

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2017.00007

vom 26. April 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2017.00007

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2017.00007 du 26 avril 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2017.00007 del 26 aprile 2019

Erwägungen

E. 1

2. Mai 2017 (Urk.

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 Kläger in 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 § 28 GSVGer).

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 wirtschaftlichen

Methoden nachgewiesen sein (Satz 2). 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 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 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).

2.3

Das Wirtschaftlichkeitsanforderung 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).

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). 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). 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 8. November 2016 eine diagnostische Kniearthroskopie, eine arthroskopische Teilmenskusektomie posteromedial, eine Teilsynovektomie sowie eine Entnahme von mehreren Biopsien zum Zwecke der Histologie und Bakteriologie durchgeführt worden seien (Urk. 1 S. 6), 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. Dies habe nur einem Spital erfolgen können. Ein stationärer Aufenthalt und insbesondere ein Aufenthalt im Spital über Nacht sei daher unabdingbar gewesen. Auf Grund der Drainage 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 (Urk. 1 S. 12). 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 (Urk. 1 S.

13). Eine ambulante Therapie wäre zudem höchstens unwesentlich günstiger gewesen, allenfalls sogar teurer als eine stationäre Behandlung gewesen; dies insbesondere bei einer ambulanten Entfernung der Drainage am Folgetag nach der Operation (Urk. 1 S. 16 mit Hinweis auf Urk. 2/15). Aus diesen Gründen habe es sich bei der durchgeführten, streitigen stationären Behandlung um eine wirtschaftliche Behandlung gehandelt (Urk. 1 S. 17). 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 (Urk. 6 S. 2). Dem Narkoseprotokoll sei sodann zu entnehmen, dass die Drainage lediglich zehn Milliliter Flüssigkeit ergeben habe, und dass die Redondrainage bereits am Operationstag, um 19 Uhr, wieder entfernt worden sei. Des Weiteren begründe eine Redondrainage

per se keine Spitalbedürftigkeit. Vielmehr könne die Redondrainage

auch im Rahmen einer ambulanten Behandlung überwacht werden. Diese 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 ein Spital, welches eine im Voraus geplante Operationen erst auf den späteren Nachmittag angesetzt habe, sich darauf berufen könne, dass eine Entlassung am selben Tag auf Grund der erforderlichen postoperativen Überwachung unzumutbar beziehungsweise unverantwortlich gewesen 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 bei einer ex-ante Beurteilung zu verneinen (Urk. 6 S. 3). Mangels intra- und postoperativer Komplikationen habe auch während des operativen Eingriffs

im Anschluss an diesen k eine Spitalbe dürf tig keit bestanden , weshalb auch die Voraussetzungen für eine

nachträgliche Kosten gutschprache für einen stationären Aufenthalt nicht erfüllt seien (Urk 6 S. 4). Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit sei ein Gesamtkostenvergleich vorzunehmen. Für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 8. bis 9. November 2016 hätte der Krankenversicherer Kosten im Betrag von Fr. 1'941.20 und der Kanton Zürich (bei einem Kantonsanteil im Jahre 2016 von 53 %) Kosten im Betrag von Fr. 2'189.-- zu tragen gehabt . Insgesamt (unter Einschluss des Kantonsanteils) hätten die Gesamtkosten der stationären Behandlung der Versicherten Fr.

4'130.20

betragen. Demgegenüber wären bei einer ambulanten Behandlung erheblich tiefere Kosten entstanden (Urk. 6 S. 5). 3.3

Strittig und zu prüfen ist vorliegend daher , ob die Beklagte die Kosten für den stationären Spitalaufenthalt der Versicherten vom 8. bis 9. November 2016 im Betrag von Fr. 1'941.20 (zuzüglich Zins zu 5 % ab 23. Dezember 2016) hätte über nehmen müssen. 4. 4.1

Vorweg zu prüfen ist, ob für den besagten Spitalaufenthalt eine Spital bedürftig keit vorlag. 4.2

In seiner Stellungnahme vom 27. Oktober 2016 (Urk. 2/9 = Urk. 16/3) zum Kos ten gutschprache gesuch des Spitals X.____ vom 17. Oktober 2016 (Urk. 2/2) erwähnte Dr. med. Z.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungs apparates , dass bei der Versicherten neben einer arthroskopischen

Teilmeniskektomie auch eine Teilsynovektomie geplant sei. Da es dabei zu starken Blutungen kommen könne, sei eine intraartikuläre Redon drainageeinlage erforderlich. Aus diesem Grunde sei eine stationäre Behandlung medizinisch indiziert. 4.3

Im Operationsbericht vom 9. November 2016 (Urk. 10/1/1) erwähnte Dr. Z.____ , dass bei der Versicherten am 8. November 2016 eine diagnostische Kniearthros kopie rechts, eine arthroskopische Teilmenisiskusresektion posteromedial , eine Teil sy novektomie und eine Entnahme von mehreren Biopsien zur Histologie und Bakteriologie im rechten Knie durchgeführt worden seien und stellte die folgen den Diagnosen: - posteromediale Meniskusläsion rechts - Chondromalazie Grad II retropatellär und am medialen Femurcondylus rechts - ausgedehnte, hypertrophe Synovitis unklarer Genese rechts

Der Arzt führte aus, dass die Versicherte seit dem Winter 2015 unter Schmerzen im Bereich ihres rechten Kniegelenks gelitten habe , und dass sie nach einer vor übergehenden Besserung der Beschwerden und nach der Behandlung einer Poly myalgie seit einigen Monaten erneut unter Schmerzen bei Belastung, beim Berg abgehen und bei Drehbewegungen leide . Klinisch und in der Magnetreso nanz tomographie (MRI) sei eine mediale Meniskusläsion, eine Synovitis und ein Knie gelenkserguss festzustellen gewesen (S. 1). Nach dem operativen Eingriff sei eine sofortige Mobilisation mit Belastung nach Massgabe der Beschwerden angezeigt. Eine Fadenentfernung sei nach sieben Tagen vorgesehen (S. 2).

Im Austrittsbericht vom 14. November 2018 (Urk. 10/1/8) erwähnte Dr. Z.____ , dass die Versicherte in der Zeit vom 8. bis 9. November 2016 im Spital X.____ hospitalisiert war und führte aus, dass eine sofortige Mobilisation mit Belastung nach Massgabe der Beschwerden

angezeigt sei, dass eine Fadenentfernung nach sieben Tagen vorgesehen sei, und dass das weitere Prozedere vom Ergebnis der Biopsien abhängt. 4.4

Gemäss dem Narkoseprotokoll vom 8. November 2016 (Urk. 19/1/2) wurde mit der Applikation der Anästhetika ungefähr um 15.15 Uhr begonnen (S. 2), worauf die Versicherte ungefähr um 17.30 Uhr aus der Narkose erwachte. Eine Redon Drainage wurde der Versicherten ungefähr um 17 Uhr angelegt und kurz vor 19 Uhr wieder entfernt (S. 3). 4.5

Die Ärzte des Instituts für Klinische Pathologie des Universitätsspitals A.____ führten in ihrem Bericht vom 10. November 2016 (Urk. 10/1/5) aus, dass die bei der Versicherten am 8. November 2016 entnommene Biopsie insgesamt einen unspezifischen histologischen Befund, welcher mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der rheumatoiden Arthritis vereinbar sei, ergeben habe. 4.6

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Leitender Vertrauensarzt der Beklagten, führte in seiner Stellungnahme vom 27. April 2017 (Urk. 18) aus, dass er mit der Beurteilung durch Dr. Z.____ vom 27. Oktober 2017, wonach die wegen einer Gefahr starker Blutungen geplante intraartikuläre Redon Drainage

einen stationären Aufenthalt der Versicherten erfordert hätte, nicht übereinstimme, und dass weder eine Teilsynovektomie noch eine Redon Drainage per se eine Spitalbedürftigkeit zu begründen vermöchten. Da sich den medizinischen Akten zudem keine Anhaltspunkte entnehmen liessen, welche den operativen Eingriff unter stationären Bedingungen zu rechtfertigen vermöchten, habe auch aus intra- und postoperativer Sicht keine medizinische Notwendigkeit für einen Verbleib der Versicherten im Spital über Nacht bestanden (S. 1). Zudem seien vorliegend weder die Ausnahmekriterien für eine stationäre Durchführung von Kniearthroskopien gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) noch diejenigen gemäss den in den Kantonen Zürich und Luzern geltenden Bestimmungen erfüllt. Eine medizinische Notwendigkeit, den streitigen operativen Eingriff im stationären Rahmen durchzuführen, habe daher nicht bestanden (S. 2). 5. 5.1

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 § 19a Abs. 2 SPFG an den Kosten der stationären Durchführung von Kniearthroskopien, inklusive Eingriffen am Meniskus. 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). 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 beteiligen, 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.

5.2.5.2.1

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. 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 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, 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 schwererer 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 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 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 es 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 machen, weshalb die Kriterien von Ziff. II des Anhangs 1a der KLV für diese postoperativen Leistungen keine Anwendung fänden. 5.3

Vorliegend ist in Bezug auf die im Streite stehende Frage nach Übernahme der Kosten der stationären Behandlung der Versicherten vom 8. bis 9. November 2016 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 Streite stehenden operativen Eingriffs vor

8. November 2016 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 mitzubersichtigen. 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. Demnach ist davon auszugehen, dass diese Kriterien auf medizinischen Erfahrungstatsachen beruhen. 6.

E. 1.4

Mit Verfügung vom 26. September 2017 (Urk. 7) wurde die Beklagte aufgefordert, die vollständigen Akten, insbesondere die Unterlagen ihres Vertrauensarztes einzureichen, worauf die Beklagte die verlangten Unterlagen (Urk. 10/1-14, Urk. 18) einreichte und mit Eingabe vom 30. November 2017 (Urk. 15) an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage festhielt (S. 1).

E. 1.5

Mit Verfügung vom 7. Dezember 2017 (Urk. 19) wurde der Klägerin Gelegenheit eingeräumt, die Klagebegründung zu ergänzen und weitere Beweismittel einzu reichen 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 29. Dezember 2017 (Urk. 21) schlug die Beklagte aus der Untergruppe „Krankenversicherung“ der Liste der

Schiedsrichter Andreas Altermatt als Schiedsrichter vor.

Mit Eingabe vom 8. Januar 2018 (Urk. 22) hielt die Klägerin an ihrem klageweise gestellten Rechtsbegehren fest (S. 2) und schlug aus der Untergruppe „stationäre und teilstationäre Leistungen“ der Liste der Schiedsrichter Gabriela Helfer als Schiedsrichterin vor (S. 4).

E. 1.7

Mit Verfügung vom 9. Mai 2018 (Urk. 22) wurden für das vorliegende Verfahren 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 Schiedsrichterin als ernannt gelten, sofern nicht fristgemäss Einwände erhoben werden.

E. 1.8

Gegen den in Aussicht genommenen Schiedsrichter und die in Aussicht genommene Schiedsrichterin erhoben die Parteien keine Einwände, weshalb Andreas Altermatt als Schiedsrichter und Gabriela Helfer als Schiedsrichterin ernannt wurden, wovon den Parteien am 29. Juni 2018 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 28).

Mit Eingabe vom 15. Juni 2018 (Urk. 27) hielt die Beklagte an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage fest, wozu die Klägerin am 19. Juli 2018 Stellung nahm (Urk. 31). Diese wurde der Beklagten am 20. Juli 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 32). Das Schiedsgericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

) beantragte die Beklagte,

die Klage sei abzuweisen und es sei die arthroscopische Behandlung der Versicherten vom 8. November 2016 nach ambulantem Tarif abzurechnen (S. 1).

E. 6.1

Dem Operationsbericht von Dr. Z.____ vom 9. November 2016 (vorstehend E. 4.3) ist zu entnehmen, dass die Versicherte nach dem Auftreten von Schmerzen im rechten Knie im Winter 2015 während einer gewissen Zeit unter einer Poly myalgie litt und entsprechend behandelt wurde. Gemäss der Pflegedokumentation des Spitals X.____ (Urk. 10/1/7 S. 4) wurde die Versicherte in der Vergangenheit insbesondere intermittierend mittels Prednison wegen einer Poly myalgie behandelt. Bei Spitaleintritt am 8. November 2016 musste die Versicherte hingegen keine eigenen Medikamente und insbesondere auch kein

Prednison mehr ein nehmen (Urk.

10/1/7 S. 2). Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Versicherte bei Spitaleintritt am 8. November 2016 keine regelmässige Medikation benötigte. Hinweise auf erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen beziehungsweise Komorbiditäten lassen sich den Akten nicht entnehmen. Demzufolge ist mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Versicherte bei Spitaleintritt am 8. November 2016 weder besonders schwer erkrankt war, noch an schweren Begleiterkrankungen litt. Insbesondere steht fest, dass die Versicherte zu diesem Zeitpunkt weder unter Herz- Kreislauferkrankungen, schweren broncho-pulmonalen Krankheiten, Gerinnungsstörungen, einer Niereninsuffizienz, einem Diabetes Mellitus, schwerer Adipositas, Mangelernährung, schweren Stoffwechselerkrankungen, noch unter psychischen Erkrankungen litt,

und dass sie keine Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen musste. 6.2

In Würdigung der gesamten Umstände ist daher festzustellen, dass der Gesundheitszustand der Versicherten zum Zeitpunkt des operativen Eingriffs vom 8. November 2016 eine ambulante Behandlung zulies und nicht zwingend 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 liessen. Insbesondere ist den Akten nicht zu entnehmen, dass relevante Verständigungsprobleme mit der Versicherten bestanden hätten, dass sie nicht zumindest telefonisch für erwachsene Betreuungspersonen erreichbar gewesen wäre, dass sie über keine Transportmöglichkeiten nach Hause postoperativ oder zurück in ein Spital verfügt hätte oder dass die Anfahrtszeit in ein Spital mit einer Notfallabteilung von ihrem Wohnort aus mehr als 60 Minuten betragen hätte. Den Akten sind keine Hinweise auf besondere soziale Gründe, welche bei einer ambulanten Behandlung eine Rückreise der Versicherten am Operationstag vom 8. November 2016, nach Beendigung des operativen Eingriffs

um 17 Uhr

(vgl. Urk. 10/1/2), an ihren Wohnort nicht zulies, zu entnehmen. Eine Spitalbedürftigkeit aus sozialen Gründen ist vorliegend daher zu verneinen.

E. 6.4.1

Zu prüfen bleibt, ob auf Grund postoperativer Komplikationen oder auf Grund der Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung und Betreuung eine Spitalbedürftigkeit in der Zeit vom 8. bis 9. November 2016 bestand.

E. 6.4.2

Im Austrittsbericht des Spitals X. _____

vom 14. November 2018 (vorstehend E. 4.3) sind keine intra- oder postoperative 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. 6.5.1

Zu prüfen bleibt, ob eine Spitalbedürftigkeit aus anderen Gründen, insbesondere auf Grund des Umstandes, dass der Beschwerdeführerin eine Redondrainage angelegt worden war (vorstehend E. 4.3), zu bejahen wäre. 6.5.2

Dr. Z. ___ vertrat in seiner Stellungnahme vom 27. Oktober 2016 (vorstehend E. 4.2) die Ansicht, dass es beim geplanten operativen Eingriff im Sinne einer arthroskopischen Teilmenisektomie

und einer Teilsynovektomie zu starken Blutungen kommen könnte, weshalb eine intraartikuläre Redondrainage

erforderlich sei, und dass deswegen eine stationäre Behandlung medizinisch indiziert sei.

Die Klägerin führte in ihrer Klage vom 7. März 2017 (vorstehend E. 3.1) aus, dass auf Grund der Anästhesie und der Redondrainage nach dem operativen Eingriff vom 8. November 2016 eine umfassende und unmittelbare postoperative Überwachung und Betreuung erforderlich gewesen sei, welche nur in einem Spital habe erfolgen können, und dass ein stationärer Aufenthalt aus diesen Gründen notwendig gewesen sei.

E. 6.5.3

Demgegenüber ging Dr. B. ___ in seiner Stellungnahme vom 27. April 2017 (vorstehend E. 4.6) davon aus, dass weder eine Teilsynovektomie noch eine Redondrainage per se eine Spitalbedürftigkeit zu begründen vermöchten.

Die Beklagte führte dazu aus, dass eine Redondrainage auch im Rahmen einer ambulanten Behandlung überwacht werden könne, dass diese kein Hindernis für eine ambulante Behandlung darstelle. Aus diesen Gründen sei eine Spitalentlassung der Versicherten mit einer Redondrainage

noch am Operationstag möglich gewesen. Sodann habe die Redondrainage bei der Versicherten lediglich

E. 6.5.4

Dem Narkoseprotokoll (vorstehend E. 4.4) ist zu entnehmen, dass der Versicherten am Operationstag, von 17 bis 19 Uhr,

eine Redondrainage angelegt wurde, und dass diese ungefähr 10 Milliliter Flüssigkeit ergab. Demzufolge hätte die Versicherte jedenfalls nach Entfernung der Redondrainage um 19 Uhr noch am Operationstag nach Hause entlassen werden können. Die Versicherte hätte zudem bereits früher mit der Redondrainage nach Hause entlassen werden können. In diesem Falle hätte die Redondrainage am darauffolgenden Tag ambulant wieder entfernt werden müssen. Bei der Tatsache, dass eine Redondrainage einer Spitalentlassung nicht grundsätzlich entgegensteht, wenn der Patient oder die Patientin im Umgang mit der Redondrainage

vorher angelernt beziehungsweise unterrichtet worden war, handelt es sich zudem 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).

E. 6.5.5

Demgegenüber vertritt die Klägerin die Ansicht, dass es auf Grund des Infektionsrisikos unverantwortlich und der Versicherten nicht zuzumuten gewesen wäre, sie nach der Operation noch am späten Nachmittag nach Hause zu entlassen, und sie anschliessend am Tag nach dem Eingriff zur (ambulanten) Entfernung der Redondrainage

wieder aufzubieten. Vorliegend vermag ein allfälliges erhöhtes

Infektionsrisiko beim Anlegen einer Redondrainage

eine Spitalbedürftigkeit der Versicherten indes nicht zu begründen. Denn einerseits wies die Versicherte vor dem Spitaleintritt keine wesentlichen Komplikationen auf und litt insbesondere nicht an Infektionen. Andererseits ist davon auszugehen, dass mit einer geeigneten Antibiose das Infektionsrisiko vorliegend in einem für eine Spitalentlassung der Versicherten am Operationstag genügenden Umfang hätte reduziert werden können. Den medizinischen Akten (Urk. 10/1/3 S. 1) ist denn auch zu entnehmen, dass der Versicherten nach dem operativen Eingriff ein Antibiotikum (Cefuroxim) intravenös verabreicht wurde.

E. 6.5.6

Des Gleichen lässt sich aus dem Umstand alleine, dass die Versicherte unter einer

Synovitis unklarer Genese litt, welche mittels Teilsynovektomie behandelt wurde, nicht per se auf eine Spitalbedürftigkeit schliessen. Denn bei einer Teilsynovektomie, bei welcher die Synovialis zur Prophylaxe degenerativer Gelenksveränderungen teilweise entfernt wird, handelt es sich um eine weit verbreitete prophylaktische Massnahme, welche nur selten zu Komplikationen führt. Demgegenüber wird nach einer Synovektomie üblicherweise eine Redondrainage angelegt, da es dabei zu grösseren

blutenden Flächen kommen kann (vgl. Erhan Basad, Die Arthroskopische

Synovektomie bei rheumatisch entzündlichen Erkrankungen des Kniegelenks, in: Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis 2016/5 S. 300–305). Dieser Umstand stellt indes keine Komplikation dar und vermag für sich alleine eine Spitalbedürftigkeit nicht zu begründen. Beim Umstand, dass bei der Versicherten anlässlich der Kniearthroskopie am 8. November 2016 neben der Teilmeniskusresektion auch eine Teilsynovektomie

durchgeführt wurde, handelt es sich daher nicht um einen besonderen Umstand beziehungsweise um eine besondere Behandlung, welche eine stationäre Durchführung zu rechtfertigen vermöchte.

