Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 5/03

Urteil vom 15. April 2004
III. Kammer

Besetzung
Präsidentin Leuzinger, Bundesrichter Rüedi und Kernen; Gerichtsschreiber Schmutz

Parteien
Q._____, Beschwerdeführer,

gegen

Helsana Versicherungen AG, Schadenrecht, Birmensdorferstrasse 94, 8003 Zürich, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Fürsprecher Andreas Gafner, Nidaugasse 24, 2502 Biel,

Vorinstanz
Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

(Entscheid vom 8. Dezember 2002)

Sachverhalt:
A.
Die 1979 geborene F._____ war bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Basis Eco) sowie der Zusatzversicherung allgemeine Abteilung ganze Schweiz (Hospital Eco VVG) versichert. Sie litt nach Angaben des behandelnden Arztes Dr. med. U._____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, unter chronischen Nacken-Schulter-Armbeschwerden, die durch eine Hyperkyphose und verminderte Beweglichkeit der Brustwirbelsäule, Muskelverhärtungen im Schulterbereich sowie eine beidseitige Mammahyperplasie verursacht wurden (Zeugnis vom 3. Juli 2000). Nach der Begutachtung durch den Vertrauensarzt Dr. med. M._____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, bestätigte die Helsana F._____ mit Schreiben vom 18. September 1998, die Kosten der vorgesehenen Operation (Mammareduktion) würden "im Rahmen der bestehenden Versicherung für die Allgemeinabteilung nach den geltenden Tarifen" übernommen. Am 8. Februar 1999 bekräftigte sie die Kostengutsprache und empfahl der Versicherten, ein von Dr. med. Q._____, Spezialarzt FMH für Plastische und Wiederherstellungs-Chirurgie (nachfolgend: Arzt), in Rechnung gestelltes, vor dem Eingriff anzuzahlendes "aussertarifliches Honorar" von Fr. 2000.- für die von ihm als Belegarzt im Privatspital X._____ durchzuführende Operation nicht zu entrichten. F._____ leistete jedoch die Anzahlung und der Arzt führte die Operation am 2. März 1999 durch. Der Spitalaufenthalt dauerte vom 1. bis 6. März 1999. Die Helsana vergütete dem Spital X._____ auf Grund der am 23. März 1999 gestellten Rechnung den Betrag von Fr. 7307.95, enthaltend die Grundtaxe Allgemeine Abteilung, die Krankenpflegetaxe, das Narkosehonorar, verschiedenes Material, Laborkosten, Raumbenutzungskosten und medizinische Nebenleistungen. Der Arzt stellte F._____ am 18. März 1999 für Spitalbesuch, Operationsbesprechung, Nachbehandlung chirurgischer Eingriff, Besprechung Weiterbehandlung, Mammareduktionsplastik und Assistenz Kosten von insgesamt Fr. 4115.50 direkt in Rechnung. Er erstellte unter den genannten Positionen nach dem regierungsrätlichen Arzttarif und dem Spitalleistungskatalog (SLK) zwei Rückerstattungsbelege

für die Helsana über den Betrag von insgesamt Fr. 2215.50, welchen die Versicherung F._____ entschädigte. Der Versicherten verblieb ein Anteil von Fr. 1900.-. Sie ersuchte die Helsana am 28. April 1999 um Mithilfe. Jene forderte den Arzt am 3. Mai 1999 auf, der Versicherten den von ihr angezahlten
Betrag zurückzuerstatten.
B.
Nach dem Verzicht der Parteien auf die Durchführung eines Vermittlungsverfahrens erhob die Helsana am 26. September 2000 beim Kantonalen Schiedsgericht KVG/UVG/MVG (heute: Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern) Klage mit dem Begehren, der Arzt sei zu verurteilen, F._____ Fr. 1900.- (zuzüglich Verzugszins) rückzuerstatten, eventuell sei festzustellen, dass der Arzt zu Unrecht ein aussertarifliches Zusatzhonorar von Fr. 1900.- bezogen habe. Mit Entscheid vom 8. Dezember 2002 hiess das Schiedsgericht die Klage gut und verurteilte den Arzt zur Rückerstattung von Fr. 1900.- an F._____, zur Bezahlung einer Parteientschädigung an die Helsana und zur Übernahme der Verfahrenskosten.
C.
Der Arzt führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragt, unter Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides sei festzustellen, dass ein aussertarifarisches Honorar auf Grund einer Privatpatientenerklärung mit Vereinbarung eines Operationshonorars und mit ausdrücklichem Verzicht auf Tarifschutz für Leistungen, die über das KVG hinausgehen (und effektiv erbrachten Zusatzleistungen entsprechen und einen ästhetisch-chirurgischen Eingriff betreffen), zulässig sei, auch wenn dieser Eingriff gleichzeitig einen funktionellen Anteil zur Behandlung kassenpflichtiger Beschwerden beinhaltet, der von der Krankenversicherung rückerstattet wird. Falls der ganze durchgeführte Eingriff eine Pflichtleistung darstellen solle, sei festzustellen, dass die Honorarforderung gemäss KVG korrekt sei und nach dem Spitalleistungskatalog (SLK) abgerechnet Fr. 4224.- betrage. Schliesslich sei festzustellen, dass das Schiedsgericht zur Beurteilung der Frage des Zusatzhonorares gemäss VVG nicht zuständig sei.
Versicherer, Versicherte und Bundesamt für Sozialversicherung, Kranken- und Unfallversicherung (seit 1. Januar 2004 im Bundesamt für Gesundheit), schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt bejaht das Vorliegen eines Eingriffes, dessen funktioneller Teil den ästhetischen Anteil umfasse und der zu den Grundleistungen der Krankenpflegeversicherung zähle. Darum sei der Tarifschutz gewährleistet und insofern bleibe kein Raum für zusätzliche Vereinbarungen, die über die Tarife und Pflichtleistungen nach KVG hinausgehen.
Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Bei der vorliegenden Streitsache, in welcher sich erstinstanzlich vor dem kantonalen Schiedsgericht nach Art. 89 KVG ein Versicherer und ein Leistungserbringer gegenüber gestanden haben und bei der es um die (Rück-)Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht, handelt es sich nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen (nicht veröffentlichte Erw. 1b des in RKUV 1988 Nr. K 753 S. 3 ff. publizierten Urteils R. vom 3. September 1987, K 6/87). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat daher nur zu prüfen, ob das vorinstanzliche Gericht Bundesrecht verletzt hat, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt worden ist (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).
2.
2.1 Die Frage der richtigen Behandlung der Eintretensvoraussetzungen durch das kantonale Gericht prüft das Eidgenössische Versicherungsgericht praxisgemäss von Amtes wegen. Hat die Vorinstanz das Fehlen einer Eintretensvoraussetzung übersehen und ist sie deshalb zu Unrecht auf eine Beschwerde oder Klage eingetreten, hebt das Eidgenössische Versicherungsgericht den Entscheid auf Verwaltungsgerichtsbeschwerde hin von Amtes wegen auf (BGE 128 V 89 Erw. 2a, 127 V 81 Erw. 2, 125 V 347 Erw. 1a, 123 V 283 Erw. 1 je mit Hinweisen).
2.2 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei der Beurteilung der Zuständigkeit auf den von der klagenden Partei eingeklagten Anspruch und dessen Begründung abzustellen (BGE 122 III 252 Erw. 3b/bb, 119 II 67 f. Erw. 2a, je mit Hinweisen). Sofern Anknüpfungspunkt für die Zuständigkeit eine Tatsache darstellt, der auch materiellrechtlich entscheidende Bedeutung zukommt - so genannte doppelrelevante Tatsache -, ist darüber ausnahmsweise nicht im Rahmen der Eintretensfrage, sondern des Sachentscheides (Begründetheit der Klage) zu befinden (BGE 122 III 252 Erw. 3b/bb mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre). Da vorliegend

der Umfang der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung strittig ist, und nicht ein Anspruch aus Privatversicherungsrecht, ist zur Beurteilung der Rückforderungsklage entgegen dem Feststellungsbegehren in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht ein Zivilgericht, sondern das nach KVG dafür vorgesehene Gericht zuständig.
2.3 Aus der Bejahung der Aktivlegitimation des Versicherers, d.h. der Zulässigkeit, zu Unrecht geleistete (gesetzlich nicht geschuldete) Vergütungen vom Leistungserbringer zurückzufordern, ergibt sich nach dem Rechtspflegesystem des KVG zwingend auch die Zuständigkeit der Vorinstanz als kantonales Schiedsgericht nach Art. 89 KVG für die Beurteilung des Rückforderungsstreites zwischen Versicherer und Leistungserbringer. Entscheidend für die Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen kantonalem Versicherungsgericht einerseits und Schiedsgericht anderseits ist auch unter der Herrschaft des neuen Krankenversicherungsrechts, welche Parteien einander in Wirklichkeit im Streit gegenüber stehen (vgl. RKUV 1991 Nr. K 874 S. 237 Erw. 2b sowie Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]/Soziale Sicherheit, Rz 415; ferner BGE 124 V 129 Erw. 2 e contrario). Dies lässt sich ebenfalls aus Art. 89 Abs. 3 KVG ableiten. Nach dieser Bestimmung ist das Schiedsgericht auch dann zuständig, wenn die versicherte Person die Vergütung schuldet, in welchem Fall der Versicherer sie auf eigene Kosten vertritt. Die Zuständigkeit des Schiedsgerichts bestimmt sich auch hier danach, welche Parteien einander gegenüberstehen, und
das sind nach dem klaren Wortlaut des Art. 89 Abs. 1 KVG Versicherer und Leistungserbringer. Art. 89 Abs. 3 KVG sieht ausdrücklich vor, dass die Zuständigkeit des Schiedsgerichts unabhängig davon besteht, ob Schuldner der Vergütung die versicherte Person (Tiers garant) oder der Krankenversicherer (Tiers payant) ist.
3.
Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), sind die neuen Bestimmungen nicht anwendbar (BGE 129 V 4 Erw. 1.2).
4.
4.1 Nach RKUV 2000 Nr. KV 138 S. 357 Erw. 3 richtet sich die Kostenübernahme für operative Massnahmen, insbesondere Reduktionsplastiken, bei Mammahypertrophie, Mammadysplasie oder Asymmetrie der Mammae im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - neben den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Art. 32 Abs. 1 KVG) - nach der unter dem KUVG gültig gewesenen (Gerichts- und Verwaltungs-) Praxis (vgl. BGE 121 V 213 f. Erw. 4 und 5a sowie RKUV 1994 Nr. K 931 S. 57 Erw. 2b, 1992 Nr. K 903 S. 231 Erw. 2c). Die operative Brustreduktion zur Korrektur einer Mammahypertrophie gilt somit dann als Leistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wenn die Hypertrophie körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht und deren Behebung das eigentliche Ziel des Eingriffs ist. Entscheidend ist nicht das Vorliegen eines bestimmten Beschwerdebildes, sondern ob die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive genügend zurückdrängen. Dabei genügt es, wenn sowohl die Beschwerden wie auch deren Kausalzusammenhang mit der Mammahypertrophie nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 121 V 208
Erw. 6b, 119 V 9 Erw. 3c/aa) erstellt sind; die blosse Möglichkeit ist nicht ausreichend, anderseits ist ein Zusammenhang im streng wissenschaftlichen Sinn nicht erforderlich (BGE 121 V 213 Erw. 4 mit Hinweisen). Nach den selben Gesichtspunkten beurteilt sich der Pflichtleistungscharakter einer Reduktionsplastik bei einer Mammadysplasie oder einer Asymmetrie der Mammae (RKUV 1994 Nr. K 931 S. 59 Erw. 3d, 1992 Nr. K 903 S. 231 Erw. 2c; vgl. auch BGE 121 V 215 Erw. 6b). Die Vorinstanz hat diese Rechtsprechung zutreffend dargelegt.
4.2 Des Weitern hat das kantonale Gericht zu Recht erwogen, dass bei Erbringen von Pflichtleistungen nach KVG Zusatzhonorare an Leistungserbringer verboten sind, da sich diese an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen und für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen (Tarifschutz; Art. 41 KVG). Der Tarifschutz findet seinen besonderen Sinn im System des Tiers garant, wo die Versicherten selber Schuldner der Vergütungen sind. Im Rahmen der Tätigkeit für die soziale Krankenversicherung ist es den Leistungserbringern nicht gestattet, mit den Versicherten über die vertraglichen oder behördlichen Tarife hinausgehende Leistungen zu vereinbaren. Der Tarifschutz ist schliesslich auch im vertragslosen Zustand zu respektieren (Eugster, a.a.O., S. 171 f. Rz 321 mit Hinweisen zu

dem schon unter dem alten Recht des KUVG geltenden Grundsatz; einschränkend Rz 325 zu den sog. "Privatpatientenverhältnissen"). An den Tarifschutz müssen sich alle Leistungserbringer halten. Er gilt für alle Ärzte (angestellte oder externe Belegärzte), welche in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (das die Zulassungsvoraussetzungen von Art. 39 KVG erfüllt) praktizieren; dies unabhängig
davon, ob es sich um ein öffentliches Spital oder um eine Privatklinik handelt. Gleiches gilt auch für jedes Krankenhaus; es darf für die in seiner allgemeinen Abteilung behandelten Patienten kein zusätzliches Honorar fordern und muss sich an den Tarif der sozialen Krankenversicherung halten (Conti, Die Pflichten des Patienten im Behandlungsvertrag, Bern 2000, S. 70 f.; derselbe, Zusatzhonorar des Arztes und KVG, in: AJP 10/2001 S. 1152).
5.
5.1 Vorliegend ist unbestritten, dass die grundsätzliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gegeben ist und die Vorinstanz den Betrag des streitigen Zusatzhonorars (Fr. 1900.-) richtig festgesetzt hat.
5.2 Die Vorinstanz hat diesbezüglich zu Recht entschieden, dass keine Zusatzleistungen vorlagen und dass die entsprechende Vereinbarung zwischen Arzt und Patientin vom 25. Februar 1999 - nach erfolgter Kostengutsprache durch die Versicherung - krankenversicherungsrechtlich nichtig ist. Insbesondere trifft zu, dass es sich bei der durchgeführten Operation um eine Pflichtleistung im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Erw. 4.1) handelte, da die beidseitige Mammahyperplasie nach Aussage des behandelnden Arztes Dr. med. U._____ und der Vertrauensärzte Dres. med. M._____ und S._____ erhebliche körperliche und psychische Beschwerden verursachte (und der Eingriff somit medizinisch indiziert war). Damit wurden ästhetische Momente offensichtlich in den Hintergrund gedrängt, denn auch der Beschwerdeführer erwähnte in seinem Schreiben vom 15. Februar 1999 an die Beschwerdegegnerin, es handle sich um einen Eingriff, bei dem "der funktionelle Anteil im Vordergrund steht". Nach seinen Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde will er die Patientin darauf aufmerksam gemacht haben, dass "für eine ausreichende Entlastung des Rückens mehr Gewebe entfernt werden sollte, um damit bessere Aussichten für eine Linderung der Beschwerden zu
haben". Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann kein Zusatzhonorar gefordert werden und seine Ausführungen hinsichtlich "WZW-Kriterien" ("Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit") gehen an der Sache vorbei.
5.3 Auf das gestellte Begehren, falls der ganze durchgeführte Eingriff eine Pflichtleistung darstellen solle, sei festzustellen, dass die gestellte Honorarforderung gemäss KVG korrekt sei und nach dem Spitalleistungskatalog (SLK) abgerechnet Fr. 4224.- betrage, ist nicht einzutreten. Der Beschwerdeführer hat gegenüber der obligatorischen Krankenversicherung nie eine entsprechende Forderung gestellt und im vorliegenden Verfahren ist kein schutzwürdiges Feststellungsinteresse zu bejahen.
6.
6.1 Da es nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Entsprechend dem Prozessausgang gehen die Kosten zu Lasten des Beschwerdeführers (Art. 156 in Verbindung mit Art. 135 OG).
6.2 Nach Art. 159 Abs. 2 OG darf im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde obsiegenden Behörden oder mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. In Anwendung dieser Bestimmung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht der SUVA und den privaten UVG-Versicherern sowie - von Sonderfällen abgesehen - den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (BGE 112 V 361 Erw. 6 mit Hinweisen). Das hat grundsätzlich auch für die Trägerinnen oder Versicherer der beruflichen Vorsorge gemäss BVG zu gelten (BGE 126 V 150 Erw. 4a, 118 V 169 Erw. 7, 117 V 349 Erw. 8 mit Hinweis).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2.
Die Gerichtskosten von Fr. 1000.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern, dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und F._____ zugestellt.
Luzern, 15. April 2004

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Die Präsidentin der III. Kammer: Der Gerichtsschreiber: