Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
K 12/06

Urteil vom 21. März 2007
II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Meyer, Präsident,
Bundesrichter Lustenberger, Borella, Kernen, Seiler,
Gerichtsschreiberin Keel Baumann.

Parteien
Stadt Zürich, Beschwerdeführerin, vertreten durch das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, Walchestrasse 31-33, 8035 Zürich,

gegen

Helsana Versicherungen AG, Schadenrecht, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Krankenversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich vom 9. Januar 2006.

Sachverhalt:

A.
Die Stadt Zürich betreibt Alters- und Pflegeheime. Mit Schreiben vom 6. Juli 2001 verlangte die Helsana Versicherungen AG (im Folgenden: Helsana) von vier dieser Heime in Bezug auf insgesamt 16 namentlich genannte, bei ihr krankenpflegeversicherte Patientinnen und Patienten folgende Unterlagen: Pflegebericht, Pflegeplanung standardisiert, Pflegeplanung individuell, Vitalzeichenkontrolle, Therapiepläne individuell. Sie begründete dies damit, die Leistungen, namentlich die Einteilung der Pflegestufen (BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem, BESA), überprüfen zu wollen. Als die Stadt Zürich die Herausgabe dieser Daten verweigerte, stellte die Helsana die Leistungen für 11 Patientinnen und Patienten ein und erhob in einer von der Stadt Zürich eingeleiteten Betreibung Rechtsvorschlag.

B.
Am 18. April 2002 reichte die Stadt Zürich beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich Klage ein mit dem Rechtsbegehren:
"1. Die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin zu Gunsten des Patientenkontos von X._____ Fr. 2'790.00 zuzüglich Zins in der Höhe von 5% seit dem 20. Dezember 2001 zu bezahlen.

2. Es sei festzustellen, dass die Klägerin in Bezug auf die BESA-Einstufungen bei
[es folgen die Namen von 11 Versicherten]
bzw. im Rahmen der entsprechenden Rechtsverhältnisse nicht verpflichtet ist, der Beklagten folgende Unterlagen zu übergeben:
- Pflegebericht

- standardisierte Pflegeplanung
- individuelle Pflegeplanung
- Vitalzeichenkontrolle
- individuelle Therapiepläne (betr. Inkontinenztraining, Mobilisationsplan, Dekubitusprophylaxe).

3. Eventualiter sei festzustellen, dass die Klägerin in Bezug auf die BESA-Einstufungen bei:
[es folgen die Namen von 11 Versicherten]
bzw. im Rahmen der entsprechenden Rechtsverhältnisse nur dann gestützt auf Art. 42 Abs. 3 und 4 sowie Art. 57 Abs. 6 KVG verpflichtet ist, der Beklagten medizinische und andere Unterlagen zu übergeben, wenn die Beklagte die Gesuche im Einzelfall detailliert und konkret begründet sowie belegen kann, dass sie die entsprechenden Angaben für die Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt.
Vorausgesetzt sei ausserdem, dass die Beklagte vorweg der Klägerin schriftliche, spezifische, auf den konkreten Fall zugeschnittene Fragen gestellt hat und die erhaltenen Angaben ausnahmsweise nicht ausreichen für die Erfüllung ihrer Aufgaben, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten."
Nachdem die Helsana die eingeklagte Forderung von Fr. 2790.- bezahlt, im Übrigen aber Abweisung der Klage beantragt hatte, schrieb das Schiedsgericht mit Entscheid vom 9. Januar 2006 den Prozess in Bezug auf Rechtsbegehren Ziffer 1 als durch Anerkennung der Klage erledigt ab und wies die Klage im Übrigen im Sinne der Erwägungen ab. In den Erwägungen hielt es fest, dass die Helsana die verlangten Unterlagen zur Erfüllung der Wirtschaftlichkeitskontrolle im Sinne von Art. 56 KVG benötige und die Stadt Zürich damit verpflichtet sei, diese Unterlagen nach Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG der Helsana auf deren Begehren hin herauszugeben.

C.
Die Stadt Zürich hat Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben mit dem Rechtsbegehren:
"1. In Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin in Bezug auf die BESA-Einstufungen bei
[es folgen die Namen von 11 Versicherten]
bzw. im Rahmen der entsprechenden Rechtsverhältnisse nicht verpflichtet ist, der Beschwerdegegnerin folgende Unterlagen zu übergeben:
- Pflegebericht
- Vitalzeichenkontrolle.

2. Weiter sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin in Bezug auf die BESA-Einstufungen bei
[es folgen die Namen von 11 Versicherten]
bzw. im Rahmen der entsprechenden Rechtsverhältnisse nur dann gestützt auf Art. 42 Abs. 3 und 4 sowie Art. 57 Abs. 6 KVG verpflichtet ist, der Beschwerdegegnerin medizinische und andere Unterlagen zu übergeben, wenn die Beschwerdegegnerin die Gesuche im Einzelfall detailliert und konkret begründet sowie belegen kann, dass sie die entsprechenden Angaben für die Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt.
Vorausgesetzt sei ausserdem, dass die Beschwerdegegnerin vorweg der Beschwerdeführerin schriftliche, spezifische, auf den konkreten Fall zugeschnittene Fragen gestellt hat und die erhaltenen Angaben ausnahmsweise nicht ausreichen für die Erfüllung ihrer Aufgaben, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin."
Die Helsana verweist auf die vorinstanzlichen Rechtsschriften, während das Bundesamt für Gesundheit (BAG) auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Da der angefochtene Entscheid vorher ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach OG (Art. 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 393 E. 1.2 S. 395).

2.

Entscheide des Schiedsgerichts gemäss Art. 89 KVG sind beim Bundesgericht anfechtbar (Art. 91 KVG).

3.
Die Beschwerdeführerin hat vor der Vorinstanz ein (inzwischen durch Klageanerkennung gegenstandslos gewordenes) Leistungs- sowie ein Feststellungsbegehren eingereicht. Feststellungsbegehren sind nur zulässig, wenn das schutzwürdige Interesse nicht durch eine rechtsgestaltende Klage gewahrt werden kann (BGE 132 V 18 E. 2.1 S. 21 mit Hinweis). Grundsätzlich könnte der Krankenversicherer mit einer Klage vom Leistungserbringer die Herausgabe der Unterlagen fordern (RKUV 2002 Nr. KV 195 S. 1 E. 4 [Urteil K 34/01 vom 9. Oktober 2001]) und der Leistungserbringer vom Krankenversicherer die Vergütung von Leistungen verlangen, wenn dieser die Vergütung mit dem Argument ablehnt, die Unterlagen seien nicht herausgegeben worden. In beiden Fällen kann die Rechtmässigkeit der verlangten Herausgabe beurteilt werden. Die Vorinstanz ist indessen auf die Feststellungsklage eingetreten mit der Begründung, die Kontroverse über den Umfang des Editionsrechts könne jederzeit wieder zu einem Konflikt über die Vergütungsansprüche führen und im Einzelfall könnte oft infolge der geringen Lebenserwartung der betroffenen Pflegepatienten die Streitfrage nicht rechtzeitig gerichtlich überprüft werden. Dies trifft zu. Das Schiedsgericht ist daher mit Recht auf
das Feststellungsbegehren eingetreten.

4.
Vor der Vorinstanz hat die Beschwerdeführerin die Feststellung beantragt, dass sie nicht verpflichtet sei, die verlangten Unterlagen (Pflegebericht, Pflegeplanung standardisiert, Pflegeplanung individuell, Vitalzeichenkontrolle, Therapiepläne individuell) herauszugeben; im Eventualbegehren hat sie die Herausgabe an einschränkende Voraussetzungen geknüpft. Vor Bundesgericht beschränkt sie das Begehren um Feststellung, dass sie zur Herausgabe nicht verpflichtet sei, auf den Pflegebericht und die Vitalzeichenkontrolle (Antrag Ziffer 1). Bezüglich der anderen verlangten Unterlagen (Pflegeplanung standardisiert, Pflegeplanung individuell, Therapiepläne individuell) anerkennt sie damit grundsätzlich die Pflicht zur Herausgabe, freilich nur unter den einschränkenden Voraussetzungen gemäss Antrag Ziffer 2.

5.
Die Beschwerdeführerin rügt eine offensichtlich unrichtige Sachverhaltsfeststellung, indem die Vorinstanz aktenwidrig festgestellt habe, es sei unbestritten, dass die verlangten Informationen grundsätzlich geeignet seien, die Einreihung einer Person in eine Pflegestufe nachvollziehbar bzw. überprüfbar zu machen; sie - die Beschwerdeführerin - habe diese Eignung explizit bestritten. Ob die Vorinstanz damit den Sachverhalt offensichtlich unrichtig festgestellt hat, wie in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde geltend gemacht wird, ist indessen unerheblich, denn es handelt sich dabei bloss um die sinngemässe Wiedergabe der Parteistellungnahme zu der streitigen Rechtsfrage, die ohnehin frei zu überprüfen ist.

6.
6.1 Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen (Art. 25-31 KVG) müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG). Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Art. 56 Abs. 2 Satz 1 KVG). Der Krankenversicherer ist berechtigt und verpflichtet, zu überprüfen, ob die erbrachten Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot respektieren (BGE 127 V 43 E. 2e S. 48).

6.2 Die von der Krankenversicherung zu übernehmenden Kosten umfassen unter anderem die in Pflegeheimen erbrachten Pflegeleistungen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die aufgrund einer Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KLV). Gemäss Art. 8 Abs. 4 KLV erfolgt die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen durch die Ermittlung von Pflegebedarfsstufen (Art. 9 Abs. 4 KLV); bestätigt ein Arzt oder eine Ärztin die Einreihung einer versicherten Person in eine Pflegebedarfsstufe, gilt dies als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag. Je nach Pflegebedarfsstufe ist der Tarif, welchen der Krankenversicherer zu decken hat, unterschiedlich (vgl. Art. 9a KLV).

6.3 Die Beschwerdegegnerin begründete ihr Begehren auf Herausgabe der Unterlagen mit dem Bestreben, die Wirtschaftlichkeit der Leistungen und namentlich die BESA-Einstufung (BESA = "BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem") der einzelnen Patienten überprüfen zu wollen. Zu Recht hält die Beschwerdeführerin nicht mehr an ihrer vorinstanzlich noch vertretenen Ansicht fest, dem Versicherer sei es grundsätzlich nicht erlaubt, die BESA-Einstufung zu kontrollieren. Denn diese Einstufung hat einen erheblichen Einfluss auf die Höhe der vom Versicherer zu erbringenden Leistungen: Eine allenfalls unrichtige (zu hohe) Einstufung stellt eine unwirtschaftliche Leistung dar, für welche die Vergütung zu verweigern ist (Art. 56 Abs. 2 KVG); dies setzt zwangsläufig voraus, dass der Versicherer überprüfen kann, ob die Einstufung richtig ist. Die Beschwerdeführerin stellt sich jedoch auf den Standpunkt, für diese Überprüfung seien die Pflegeberichte und die Vitalzeichenkontrolle nicht erforderlich. Zudem sei die Herausgabe der übrigen verlangten Unterlagen (standardisierte und individuelle Pflegeplanung sowie individuelle Therapiepläne) nicht pauschal zulässig, sondern nur dann, wenn der Versicherer zuvor dem Leistungserbringer auf den
konkreten Fall bezogene spezifische Fragen gestellt habe und die erhaltenen Angaben ausnahmsweise nicht ausreichten für die Erfüllung der Aufgaben des Versicherers. Der Versicherer habe im Einzelfall ein detailliert und konkret begründetes Gesuch zu stellen und zu belegen, dass er die Angaben für die Erfüllung seiner Aufgaben benötige. Die Beschwerdeführerin stützt ihre Auffassung auf datenschutzrechtliche Grundsätze.

6.4 Die Krankenversicherer gelten als Bundesorgane im Sinne von Art. 2 Abs. 1 lit. b und Art. 3 lit. h DSG (BGE 131 II 413 E. 2.3 S. 416; RKUV 2002 Nr. KV 195 S. 1 E. 5a mit weiteren Hinweisen [Urteil K 34/01 vom 9. Oktober 2001]) und dürfen gemäss Art. 17 Abs. 1 DSG Personendaten bearbeiten, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht. Besonders schützenswerte Personendaten, wozu namentlich Daten über die Gesundheit gehören (Art. 3 lit. c Ziff. 2 DSG), und Persönlichkeitsprofile dürfen sie nur unter einschränkenden Voraussetzungen bearbeiten, namentlich wenn ein formelles Gesetz es ausdrücklich vorsieht (Art. 17 Abs. 2 DSG). Während Art. 84 KVG in der bis 31. Dezember 2000 gültig gewesenen Fassung generell auf das DSG (mit Ausnahme von dessen Art. 12-15) verwies, enthalten nun die Art. 84 und 84a KVG (in der Fassung vom 23. Juni 2000, in Kraft seit 1. Januar 2001) eine eigenständige Regelung des Datenschutzes in der Krankenversicherung. Nach Art. 84 KVG sind die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe, wozu auch die Krankenversicherer gehören (Botschaft des Bundesrates über die Anpassung und Harmonisierung der gesetzlichen Grundlagen für die Bearbeitung
von Personendaten in der Sozialversicherung vom 24. November 1999, BBl 2000 255 ff., 263), befugt, die Persondaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich unter anderem um Leistungsansprüche zu beurteilen (lit. c). Die Bearbeitung von Personendaten muss sich auf das beschränken, was zur Erfüllung der Aufgaben nötig ist; besondere Bestimmungen, wie etwa Art. 42 KVG, haben Vorrang vor der allgemeinen Regelung (Botschaft, a.a.O., S. 263; Poledna/Berger, Öffentliches Gesundheitsrecht, Bern 2002, S. 146). Nach Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner (d.h. im System des Tiers payant dem Versicherer) eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen (Satz 1) und ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können (Satz 2). Der Bundesrat regelt die Einzelheiten (Satz 4). Nach Art. 42 Abs. 4 KVG kann der Versicherer eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.
Die Art. 42 Abs. 3 und 4 sowie Art. 84 und 84a KVG stellen eine formellgesetzliche Grundlage im Sinne von Art. 17 Abs. 2 DSG dar (BGE 131 II 413 E. 2.3 S. 416 f.; RKUV 2006 Nr. KV 373 S. 286 E. 4.3 [Urteil K 7/05 vom 18. Mai 2006]; Botschaft, a.a.O., S. 260 f.). Die Datenbearbeitung im Bereich der Krankenversicherung richtet sich in erster Linie nach diesen spezialgesetzlichen Bestimmungen, welche den Datenschutz konkretisieren und als sowohl jüngere wie auch speziellere Bestimmungen dem DSG vorgehen (Isabelle Häner, Datenschutz in der Krankenversicherung, digma 2003 S. 146 ff., 146; Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 161; Gebhard Eugster/Rudolf Luginbühl, Datenschutz in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, in: Hürlimann/Jacobs/Poledna [Hrsg.], Datenschutz im Gesundheitswesen, Zürich 2001, a.a.O., S. 73 ff., 80). Ist eine Datenbearbeitung nach diesen Bestimmungen rechtmässig, besteht kein Raum, sie gestützt auf das Datenschutzgesetz als unrechtmässig zu erklären (vgl. Urteil K 23/00 vom 8. April 2002, E. 7b).

6.5 Die Wirtschaftlichkeitskontrolle, die der Versicherer gemäss Art. 56 Abs. 2 KVG vornehmen muss, dient der Kontrolle über die Leistungserbringer. Schon aus dieser Zielsetzung ergibt sich, dass entgegen einer in der Literatur zum Teil vertretenen Ansicht (Gehring/Theiler/Breitschmid, Weitergabe von Patientendaten an Versicherer im Spannungsfeld von Kostendruck und Persönlichkeitsrecht, Schweizerische Ärztezeitung 2005, S. 2751 ff., 2753 und 2755) nicht vom Leistungserbringer zu beurteilen ist, welche Angaben er dem Versicherer liefert, würde doch sonst der zu Kontrollierende selber den Umfang der Kontrolle festlegen (Eugster/Luginbühl, a.a.O., S. 97). Vielmehr richtet sich der Umfang der Auskunftspflicht danach, was der Versicherer für die Durchsetzung seiner Rechte und der Pflicht zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG als notwendig erachtet (RKUV 2002 Nr. KV 195 S. 1 E. 4 [Urteil K 34/01 vom 9. Oktober 2001]; Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2. A., S. 625 Rz. 686; Poledna/Berger, a.a.O., S. 147 Fn 496, S. 148 f.). Die Auskunftspflicht unterliegt freilich dem Verhältnismässigkeitsprinzip; sie kann sich sowohl im Lichte des Datenschutzrechts als
auch unter Berücksichtigung der administrativen Belastung für den Leistungserbringer nur auf Angaben erstrecken, die objektiv erforderlich und geeignet sind, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungen überprüfen zu können (BGE 131 II 413 E. 2.5 S. 418; Urteil K 90/01 vom 27. November 2001, E. 2c; Bruno Baeriswyl, Entwicklungen und Perspektiven des Datenschutzes in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern - Erfahrungen aus dem Kanton Zürich, in: Hürlimann/Jacobs/Poledna [Hrsg.], a.a.O., S. 49 ff., 62 f.; Jean-Louis Duc, Quelques considérations sur le secret médical, la collecte des données relatives à la santé ainsi qu'à l'incapacité de travail et les médecins-conseils dans les assurances sociales, in: JEAN-LOUIS DUC, Etudes de droit social, Genève 2001, S. 61 ff., 64; Thomas Eichenberger, Löcher im Datenschutz der Krankenversicherer, Schweizerische Ärztezeitung 2006, S. 505 f., 505; Eugster/Luginbühl, a.a.O., S. 81; Häner, a.a.O., S. 147). Immerhin muss dem Versicherer dabei ein gewisser Beurteilungsspielraum eingeräumt werden, auf welche Weise und mit welchen Angaben er diese Überprüfung vornimmt.

