Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 25/02

Urteil vom 23. September 2002
I. Kammer

Besetzung
Präsident Schön, Bundesrichter Borella, Meyer, Ferrari und Ursprung; Gerichtsschreiber Lanz

Parteien
Helsana Versicherungen AG, Birmensdorferstrasse 94, 8003 Zürich, Beschwerdeführerin,

gegen

S._____, 1934, Beschwerdegegner, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Dieter Daubitz, Mühlenplatz 11, 6000 Luzern 5

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 31. Januar 2002)

Sachverhalt:
A.
S._____ leidet seit Jahren an einer koronaren Dreigefässerkrankung und an einer Angina pectoris, Status nach sechsfacher Revaskularisation im Jahr 1992. Er benötigt medikamentöse Therapie, und es sind Laboruntersuchungen erforderlich. Für den Zeitraum vom 16. August 1994 bis 18. August 1997 vergütete ihm die Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung insgesamt Fr. 49'665.40 für die von seiner Ehefrau, Frau Dr. med. R._____, Spezialärztin FMH für Kinder- und Jugendmedizin, verordneten Medikamente und durchgeführten Laboranalysen.

Wegen Zweifeln an der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Medikation und Analysen ersuchte der Vertrauensarzt der Helsana am 11. Dezember 1997 Frau Dr. med. R._____ um Stellungnahme. Auf Wunsch ihres Ehemannes wurde die Anfrage an den Hausarzt Dr. med. T._____, Spezialarzt FMH für Kardiologie, gerichtet, welcher sich mit Schreiben vom 9. Mai 1998 dazu äusserte. Mit Verfügung vom 14. Juli 1998 verpflichtete die Helsana S._____ zur Rückerstattung von bereits geleisteten Vergütungen in Höhe von Fr. 39'295.-. Sodann verneinte sie einen Leistungsanspruch in Bezug auf zwei weitere, noch nicht vergütete Rechnungen im Betrag von Fr. 5'736.20 und Fr. 3'357.85 (Behandlungszeitraum 19. August bis 17. November 1997 und 18. November 1997 bis 16. Februar 1998). S._____ liess hiegegen Einsprache erheben, welche die Helsana nach seiner Weigerung, sich einer persönlichen Begutachtung zu unterziehen, ohne weitere Abklärungsmassnahmen mit Entscheid vom 28. Februar 2001 abwies.
B.
Die von S._____ dagegen erhobene Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Entscheid vom 31. Januar 2002 in dem Sinne gut, dass es den Einspracheentscheid aufhob und die Sache in Bezug auf die beiden Rechnungen über Fr. 5'736.20 und Fr. 3'357.85 (Behandlungszeitraum 19. August

1997 bis 16. Februar 1998) an die Helsana zurückwies, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu über ihre Leistungspflicht entscheide.
C.
Die Helsana führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei der kantonale Entscheid aufzuheben.

S._____ lässt die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragen. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat keine Vernehmlassung eingereicht.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
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 127 V 81 Erw. 2, 125 V 347 Erw. 1a, 123 V 283 Erw. 1 je mit Hinweisen).
2.
2.1 Nach Art. 25 KVG übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Abs. 1). Darunter fallen u.a. die ärztlich verordneten Analysen und Arzneimittel (Abs. 2 lit. b). Die Leistungen müssen laut Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
2.2
2.2.1 Gemäss Art. 56 KVG muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Abs. 1). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückverlangt werden (Abs. 2 Ingress). Rückforderungsberechtigt ist im System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Art. 89 Abs. 3 der Versicherer (lit. a) und im System des Tiers payant der Versicherer (lit. b). Nach Wortlaut und Gesetzessystematik richtet sich somit die Rückerstattungspflicht wegen unwirtschaftlicher Behandlung gegen den Leistungserbringer.
2.2.2 Diese Ordnung wird durch den im Bereich des KVG sinngemäss anwendbaren Art. 47 AHVG ergänzt (BGE 126 V 23 Erw. 4a mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. KV 158 S. 161 Erw. 6a). Demnach haben krankenversicherte Personen zu Unrecht bezogene Leistungen (Vergütungen) unter den in dieser Bestimmung genannten und von der Rechtsprechung ergänzten (vgl. nachstehend Erw. 5.1 und 5.2) Voraussetzungen zurückzuerstatten. Die Rückerstattungspflicht besteht unabhängig davon, ob die Leistungserbringer nach dem System des Tiers garant oder des Tiers payant entschädigt werden (RKUV 2001 Nr. KV 158 S. 161 Erw. 6a). Es muss in der Tat möglich sein, dass der Versicherer gegen die versicherte Person vorgeht, wenn diese im System des Tiers garant den Vergütungsanspruch geltend macht und befriedigt wird, ohne die vom Arzt erbrachte Leistung zu bezahlen (vgl. BGE 127 V 283 Erw. 4 mit Hinweis zur strafrechtlichen Seite). In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass es im Rahmen von Art. 47 AHVG auf den Rechtsgrund für den unrechtmässigen Leistungsbezug nicht ankommt (Urteil L. vom 26. September 2000 [I 397/99]Erw. 1 mit Hinweisen). Auch eine unwirtschaftliche Behandlung nach Art. 56 Abs. 2 KVG kann somit Rechtsgrund bilden, um bereits erfolgte Zahlungen von der versicherten Person zurückzufordern. Daran ändert nichts, dass der Versicherer gegenüber dem Leistungserbringer einen eigenen Rückerstattungsanspruch hat, dies unabhängig von der Person des Schuldners der Vergütung der Leistung (vgl. BGE 127 V 283 f. Erw. 4).
2.3 Im Lichte des Vorstehenden hat das kantonale Versicherungsgericht somit zu Recht die auch im letztinstanzlichen Verfahren bestrittene Passivlegitimation des Versicherten bejaht.
3.
Aus der Bejahung der Passivlegitimation, d.h. der Zulässigkeit, zu Unrecht erbrachte (gesetzlich nicht geschuldete) Vergütungen von der versicherten Person zurückzufordern, ergibt sich nach dem Rechtspflegesystem des KVG zwingend auch die Zuständigkeit der Vorinstanz als kantonales Versicherungsgericht nach Art. 86 KVG für die Beurteilung des Rückforderungsstreites zwischen Krankenversicherer und Versichertem. Dass hiebei die Wirtschaftlichkeit der Behandlung in Frage steht, begründet entgegen dem Beschwerdegegner nicht notwen-

digerweise die Sachzuständigkeit des Schiedsgerichts nach Art. 89 KVG. 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 gegenüberstehen (vg. 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). Nichts anderes lässt sich 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 - anders als im vorliegenden Fall - nach dem klaren Wortlaut des Art. 89 Abs. 1 KVG Versicherer und Leistungserbringer. Art. 89 Abs. 3 KVG sieht nur, aber immerhin vor, dass die Zuständigkeit des Schiedsgerichts unabhängig davon besteht, ob Schuldner der Vergütung die versicherte Person (Tiers garant) oder der Krankenversicherer (Tiers payant) ist.
4.
In Bezug auf die materiell streitige Rückforderung sowie die verweigerten Vergütungen von insgesamt Fr. 9'094.05 für den Behandlungszeitraum vom 19. August 1997 bis 16. Februar 1998 ist unbestritten, dass die im Recht liegenden Akten nicht die zuverlässige Beurteilung der von der Beschwerdeführerin in Bezug auf einen grossen Teil der verordneten Medikamente und durchgeführten Laboruntersuchungen verneinten Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erlauben. In diesem Zusammenhang steht weiter fest, dass die Krankenkasse vom Beschwerdegegner verlangt hatte, sich einer persönlichen Begutachtung zu unterziehen, was dieser im Wesentlichen mit der Begründung verweigerte, ein Aktengutachten genüge. Ob die Beschwerdeführerin in Anbetracht dieser Sachlage berechtigt war, auf weitere Abklärungsmassnahmen zu verzichten und aufgrund der Akten - zu Ungunsten des Versicherten - zu entscheiden, hat die Vorinstanz mit einlässlicher Begründung, auf welche verwiesen wird, verneint. Namentlich können von der Erstellung eines Aktengutachtens weitere verwendbare Erkenntnisse erwartet werden, welche eine zuverlässige Beurteilung der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung ermöglichen. Was hiegegen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde
vorgebracht wird, gibt zu keiner anderen Beurteilung Anlass. Dem in diesem Verfahren eingereichten Schreiben des Dr. med. U._____ vom 4. Mai 1998 ist keine entscheidende Bedeutung beizumessen. Die Beschwerdeführerin stuft offensichtlich auch selber die Aussagekraft des sehr knapp gehaltenen Berichts als gering ein, nimmt sie doch darauf weder in der Verfügung vom 14. Juli 1998 und im Einspracheentscheid vom 28. Februar 2001 noch in der vorinstanzlichen Vernehmlassung Bezug.
5.
Der kantonale Rückweisungsentscheid betrifft lediglich die noch nicht vergüteten Kosten für den Behandlungszeitraum vom 19. August 1997 bis 16. Februar 1998. Bezüglich der Rückerstattung bereits erbrachter Leistungen hat die Vorinstanz den Einspracheentscheid vom 28. Februar 2001 aufgehoben.
5.1 Zu Unrecht bezogene Leistungen sind nach dem hier sinngemäss anwendbaren Art. 47 Abs. 1 AHVG nur unter den Voraussetzungen der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision der hier formlos zugesprochenen Vergütungen zurückzuerstatten (BGE 126 V 23 Erw. 4b mit Hinweis; RKUV 2001 Nr. KV 158 S. 161 f. Erw. 6b mit Hinweisen). Ob in Bezug auf die für den Behandlungszeitraum vom 16. August 1994 bis 18. August 1997 bezahlten Vergütungen einer der beiden Rückkommenstitel gegeben ist, hat das kantonale Gericht nicht geprüft. Vielmehr begründet es das Nichtbestehen einer Rückerstattungspflicht mit dem Vertrauensschutz.
5.2
5.2.1 Im angefochtenen Entscheid werden die Kriterien, welche für die erfolgreiche Anrufung des Grundsatzes von Treu und Glauben bei unrichtigen behördlichen Auskünften oder Anordnungen kumulativ erfüllt sein müssen, zutreffend dargelegt. Richtig ist auch die Feststellung der Vorinstanz, dass die anstandslose Ausrichtung von Leistungen über einen längeren Zeitraum eine Vertrauensgrundlage schafft, an welche die Behörde im Rückforderungsstreit allenfalls gebunden ist (vgl. auch RKUV 1999 Nr. KV 97 S. 526 Erw. 5b mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen.
5.2.2 Das kantonale Gericht legt mit überzeugender Begründung dar, dass vorliegend der Vertrauensschutz zum Tragen kommt. Dabei misst es zu Recht dem Umstand entscheidende Bedeutung bei, dass die Beschwerdeführerin über einen Zeitraum von drei Jahren vorbehaltlos alle ihr eingereichten Rechnungen für Medikamente und Laboruntersuchungen vergütet hatte. Dass die Vorinstanz die Frage offen gelassen hat, ob Frau Dr. med. R._____ als behandelnde Aerztin eine allfällige Unrichtigkeit der Leistungserbringung hätte erkennen können und müssen, ist nicht zu beanstanden. Selbst wenn dies - nach entsprechenden Abklärungen - zu

bejahen wäre, rechtfertigte es sich nicht, dem Versicherten deswegen den Vertrauensschutz zu verwehren, zumal die Krankenkasse den Rückforderungsanspruch auch gegenüber der Leistungserbringerin geltend machen könnte (vgl. Erw. 2.2.2 in fine; BGE 127 V 285 f. Erw. 5c). Das in diesem Verfahren eingereichte Schreiben von Frau Dr. med. R._____ vom 3. Januar 1989, in welchem sie zu Handen des damaligen Vertrauensarztes der Beschwerdeführerin zu den von ihr verordneten Medikamenten und durchgeführten Analysen bei ihrem Ehemann Stellung genommen hatte, ist daher ohne Bedeutung.
5.3 Nach dem Gesagten ist der angefochtene Entscheid auch in Bezug auf die von der Vorinstanz verneinte Rückerstattungspflicht für den Behandlungszeitraum vom 16. August 1994 bis 18. August 1997 rechtens.
6.
Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführerin dem Beschwerdegegner eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 159 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beschwerdeführerin hat dem Beschwerdegegner für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, dem Bundesamt für Sozialversicherung und Frau Dr. med. R._____ zugestellt.
Luzern, 23. September 2002
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der I. Kammer: Der Gerichtsschreiber: