

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00006

vom 1. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2018.00006

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00006 du 1 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00006 del 1 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

5. Juni 2018 wurde die Trennung der Klagen unter Fortsetzung des vorliegenden Prozesses mit der Geschäftsnummer SR.2018.00000

E. 1.1

Mit Eingabe vom 11. September 2017 erhob Prof. Dr. med. Dr. med. dent. X. ___ Klage gegen die IV-Stellen der Kantone Graubünden und Solothurn und beantragte, es seien die Leistungen des Klägers (Behandlungen gemäss beige - legter Liste) durch die Beklagten nach Einzelleistungstarif (Zahnarztstarif SSO-MTK/MV/IV) zu entschädigen und zwar im Rechnungsbetrag, wie er der Rechnung zu entnehmen sei, welche den Beklagten eingereicht worden sei, zuzüglich 5 % Verzugszins ab Einreichung der vorliegenden Klage (Urk. 1).

E. 1.1.1

Gemäss Art. 27 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) entscheiden die von den Kantonen bezeichneten Schiedsgerichte über Streitigkeiten zwischen der Versicherung und Leistungserbringern (Abs. 1). Zuständig ist das Schiedsgericht am Ort der ständigen Einrichtung oder der Berufsausübung des Leistungserbringers (Abs. 2). In Bezug auf das Verfahren bestimmt Art. 27 bis IVG, dass der schiedsgerichtlichen Behandlung eines Streitfalles ein Vermittlungsverfahren voranzugehen hat, sofern der Streitfall nicht schon einer vertraglich ein gesetzten Vermittlungsinstanz unterbreitet worden ist (Abs. 5), und dass die Kantone das übrige Verfahren regeln (Abs. 7). Gemäss § 35 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) beurteilt das hiesige Schiedsgericht als einzige kantonale Instanz unter anderem Streitigkeiten nach Art. 26 Abs. 4 und Art. 27 bis IVG. Das Schiedsgericht ist dem Sozialversicherungsgericht angegliedert und untersteht seiner administrativen Aufsicht (§ 36 Abs. 1 GSVGer).

Gesetz und Verordnung umschreiben nicht näher, was unter Streitigkeiten zwischen der Versicherung und Leistungserbringern (Art. 27 bis Abs. 1 IVG) zu verstehen ist. In Analogie zu der zu Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

beziehungsweise Art. 57 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) ergangenen Rechtsprechung ist von einer weiten Begriffsumschreibung auszugehen, indem die sachliche Zuständigkeit für alle Streitigkeiten zwischen der Invalidenversicherung und Leistungserbringern zu bejahen ist, wenn und soweit sie Rechtsbeziehungen zum Gegenstand haben, die sich aus dem IVG ergeben oder auf Grund des IVG eingegangen worden sind. Denn die Bestimmungen sind weitgehend identisch. Der Streitgegenstand hat

die besondere Stellung der Versicherer oder Leistungserbringer im Rahmen des IVG zu betreffen. Des Weiteren muss es sich um eine Streitigkeit zwischen dem Versicherungsträger und Leistungserbringern handeln, was sich danach bestimmt, welche Parteien einander in Wirklichkeit gegenüberstehen (BGE 145 V 57 E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz. 1 zu Art. 27 bis IVG).

E. 1.1.2

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit sind als Prozessvoraussetzungen von Amtes wegen zu prüfen. Die örtliche Zuständigkeit (Art. 27 bis Abs. 2 IVG) des Schiedsgerichts ist gegeben, da der Kläger die streitgegenständlichen Behandlungen in der Y. ____

in Zürich durchgeführt hat. Auch sachlich ist das Schiedsgericht zuständig, zumal sich der Kläger als Leistungserbringer und die Beklagte als Versicherungsträgerin als Parteien gegenüberstehen und es um Fragen der Tarifvertragsanwendung – und nicht um Fragen der Tarifvertragsgestaltung – geht (BGE 123 V 280 E. 6 sowie Ernst, in: Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, N 10 zu § 35 GSVGer [vgl. auch N 2 zu § 35 GSVGer]; vgl. sodann das Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2015 vom 26. August 2015 E. 5.2, gemäss welchem die Prüfung einer Änderung der Tarifstruktur nicht in die Zuständigkeit der kantonalen Schiedsgerichte fällt). In concreto ist festzuhalten, dass bei einer tieferen als in Rechnung gestellten Entschädigung der erbrachten (Sach-)Leistungen durch die Invalidenversicherung die im konkreten Fall angewendeten Tarifpositionen durch das zuständige kantonale Schiedsgericht auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüft werden dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_657/2016 vom 13. Februar 2017 E. 6). Dies hat auch zu gelten, wenn die Invalidenversicherung statt der geltend gemachten Tarifpositionen gänzlich andere zur Anwendung bringt.

E. 1.1.3

Nachdem das Schiedsgericht für die vorliegende Klage örtlich und sachlich zuständig und die Klage genügend substantiiert ist, ist auf diese einzutreten.

E. 1.2

Mit Eingabe vom 21. Dezember 2017 (Urk. 7) übermittelte der Kläger diverse Kostengutsprachen (Urk. 8/1-5) sowie eine Übersicht der der Klage zugrunde liegenden Rechnungen (Urk. 9).

E. 1.2.1

Die Beklagte beantragte, aufgrund der engen Beziehung zum Prozessthema das BSV zum Verfahren beizuladen (Urk. 10).

E. 1.3

Am

E. 1.4

Die Beklagte äusserte sich mit Eingabe vom 27. Juli 2018 zur Klage (Urk. 13). Mit Eingabe vom 8. November 2018 (Urk. 20) teilte sie mit, auf eine freiwillige vorläufige Stellungnahme zu verzichten, und reichte verschiedene Unterlagen ein (Urk. 21/1-19). 1. 5

Anlässlich der am 28. November 2018 durchgeführten Sühnverhandlung schlossen die Parteien keinen Vergleich (Protokoll S. 3), woraufhin das Verfahren fortgesetzt wurde

(Verfügung vom 17. Dezember 2018, Urk. 26). 1.6

Mit Eingabe vom 24. Januar 2019 legte der Kläger seine ergänzende Klagebe gründung sowie weitere Beweismittel auf (Urk. 28 und Urk. 2

E. 1.7

Replicando beantragte der Kläger am 11. Juni 2019 die Gutheissung der Klage (Urk. 39). Die Beklagte verzichtete mit Eingabe vom 16. Oktober 2019 auf eine weitere umfassende Äusserung und hielt an ihren Anträgen fest (Urk. 33). 2.2.1

Mit Verfügung vom 15. Januar 2020 (Urk. 45) wurde den Par teien Gelegenheit eingeräumt, aus den sie betreffenden Untergruppen «zahnärztliche Leistungen» beziehungsweise «Invalidenversicherung» der Liste der vom Kantonsrat gewähl ten Mitglieder des Schiedsgerichts je eine Schiedsrichterin oder einen Schieds richter vorzuschlagen. 2.2

Der Kläger schlug mit Eingabe vom 6. Februar 2020 Dr. med. dent . Flavio Cassani als Schiedsrichter aus der ihn betreffenden Untergruppe «zahnärztliche Leistun gen» vor (Urk. 47). Die Beklagte schlug mit Eingabe vom 2. März 2020

lic . iur . HSG Isabelle Hoop als Schiedsrichter in aus der sie betreffenden Untergruppe «In validenversicherung» vor (Urk. 49). 2.3

Mit Verfügung vom 6. März 2020 (Urk. 50) nahm das Schiedsgericht Dr. med. dent . Flavio Cassani aus der Untergruppe «zahnärztliche Leistungen» und PD Dr. iur . Urs Müller aus der Untergruppe «Invalidenversicherung» als Schiedsrich ter für den vor liegenden Prozess in Aussicht und setzte den Parteien eine Frist von 20 Tagen an, um gegen die in Aussicht genommenen Schiedsrichter Ein wände zu erheben. 2.4

Die Beklagte erhob mit Eingabe vom 30. März 2020 Einwände gegen den Schieds richter Dr. med. dent . Flavio Cassani (Urk. 53). Mit V erfügung vom 8. Mai 2020 (Urk. 54) wies das Schiedsgericht die Einwände der Beklagten ab und ernannte Dr. med. dent . Flavio Cassani aus der Untergruppe «zahnärztliche Leistungen» und PD Dr. iur . Urs Müller aus der Untergruppe «Invalidenversicherung» als Schieds richter für den vor liegenden Prozess. Das Schiedsgericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

gegen die IV-Stelle des Kantons Solothurn und unter Sistierung de s Verfahren s gegen die ebenfalls ein geklagte IV-Stelle des Kantons Graubünden mit de r Verfahrensnummer SR.2017 .

E. 00009

verfügt (Urk. 12).

E. 9

/1-3). Die Beklagte erstattete die Klageantwort am 1. April 2019 und beantragte Abweisung der Klage, sofern überhaupt darauf einzutreten sei. Zudem sei das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zum Verfahren beizuladen und es seien die Vergü tungsansätze im Sinne der Erwägungen offenzulegen. Eventualiter beantragte sie die Feststellung, dass die Y.____

im Sinne der Erwägungen von der Beklagten im gleichen Umfang für die allenfalls zugesprochene Forderung in Haftung genommen werden könne (Urk. 33, Urk. 34/20-23

und Urk. 35).

E. 13

S. 1). 1. 2 .2

Im Kanton Zürich wird das schiedsgerichtliche Verfahren durch die §§ 35 ff. GSVGer und durch die Verordnung über das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten (SGVo) geregelt. Ergänzend sind die Vorschriften der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) anwendbar (§ 37 in Verbindung mit § 28 GSVGer). 1. 2 .3

Gemäss § 37 in Verbindung mit § 14 GSVGer kann das Gericht von Amtes wegen oder auf Antrag Dritte zum Verfahren beiladen, wenn diese ein schutzwürdiges Interesse am Ausgang des Verfahrens haben oder wenn eine Partei ein schutzwürdiges Interesse an der Beiladung Dritter geltend macht (§ 14 Abs. 1 GSVGer). Die Beigeladenen haben im Verfahren Parteistellung (§ 14 Abs. 2 GSVGer). Die prozessleitenden Anordnungen sowie der Entscheid in der Sache selber sind auch für die Beigeladenen verbindlich (§ 14 Abs. 3 GSVGer). Mit der Beiladung werden Dritte, deren Interessen durch einen Entscheid berührt sind, in ein Verfahren einbezogen und daran beteiligt. Der Einbezug Beteiligter in den Schriftenwechsel bezweckt, die Rechtskraft des Urteils über die ursprünglichen Parteien hinaus auf die Beigeladenen auszudehnen, damit diese in einem später gegen sie angestregten oder von ihnen ausgehenden Prozess das betreffende Urteil gegen sich gelten lassen müssen. Das Interesse an einer Beiladung ist rechtlicher Natur. Es muss eine Rückwirkung auf eine Rechtsbeziehung zwischen der Hauptpartei und dem Mitinteressierten in Aussicht stehen. Die Beiladung dient somit einerseits dazu, die Rechtskraft eines Entscheids auch auf die Beigeladenen zu erstrecken und mit diesem Schritt zu verhindern, dass in der gleichen Sache widersprüchliche Entscheide ergehen. Insoweit strebt sie die Koordination des materiellen Rechts an. Andererseits kann sie auch auf die Gewährung des rechtlichen Gehörs abzielen, indem mittels Beiladung die Verletzung von Gehörs- und Parteirechten im Verwaltungsverfahren geheilt werden. Weitergehende Wirkungen kommen der Beiladung nicht zu. Insbesondere können die Beigeladenen im Endentscheid grundsätzlich zu nichts verpflichtet werden. Vielmehr erschöpft sich die Wirkung der Beiladung im Wesentlichen darin, dass sich die Beigeladenen, wie dargelegt, den rechtskräftigen Entscheid in anderen Verfahren entgegenhalten lassen müssen (Urteil des Bundesgerichts 9C_198/2017

vom 29. August 2017 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Es besteht weder eine Pflicht zur Beiladung noch ein Anspruch auf Beiladung. Vielmehr entscheidet das Gericht, wer als Beteiligter in den Schriftenwechsel einbezogen wird (Volz, in: Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, a.a.O., N 5 zu § 14 GSVGer). 1 .2 .4

Mangels eines Anspruchs auf Beiladung und mangels einer Bindungswirkung des Urteils für das BSV – selbst bei Beiladung – ist auf eine solche zu verzichten. Das BSV ist ohnehin gestützt auf Art. 89 ter

Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) berechtigt, gegen den vorliegenden Entscheid beim Bundesgericht Beschwerde zu erheben. Es erleidet durch den Verzicht auf die Beiladung damit von vornherein keinen Nachteil. 2. 2.1

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13

Abs. 1 IVG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). 2.2

Die medizinischen Massnahmen umfassen a) die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien und b) die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (Art. 14 Abs. 1 IVG). Erfolgt die ärztliche Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt, so hat der Versicherte überdies Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung (Art. 14 Abs. 2 Satz 1 IVG). Die Kostenvergütung für stationäre Behandlungen im Sinne von Art. 14 Abs. 1 und 2 IVG, die in einem nach Art. 39 KVG zugelassenen Spital erbracht werden, wird zu 80 % durch die Versicherung und zu 20 % durch den Wohnkanton des Versicherten geleistet. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital (Art. 14 bis IVG). Die Behandlungskosten nach Art.

E. 14

bis IVG werden nach dem Tarif vergütet, der für das Spital gilt, in dem die Behandlung durchgeführt wird (Art. 3 quater IVV). 2.3

Gestützt auf Art. 13 IVG erliess der Bundesrat die Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV ; vgl. auch Art. 3 IVV, welcher besagt, dass die Liste der Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG Gegenstand einer besonderen Verordnung bildet). Gemäss Anhang II. A. GgV gelten Systemerkrankungen des Skeletts, unter anderem angeborene Hemihypertrophien und andere Körperasymmetrien, sofern eine Operation notwendig ist, als Geburtsgebrechen (Ziff. 125). Im Anhang Ziff. IV. GgV sind sodann die Geburtsgebrechen im Bereich des Gesichts (Ziff. 201-218) aufgelistet. Soweit zahnärztliche Behandlungen von Geburtsgebrechen durchzuführen sind, gelten diese als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG (vgl. ausserdem die Gleichstellung der Zahnärztinnen und Zahnärzte mit den Ärztinnen und Ärzten im Bereich des KVG, wenn zahnärztliche Behandlungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung durchzuführen sind [Art. 36 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 31 KVG]). 3. 3.1 3.1.1

Der Kläger legte eine Mitteilung der Beklagten vom 26. Oktober 2006 auf, in welcher Kostengutsprache für die medizinische Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 209 erteilt worden war, sowie den Bericht der Operation vom 16. Juli 2014, welche er in der Y.____ durchgeführt und aufgrund derer er der Beklagten Rechnung für die zahnärztliche Behandlung gestellt hatte (Urk. 8/1).

Diese zahlte die vom Kläger in Rechnung gestellte Behandlung nicht direkt an ihn selbst aus, sondern erstattete die Kosten der Y.____, welche dem Kläger ein anteilmässiges Honorar ausbezahlte (vgl. Urk. 8/1 S. 2). Unter den Parteien ist strittig, ob die vom Kläger durchgeführte Behandlung nach Einzeltarif (Zahnarztтариф SSO-MTK/MV/IV) oder nach dem SwissDRG-System

zu entschädigen ist. Der Kläger begründete die Anwendbarkeit des Zahnarztтарифs SSO-MTK/MV/IV mit Verweis auf zwei Gutachten (Dr. iur. Gebhard Eugster vom 30. Januar 2014 [Urk. 2/4] und Prof. Dr. iur. Ueli Kieser vom 24. April 2017 [Urk. 2/5]). 3.1.2

Ergänzend brachte der Kläger unter anderem vor, der zwischen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO (nachfolgend: SSO) und der durch das BSV vertretenen Invalidenversicherung abgeschlossene Tarifvertrag sei bis zum heutigen Zeitpunkt nicht gekündigt worden. Seine Leistungen seien nach wie vor nach diesem Tarifvertrag zu entschädigen. Das Vertragssystem SwissDRG, auf welches sich die Beklagte berufe, sei nicht auf die Belange der Invalidenversicherung

ausgerichtet und lasse sich auch nicht darauf bezogen anwenden (Urk. 1 S.

5). Die gesetzes-, tarif- und vertragskonform eingereichten Rechnungen seien durch die Beklagte zu vergüten. Ob die gegenüber der stationären Einrichtung (allen falls) vorgenommene Vergütung rechtmässig gewesen sei beziehungsweise zu Rückforderungen Anlass geben könne, sei nicht im vorliegenden Verfahren zu entscheiden (Urk. 28 S. 3). Direktzahlungen der Beklagten an das Spital würden im Übrigen bezogen auf die Ansprüche des Klägers

nicht befreiend wirken. Die Beklagte habe für die interessierende Behandlung eine gültige Kostengutsprache erteilt. Die in Frage stehende Behandlung sei im Rahmen dieser Kostengutsprache vorgenommen worden. Die Vergütung der Leistung richte sich für die hier interessierende zahnärztliche Leistung nach dem bestehenden Tarifvertrag. Dieser sehe eine direkte Entschädigung des Leistungserbringers vor. Die eingereichten Rechnungen seien in völliger Übereinstimmung mit dem bisherigen Tarifvertrag erstellt worden und deshalb entsprechend zu vergüten. Ob und inwieweit hinzu tretend eine Vergütung an die stationäre Einrichtung zu erbringen sei, sei im vorliegenden Klageverfahren nicht Gegenstand und damit nicht von weiterer Bedeutung (Urk. 39 S. 5). 3.2

Die Beklagte stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt,

dem Kläger habe bekannt sein müssen, dass ab dem 1. Januar 2012 im stationären Bereich diagnosebezogene Fallpauschalen (Swiss DRG) gälten, wovon gemäss Ausführungen des Vorstandes der SSO auch zahnärztliche Leistungen betroffen seien. Es stelle sich ein Versäumnis dar, dass er mit der Y.____, in welcher er die Patienten behandelt habe, nicht vorab geklärt habe, wie die zahnärztlichen Kosten abgerechnet würden (Urk. 33 S. 2). 4. 4.1 4.1.1

Dr. Eugster führte in seinem Gutachten vom 30. Januar 2014 (Urk. 2/4) anschaulich aus, dass Streitpunkt zwischen den Parteien die Frage sei, auf welche Weise stationär durchgeführte zahnärztliche Behandlungen nach Einführung des SwissDRG-Systems per 1. Juli 2012 in einem Belegarztspital mit SwissDRG-Abgeltung in den von der Invalidenversicherung zu übernehmenden Fällen zu vergüten seien. Selbständig erwerbende, an Belegarztspitälern tätige Zahnärzte würden nach der Einführung des SwissDRG-Systems in der Invalidenversicherung per 1. Juli 2012/1. Januar 2013 Probleme bei der Abrechnung stationär erbrachter zahnärztlicher Leistungen, namentlich im Bereich der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG) orten. Laut dem Schweizerischen Belegarztverband für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (SBV-MKG) bestünden Massnahmen der MKG vielfach in einer Kombination von ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen. Laut der SSO seien diese Fälle vor der Einführung der SwissDRG in der Weise abgerechnet worden, dass das Spital für seine nichtärztlichen und technischen Leistungen eine Pauschale fakturiert, während der Belegzahnarzt daneben für seine Bemühungen nach dem SSO-Zahnarzttarif separat eine eigene Rechnung gestellt habe. Das aufgetretene Problem resultiere daraus, dass die Invalidenversicherung diese Zusatzrechnung nach