7.
7.1 Gemäss den dargelegten Grundsätzen kann der Versicherer im Zusammenhang mit Pflegeleistungen vom Leistungserbringer verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV betreffen (vgl. Art. 8 Abs. 5 KLV). Da der zu vergütende Umfang dieser Leistungen von der Pflegebedarfsstufe abhängt (vgl. Art. 9a Abs. 2 KLV), sind somit die für die Ermittlung dieser Stufe erforderlichen Angaben dem Versicherer auf Verlangen mitzuteilen. Die Beschwerdeführerin ist allerdings der Meinung, dass die Pflegeberichte und die Vitalzeichenkontrolle Angaben enthielten, die in keinem Zusammenhang mit den vom Versicherer zu erbringenden Leistungen stehen.

7.2 Dass diese Berichte - wie die Beschwerdeführerin geltend macht - besonders schützenswerte bzw. persönliche Daten enthalten, ist für sich allein noch kein Argument gegen ihre Übermittlung, da - wie dargelegt (vorne E. 6.4 und 6.5) - Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG eine genügende gesetzliche Grundlage darstellt, um auch solche Daten herausverlangen zu können. Entscheidend ist, ob diese Unterlagen geeignet und notwendig sind, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, namentlich die Ermittlung der Bedarfsstufe, zu überprüfen.

7.3 Die Pflege- und Therapieplanung, gegen deren Herausgabe sich die Beschwerdeführerin nicht mehr grundsätzlich wendet (vorne E. 4), dokumentiert die zu erbringenden Pflege- und Therapiemassnahmen. Die Information darüber ist notwendig für die Beurteilung der Angemessenheit der Pflegebedarfsstufe. Indessen geben die entsprechenden Berichte nicht direkt den gesundheitlichen Zustand des Patienten wieder, indem sie nicht die Grundlage der Bedarfsabklärung, sondern vielmehr deren Resultat darstellen. Um den pflegerischen Bedarf als solchen (und damit die Korrektheit der Ermittlung der Pflegebedarfsstufe) überprüfen zu können, kann deshalb nicht einzig auf die Pflege- und Therapieplanung abgestellt werden, sondern es sind auch Unterlagen erforderlich, welche über den gesundheitlichen Zustand des Patienten Aufschluss geben. Dies trifft zu für den Pflegebericht, auf den sich die Pflegeplanung stützt und der deshalb den Kernpunkt des ganzen Prozesses der Pflegeplanung bildet. Auch die Vitalzeichenkontrolle ist geeignet, über den tatsächlichen Zustand des Patienten und damit über seinen Pflegebedarf Aufschluss zu geben. Diese Unterlagen sind generell geeignet und erforderlich für die Überprüfung der Richtigkeit der Pflegebedarfsermittlung
und damit für die Verbesserung der Wirtschaftlichkeitskontrolle; der Krankenversicherer kann daher grundsätzlich vom Leistungserbringer ihre Herausgabe verlangen.

8.
Die Beschwerdeführerin beantragt weiter, dass die Herausgabe der gesamten Unterlagen nur auf im Einzelfall begründetes Gesuch hin verlangt werden kann.

8.1 Weder Art. 42 KVG noch Art. 8 Abs. 5 KLV enthalten eine solche Einschränkung des Auskunftsrechts. Eine solche ergibt sich entgegen der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vertretenen Auffassung auch nicht aus dem Verhältnismässigkeitsprinzip. Wenn die genannten Berichte generell geeignet und erforderlich für die Prüfung der Richtigkeit der Pflegebedarfseinstufung sind (vorne E. 7.3), dann trifft dies auch auf jeden einzelnen Fall zu. Die von der Beschwerdeführerin geforderte Voraussetzung einer individuellen Begründung im Einzelfall würde darauf hinauslaufen, dass die Krankenversicherer darlegen müssten, weshalb sie bei einer bestimmten Person eine Überprüfung vornehmen wollen. Mit Blick darauf, dass es angesichts der grossen Mengen von Abrechnungen den Versicherern nicht möglich ist, jeden Einzelfall zu prüfen, muss es zulässig sein, dass sie Stichproben vornehmen, d.h. einen zufällig ausgewählten Teil einer Kontrolle unterziehen. Dem widerspräche es, wenn die Wahl der Probe im Sinne des in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vertretenen Standpunkts begründet werden müsste. Es kann offensichtlich auch nicht im Belieben des Leistungserbringers stehen, zu bestimmen, bezüglich welcher Personen die Überprüfung erfolgt, könnte doch
damit deren Zweck vereitelt werden (vgl. vorne E. 6.5). Auch wenn der Anlass für die Überprüfung im Umstand besteht, dass in einem bestimmten Heim überdurchschnittlich viele Patienten in hohen Pflegebedarfsstufen eingereiht sind, ergeben sich daraus nicht zwangsläufig Anhaltspunkte dafür, welche einzelnen Patienten allenfalls zu hoch eingereiht worden sein könnten. Auch in diesem Fall wird meist anhand von Stichproben die Einreihungspraxis des betreffenden Heims zu überprüfen sein.

8.2 Im Hinblick auf das Verhältnismässigkeitsprinzip ist auch der Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten zu würdigen (Eugster/Luginbühl, a.a.O., S. 103 ff.). Auch unter diesem Aspekt kann vom Versicherer nicht verlangt werden, dass er - wie das die Beschwerdeführerin vorschlägt - jeweils zunächst im Einzelfall spezifische Fragen stellt und anschliessend das Herausgabebegehren eingehend begründet. Dies wäre überdies auch für die Leistungserbringer mit einem erheblichen zusätzlichen Aufwand verbunden. Zudem wäre ein solches Vorgehen auch nicht im Interesse der Versicherten, weil es eine grosse zeitliche Verzögerung verursachen könnte, während welcher die Berechtigung der Vergütung nicht abgeklärt und die Vergütung daher verweigert werden kann (Art. 56 Abs. 1 KVG). Schliesslich würde die Beantwortung dieser Fragen selber - soll sie überhaupt aussagekräftig sein - wieder eine zusätzliche Bearbeitung von besonders schutzwürdigen Personendaten darstellen, die vermieden werden kann, wenn bloss diejenigen Daten herausgegeben werden, die ohnehin schon vorhanden sind. Das von der Beschwerdeführerin vorgeschlagene Verfahren würde damit bloss auf eine sinnlose und schikanöse Erschwerung der Wirtschaftlichkeitskontrolle hinauslaufen.

8.3 In Bezug auf die Einhaltung des Datenschutzes ist sodann daran zu erinnern, dass einerseits eine persönliche Einwilligung des Patienten in die Datenherausgabe nicht erforderlich ist, wenn - wie das hier der Fall ist - dafür eine genügende gesetzliche Grundlage besteht (BGE 131 II 413 E. 2.5 S. 418), andererseits aber auch die Krankenversicherer und ihre Angestellten ihrerseits der strafrechtlich sanktionierten Schweigepflicht unterliegen (Art. 33 ATSG; Art. 92 lit. c KVG) und dass schliesslich dem Arztgeheimnis auch durch die in Art. 42 Abs. 5 KVG vorgesehene Abgabe an den Vertrauensarzt Rechnung getragen werden kann.

9.
Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Die unterliegende Beschwerdeführerin trägt die Kosten (Art. 156 OG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 6000.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.

Luzern, 21. März 2007
Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin: