

ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2018.00759 vom 24. Februar 2020

ZH Verwaltungsgericht, 2020-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_verwaltungsgericht__VB.2018.00759

FR: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2018.00759 du 24 février 2020

IT: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2018.00759 del 24 febbraio 2020

Regeste

Spitaltaxen | Gebühren für eine private Behandlung im Spital. Bei den strittigen Spitaltaxen handelt es sich um die für die Nutzung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt geschuldeten Benutzungsgebühren aufgrund eines öffentlich-rechtlichen Sonderstatusverhältnisses ohne vertragliche Komponente (E. 4.2). Die Verletzung spitalseitiger Pflichten kann die Gebührensschuld gemäss Taxordnung ganz oder teilweise infrage stellen (E. 4.3). Das Spital hat eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht. Es obliegt ihm die Patientinnen und Patienten über die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung aufzuklären und sie insbesondere darauf aufmerksam zu machen, wenn ein Eingriff oder die ärztlichen Honorare von der Versicherung nicht gedeckt sind oder wenn darüber Zweifel bestehen oder bestehen sollten (E. 5.1). Ein pauschaler - wenn auch optisch hervorgehobener - Hinweis auf die grundsätzliche Kostentragungspflicht auf dem Anmeldeformular genügt diesen Anforderungen noch nicht per se (E. 5.5). Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Leistungserbringers kann aber nicht so weit gehen, als er sich Kenntnisse über den Inhalt und den Umfang eines privaten Versicherungsschutzes eines Patienten oder einer Patientin verschaffen muss. Eine Aufklärungspflicht könnte höchstens dann angenommen werden, wenn der Leistungserbringer Kenntnis davon hat oder zumindest hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine bestimmte Leistung vom Zusatzversicherer ganz oder teilweise nicht übernommen wird (E. 5.6). Anlass, an der Kostenübernahme durch den Zusatzversicherer zu zweifeln, bestand nicht (E. 5.7). Es kann offenbleiben, ob der Zusatzversicherer mangels Wirtschaftlichkeit der Behandlung die Übernahme der Kosten hätte verweigern dürfen. Dies ist nicht in diesem Verfahren zu entscheiden (E. 6). Für die Auferlegung von Mahnspesen fehlt eine gesetzliche Grundlage, weshalb die Beschwerde in Bezug auf diese teilweise gutzuheissen und im Übrigen abzuweisen ist (E. 7). Teilweise Guttheissung.

Erwägungen

E. 4.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes vom 2. Mai 2011 (SPFG) sind die Leistungen der vom Kanton und den Gemeinden betriebenen öffentlich-rechtlichen Spitäler gebührenpflichtig. Für Zusatzleistungen können über den Vollkosten liegende Taxen erhoben werden. Ergänzend kann ein ärztliches Zusatzhonorar verrechnet werden. Die Taxen und die ärztlichen Zusatzhonorare werden nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt (§ 16 Abs. 2 SPFG). Nach § 1 Abs. 1 der Taxordnung des Universitätsspitals Zürich vom 25. März 2009 (TO USZ) erhebt dieses – mit hier nicht interessierenden Vorbehalten – für seine Leistungen Gebühren. Für Zusatzleistungen zugunsten von Privatpatienten erhebt das USZ Zusatztaxen (§ 8, § 14

Abs. 1 und 3 und § 16 TO USZ). Die Taxen werden in erster Linie vom Patienten geschuldet (§ 25 lit. a TO USZ; vgl. § 16 Abs. 3 SPFG; Art. 42 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994 [KVG]).

E. 4.2

Bei den strittigen Spitaltaxen handelt es sich um die für die Nutzung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt geschuldeten Benutzungsgebühren aufgrund eines öffentlich-rechtlichen Sonderstatusverhältnisses ohne vertragliche Komponente (BGr, 29. September 2011, 2C_336/2011, E. 4.1; RB 1982 Nr. 161; VGr, 22. Oktober 2015, VB.2015.00277, E. 3; 23. Oktober 2003, VB.2003.00240, E. 2b; 8. Dezember 2000, VB.2000.00250 E. 3b; 14. Dezember 2001, VB.2001.00322 E. 2 f.; Walter Fellmann in: Moritz W. Kuhn/Tomas Poledna [Hrsg.], *Arztrecht in der Praxis*, 2. A., Zürich etc. 2007, S. 159 ff.; vgl. Tomas Poledna/Brigitte Berger, *Öffentliches Gesundheitsrecht*, Bern 2002, Rz. 105 ff.). Voraussetzung für den rechtmässigen Bestand der Gebührenschuld ist daher im Wesentlichen neben der tatsächlichen Erbringung bzw. Inanspruchnahme der Spitalleistung eine gesetzliche Grundlage für die Gebühr (vgl. E. 4.1), ein (bei Spitaltaxen ohne Weiteres zu bejahendes) öffentliches Interesse und grundsätzlich die Einhaltung des Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzips.

E. 4.3

Die Verletzung spitalseitiger Pflichten kann die Gebührenschuld gemäss Taxordnung ganz oder teilweise infrage stellen. Die für öffentlich-rechtliche Spitäler massgebenden Gebührenordnungen definieren nämlich von vornherein nur die für mängelfrei erbrachte Leistungen geschuldeten Gebühren. Daher kann argumentiert werden, es fehle an einer gesetzlichen Grundlage für die Verrechnung nur mangelhaft erbrachter Leistungen oder Teilleistungen. Selbst wenn davon ausgegangen würde, die Gebührenpflicht entstünde vorerst unabhängig von der Qualität der Spitalleistungen aufgrund der Taxordnung, hielte eine formal der Taxordnung entsprechende Gebühr für eine nur mangelhaft erbrachte Leistung infolge des Missverhältnisses zwischen Leistung und Gebühr letztlich vor dem Äquivalenzprinzip nicht stand (VGr, 26. April 2016, VB.2016.00050, E. 2.2.1). Insofern lässt sich das Verhältnis zwischen öffentlich-rechtlichem Spital und Patient durchaus mit der Situation im privatrechtlichen Arztvertrag vergleichen, wo der Honoraranspruch des Beauftragten bei Schlechterfüllung seines Auftrags ebenfalls ganz oder teilweise entfällt (BGE 124 III 423 = Pra 88/1999 Nr. 22). Diese Auffassung liegt auch verschiedenen Entscheiden des Verwaltungsgerichts zugrunde, in denen die Reduktion einer Spitaltaxforderung wegen mangelhafter Spitalleistung geprüft und teilweise bejaht wurde (vgl. zum Ganzen: VGr, 22. Oktober 2015, VB.2015.00277, E. 3; 24. Januar 2013, VB.2012.00232/233, E. 6.2; 6. Juli 2005, VB.2005.00111, E. 3.1; 23. Oktober 2003, VB.2003.00240, E. 2.b mit weiteren Hinweisen).

E. 5.1

Das Spital hat eintretende Patienten über die von ihnen persönlichen zu übernehmenden voraussichtlichen Kosten der Behandlung aufzuklären (§ 7 Abs. 1 lit. c des Patientinnen- und Patientengesetzes vom 5. April 2004; vgl. § 24 Abs. 1 lit. e TO USZ). Bei notfallmässig eingelieferten Personen gelten zwar im Allgemeinen keine allzu strengen Anforderungen, doch sind auch sie bzw. die für sie handelnden Personen in adäquater Weise zu informieren (VGr, 16. November 2001, VB.2001.00199, E. 2d; 23. September 1997, VB.1996.00214, E. 2a). Das Spital hat somit eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht.

Es obliegt ihm die Patientinnen und Patienten über die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung aufzuklären und sie insbesondere darauf aufmerksam zu machen, wenn ein Eingriff oder die ärztlichen Honorare von der Versicherung nicht gedeckt sind oder wenn darüber Zweifel bestehen oder bestehen sollten (BGE 119 II 456 = Pra 84 [1995] Nr. 72 E. 2d). Die wirtschaftliche Aufklärung bildet nicht Hauptpflicht des Spitals, sondern lediglich eine leistungsbegleitende Nebenpflicht (VGr, 23. Oktober 2003, VB.2003.00240, E. 2d).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer wurde beim Eintritt ins USZ über seine Versicherungsverhältnisse befragt. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer "privat" angab. Er macht indes geltend, nicht zur Art der gewünschten stationären Behandlung gefragt worden zu sein. Die Mitarbeiterin am Empfang habe offenbar von sich aus unter dieser Rubrik ein Kreuz bei "Privat" angebracht. Ob dieses Kreuz schon anlässlich der Unterzeichnung oder erst danach angebracht worden sei, wisse er nicht mehr. Ein Auftrag für eine private stationäre Behandlung habe deshalb nicht vorgelegen.

E. 5.3

Dem Vorbringen des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden. Der Beschwerdeführer gab unbestritten bei Spitaleintritt an, über eine Zusatzversicherung für die private Behandlung zu verfügen – was auch korrekt war. Aufgrund dieser Angabe durfte das Spital davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer eine stationäre Behandlung auf der privaten Abteilung wünschte. Zumal der Beschwerdeführer mit seiner Unterschrift auf dem Aufnahmeformular Entsprechendes auch bestätigte. Der Beschwerdeführer weist zwar darauf hin, dass das betreffende Kreuz auch erst nachträglich hätte angebracht werden können; er unterlässt es jedoch dies auch tatsächlich zu behaupten und zu substantizieren. Der Beschwerdeführer opponierte in der Folge auch nicht gegen die stationäre Behandlung auf der privaten Abteilung, sondern nahm diese vorbehaltlos in Anspruch.

E. 5.4

Mit Unterzeichnung des Aufnahmeformulars bestätigte der Beschwerdeführer seinen Versicherungsschutz zu kennen und die Kosten, sollte keine vollumfängliche Kostengutsprache und/oder Kostenübernahme des Leistungsträgers vorliegen, zu tragen. Der Beschwerdeführer macht geltend, er sei nicht fähig gewesen, das Formular unter der grossen Schmerzbelastung eingehend zu studieren. Der Einwand ist unbegründet. Der Beschwerdeführer mag zwar bei seinem Spitaleintritt unter Schmerzen gelitten haben. Er war jedoch bei vollem Bewusstsein und entschied sich durchaus in Kenntnis seiner Versicherungsverhältnisse für die Behandlung in der Privatabteilung. Wie er selber geltend macht, sei er – aufgrund der mündlichen Auskunft der Krankenversicherung H – davon ausgegangen, dass die Behandlung vom Zusatzversicherer übernommen würde. Anhaltspunkte dafür, dass die grundsätzlich zu vermutende Urteilsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der fraglichen Erklärung nicht vorhanden gewesen sein sollte, sind keine ersichtlich. Wie der Beschwerdegegner zu Recht vorbringt, wird im Bericht des Rettungsdienstes Uster vom 2. Januar 2016 die Selbsteinschätzung der Schmerzen durch den Patienten nach der visuellen Analogskala mit 0 (VAS) angegeben. Es ist auch nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer bei seinem Eintritt eine die Urteilsfähigkeit beeinträchtigende Schmerzmedikation erhalten hätte. Der Beschwerdeführer war damit über die Grundsätze der Kostenübernahme informiert worden.

E. 5.5

Damit ist die Frage, ob der Beschwerdegegner seine Aufklärungspflicht in Bezug auf die wirtschaftlichen Folgen der Behandlung genügend wahrgenommen hat, jedoch noch nicht beantwortet. Inhalt und Form der wirtschaftlichen Aufklärung hängen vom Einzelfall ab, so etwa von der Dringlichkeit des Eingriffs oder der Höhe der mutmasslichen Kosten; sie hat dem Bildungsgrad und der Erfahrung des Adressaten zu entsprechen (VGr, 6. Juli 2005, VB.2005.00111, E. 4.1). Ein pauschaler – wenn auch optisch hervorgehobener – Hinweis auf die grundsätzliche Kostentragungspflicht der Patientinnen und Patienten auf dem Anmeldeformular genügt diesen Anforderungen noch nicht per se.

E. 5.6

Festzuhalten ist, dass die Zusatzversicherung die Kostenübernahme zunächst mit Verweis auf Art. 4.1.9 ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vgl. E. 3) ablehnte und den Beschwerdeführer an die Grundversicherung verwies. Zusatzversicherungen zur sozialen, obligatorischen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; vgl. Art. 12 Abs. 3 KVG; vgl. SVGr, 16. Januar 2012, KK.2010.00024, E. 1.1). Zusatzversicherungen sind damit nach privatrechtlichen Grundsätzen geregelt. Es herrscht das Prinzip der Vertragsfreiheit, weshalb die Angebote der Zusatzversicherer sehr vielfältig ausfallen können. Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Leistungserbringers kann aber nicht so weit gehen, als er sich Kenntnisse über den Inhalt und den Umfang des privaten Versicherungsschutzes eines Patienten oder einer Patientin verschaffen muss. Dies liegt vielmehr im Verantwortungsbereich des Patienten oder der Patientin. Eine Aufklärungspflicht könnte höchstens dann angenommen werden, wenn der Leistungserbringer Kenntnis davon hat oder zumindest hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine bestimmte Leistung vom Zusatzversicherer ganz oder teilweise nicht übernommen wird. Solche Anhaltspunkte macht der Beschwerdeführer nicht geltend und sind auch keine ersichtlich. Der Beschwerdegegner war nicht gehalten, den Beschwerdeführer auf sämtliche denkbaren Einwände seitens des Zusatzversicherers aufmerksam zu machen (vgl. Beschwerdeentscheid der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern vom 28. Januar 2014, E. 2.4 S. 17 [Nr. 2012-0035, unter www.gef.be.ch]). Den Beschwerdegegner traf auch keine Verpflichtung, sich vorgängig beim privaten Zusatzversicherer des Beschwerdeführers um Deckung für die Kosten zu bemühen.

E. 5.7

Erst im Rahmen der Wiedererwägung der Ablehnung des Kostenübernahmegesuchs auf Ersuchen des Beschwerdegegners hin prüfte der Vertrauensarzt der Zusatzversicherung, ob die Behandlung auch wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen sei. Er kam zum Schluss, dass zu keiner Zeit eine Spitalbedürftigkeit vorgelegen habe und die Abklärungen und Therapien problemlos ambulant hätten durchgeführt werden können. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit, um welchen es vorliegend geht, entstammt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die anerkannten Krankenkassen haben die Kosten nach Massgabe der in Art. 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG) Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (vgl. SVGr, 18. November 2014, KV.2012.00084, E. 2.1 ff., auch zum Folgenden). Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit verlangt einen Kostenvergleich der

möglichen Behandlungsalternativen mit ungefähr gleichem medizinischem Nutzen. 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). Wenn mit der Behandlungsalternative das Therapieziel kostengünstiger erreicht werden kann, besteht kein Anspruch auf Übernahme der teureren Behandlung. Der infrage 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, 3. Auflage, Basel 2016, Rz. 336). Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt voraus, dass eine Krankheit vorliegt, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht.

Spitalbedürftigkeit in diesem Sinn ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (BGE 126 V 326 E. 2b, 120 V 206 E. 6a mit Hinweisen). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdegegner davon ausging, dass eine Indikation für eine Hospitalisierung gegeben war und der Zusatzversicherer entsprechend die Kosten übernehmen werde. Auch der Hausarzt des Beschwerdeführers ging davon aus, dass eine stationäre Aufnahme indiziert sei und hatte diesen am 15. Dezember 2015 für eine interdisziplinäre stationäre Therapie an das USZ überwiesen. Die stationäre Aufnahme war für den 11. Januar 2016 geplant, weshalb eine Abklärung der Kostenübernahme beim Zusatzversicherer in die Wege geleitet worden war. Die Ansicht, dass eine Indikation für eine Hospitalisierung vorlag, scheint auch die Grundversicherung des Beschwerdeführers zu teilen, hat diese doch die Kosten für die stationäre Behandlung übernommen. Auch der Beschwerdeführer ging stets davon aus, dass der Zusatzversicherer die Kosten der Behandlung übernehmen werde. Selbst der Zusatzversicherer soll, wie der Beschwerdeführer selbst vorbringt, anfänglich mündlich einer Übernahme der Kosten zugestimmt haben. Anlass an der Kostenübernahme durch den Zusatzversicherer zu zweifeln bestand deshalb nicht. Entsprechend hatte der Beschwerdegegner keine Veranlassung, Berechnungen über mutmassliche Behandlungskosten anzustellen oder ein Depot vom Beschwerdeführer zu verlangen. Erst mit Schreiben vom 2. Februar 2016, das heisst nach Beendigung des stationären Aufenthalts, lehnte der Zusatzversicherer eine Kostengutsprache für die private Behandlung ab, zunächst mit der Begründung, die Leistungen würden unter eine Ausschlussklausel in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen fallen, später mit der Begründung, die Behandlungen und Abklärungen hätten problemlos auch ambulant durchgeführt werden können. Unter diesen Umständen kann dem Beschwerdegegner keine Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht vorgeworfen werden.

E. 6

Die Pflegeleistungen des Spitals wurden vorliegend unbestritten einwandfrei erbracht. Es lässt sich jedoch fragen, ob insofern eine gebührenreduzierende Mangelhaftigkeit besteht, als das Spital nicht die nach wirtschaftlichen bzw. versicherungsrechtlichen Aspekten richtige Behandlungsart (stationär statt ambulant) gewählt haben sollte. Für die obligatorische Krankenversicherung sieht Art. 56 Abs. 1 KVG vor, dass sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass zu beschränken hat, das im Interesse

der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (sogenanntes Wirtschaftlichkeitsgebot). Das bedeutet, dass sie alle gebotene Sorgfalt darauf zu verwenden haben, nicht unnötige Leistungen zu erbringen oder zu veranlassen (Eugster, Rz. 343). Vorliegend hat die Grundversicherung jedoch die Kosten des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers übernommen. Ob der Zusatzversicherer die Zusatzkosten für die private Behandlung hätte übernehmen müssen, ist demgegenüber nicht in diesem Verfahren zu entscheiden. Für Streitigkeiten zwischen Zusatzversicherern und Versicherten ist das Verwaltungsgericht nicht zuständig. Da die Kostenübernahme ohnehin auch mit Verweis auf Art. 4.1.9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verweigert wurde, kann vorliegend offenbleiben, ob der Zusatzversicherer es mangels Wirtschaftlichkeit der Behandlung hätte tun dürfen. Zumal Zusatzversicherungen "echte" Mehrleistungen abdecken und daher auch Zusatzleistungen erbringen können, welche die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllen (Dominik Vock/Christian Nater, Basler Kommentar, 3. A., 2017, Art. 7 ZPO N 5).

E. 7.1

Nach dem Gesagten stellte der Beschwerdegegner dem Beschwerdeführer zu Recht eine Gebühr von Fr. 16'030.- sowie Verzugszins von 5 % seit dem 23. April 2016 in Rechnung. Nicht zu beanstanden ist sodann die Auferlegung der Betreibungskosten in der Höhe von Fr. 103.30 sowie die Gebühren von Fr. 250.- für das Verwaltungsverfahren.

E. 7.2

Was hingegen die Mahnspesen von Fr. 20.- betrifft, so bedürfen diese einer gesetzlichen Grundlage, welche vorliegend nicht gegeben ist. Nicht zu den Betreibungskosten zählend, könnten die betreffenden Ausgaben dem Beschwerdeführer zudem auch nicht einfach gestützt auf Art. 68 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) in der Betreibung über die Hauptforderung überwältzt werden (vgl. Frank Emmel, Basler Kommentar, 2010, Art. 68 SchKG N. 2 f., 18; vgl. VGr, 6. Dezember 2016, VB.2016.00387, E. 3.4).

E. 7.3

Die Beschwerde ist in diesem Sinn in Bezug auf die Mahnspesen von Fr. 20.- teilweise gutzuheissen, im Übrigen jedoch abzuweisen.

E. 8.1

Mehrere am Verfahren Beteiligte tragen die Kosten in der Regel entsprechend ihrem Unterliegen (§ 65a Abs. 2 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 VRG). Nachdem der Beschwerdeführer überwiegend unterliegt und die teilweise Gutheissung in Bezug auf die Mahngebühr von Fr. 20.- kaum ins Gewicht fällt, sind ihm die gesamten Gerichtskosten aufzuerlegen. Eine Parteientschädigung ist ihm entsprechend nicht zuzusprechen (§ 17 Abs. 2 VRG). Die teilweise Gutheissung rechtfertigt ebenso wenig die Anpassung der Nebenfolgen des vorinstanzlichen Entscheids.

E. 8.2

Die Beschwerdegegnerin hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da die Erhebung und Beantwortung von Rechtsmitteln zu ihrem Aufgabenbereich gehört und vorliegend keine besonderen Umstände ersichtlich sind, die das Zusprechen einer Parteientschädigung gerechtfertigt erscheinen lassen (Kaspar Plüss in: Alain Griffel [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich [VRG], 3. A.,

Zürich etc. 2014, § 17 N. 51 f.).

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