

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2017.00006**

## **vom 26. April 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_SR.2017.00006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2017.00006)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2017.00006 du 26 avril 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2017.00006 del 26 aprile 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Abs.

##### **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 der Klägerin 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.

##### **E. 1.4**

Mit Eingabe vom 3. November 2017 (Urk. 14) hielt die Beklagte an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage fest (S. 1) und reichte weitere Unterlagen ein (Urk. 15/14)

##### **E. 1.5**

Mit Verfügung vom 16. November 2017 (Urk. 16) wurde der Klägerin Gelegenheit eingeräumt, die Klagebegründung zu ergänzen und weitere Beweismittel einzureichen und es wurden die Parteien aufgefordert, aus den sie betreffenden Untergruppen «stationäre und teilstationäre Leistungen» und «Krankenversicherung» der Liste der vom Kantonsrat gewählten Mitglieder des Schiedsgerichts je eine Person als Schiedsrichter oder Schiedsrichterin vorzuschlagen.

##### **E. 1.6**

Mit Eingabe vom 22. Dezember 2017 (Urk. 19) schlug die Beklagte aus der Untergruppe „Krankenversicherung“ der Liste der Schiedsrichter Andreas Altermatt als Schiedsrichter vor.

Mit Eingabe vom 8. Januar 2018 (Urk. 20) hielt die Klägerin an ihrem klage weise gestellten Rechtsbegehren fest (S. 2) und schlug aus der Untergruppe „stationäre und teilstationäre Leistungen“ der Liste der Schiedsrichter Gabriela Helfer als Schieds richterin vor (S. 4).

### **E. 1.7**

Mit Verfügung vom 9. Mai 2018 (Urk. 22) wurden für das vorliegende Verfah ren Andreas Altermatt als Schiedsrichter und Gabriela Helfer als Schiedsrichter in Aussicht genommen und es wurden die Parteien darauf hingewiesen, dass der in Aussicht genommene Schiedsrichter und die in Aussicht genommene Schieds richterin als ernannt gelten, sofern nicht fristgemäss Einwände erhoben werden.

### **E. 1.8**

Gegen den in Aussicht genommenen Schiedsrichter und die in Aussicht genom mene Schiedsrichter erhoben die Parteien keine Einwände, weshalb Andreas Altermatt als Schieds richter und Gabriela Helfer als Schiedsrichter ernannt wurden, wovon den Parteien am 29. Juni 2018 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 26).

Mit Eingabe vom 15. Juni 2018 (Urk. 25) hielt die Beklagte an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage fest, wozu die Klägerin am 19. Juli 2018 Stellung nahm (Urk. 29). Diese Stellungnahme wurde der Beklagten am 20. Juli 2018 zur Kennt nis gebracht (Urk. 30). Das Schiedsgericht zieht in Erwägung:

### **E. 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 fest zustellen hat, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweis würdi gung frei ist ( Art. 89 Abs.

#### **E. 2.1**

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

priva ten Versicherungs einrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Kranken pfl e ge ver sicherer (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 Mass gabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Vor aussetzungen zu über nehmen. Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissen schaftlichen 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 hinzu wirken beziehungsweise , wenn sie geeignet ist, das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen (BGE 137 V 295 E. 6.1). Wirksamkeit be zeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizi nische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Sie meint die einfache Tatsache der Eignung zur Zielerreichung und stellt insofern einen Teilgehalt der Zweckmässigkeit dar, wel che 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 vollständigen 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 Wirtschaftlichkeitsanfordernis 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. 4 f. E. 3c mit Hinweisen). Wenn mit der Behandlungsalternative das Therapieziel kostengünstiger erreicht werden kann, besteht kein Anspruch auf Übernahme der teureren Behandlung. Der in Frage kommende alternative Behandlungsweg muss aber deutlich kostengünstiger sein. Dies muss für den Leistungserbringer zudem auch erkennbar sein (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Basel 2007, Rz 297). Wo es nur eine Diagnose- oder Behandlungsmöglichkeit gibt, ist nach dem allgemeinen Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV) die Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht (BGE 136 V 395 E).

7.4; vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 2. Aufl. 2007, S. 494 ff.).

Beim Kostenvergleich ist auf die massgebenden Tarife der sozialen Krankenversicherung abzustellen; es sind die Kosten zu vergleichen, die der obligatorische Krankenversicherer effektiv zu übernehmen hat (BGE 126 V 334 E. 2c, RKUV 1998 Nr. KV 988 S. 4 f. E. 3c).

### **E. 2.4**

Die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen - die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

### **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

Die Klägerin macht geltend, dass bei der Versicherten im Bereich ihres rechten Kniegelenks am 18. August

2014 eine diagnostische Kniearthroskopie, eine arthroskopische Teilmeniskusresektion und eine Knorpelglättung durchgeführt worden seien (Urk. 1 S. 5), und dass eine Redondrainage angelegt werden müssen. Insbesondere auf Grund der Anästhesie und der Redondrainage sei nach dem operativen Eingriff eine umfassende und unmittelbare postoperative Überwachung und Betreuung erforderlich gewesen (Urk. 1 S. 6). Dies habe nur in einem Spital erfolgen können. Ein stationärer Aufenthalt und insbesondere ein Aufenthalt im Spital über Nacht sei daher unabdingbar gewesen (Urk. 1 S. 11). Auf Grund der Drainage, welche über Nacht 60 Milliliter Flüssigkeit gefördert habe, sei es nicht zu verantworten gewesen und der Versicherten nicht zuzumuten gewesen, sie nach der Operation noch am späten Nachmittag nach Hause zu entlassen, und sie am Tag nach dem

Eingriff wieder aufzubieten, um die Drainage zu entfernen. Zudem wäre das Infektionsrisiko untragbar gewesen. Eine Spitalentlassung der Versicherten noch am Operationstag sei bereits auf Grund des Umstandes, dass der operative Eingriff am Nachmittag stattgefunden habe, nicht möglich gewesen. Dabei habe das Spital den Operationstermin planmässig auf den Nachmittag gelegt, um komplexere und risikoreichere Eingriffe am Morgen durchführen zu können. Eine stationäre Behandlung sei daher aus medizinischen Gründen indiziert gewesen. Da die Versicherte am Operationstag bereits 66 Jahre alt gewesen sei, sei der Spitalaufenthalt zudem auch aus persönlichen Gründen angezeigt gewesen (Urk. 1 S. 12). Eine ambulante Therapie wäre zudem höchstens unwesentlich günstiger gewesen; dies insbesondere bei einer ambulanten Entfernung der Drainage am Folgetag nach der Operation (Urk. 1 S. 15). Aus diesen Gründen habe es sich bei der durchgeführten, streitigen stationären Behandlung um eine wirtschaftliche Behandlung gehandelt (Urk. 1 S. 16). 3.2

Die Beklagte brachte hiegegen vor, dass nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern auch die Zweckmässigkeit der durchgeführten stationären Behandlung zu verneinen sei. Aus medizinischer Sicht habe keine Notwendigkeit bestanden, den operativen Eingriff unter stationären Bedingungen durchzuführen, weshalb eine Spitalbedürftigkeit der Versicherten zu verneinen sei. Dem Überwachungsblatt sei sodann zu entnehmen, dass die Drainage lediglich 60 Milliliter Flüssigkeit ergeben habe (Urk. 6 S. 2). Dabei handle es sich nicht um einen besonders hohen Wert. In einem vergleichbaren Fall habe die Redondrainage insgesamt 150 Milliliter gefördert. Eine Redondrainage vermöge zudem keine Spitalbedürftigkeit zu begründen. Vielmehr könne die Redondrainage auch im Rahmen einer ambulanten Behandlung überwacht werden und stelle kein Hindernis für eine ambulante Behandlung dar. Eine Spitalentlassung der Versicherten mit einer Redondrainage am Operationstag

sei daher ohne weiteres möglich gewesen. Obwohl nachvollziehbar sei, dass komplexere und risikoreichere Eingriffe üblicherweise am frühen Morgen durchgeführt würden, hätte der operative Eingriff bei der Versicherten bei einer guten Zeitplanung des Spitals jedenfalls am späteren Morgen oder um die Mittagszeit stattfinden können. Es könne nicht angehen, dass eine im Voraus geplante Operation erst auf den späteren Nachmittag angesetzt werde. Ansonsten könnten sich die Spitäler und die operierenden Ärzte in jedem Fall darauf berufen, dass eine Entlassung am selben Tag auf Grund der erforderlichen postoperativen Überwachung unzumutbar beziehungsweise unverantwortlich sei. Da zum Zeitpunkt des Spitaleintritts weder Hinweise für erhöhte Risiken des operativen Eingriffs bestanden hätten, noch mit Komplikationen zu rechnen gewesen sei, sei eine Spitalbedürftigkeit der Versicherten präoperativ zu verneinen gewesen (Urk. 6 S. 3). Mangels intra- und postoperativer Komplikationen habe auch während des operativen Eingriffs und im Anschluss an diesen keine Spitalbedürftigkeit bestanden, weshalb auch die Voraussetzungen für eine nachträgliche Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt nicht erfüllt seien (Urk. 6 S. 4). Des Weiteren sei auch eine Spitalbedürftigkeit auf Grund besonderer persönlicher Umstände zu verneinen. Insbesondere begründe das Alter der Versicherten keine Spitalbedürftigkeit per se (Urk. 6 S. 3). Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit sei ein Gesamtkostenvergleich vorzunehmen. Für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 18. bis 19. August 2014 hätte der Krankenversicherer Kosten im Betrag von Fr. 2'183.20 und der Kanton Zürich (bei einem Kantonsanteil im Jahre 2014 von 51 %) Kosten im Betrag von Fr. 2'272.30 zu tragen gehabt. Insgesamt (unter

Einschluss des Kantonsanteils) hätten die Gesamtkosten der stationären Behandlung der Versicherten Fr. 4'455.50 betragen (Urk. 6 S. 5). Demgegenüber wäre bei einer ambulanten Behandlung lediglich mit Kosten im Betrag von Fr. 2'141.10 zu rechnen gewesen (Urk. 6 S. 4). 3.3

Strittig und zu prüfen ist vorliegend daher, ob die Beklagte die Kosten für den stationären Spitalaufenthalt der Versicherten vom 18. bis 19. August 2014 im Betrag von Fr. 2'183.20 (zuzüglich Zins zu 5 % ab 10. Oktober 2014) hätte übernehmen müssen. 4. 4.1

Vorweg zu prüfen ist, ob für den besagten Spitalaufenthalt eine Spitalbedürftigkeit vorlag. 4.2

Dr. med. A.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, stellte in ihrem Bericht betreffend präoperative Untersuchungen zuhanden des Spitals X.\_\_\_\_ vom 7. August 2014 (Urk. 10/1/5) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Diabetes Mellitus Typ II - arterielle Hypertonie, Dyslipidämie - nichtstenosierende Koronarsklerose mit/bei: - nitratsensiblen Thoraxschmerzen - Refluxkrankheit

Die Ärztin erwähnte, dass die Versicherte kardiopulmonal kompensiert sei, über reine Herztöne verfüge, kein Hyperviskositätssyndrom (HVS) aufweise und über symmetrisch belüftete Lungen verfüge (S. 1), und stellte fest, dass die Versicherte für den geplanten operativen Eingriff aufgeboten werden könne, wenn ein solcher aus kardialer Sicht nicht kontraindiziert sei (S. 2). 4.3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, stellte in seinem Bericht vom 13. August 2014 (Urk. 10/1/4) die folgenden Diagnosen (S. 1): -

nichtstenosierende Koronarsklerose mit/bei: - leichtgradiger Koronaratheromatose  
- Nachweis einer erhaltenen systolischen LV-Pumpfunktion - weiterhin qualitativ typische, nitratsensible Thoraxschmerzen (wahrscheinlich im Rahmen einer coronaren Mikrovaskulären Dysfunktion, CMD) - normal-großem linken Ventrikel mit erhaltener systolischer Pumpfunktion - Diabetes Mellitus Typ II, gegenwärtig unter Behandlung mit Diamicon

- Hiatus-Gleithernie mit chronischem Reflux - Meniskusläsion beidseits rechts - arterielle Hypertonie

Der Arzt führte aus, dass die Versicherte anlässlich der klinischen Untersuchung kardiopulmonal kompensiert gewesen sei und erhöhte Praxisblutdruckwerte so wie einen normokarden Sinusrhythmus aufgewiesen habe. Die echokardiographische Untersuchung habe einen normal-großen linken Ventrikel mit erhaltener systolischer Pumpfunktion ohne regionale Kinetikstörungen ergeben. Der Klappenapparat habe altersentsprechende, diskrete degenerative Veränderungen aufgewiesen. Aus kardiologischer Sicht bestünden keine Kontraindikationen für den geplanten Knieeingriff (S. 2). 4.4

Mit Operationsbericht vom 19. August 2014 (Urk. 10/1/1) erwähnte Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt am Spital X.\_\_\_\_, dass bei der Versicherten am 18. August 2014 ein operativer Eingriff im Sinne einer diagnostischen Kniearthroskopie rechts, einer arthroskopischen Teilmeniskusresektion posteromedial und anterolateral sowie einer Knorpelglättung am medialen Femurcondylus rechts durchgeführt worden sei und stellte die folgenden Diagnosen (S. 1): - komplexe posteromediale und anterolaterale Meniskusläsion rechts - Chondromalazie, Grad III femoropatellär und am medialen Femurcondylus, Grad II am

Tibiaplateau beidseits rechts

Der Arzt führte aus, dass die Versicherte Anfang Mai 2014 nach einer Joggingübung plötzlich unter Schmerzen im Bereich ihres rechten Kniegelenks gelitten habe. Klinisch und in der Magnetresonanztomographie (MRI) sei eine mediale und laterale Meniskusläsion rechts festzustellen gewesen. Nach dem operativen Eingriff sei eine sofortige Mobilisation mit Belastung nach Massgabe der Beschwerden sowie eine Fadenentfernung nach sieben Tagen angezeigt. 4.5

Im Austrittsbericht vom 22. August 2014 (Urk. 10/1/9) erwähnte Dr. C.\_\_\_\_, dass die Versicherte vom 18. bis 19. August 2014 im Spital X.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen sei und führte aus, dass eine sofortige Mobilisation mit Belastung nach Massgabe der Beschwerden bei einem Bewegungsumfang im Rahmen der Schmerzgrenze sowie eine Fadenentfernung nach sieben Tagen angezeigt sei. 4.6

Gemäss dem Narkoseprotokoll vom 18. August 2014 (Urk. 10/1/2) wurde die Anästhesie um 13.58 Uhr begonnen und um 15.46 Uhr beendet, worauf die Versicherte um 15.47 in den Aufwachraum geführt und um 17.26 Uhr auf die Station verlegt wurde (Urk. 10/1/3). Gemäss dem Überwachungsblatt 1 hat die Redondrainage um 09.00 Uhr am Folgetag nach dem Operationstag ungefähr 60 Milliliter Flüssigkeit gefördert (Urk. 10/1/7).

## **E. 5**

KVG). Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach dem GSVG ( § 35 - § 52) und ergänzend nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO ; § 37 in Verbindung mit § 28 GSVG ) . 2.

### **E. 5.1.1**

Am 1. Januar 2018 ist § 19a des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (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. 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. 5.1.2**

Bei den besonderen Umständen, welche gemäss § 19a Abs. 2 SPFG eine Beteiligung des Kantons an den Kosten der stationären Durchführung erlauben, handelt es sich um die folgenden Umstände: - besonders schwere Erkrankung ( lit . a) - Leiden an schweren Begleiterkrankungen ( lit . b) - Bedarf einer besonderen Behandlung oder Betreuung ( lit . c) - Vorliegen besonderer sozialer Umstände ( lit . d).

### **E. 5.1.3**

Gemäss der Weisung des Regierungsrates zur Änderung des SPFG vom 12. Juni 2017 ( ABl 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 beteiligt, wenn besondere Umstände vorlägen, 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 erschweren.

### **E. 5.2.1**

Gemäss dem seit 1. Januar 2019 in Kraft stehenden (Änderung der KLV vom 7. Juni 2018; AS 2018 2361 ) Abs. 1 von Art. 3c der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV), werden, wenn ein in Anhang 1a Ziff. I der KLV 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 getretenen Anhangs 1a der KLV insbesondere Kniearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus, aufgeführt sind.

### **E. 5.2.2**

Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung ist eine ambulante Durchführung wegen besonderer Umstände nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich, wenn eines der Kriterien nach Anhang 1a Ziff. II der KLV erfüllt ist. Gemäss Ziff. II des am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Anhangs 1a der KLV sind folgende Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung zu berücksichtigen: - Kinder (bis zum 3. Altersjahr) - schwere oder instabile somatische Komorbidität - Fehlbildungen im Sinne von angeborenen Fehlbildungen am Herz-Kreislauf- und/oder Atmungssystem - Herz-Kreislauf-Krankheiten im Sinne einer Herzinsuffizienz von mindestens Stadium III gemäss der Einteilung der Herzinsuffizienz nach der Klassifikation der New York Heart Association (NYHA) entsprechend den ICD-10-Diagnosecodes I50.13-14 und I50.04!-05! (Links- oder Rechts Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung gemäss NYHA-Stadium III beziehungsweise mit Beschwerden in Ruhe gemäss NYHA-Stadium IV) und einer schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie - bronchopulmonale Krankheiten (nur im Falle einer Allgemeinanästhesie) im Sinne einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) von einem Schweregrad über der Stufe II (gemäss der Einteilung der Global Initiative for Chronic

Obstructive Lung Disease, GOLD), eines Asthma (instabil oder exazerbiert) und eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (mit Apnoe-Hypopnoe-Index über 15 und wenn zuhause kein CPAP möglich ist) - Gerinnungsstörungen im Sinne entgleister Gerinnungsstörungen und bei therapeutischer Antikoagulation - Blutverdünnung im Sinne einer dualen TC-Aggregationshemmung - Niereninsuffizienz im Sinne einer chronischen Niereninsuffizienz ab dem 3. Stadium - Diabetes Mellitus, schwer einstellbar und instabil - Adipositas bei einem Body Mass Index (BMI) über 40 - Mangelernährung/Kachexie - schwere Stoffwechselstörungen - psychische Erkrankungen im Sinne einer Suchterkrankung (Alkohol, Arzneimittel, Drogen), mit Komplikationen und im Sinne schwerer instabiler psychischer Störungen, die die Therapietreue bei einer ambulanten

Nachsorge verunmöglichen - Notwendigkeit für ständige Beaufsichtigung - relevante Verständigungsprobleme mit der Patientin/dem Patienten - keine kompetente erwachsene Kontakt- oder Betreuungsperson im Haus halt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten 24 Stunden postoperativ - keine Transportmöglichkeit nach Hause postoperativ oder zurück in ein Spital, inklusive Taxi - Anfahrtszeit in ein Spital mit einer während 24 Stunden geöffneten Notfallabteilung und entsprechender Disziplin von über 60 Minuten

### **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](http://www.bag.admin.ch)) seien die Kriterien (von Ziff. II des am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen 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 dürfe jedoch trotz eines erfüllten Kriteriums auch ambulant behandelt werden, wenn dies die spezifischen Umstände erlaubten. Die Liste der Kriterien sei zudem nicht abschliessend. Insbesondere könnten postoperativ unerwartete Verläufe oder Komplikationen auftreten, die eine stationäre Betreuung notwendig machten, weshalb die Kriterien von Ziff. II des Anhangs 1a der KLV für diese postoperativen Leistungen keine Anwendung fänden.

### **E. 5.3**

Vorliegend ist in Bezug auf die im Streit stehende Frage nach Übernahme der Kosten der stationären Behandlung der Versicherten vom 18. bis 19. August 2014 weder die Bestimmung von § 19a SPFG, welche am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist, noch diejenige von Art. 3c KLV, welche am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, anzuwenden. Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Spitalbedürftigkeit der Versicherten anlässlich des im Streit stehenden operativen Eingriffs vom 18. August 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 mitzuberücksichtigen. 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](http://www.bag.admin.ch)). Andererseits wurden die Kriterien, welche für eine stationäre Durchführung sprechen, mit Vertretern der betroffenen medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet. Demnach ist davon auszugehen, dass diese Kriterien auf medizinischen Erfahrungstatsachen beruhen.

### **E. 6.1**

Dem Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 13. August 2014 (vorstehend E. 4.3) lässt sich entnehmen, dass die Versicherte zum Zeitpunkt des operativen Eingriffs unter einer nichtstenosierenden Koronarsklerose mit nur leichtgradiger Koronarteriosklerose, unter arterieller Hypertonie sowie unter einem Diabetes Mellitus Typ II litt. Gemäss der AWMF-Leitlinie beziehungsweise der deutschen nationalen Versorgungsleitlinie « Chronische KHK

(koronare Herzkrankheit )» ( [www.leitlinien.de/ mdb/ down loads/nvl/khk/khk-4aufl-vers1-lang.pdf](http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/khk/khk-4aufl-vers1-lang.pdf) ) handle es sich bei einer nichtstenosierenden koronaren Herzkrankheit definitionsgemäss um eine asymptomatische Erkrankung, da der diesbezügliche Patient mangels höhergradiger Koronarstenosen keine Angina pectoris oder Äquivalente verspüre . Demzufolge ist davon auszugehen, dass es sich bei der Herzerkrankung der Versicherten im Sinne einer nichtstenosierenden Koronarsklerose mit nur leicht gradiger Koronaratheromatose grundsätzlich um eine asymp tomatische Erkrankung handelte. Dabei handelte es sich zudem um eine ischämische Herzer krankung ohne Stenose und nicht um eine Herzinsuffizienz im Sinne der ICD-10-Diag nosecodes I50.13-14 und I50.04!-05! . Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass die Versicherte zum Operationszeitpunkt nicht unter einer Herzin suffizienz im Umfang von mindestens dem Stadium III gemäss der NYHA litt. Nach der Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.3) bestanden aus kardio logischer Sicht denn auch keine Kontraindikationen für den geplanten operativen Eingriff.

### **E. 6.2**

Des Weiteren litt die Versicherte zwar unter einer arteriellen Hypertonie. Diese war indes medikamentös gut zu behandeln und war nicht schwer einstellbar. Des Gleichen war der Diabetes Mellitus Typ II, unter welchem die Versicherte litt, medikamentös zu behandeln und war keineswegs schwer einstellbar oder instabil.

### **E. 6.3**

Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Versicherte am Operationstag vom 18. August 2014 nicht unter schwere n oder instabile n somatische n Komorbidi tät en litt. Sie litt insbesondere weder unter einer Herzinsuffizienz von mindestens dem Stadium III gemäss der NYHA, noch unter einer schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie oder unter einem schwer einstellbaren und instabilen Diabetes Mellitus. Es ist daher mit dem massgebenden Beweisgrad der überwie genden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Versicherte bei Spitaleintritt am 18. August 2014 weder besonders schwer erkrankt war, noch an schweren Be gleit erkrankungen litt. In Würdigung der gesamten Umstände ist daher festzu stellen, dass der Gesund heitzzustand der Versicherten zum Zeitpunkt des opera tiven Eingriffs vom 18. August 2014 eine ambulante Behandlung grundsätzlich zuliess und nicht zwingend eine stationäre Durchführung der Behandlung erfor derte.

### **E. 6.4**

Den Akten sind auch keine besonderen sozialen Umstände zu entnehmen, welche eine stationäre Durchführung der Behandlung als zweckmässiger erscheinen liessen. Insbesondere ist den Akten nicht zu entnehmen, dass relevante Verstan digungsprobleme mit der Versicherten bestanden hätten, dass sie nicht zumindest telefonisch für erwachsene Betreuungspersonen erreichbar gewesen wäre, dass sie postoperativ über keine Transportmöglichkeiten nach Hause oder zurück in ein Spital verfügt hätte oder dass die Anfahrtszeit in ein Spital mit einer Not fall ab teilung von ihrem Wohnort aus mehr als 60 Minuten betragen hätte. Hinweise auf besondere soziale Gründe, wonach bei einer ambulanten Behandlung der Versicherten eine Rückreise an ihren Wohnort noch am Operationstag, nach Ver lassen des Aufwachraums um rund 17.30 Uhr (vgl. Urk. 10/1/2), nicht zuzumuten gewesen wäre, sind den Akten ebenfalls nicht zu entnehmen. Eine Spitalbe dürftigkeit aus sozialen Gründen ist vorliegend daher zu verneinen.

### **E. 6.5.1**

Zu prüfen bleibt, ob auf Grund postoperativer Komplikationen oder auf Grund der Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung und Betreuung eine Spitalbedürftigkeit in der Zeit vom 18. bis 19. August 2014 bestand.

#### **E. 6.5.2**

Im Austrittsbericht des Spitals X.\_\_\_\_ vom 22. August 2014 (vorstehend E. 4.5) sind keine intra- oder postoperativen Komplikationen erwähnt, weshalb von einem komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf auszugehen ist. Eine Spitalbedürftigkeit infolge intra- oder postoperativer Komplikationen ist daher nicht zu erstellen.

#### **E. 6.6.1**

Zu prüfen bleibt, ob eine Spitalbedürftigkeit aus anderen Gründen, insbesondere auf Grund des Umstandes, dass der Beschwerdeführerin eine Redondrainage angelegt worden war (vorstehend E. 4.6), zu bejahen wäre.

#### **E. 6.6.2**

Den medizinischen Akten ist nicht zu entnehmen, aus welchen Gründen der operierende Arzt eine intraartikuläre Redondrainage als erforderlich erachtete. Den Akten sind insbesondere keine Anhaltspunkte zu entnehmen, dass auf Grund besonderer Umstände präbeziehungsweise intraoperativ mit besonders starken Blutungen zu rechnen gewesen wäre.

#### **E. 6.6.3**

Gemäss dem Überwachungsblatt 1 hat die Redondrainage um 09.00 Uhr am Folgetag nach dem Operationstag ungefähr 60 Milliliter Flüssigkeit ergeben (Urk.

10/1/7). Dieser Umstand stand einer Spitalentlassung der Versicherten noch am Operationstag indes nicht grundsätzlich entgegen. Denn bei der Tatsache, dass eine Redondrainage einer Spitalentlassung nicht grundsätzlich entgegensteht, wenn der Patient oder die Patientin im Umgang mit der Redondrainage vorher angelehrt beziehungsweise unterrichtet worden war, handelt es sich um eine allgemein bekannte beziehungsweise um eine gerichtsnotorische Tatsache (vgl. «Patienteninformation - Umgang mit Redondrainage zu Hause» und «Prinzipien zur Entlassung von Patientinnen mit Redondrainagen» des Universitätsspitals Basel; <https://easy.usb.ch> und «Informationen zum Umgang mit Redondrainagen im häuslichen Umfeld» der Universitäts-Frauenklinik Tübingen; [www.uni-frauenklinik-tuebingen.de](http://www.uni-frauenklinik-tuebingen.de)). Darauf wies die Beklagte in ihrer Stellungnahme vom 12. Mai 2017 (Urk. 6 S. 3) zu Recht hin. Der Klägerin kann auch nicht gefolgt werden, wenn sie eine Spitalbedürftigkeit mit dem Umstand, dass die Redondrainage bei ihrer Entfernung am Folgetag nach dem Operationstag insgesamt 60 Milliliter Flüssigkeit ergeben habe, begründen will (Urk. 1 S. 12). Denn den Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, dass es der Versicherten nicht möglich oder zumutbar gewesen wäre, nach einer Spitalentlassung mit der Redondrainage am Operationstag das Spital X.\_\_\_\_ am Folgetag erneut aufzusuchen, um sich im Rahmen einer ambulanten Behandlung die Redondrainage wieder entfernen zu lassen.

#### **E. 6.6.4**

Eine Spitalbedürftigkeit vermag vorliegend auch ein allenfalls mit dem Anlegen einer Redondrainage verbundenes, erhöhtes Infektionsrisiko nicht zu begründen. Denn einerseits wies die Versicherte vor dem Spitaleintritt keine erheblichen Komplikationen auf und litt insbesondere nicht an Infektionen. Andererseits ist davon auszugehen, dass mit einer

geeigneten Antibiose das Infektionsrisiko in einem für eine Spitalentlassung der Versicherten am Operationstag genügenden Umfang hätte reduziert werden können. Dem Narkoseprotokoll (Urk. 10/1/3 S. 1) ist denn auch zu entnehmen, dass der Versicherten während des operativen Eingriff prophylaktisch ein Antibiotikum ( Zinacef ) intravenös verabreicht wurde.

#### **E. 6.7**

Einer Entlassung aus dem Spital noch am Operationstag stand auch nicht der Umstand entgegen, dass die Versicherte erst am Nachmittag operiert wurde. Denn dem Narkoseprotokoll ist zu entnehmen, dass die Versicherte bereits ungefähr um 17.30 Uhr aus dem Aufwachraum entlassen wurde (Urk. 10/1/2). Mangels Hinweisen auf Komplikationen während und nach dem operativen Eingriff ist daher davon auszugehen, dass die Versicherte nach Verlassen des Aufwachraums um ungefähr 17.30 Uhr mit der Redondrainage nach Hause hätte entlassen werden können. Sodann liegt der Wohnort der Versicherten in O.\_\_\_\_ lediglich in einer kurzen Distanz zum Spital X.\_\_\_\_ und ist von diesem mit dem Privatfahrzeug oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln in rund zehn Minuten zu erreichen. Dass die Versicherte nicht über Angehörige oder ihr nahestehende Personen verfügt hätte, welche sie nach dem operativen Eingriff hätten abholen können, lässt sich den Akten zudem nicht entnehmen. Einem Spitalaustritt der Versicherten am Operationstag, um ungefähr 17.30 Uhr, standen daher weder medizinische noch soziale Gründe entgegen.

#### **E. 6.8**

In Würdigung der gesamten Umstände steht daher fest, dass bei der Versicherten zum Zeitpunkt des operativen Eingriffes vom 18. August 2014 die vom kantonalen Gesetzgeber (vorstehend E. 5.1.2) und vom Bundesgesetzgeber (vorstehend 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 der Versicherten während der Zeit vom 18. bis 19. August 2014 mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen. 7.

Nach Gesagtem steht fest, dass während der Hospitalisation vom 18. bis 19. August 2014 eine Spitalbedürftigkeit der Versicherten nicht ausgewiesen war. Eine Leistungspflicht der Beklagten für anteilmässige Übernahme der Kosten der stationären Behandlung der 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 kostengünstigere 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 rechten Kniegelenks der Versicherten auch bei der tatsächlich durchgeführten stationären Behandlungsmethode um eine wirksame und zweckmässige Behandlung gehandelt hätte, bestand für eine stationäre Behandlung mangels einer Spitalbedürftigkeit der Versicherten daher keine Leistungspflicht der Beklagten. Von einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit der tatsächlich durchgeführten stationären Behandlung kann vorliegend somit abgesehen werden. Der Klägerin ist demnach nicht zu folgen, wenn sie die Ansicht vertritt, dass es sich bei der durchgeführten

stationären Behandlung um eine wirtschaftliche Behandlung gehandelt habe, weil eine ambulante Therapie höchstens unwesentlich günstiger 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. 13 S. 1).

## **E. 9.2**

Gemäss der Rechtsprechung beurteilt sich der Streitgegenstand nach den Klageanträgen und dem behaupteten Lebenssachverhalt, das heisst dem Tatsachensachverhalt, auf das sich die Klagebegehren stützen (BGE 144 III 452 E. 2.3.2; 143 III 254 E. 3.7; 142 III 210 E. 2.1; 139 III 126 E. 3.2.3). Vorliegend beantragte die Klägerin

klageweise eine Vergütung zum Spitaltarif und leitete ihre Ansprüche auf Geldleistung gegen die Beklagte aus dem Umstand ab, dass die Versicherte während der Zeit vom 18. bis 19. August 2014 im Spital X. 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 daher ein allfälliger Anspruch der Klägerin auf Vergütung der während des stationären Aufenthalts der Versicherten durchgeführten Massnahmen der Diagnose und Therapie als ambulante Behandlungen.

Demzufolge ist die Klage abzuweisen.

## **E. 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. 1'000.-- festzusetzen und der unterliegenden Klägerin aufzuerlegen.

## **E. 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. 1'000.-- werden der Klägerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Lorenzo Marazzotta - Atupri Gesundheitsversicherung - Bundesamt für Gesundheit - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich 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). Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber VogelVolz

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