegend daher, ob die Beklagte die Kosten für den stationären Spitalaufenthalt des Versicherten vom 28. bis 29. Januar 2014 im Betrag von Fr. 2'183.20 (zuzüglich Betreuungskosten von Fr. 73.30, Zins zu 5 % bis 10. März 2015 von Fr. 102.20 sowie ab 10. März 2015) hätte übernehmen müssen.

E. 4

.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte in seinem Bericht vom 17. Januar 2014 (Urk. 2/13), dass die präoperative Abklärung für den arthroskopischen Eingriff am linken Knie vom 28. Januar 2014 abgesehen von einer Allergie auf Pfeffer keine Allergien und keine Gerinnungsstörungen ergeben habe. Es seien keine Narkosezwischenfälle bekannt und der Versicherte benötige keine regelmässige Medikation. Der Versicherte sei zudem kardipulmonal beschwerdefrei und leistungsfähig. Ein am 17. Januar 2014 durchgeführtes Elektrokardiogramm (EKG) habe einen Normalbefund ergeben.

E. 4.1

Vorweg zu prüfen ist, ob für den besagten Spitalaufenthalt eine Spitalbedürftigkeit vorlag.

E. 4.2

Dr. med. A.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Radiologie, erwähnte im MRI-Bericht vom 6. Dezember 2013 (Urk. 2/3/2), dass der Versicherte seit einem Jahr unter Knieschmerzen gelitten habe und stellte fest, dass eine gleichentags durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) des linken Kniegelenks des Versicherten einen

Knorpeldefekt als Zeichen einer fortgeschrittenen medialen Gonarthrose mit Knochenmarksödemen an Femur und Tibia, einen Horizontalriss im medialen Meniskushinterhorn, periarthropathisch entzündliche Veränderungen medialseits, eine mässige Chondropathie

patellae et trochleae in der Medianen und eine grosse Baker-Zyste mit wenig Kniegelenkserguss zeigt habe.

E. 4.3

) feststellte, dass der Versicherte, abgesehen von einer Allergie auf Pfeffer, weder unter Allergien noch unter Gerinnungsstörungen leide, dass er keine regelmässige Medikation benötige, dass er kardipulmonal beschwerdefrei und leistungsfähig sei, und dass ein am 17. Januar 2014 durchgeführtes EKG

einen Normalbefund ergeben habe. Demzufolge steht fest, dass der Versicherte bei Spitaleintritt am 28. Januar 2014 weder besonders schwer erkrankt war, noch an schweren Begleiterkrankungen litt. Der Versicherte litt insbesondere weder unter Herz-Kreislaufkrankungen, schweren bronchopulmonalen Krankheiten, Gerinnungsstörungen, einer Niereninsuffizienz, einem Diabetes Mellitus, schwerer Adipositas, Mangelernährung, schweren Stoffwechselerkrankungen,

noch unter psychischen Erkrankungen und musste auch keine Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen.

E. 4.4

Dr. med. C. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Chefarzt der Orthopädischen Klinik des Spitals Y. ____, stellte in seinem Bericht vom 14. Januar 2014 (Urk. 2/9) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Coxarthrose rechts - mediale Meniskusläsion links mit Chondropathie

dritten bis vierten Grades, femorotibial medial

Er führte aus, dass in Bezug auf das linke Kniegelenk eine arthroskopische Intervention vorgesehen sei. Es sei davon auszugehen, dass durch eine Korrektur der Meniskusdestruktion und allenfalls zusätzlich durch knorpelinduzierende Massnahmen die Funktion des Kniegelenks

des Versicherten noch für einige Zeit erhalten werden könne. Mittel- bis langfristige Prognose sei indes zumindest mit einem Teilgelenkersatz zu rechnen (S. 2).

E. 4.5

) wurde der Versicherte nach einem komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf sowie nach einer problemlosen Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen. Zu intra- oder postoperativen Komplikationen ist es daher nicht gekommen, weshalb eine Spitalbedürftigkeit aus diesen Gründen nicht erstellt ist.

E. 4.6

Mit Bericht vom 10. März 2014 (Urk. 2/3/20) erwähnten die Ärzte des Instituts für Radiologie des Spitals Y. ____, dass gleichentags erstellte Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenks des Versicherten im Vergleich zur MRI vom 6.

Dezember 2013 einen regelrechten knöchernen Mineralsalzgehalt, keine wesentlichen arthrotischen Veränderungen, nur eine leichtgradige Gelenkspaltverengung medial und eine Randkanten-Ausziehung am lateralen Patellarand ohne einen grösseren Gelenkserguss ergeben hätten.

E. 4.7

Am 13. März 2014 (Urk. 2/19) führte Dr. C.____ aus, dass ein Weiterführen der physiotherapeutisch geführten Rehabilitation nach Mikrofrakturierung mit einem Übergang zu Vollbelastung innerhalb einer Woche angezeigt sei, wobei forcierte Beanspruchungen und sportliche Tätigkeiten, abgesehen von gleichmässigen und kontrollierten Bewegungsmustern wie Velofahren oder Schwimmen, zu vermeiden seien.

Am 16. Mai 2014 (Urk. 2/21) erwähnte Dr. C.____, dass der Versicherte vor allem bei unregelmässigen Beanspruchungen noch unter Schmerzen über dem medialen Kompartiment leide. Velofahren oder leichtes Wandern könne er indes schmerzfrei ausüben. Da die Rehabilitationsphase nach knorpelchirurgischen Eingriffen bis zu einem Jahr dauern könne, sei eine Weiterführung der regelmässig dosierten Bewegungsaktivitäten sowie der Kräftigungsgymnastik angezeigt.

In seinem Bericht vom 8. Juli 2014 (Urk. 2/14) erwähnte Dr. C.____, dass auf Grund des knorpelchirurgischen Eingriffs eine intensivere Frührehabilitation mit Physiotherapie und Gangschulung erforderlich gewesen sei, und dass auf Grund des erhöhten Blutungsrisikos eine Drainage habe eingelegt werden müssen, welche anderntags entfernt worden sei.

E. 4.8

In seiner Stellungnahme zuhanden der Beklagten vom 29. August 2014 (Urk. 2/3/17) führte Dr. C.____ aus, dass beim Versicherten eine kurze stationäre Behandlung mit einer Übernachtung im Rahmen des arthroskopischen Eingriffes medizinisch gerechtfertigt und notwendig gewesen sei. Denn es habe sich dabei nicht um eine einfache Meniskusoperation bei einem jungen Patienten, sondern um eine weitergehende Intervention mit knorpelchirurgischen Massnahmen gehandelt. Dabei habe ein erhöhtes Blutungsrisiko bestanden und es sei eine intensivierete Nachbehandlung mit entsprechend höherem medizinischem Aufwand erforderlich gewesen.

E. 4.9

) hielt er vielmehr ausdrücklich fest, dass es wenig Sinn gemacht hätte, den Versicherten für die Nacht nach Hause zu schicken, wenn er am nächsten Tag für die Entfernung der Redondrainage

erneut hätte aufgeboten werden müssen. In Würdigung der medizinischen Aktenlage ist daher davon auszugehen, dass das Anlegen einer Redondrainage beim Versicherten, welcher sich ansonsten in gutem Allgemein Zustand befand, einer Entlassung am Operationstag nicht entgegenstand.

E. 4.10

) davon aus, dass es sich bei der am 28. Januar 2014 durchgeführten Operation im Bereich des linken Kniegelenks des Versicherten um einen routinemässigen Eingriff ohne erhöhtes Risiko gehandelt habe. Denn der Versicherte habe abgesehen von Arthrosen keine Komorbiditäten aufgewiesen und sei gesund gewesen. Eine Spitalinfrastruktur sei weder für die postoperativ erfolgten ärztlichen Beratungen noch für die Gangübungen an Stöcken

erforderlich gewesen. Sodann hätte auch die Redondrainage keine Hospitalisation erfordert. Denn unmittelbar postoperativ habe sich nicht besonders viel Blut im Redon befunden. Demzufolge hätte der Versicherte noch am Operationstag an Stöcken mobilisiert und mit der Redondrainage entlassen werden können.

E. 5.1.1

Am 1. Januar 2018 ist §

19a des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) in Kraft getreten. Gestützt auf Abs. 1 dieser Bestimmung hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die am 1. Januar 2018 in Kraft getretene Verordnung zur Förderung ambulanter Behandlungen erlassen. Gemäss § 1 Ziff.

E. 5.1.2

) und vom Bundesgesetzgeber (vorstehend E.

E. 5.1.3

Gemäss der Weisung des Regierungsrates zur Änderung des SPFG vom 12. Juni 2017

(ABI 2016-07-08) habe die medizinische Praxis gezeigt, dass eine Reihe von Untersuchungen und Behandlungen ohne Qualitätseinbusse in der Regel ambulant durchgeführt werden könnten, weshalb die Gesundheitsdirektion eine Liste der Untersuchungen und Behandlungen erstellen sollte, bei denen die ambulante Durchführung in der Regel wirksamer, zweckmässiger oder wirtschaftlicher sei als die stationäre. Führe ein Spital solche Untersuchungen oder Behandlungen trotzdem stationär durch, sollte sich der Kanton nur dann an den Kosten beteiligen, wenn besondere Umstände vorliegen, welche die stationäre Durchführung erforderten. In einer nicht abschliessenden Aufzählung würden im Gesetz wichtige Fälle genannt. So könne eine stationäre Behandlung erforderlich sein, wenn die Patientin oder der Patient besonders schwer erkrankt sei, wenn sie oder er schwere Begleiterkrankungen habe, wenn eine besonders intensive Behandlung oder Betreuung nötig sei, oder wenn soziale Faktoren (wie beispielsweise die Obdachlosigkeit der Patientin oder des Patienten) eine ambulante Untersuchung oder Behandlung stark erschwerten.

E. 5.2.1

Gemäss Abs. 1 d es voraussichtlich am 1. Januar 2019 in Kraft tretenden Art. 3c KLV (Änderung der KLV vom 7. Juni 2018; AS 2361-2373) wird, wenn ein in Anhang 1a Ziffer I aufgeführter Eingriff stationär durchgeführt wird, die Kosten für die Durchführung des Eingriffs nur dann von der Krankenversicherung übernommen, wenn eine ambulante Durchführung wegen besonderer Umstände nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich ist, wobei in Ziff. I des am 1. Januar 2019 in Kraft tretenden Anhangs 1a der KLV insbesondere Kniearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus, aufgeführt sind.

E. 5.2.2

) zusammen mit den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften entwickelten Kriterien für eine stationäre Durchführung der Kniearthroskopie nicht erfüllt waren. Da den Akten auch keine Hinweise auf weitere besondere Umstände, welche in Ergänzung zu den erwähnten Kriterien eine stationäre Durchführung der Behandlung rechtfertigen könnten, zu entnehmen sind, ist eine Spitalbedürftigkeit des Versicherten während der Zeit vom 28.

bis 29. Januar 2014 mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen .

E. 5.2.3

Gemäss dem Referenzdokument des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) «Kriterien für eine stationäre Durchführung von im Anhang 1 KLV bezeichneten Eingriffen» vom 29. September 2017 (www.bag.admin.ch) seien die Kriterien (von Ziff. II des am 1. Januar 2019 in Kraft tretenden Anhangs 1a der KLV) für eine stationäre Durchführung mit den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften und den Stakeholdern erarbeitet worden und gälten grundsätzlich für alle der gelisteten, elektiv durchgeführten Eingriffe . Bei Vorliegen mindestens eines der aufgeführten Kriterien könne eine stationäre Durchführung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden. Es könne jedoch trotz eines erfüllten Kriteriums auch ambulant behandelt werden, wenn es die spezifischen Umstände erlaubten . Die Liste der Kriterien sei zudem nicht abschliessend. Zudem könnten postoperativ unerwartete Verläufe oder Komplikationen auftreten, die eine stationäre Betreuung notwendig machen , weshalb die Kriterien für diese postoperativen Leistungen keine Anwendung fänden .

E. 5.3

Vorliegend ist in Bezug auf die im Streite stehende Frage nach Übernahme der Kosten der stationären Behandlung des Versicherten vom 28. bis 29. Januar 2014 weder die Bestimmung von § 19a SPFG , welche am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist, noch diejenige von Art. 3c KLV, welche voraussichtlich am 1. Januar 2019 in Kraft treten wird, anzuwenden. Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Spitalbedürftigkeit des Versicherten anlässlich des im Streite stehenden operativen Eingriffs von 28. Januar 2014 bestanden hat, sind vorliegend indes die vom kantonalen Gesetzgeber in § 19a SPFG und vom Bundesgesetzgeber in Art. 3c KLV in Verbindung mit Ziff. II des Anhangs 1a der KLV ermittelten Kriterien für eine stationäre Behandlung mit zuberücksichtigten . Denn einerseits stützten sich die Gesetzgeber bei Erlass dieser Bestimmungen auf eine Liste der International Association

for Ambulant Surgery (IAAS) für Prozeduren, die ambulant durchgeführt werden können und sollen (vgl. Erläuterungen zu den Änderungen der KLV, Ambulant vor Stationär, des BAG vom 29. September 2017 S. 4; www.bag.admin.ch) . Andererseits wurden die Kriterien, welche für eine stationäre Durchführung sprechen, mit Vertretern der betroffenen medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet. Es ist daher davon auszugehen, dass diese Kriterien auf medizinischen Erfahrungstatsachen beruhen .

E. 6.1

Den erwähnten medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass Dr. B.____ , welcher die präoperative Abklärung für den arthroskopischen Eingriff am linken Knie vom 28. Januar 2014 durchführte, in seinem Bericht vom 17. Januar 2014 (vor stehend E.

E. 6.2

In Würdigung der gesamten Umstände ist daher festzustellen , dass der Gesundheitszustand des Versicherten

zum Zeitpunkt der Operation vom 28.

Januar 2014 eine ambulante Behandlung zuliess und k eine stationäre Durchführung der Behandlung erforderte .

E. 6.3

Den Akten sind auch keine besonderen sozialen Umstände zu entnehmen, welche eine stationäre Durchführung der Behandlung als zweckmässiger erscheinen liesse n . Insbesondere ist den Akten nicht zu entnehmen, dass relevante Verständigungsprobleme mit dem Patienten

bestanden hätten, dass er nicht zumindest telefonisch für erwachsene Betreuungspersonen erreichbar gewesen wäre , dass er über keine Transportmöglichkeiten nach Hause postoperativ oder zurück in ein Spital verfügt hätte oder dass die Anfahrtszeit in ein Spital mit einer Notfallabteilung von seinem Wohnort aus mehr als 60 Minuten betragen hätte. Gemäss den Akten steht vielmehr fest, dass der Spitaleintritt am 28. Januar 2014 um 7.15 Uhr erfolgt ist (Urk. 16/5), weshalb davon auszugehen ist, dass die Operation tagsüber, während der üblichen Arbeitszeiten stattgefunden hat. Eine Spitalbedürftigkeit aus sozialen Gründen ist daher vorliegend zu verneinen.

E. 6.4.1

Zu prüfen bleibt , ob aus anderen Gründen, insbesondere auf Grund postoperativer Komplikationen oder auf Grund der Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung und Betreuung eine Spitalbedürftigkeit in der Zeit vom 28. bis 29. Januar 2014 bestand.

E. 6.4.2

Gemäss dem Austrittsbericht des Spitals Y.____ vom 29. Januar 2014 (vorstehend E.

E. 6.4.3

Dr. C.____ vertat in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2015 (vorstehend E.

E. 6.4.4

Den medizinischen Akten ist nicht zu entnehmen, dass sich unmittelbar postoperativ aussergewöhnlich viel Blut im Redon befunden hätte (vgl. Urk. 2/10). Viel mehr wurde der Versicherte am 29. Januar 2014 nach einem komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen (vorstehend E. 4.5). Dass der Versicherte aus medizinischen Gründen mit der Redondrainage am Operationstag nach Hause hätte entlassen werden können, stellt selbst Dr. C.____ nicht grundsätzlich in Abrede. In seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2015 (Urk.

E. 6.4.5

Des Gleichen lässt sich aus dem Umstand alleine , dass beim Versicherten eine Mikrofrakturierung

durchgeführt wurde, nicht auf eine Spitalbedürftigkeit schliessen. Bei der Mikrofrakturierung , bei welcher die subchondrale Knochen schicht durchbrochen und der Markraum eröffnet wird, handelt sich um eine der häufigsten in der Schweiz durchgeführten operativen Knorpeltherapieverfahren (vgl. Medizinaltarif -Kommission UVG ; Empfehlung zur Kostenübernahme der

Mikrofrakturierung , Bohrung, Nanofrakturierung und knochenmarkstimulieren den Matrix-assoziierten Verfahren mit einer Membran oder Gel vom 14. Oktober 2016 ; www.mtk-ctm.ch). Beim Umstand, dass beim Versicherten anlässlich der Kniearthroskopie

am 28. Januar 2014 auch eine Mikrofrakturierung durchgeführt wurde, handelt es sich daher nicht um einen besonderen Umstand beziehungsweise um eine

besondere Behandlung, welche eine stationäre Durchführung zu rechtfertigen vermöchte.

E. 6.4.6

Schliesslich vermag auch der Umstand, dass der Versicherte nach dem operativen Eingriff vom 28. Januar 2014 über die Folgen des Eingriffs, insbesondere der Mikrofrakturierung und der damit verbundenen eingeschränkten Belastbarkeit des Kniegelenks hatte aufgeklärt und im Gebrauch der Stöcke hatte angelernt werden müssen, eine Hospitalisation

beziehungsweise einen Aufenthalt im Spitalmilieu nicht zu rechtfertigen. Denn es ist nicht einzusehen, inwiefern der Versicherte über die Folgen des operativen Eingriffes nicht bereits vor dem Eingriff beziehungsweise unmittelbar postoperativ hätte aufgeklärt werden können. Des Gleichen sind keine Gründe ersichtlich, welche gegen eine Unterrichtung im Gebrauch der Stöcke beziehungsweise eine Mobilisation mit Stöcken am Operationstag sprechen würden.

E. 6.5

In Würdigung der gesamten Umstände steht fest, dass beim Versicherten zum Zeitpunkt des operativen Eingriffes vom 28. Januar 2014 die vom kantonalen Gesetzgeber (vorstehend E.

E. 7

Nach Gesagtem steht fest, dass während der Hospitalisation vom 28. bis 29.

Januar 2014 eine Spitalbedürftigkeit des Versicherten nicht ausgewiesen war. Eine Leistungspflicht der Beklagten für anteilmässige Übernahme der Kosten der stationären Behandlung des Versicherten ist daher zu verneinen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_369/2009 vom 18. September 2009 E. 2.2 und K 20/06 vom 20. Oktober 2006, E. 1 und 3.4; BGE 124 V 362 E. 1b).

E. 8.1

Nach der Rechtsprechung gibt es in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Austauschbefugnis in dem Sinne, dass die versicherte Person berechtigt wäre, eine angeblich langwierige - und dadurch teure - ambulante Behandlung durch eine vermeintlich kostengünstige stationäre, welche an sich nicht zu Lasten der Krankenversicherung geht, zu ersetzen (Urteil des Bundesgerichts K

68/06 vom 27. November 2006 E. 2.24; BGE 111 V 326 E. 2a). Demzufolge ist auf eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit einer stationären Behandlung zu verzichten, wenn diese mangels einer Spitalbedürftigkeit nicht zu Lasten der Krankenversicherung geht.

E. 8.2

Selbst wenn es sich neben der ambulanten Durchführung der arthroskopischen Behandlung des linken Kniegelenks des Versicherten auch bei der tatsächlich durchgeführten stationären Behandlungsmethode um eine wirksame und zweckmässige Behandlung gehandelt hätte, bestand für eine stationäre Behandlung mangels einer Spitalbedürftigkeit keine Leistungspflicht der Beklagten. Von einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit der tatsächlich durchgeführten stationären Behandlung kann vorliegend daher abgesehen werden. Dem Kläger ist demnach nicht zu folgen, wenn er die Ansicht vertritt, dass es sich bei der durchgeführten

stationären Behandlung um eine wirtschaftliche Behandlung gehandelt habe, weil eine ambulante Therapie höchstens unwesentlich günstiger

oder sogar teurer als die durchgeführte stationäre Behandlung gewesen wäre. Denn mangels einer Spitalbedürftigkeit bestünde selbst dann kein Anspruch auf Übernahme der Kosten der stationären Behandlung, wenn die stationäre günstiger als die ambulante Behandlung gewesen wäre.

E. 9.1

Fehlende Spitalbedürftigkeit schliesst indes die Übernahme der Kosten von einzelnen während des stationären Aufenthalts durchgeführten Massnahmen der Diagnose und Therapie nicht aus. Solche Vorkehren sind als ambulante Behandlungen nach Massgabe des Art. 41 Abs. 1 zweiter Satz KVG zu übernehmen, wenn und soweit sie medizinisch indiziert und die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 32 KVG erfüllt waren (Urteile des Bundesgerichts K 68/06 vom 27. November 2006 E. 3 und K 42/04 vom 6. September 2004 E. 3; RKUV 2000 Nr. KV 100 S. 6). Die entsprechende Leistungspflicht wird von der Beklagten zu Recht nicht bestritten (Urk.).

E. 9.2

Gemäss der Rechtsprechung beurteilt sich der Streitgegenstand nach den Klageanträgen und dem behaupteten Lebenssachverhalt, das heisst dem Tatsachensubstrat, auf das sich die Klagebegehren stützen (Urteil des Bundesgerichts 4A_442/2017 vom 28. August 2018 E. 2.3.2, zur Publikation vorgesehen; BGE

143 III 254 E. 3.7; 142 III 210 E.

2.1; 139 III 126 E. 3.2.3). Vorliegend beantragt der Kläger klageweise eine Vergütung zum Spitaltarif und leitet seine Ansprüche auf Geldleistung gegen die Beklagte aus dem Umstand ab, dass der Versicherte während der Zeit vom 28. bis 29. Januar 2014 im Spital Y. hospitalisiert war und dort stationär behandelt wurde. Dieser Lebenssachverhalt liegt der Klage zu Grunde und stellt den Streitgegenstand dar. Nicht zum Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens gehört indes ein allfälliger Anspruch des Klägers auf Vergütung der während des stationären Aufenthalts des Versicherten durchgeführten Massnahmen der Diagnose und Therapie als ambulante Behandlungen.

Demzufolge ist die Klage abzuweisen. 10. 10.1

In Anwendung von Art. 96 der Zivilprozessordnung (ZPO, § 52 GSVGer) sowie der §§ 4 Abs. 1 und 13 Abs. 1 der Gebührenverordnung des Obergerichts ist die Gerichtsgebühr auf Fr. 1'002.-- festzusetzen und der unterliegenden Beklagten aufzuerlegen. 10.2

Der nicht vertretenen Beklagten ist keine Prozessentschädigung zuzusprechen, da Krankenkassen und anderen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen praxisgemäss in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden (vgl. BGE 112 V 356 E. 6 mit Hinweisen). Das Schiedsgericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'002.-- werden dem Kläger auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Lorenzo Marazzotta - Atupri
Gesundheitsversicherung - Bundesamt für Gesundheit - Gesundheitsdirektion des Kantons
Zürich sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Bundesge-
setzes 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, zuzu-
stellen.

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). Schiedsgericht in
Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich Das leitende Mitglied
Der Gerichtsschreiber VogelVolz

E. 13

S. 1) .

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