SSO-Tarif nicht mehr akzeptiere, weil sie alle Kosten der Behandlung und des Aufenthalts im Spital mit der Fallpauschale gemäss SwissDRG als vollumfänglich abgegolten betrachte. Die Belegzahnärzte würden demgegenüber den Standpunkt vertreten, dass der SSO-Tarifvertrag so wohl im ambulanten wie im stationären Bereich gelte; die Einführung der SwissDRG beeinträchtige die Gültigkeit des SSO-Tarifs für die Honorierung des Belegzahnarztes in keiner Art und Weise, weshalb belegzahnärztliche Honorarrechnungen zusätzlich zu den Honoraren für die nichtärztlichen Leistungen des Spitals nach wie vor zulässig seien (S. 3). Dr. Eugster gelangte nach eingehenden Abklärungen schliesslich zu den folgenden Schlüssen: Der SSO-Tarifvertrag sei nicht gekündigt worden und habe weiterhin Rechtsbestand. Die Invalidenversicherung habe sich mit dem Abschluss des SSO-Zahnarzttarif-Vertrags aber nicht verpflichtet, den angeschlossenen Zahnärzten IV-Patienten zur Behandlung zuzuweisen. Den Zahnärzten stehe gegenüber der Invalidenversicherung weder nach Gesetz noch nach Verfassung ein entsprechendes Behandlungsrecht zu. Es müsse daher der Invalidenversicherung erlaubt sein, den Anwendungsbereich des SSO-Tarifs auf ambulante zahnärztliche Behandlungsfälle einzuschränken, indem sie für stationäre ein anderes Tarifwerk (SwissDRG) als anwendbar erkläre. Darin liege keine Vertragsverletzung. Ein solches Vorgehen habe keine Kündigung des SSO-Zahnarzttarif-Vertrags erfordert. Sollte jedoch diese Form der Einführung des SwissDRG-Systems ohne Kündigung oder einvernehmliche Anpassung des SSO-Tarifvertrags als rechtlich zulässig betrachtet werden, wäre die Invalidenversicherung nach den Regeln von Treu und Glauben nicht befugt gewesen, die Neuerung ohne unmissverständliche und rechtzeitige Vorankündigung an die SSO als Vertragspartnerin des SSO-Zahnarzttarifs umzusetzen. Laut SSO habe eine solche Vorankündigung nicht stattgefunden. Die unterbliebene Vorankündigung sei einer unterlassenen behördlichen Auskunft gleichzustellen. Unterbleibe eine behördliche Auskunft, ob wohl sie nach den im Einzelfall gegebenen Umständen geboten sei, habe die Rechtsprechung dies der Erteilung einer unrichtigen Auskunft gleichgestellt. Im vorliegenden Fall könne die Korrektur der Aufklärungspflichtverletzung nach Auffassung des Gutachters nur darin bestehen, dass mit Bezug auf stationär durchgeführte zahnärztliche Behandlungen die SwissDRG-Fallpauschalen erst in Kraft hätten treten können, nachdem die SSO und die Zahnärzte zeitlich ausreichend Gelegenheit gehabt hätten, sich auf die neue Tariflage einzustellen (Urk. 2/4 S. 4 f.). 4.1.2

Prof. Dr. Kieser gelangte demgegenüber in seinem Gutachten vom 24. April 2017 (Urk. 2/5) zum Ergebnis, das SwissDRG-System könne für die Vergütung von IV-Leistungen nicht massgebend sein (S. 5). Es sei zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen, das SwissDRG-System im Bereich der Invalidenversicherung zur Anwendung zu bringen. Dies könne jedoch nicht dadurch erfolgen, dass einseitig die Massgeblichkeit dieses Abgeltungssystems erklärt werde. Damit würde Art. 27 Abs. 1 IVG verletzt. Wenn das SwissDRG-System in den Bereich der Invalidenversicherung übertragen werden sollte, müsse ein bestehender Tarifvertrag zuvor gekündigt werden. In der Folge stehe es dem Bundesrat beziehungsweise dem BSV einerseits und den Leistungserbringenden andererseits frei, sich in inhaltlicher Hinsicht auf einen neuen Tarifvertrag zu einigen, welcher vollständig dem SwissDRG-System entspreche. Für den hier interessierenden Bereich sei seitens der SSO kein Vertrag abgeschlossen worden, welcher inhaltlich die Grundsätze des SwissDRG-Systems übernehmen würde. Weil zudem der SSO-Tarifvertrag nach wie vor bestehe, sei ausgeschlossen, durch eine einseitige Erklärung das SwissDRG-System im hier interessierenden Bereich anzuwenden (S. 11). 4.2 4.2.1

Gemäss Art. 27 IVG (Stand am 1. Januar 1999) ist der Bundesrat befugt, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen, den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, sowie den Abgabestellen für Hilfsmittel Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzulegen (Abs. 1). Soweit kein Vertrag besteht, kann der Bundesrat die Höchstbeträge festsetzen, bis zu denen den Versicherten die Kosten der Eingliederungsmassnahmen vergütet werden (Abs. 3). 4.2.2

Der Bundesrat hat dem BSV in Art. 24 IVV (Stand am 1. Januar 1999) die Kompetenz zum Abschluss von Verträgen gemäss Art. 27 IVG übertragen (Abs. 2). Für Personen und Stellen, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einem bestehenden Vertrag beizutreten, gelten die vertraglich festgelegten beruflichen Bedingungen als Mindestanforderungen der Versicherung im Sinne von Art. 26 bis Abs. 1 IVG und die festgesetzten Tarife als Höchstansätze im Sinne der Art. 21 quater

Abs. 1 lit. c und 27 Abs. 3 IVG (Abs. 3). 4.2.3

Zwischen der SSO und der Invalidenversicherung, vertreten durch das BSV, sowie weiteren Vertragsparteien wurde im Mai 2000 ein Tarifvertrag (Urk. 29/1) abgeschlossen, welcher Anwendung findet auf die Behandlung von Versicherten der Invalidenversicherung durch Zahnärzte, die der SSO angeschlossen sind oder die den Beitritt zum Vertrag erklärt haben (Art. 1). Der SSO-Tarifvertrag vom Mai 2000 löste den SSO-Tarifvertrag vom November 1993 ab und wurde rückwirkend per 1. Januar 2000 in Kraft gesetzt (Art. 18.1 Satz 1 und Art. 18.3). Bei ambulanten Behandlungen sowie Aufenthalt in einer allgemeinen Abteilung eines Spitals übernimmt die Invalidenversicherung die vollen Kosten der verfügbaren Massnahmen gemäss geltendem Tarif mit befreiender Wirkung für den Versicherten (Art. 7.2). Die Honorierung der zahnärztlichen Leistungen erfolgt gemäss dem zugehörigen separaten Tarif. Er ist integrierender Bestandteil des vorliegenden Vertrages (Art. 8.1). Leistungen, welche im Tarif nicht aufgeführt sind, werden nur dann vergütet, wenn ihre Honorierung vor Aufnahme der entsprechenden Behandlung vom Zahnarzt mit dem BSV vereinbart worden ist. Soweit es sich dabei um Leistungen handelt, die im Tarifvertrag zwischen der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) einerseits und der Invalidenversicherung andererseits enthalten sind, werden die dort vorgesehenen Taxen vergütet (Art. 9.1). Neue Vereinbarungen und Beschlüsse werden den Mitgliedern der SSO im Publikationsorgan der SSO bekanntgegeben (Art. 16.1). Als vertragliche Schlichtungsinstanz amtiert eine paritätische Vertrauenskommission. Deren Konstituierung sowie das Verfahren vor derselben richten sich nach der zwischen den einzelnen Versicherern und der SSO abzuschliessenden separaten Vereinbarung (Art. 17.1). Kommt vor der Schlichtungsinstanz keine Einigung zustande, so richtet sich das weitere Vorgehen nach den für die einzelnen Versicherungen geltenden gesetzlichen Bestimmungen (Art. 17.2). Der Vertrag ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 12 Monaten je auf Ende eines Quartals, das heisst auf den 31. März, den 30. Juni, den 30. September oder den 31. Dezember kündbar (Art. 18.1). 4.3

Von keiner der Parteien wurde vorgebracht, der Kläger sei der SSO nicht angeschlossen oder er habe den Beitritt zum Vertrag nicht erklärt. Auch wurde von keiner der Parteien geltend gemacht, der SSO-Vertrag sei gekündigt worden. Nachdem keine diesbezüglich anderweitigen Anhaltspunkte bestehen, ist damit davon auszugehen, dass der SSO-Vertrag nach wie vor gültig und der Kläger diesem angeschlossen oder beigetreten ist. 4.4 4.4.1

Im Bereich der Akutsomatik wurde per 1. Januar 2012 ein Systemwechsel vollzogen und mit SwissDRG im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur eingeführt (vgl. das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4479/2013 vom 12. November 2015 E. 4.1). SwissDRG regelt die Vergütung der stationären Spitalleistungen einheitlich nach Fallpauschalen. Jeder Spitalaufenthalt wird anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Prozeduren und weiteren Faktoren, einer Fallgruppe zugeordnet (= codiert) und pauschal vergütet (IV-Rundschreiben Nr. 316 vom 2. Oktober 2012). Auch im Bereich der Invalidenversicherung hätte am 1. Januar 2012 in den akut somatischen Spitälern flächendeckend die Vergütung mittels SwissDRG-Fallpauschalen eingeführt werden sollen. Die Verhandlungen über einen Rahmenvertrag mit «H+ Die Spitäler der Schweiz» scheiterten jedoch Ende 2011, sodass es zu einer heterogenen Situation bei den Spitaltarifen kam. Die Invalidenversicherung konnte mit einigen Belegarztspitälern Zusammenarbeits- und Tarifverträge abschliessen und vereinbaren, dass die stationär erbrachten Leistungen nach dem SwissDRG-System abzugelten seien. Bei anderen Spitälern liefen die alten Spitalverträge provisorisch weiter (vgl. das IV-Rundschreiben Nr. 311 vom 12. März 2012 sowie das Gutachten Eugster S. 12). Die Invalidenversicherung beziehungsweise das BSV war zum Abschluss der besagten Tarifverträge mit den Belegarztspitälern befugt, denn der Bundesrat hatte dem BSV diese Aufgabe übertragen (Art. 27 IVG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 2 lit. a bis IVG sowie Art. 24 Abs. 2 IVV [Stand am 1. Januar 2012 und unter Vorbehalt von Art. 41 Abs. 1 lit. 1 IVV]). Dem Vorbringen des Klägers, das SwissDRG-System sei nicht auf die Belange der Invalidenversicherung ausgerichtet und lasse sich nicht darauf bezogen anwenden (Urk. 1 S. 5), kann nicht gefolgt werden. Dasselbe gilt für seine Auffassung, materiell könne nicht auf die SwissDRG-Ansätze abgestellt werden, weil diese die vorliegend interessierenden medizinischen Massnahmen gar nicht aufgreifen würden (Urk. 28 S. 2). In der Abrechnung des Klägers wird auf die SwissDRG-Abrechnungsnummern D04Z und D24B

hingewiesen (Urk. 8/1 S. 3). Die Abrechnungsnummer D04Z betrifft eine bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer und die Abrechnungsnummer D24B betrifft komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC (Komplikation oder Komorbidität), ohne Kombinationseingriff (vgl. SwissDRG 2.0 Abrechnungsversion 2013/2013 und SwissDRG 3.0 Abrechnungsversion 2014/2014). Weshalb unter diesen Abrechnungsnummern keine zahnärztlichen Leistungen abgegolten werden könnten, erschliesst sich nicht. Selbst die SSO war der Ansicht, dass unter den Fallpauschalen auch zahnärztliche Leistungen abgegolten würden: Im SSO Internum N° 1/2012 hielt der Vorstand unter dem Titel «Fallpauschalen/DRG – auch Zahnärzte betroffen!» fest: «Ab 1. Januar 2012 gelten im stationären Bereich diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG). Davon werden, was einige überraschen mag, auch zahnärztliche Leistungen betroffen sein. Behandelt ein Zahnarzt einen Spitalpatienten (für den die Fallpauschale gilt), so muss der Behandler mit dem Spital (dem ja die Versicherung die Pauschale vergütet) vorab klären, wie die zahnärztlichen Kosten abgerechnet werden» (Urk. 34/22). Dass zwischen der Y.____

und der Invalidenversicherung kein Vertrag betreffend Anwendbarkeit der SwissDRG-Pauschalen abgeschlossen worden sein soll, wurde vom Kläger nicht geltend gemacht. Er bestritt denn auch nicht, dass die Beklagte die hier fraglichen und von ihm erbrachten zahnärztlichen Leistungen im Rahmen von SwissDRG-Pauschalen direkt der Y.____

vergütete (Urk. 2 8 S. 2). Das Vorhandensein eines Vertrages zwischen der Invalidenversicherung und der Y.____

darf daher vorausgesetzt werden. 4.4.2

Der Darstellung im Gutachten Eugster ist zu folgen, wonach die Invalidenversicherung das aufgrund von Art. 49 Abs. 1 KVG entwickelte SwissDRG-System auf vertraglicher Basis mittels Zusammenarbeits- und Tarifverträgen mit den Spitälern übernommen hat. Die Invalidenversicherung vergütet stationäre Leistungen wie im KVG mittels Vollkostenpauschalen. Wo ein solcher Spitalvertrag besteht, sind Belegzahnärzte im stationären Bereich nicht mehr Auftragnehmer der Versicherer. Auftragnehmer der Invalidenversicherung ist nunmehr ausschliesslich das Spital. Die Invalidenversicherung hat damit die bisher für sie tätigen Belegzahnärzte mit den neu abgeschlossenen Spitalverträgen als Leistungserbringer und Auftragnehmer für stationäre Leistungen in Belegarztspitälern ausgeschlossen, was sich nicht als unzulässig erweist (vgl. Urk. 2/4 S. 20 sowie nachstehend E. 4.4.3). Der Kläger praktiziert bei der Y.____

als Belegzahnarzt. Er ist Facharzt FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie und verfügt über eine Doppelapprobation, das heisst sowohl über ein abgeschlossenes Studium der Zahnmedizin als auch der Humanmedizin (gemäss Ziff. 2.3.1 des Weiterbildungsprogramms des SIWF Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiterbildung FMH vom 1. Juli 2001 betreffend den Facharztstitel für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie wird der Besitz des eidgenössischen Arzt- und Zahnärztdiploms beziehungsweise werden entsprechende ausländische anerkannte Diplome vorausgesetzt). 4.4.3

Der faktische Ausschluss der Belegzahnärzte als Auftragnehmer für stationäre Leistungen in Belegarztspitälern ist grundsätzlich auch ohne schriftliche Kündigung des SSO-Zahnarzttarif-Vertrags zulässig, denn die Invalidenversicherung hat sich mit dessen Abschluss nicht verpflichtet, (einzig) den angeschlossenen Zahnärzten IV-Patienten zur Behandlung zuzuwenden (vgl. den Inhalt von Urk. 29 /1). Auch ergibt die freie Wahl des Leistungserbringers gemäss Art. 26 bis

Abs. 1 IVG keinen Anspruch auf freie Arztwahl im Spital im Falle einer stationären Behandlung. Vielmehr steht es in der Gestaltungsfreiheit der Invalidenversicherung, diesbezüglich ausschliesslich mit Heilanstalten statt mit Belegzahnärzten als Leistungserbringer zusammenzuarbeiten. Ebenso wenig besteht ein verfassungsrechtlicher Anspruch der Ärzte oder Zahnärzte, von der Invalidenversicherung Behandlungsaufträge zu erhalten. So kann auch aus der Wirtschaftsfreiheit nicht auf einen Anspruch des Arztes oder Zahnarztes auf die Erteilung von Behandlungsaufträgen geschlossen werden. Eine Nichtzulassung als Leistungserbringer schliesst sodann lediglich den Anspruch aus, zu Lasten der Versicherung abrechnen zu können, nicht aber auch das Recht auf gewerbliche Betätigung (vgl. dazu auch BGE 138 II 398 E. 3.9.2, 132 V 6 E. 2.5.2 und Gutachten Eugster S. 20). Schliesslich kann der Kläger auch durch den Verweis auf die von der Beklagten am 26. Oktober 2006 erteilte Kostengutsprache (Urk. 8/1) - in welcher er ohnehin nicht als Durchführungsstelle genannt wurde - nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zum einen wird in dieser lediglich festgehalten, dass die Vergütung nach IV-Tarif erfolge. Auf welche vertragliche Vereinbarung sich dies bezieht, wird nicht näher spezifiziert. Zum anderen waren nicht die Durchführungsstellen Adressaten der Verfügungen betreffend Kostengutsprache für medizinische Massnahmen, sondern die jeweiligen versicherten Personen. Den Durchführungsstellen wurde lediglich eine Kopie davon zur Kenntnis

gebracht. 4.4.4

Dr. Eugster wies jedoch zu Recht darauf hin, dass die Invalidenversicherung nach den Regeln von Treu und Glauben (Art. 9 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft) verpflichtet war, die Einführung der SwissDRG -Fall pauschalen der SSO als Partnerin des Tarifvertrages unmissverständlich und rechtzeitig voranzukünden (Gutachten S. 22 f.).

Das Prinzip des Vertrauensschutzes kann insbesondere dann angerufen werden, wenn eine Praxis- oder Rechtsänderung eintritt, ohne dass die Möglichkeit der Anpassung oder Mitwirkung an der Gestaltung der neuen Rechtslage bestand. Die Rechtswirkung des Vertrauensschutzes besteht diesfalls in einer angemessenen Übergangsregelung bzw. angemessenen Übergangsfristen. Für die Bestimmung einer solchen Übergangsfrist kann man sich vorliegend an die Kündigungsfrist von einem Jahr gemäss dem SSO-Vertrag halten. Die neue Abrechnungsmethode wurde per 1. Januar 2012 eingeführt, sodass bis Ende Dezember 2012 Vertrauensschutz bestand.

Der Kläger führte die im vorliegenden Verfahren massgebende Operation am 16. Juli 2014 durch (vgl. Urk. 8/1 S. 2). Nach der Einführung der SwissDRG Anfang 2012 verblieb er ihm da mit zweieinhalb Jahren und entsprechend genügend Zeit, um mit der Y.____

zu klären, wie seine zahnärztlichen Kosten im Falle einer stationären Behandlung abgerechnet würden. Eine solche Klärung wurde den Zahnärzten im SSO Internum N° 1/2012 denn auch empfohlen. Ob der Kläger diesbezügliche Abklärungen getätigt hat, kann vorliegend offenbleiben, kann es doch jedenfalls nicht der Beklagten angelastet werden, falls er dies unterlassen haben sollte.

Dem Kläger wurde zudem von der Y.____

für seine Behandlung ein Honorar entrichtet (vgl. Urk. 8/1 S. 2). Mit der Annahme des Geldes anerkannte er stillschweigend eine Abgeltung gestützt auf das Vertragssystem der SwissDRG. Hätte er nach wie vor darauf bestehen wollen, die von ihm erbrachte Leistung nach dem SSO-Tarifvertrag abzurechnen, hätte er die Honorarzählung der Y.____

zurückweisen müssen. Nachdem er dies nicht getan hatte, kann er nun nicht mehr mit Verweis auf den Vertrauensschutz seine Ansicht nach bestehende Restforderung von der Beklagten einverlangen. 4.5

Die Klage ist nach dem Gesagten abzuweisen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anlass zu prüfen, ob der Kläger zur Offenlegung der Vergütungsansätze der Y.____

zu verpflichten ist, weshalb auf den entsprechenden Antrag der Beklagten (Urk. 33 S. 2) nicht weiter einzugehen ist. 5.

In Anwendung von Art. 96 ZPO (§ 52 GSVGer) sowie der §§ 4 Abs. 1 und 13 Abs. 1 der Gebührenverordnung des Obergerichts ist bei einem Streitwert von Fr. 9'507.95 die Gerichtsgebühr auf Fr. 1'700.-- festzusetzen und dem unterliegenden Kläger aufzuerlegen. Das Schiedsgericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'700.-- werden dem Kläger auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Ueli Kieser - IV-Stelle des Kantons Solothurn - Bundesamt für Sozialversicherungen - 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 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 Die Gerichtsschreiberin Vogel Lanzicher

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