E. 6.6

Einer Entlassung aus dem Spital noch am Operationstag stand auch nicht der Umstand entgegen, dass der operative Eingriff erst um 17 Uhr beendet wurde. Denn dem Narkoseprotokoll ist zu entnehmen, dass die Versicherte bereits um 17.45 Uhr wach und orientiert war (Urk. 10/1/2). Mangels Hinweisen auf Komplikationen während und nach dem operativen Eingriff ist daher davon auszugehen, dass die Versicherte nach Beendigung der Operation lediglich während kurzer Zeit, höchstens während einer Zeit von einer Stunde bis zwei Stunden zum Aufwachen nach der Anästhesie in einem Aufwachraum hätte verbleiben müssen. Demnach steht fest, dass die Versicherte aus medizinischen Gründen jedenfalls um 19 Uhr nach Hause hätte entlassen werden können. Entgegen der diesbezüglichen Vorbringen der Klägerin (Urk. 1 S. 12) sind den Akten insbesondere

keine Anhaltspunkte zu entnehmen, dass die Versicherte nach dem operativen Eingriff während einer längeren Zeit als zwei Stunden hätte überwacht und betreut werden müssen. Sodann liegt der Wohnort der Versicherten in C.____ lediglich in einer kurzen Distanz zum Spital X.____ und ist von diesem mit dem Privatfahrzeug in rund einer Viertelstunde und mit öffentlichen Verkehrsmitteln in rund einer halben Stunde zu erreichen. Dass die Versicherte nicht über Angehörige oder ihre nahestehende Personen verfügt hätte, welche sie nach dem operativen Eingriff hätten abholen können, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Einem Spitalaustritt der Versicherten am Operationstag, um ungefähr 19 Uhr, standen daher weder medizinische noch soziale Gründe entgegen.

E. 6.7

In Würdigung der gesamten Umstände steht daher fest, dass bei der Versicherten zum Zeitpunkt des operativen Eingriffes vom

8. November 2016 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 des Versicherten während der Zeit vom 8. bis 9. November 2016 mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen. 7.

Nach Gesagtem steht fest, dass während der Hospitalisation vom 8. bis 9. November 2016 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). 8. 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. 8.2

Selbst wenn es sich neben der ambulanten Durchführung der arthroskopischen Behandlung des linken 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 keine Leistungspflicht der Beklagten. Von einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit der tatsächlich durchgeführten stationären Behandlung kann vorliegend daher abgesehen werden. Der Kläger ist demnach nicht zu folgen, wenn sie die Ansicht vertritt, dass es sich bei der durchgeführten

stationären Behandlung um eine wirtschaftlichere 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. 9.

E. 9

S. 2).

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 (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 beantragt die Klägerin

klageweise eine Vergütung zum Spitaltarif und leitet ihre

Ansprüche auf Geldleistung gegen die Beklagte aus dem Umstand ab, dass die Versicherte während der Zeit vom 8. bis 9. November 2016 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. 10.

E. 10

Milliliter Flüssigkeit ergeben und sei bereits am Operationstag um 19 Uhr wieder entfernt worden. Obwohl davon auszugehen sei, dass die Versicherte bei einer guten Zeitplanung durch das Spital bereits am späteren Morgen oder um die Mittagszeit hätte operiert werden können, habe selbst der Umstand, dass der operative Eingriff erst am Nachmittag durchgeführt worden sei, einer Spitalentlassung der Versicherten noch am Abend des Operationstages nicht entgegen gestanden. Mangels Hinweisen für erhöhte Risiken und Komplikationen und mangels intra- und postoperativer Komplikationen habe zu keinem Zeitpunkt eine Spitalbedürftigkeit bestanden (vorstehend E. 3.2).

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. 900.-- festzusetzen und der unter liegenden Klägerin auf zu erlegen.

E. 10.2

Der nicht vertretenen Beklagten ist keine Prozessentschädigung zuzusprechen, da Krankenkassen und anderen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen praxismässig 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. 900.-- werden der Kläger in auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostspflichtigen 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 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.