

200 15 839 SCHG  
SCI/SHE/SEE

## Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

**Urteil vom 23. April 2016**

in der Besetzung von:

Vorsitzender Verwaltungsrichter Schwegler  
Mitglieder: Dr. med. Gubler und Fürsprecher Cadotsch  
Gerichtsschreiber Schnyder

A. \_\_\_\_\_

Klägerin

gegen

**Assura-Basis AG**

Case postale 7, 1052 Le Mont-sur-Lausanne

Beklagte

betreffend Klage vom 17. September 2015



## Sachverhalt:

### A.

Die 1950 geborene B. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte) ist bei der Assura-Basis AG (nachfolgend Assura bzw. Beklagte) obligatorisch krankenpflegeversichert (Akten der Assura [act. II] 1). Nachdem die Versicherte die Assura über eine in der A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend A. \_\_\_\_\_ oder Klägerin) bevorstehende stationäre einseitige Varizenoperation informiert hatte (act. II 2), forderte die Assura bei letzterer eine medizinische Begründung für den stationären Aufenthalt ein (act. II 3). Am 17. Februar 2015 (act. II 4) nahm Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, Stellung. Mit Schreiben vom 24. bzw. 27. März 2015 (act. II 5 und 6) verweigerte daraufhin die Assura ihre Kostenbeteiligung für einen stationären Aufenthalt, sicherte diese jedoch für eine ambulant durchgeführte Operation zu. Gegen diesen Entscheid erhob die A. \_\_\_\_\_ am 25. Juni 2015 (act. II 9) nach stationär erfolgter Operation Einwände. Nach der Anforderung von Austritts- und Operationsbericht sowie einer Beurteilung durch den Vertrauensarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 29. Juli 2015 (act. II 11-13) hielt die Assura mit Schreiben vom 29. Juli 2015 (act. II 14) am ablehnenden Entscheid für den stationären Aufenthalt fest.

### B.

Mit Eingabe vom 17. September 2015 erhob die A. \_\_\_\_\_ beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern gegen die Assura Klage mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Beklagte sei zu verpflichten, die Kosten des stationären Aufenthaltes in der A. \_\_\_\_\_ von Frau B. \_\_\_\_\_ vom 5./6. Mai 2015 zu übernehmen und den Betrag von Fr. 1'996.65 an die Klägerin zu überweisen.
2. Die Beklagte habe es zu unterlassen, die Klägerin generell anzuweisen, dass alle Varizenoperationen ambulant durchzuführen seien.

Mit Klageantwort vom 18. Dezember 2015 schloss die Beklagte auf Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Kläge-

rin. Dieser beigelegt war ein weiterer Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_  
vom 18. November 2015 (act. II 15).

Mit prozessleitender Verfügung vom 18. Januar 2016 wurde der Klägerin die Klageantwort samt Beilagen zugestellt und den Parteien das Recht eingeräumt, sich bis zum 8. Februar 2016 zur Besetzung des Schiedsgerichts zu äussern.

Mit Eingabe vom 27. Januar 2016 verzichtete die Beklagte auf eine Stellungnahme. Die Klägerin liess sich nicht vernehmen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 18. Februar 2016 gab der Vorsitzende die Besetzung des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern im vorliegenden Verfahren bekannt (Verwaltungsrichter Dr. iur. Schwegler, Vorsitzender, Dr. med. Gubler, Fachrichter, Fürsprecher Cadotsch, Fachrichter, und Gerichtsschreiber Schnyder).

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Das Schiedsgericht ist auch zuständig, wenn die versicherte Person die Vergütung schuldet (System des Tiers garant). In diesem Fall vertritt ihr Versicherer sie auf eigene Kosten (Art. 89 Abs. 3 KVG).

Der Kanton bezeichnet ein Schiedsgericht (Art. 89 Abs. 4 Satz 1 KVG). Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen (Art. 89 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 KVG), was der Kanton Bern getan hat (Art. 40 des kantonalen Gesetzes betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung vom 6. Juni 2000 [EG KUMV; BSG 842.11]).

Im vorliegenden Fall ist eine Streitigkeit zwischen einem Versicherer und einem Leistungserbringer zu beurteilen, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist. Die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt im Kanton Bern, womit auch die örtliche Zuständigkeit zu bejahen ist (Art. 89 Abs. 2 KVG). Des Weiteren entspricht die Klage den Formvorschriften (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]).

## **1.2**

**1.2.1** Im Bereich des für das Schiedsgericht anwendbaren Klageverfahrens ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage, und allenfalls, soweit zulässig (Art. 90 Abs. 3 VRPG), der Widerklage (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26).

**1.2.2** Im vorliegenden Fall beantragt die Klägerin, die Beklagte sei zu verpflichten, die Kosten des stationären Aufenthaltes bezüglich der einseitigen Varizenoperation für die Versicherte vom 5. und 6. Mai 2015 im Umfang von Fr. 1'996.65 zu übernehmen und ihr zu überweisen. Diesbezüglich ist die Klägerin ohne weiteres zur Klage legitimiert und ist auf die Klage vom 17. September 2015 einzutreten.

**1.2.3** Die Klägerin beantragt weiter, die Beklagte habe es zu unterlassen, sie generell anzuweisen, alle Varizenoperationen ambulant durchzuführen.

Kann die klagende Partei ihre Rechte mit einem Leistungs- oder Gestaltungsbegehren wahren, so ist eine Feststellungsklage nicht zulässig (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 90 N. 2). Auch im Verfahren nach Art. 89 KVG sind Feststellungsentscheide nur zulässig, wenn ein schützenswertes rechtliches oder tatsächliches Interesse an der Feststellung besteht und ein rechtsgestaltendes Begehren nicht in zumutbarer Weise möglich ist (GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, Art. 89 N. 21). Ein Feststellungsentscheid dient nicht dazu, eine abstrakte Rechtsfrage zu beantworten; es muss sich um individuelle und konkrete Rechte und Pflichten handeln. Indessen ist eine Feststellung zulässig bei komplizierten

Verhältnissen, wo die Abwicklung des Leistungsanspruchs mit hohem Aufwand verbunden wäre, namentlich wenn eine grosse Zahl von Rechtsverhältnissen berührt und die Rechtsfrage wegen besonderer Verhältnisse neuartig ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Oktober 2007, 9C\_152/2007, E. 3.2).

Den obligatorischen Krankenversicherern steht keine Weisungsbefugnis gegenüber den Leistungserbringern zu. Die Beklagte kann gegenüber der Klägerin dementsprechend keine direkt rechtsverbindlichen Anordnungen treffen. Selbst wenn die Beklagte die von der Klägerin geltend gemachte „Anweisung“ erlassen hätte, wäre sie zumindest im hier massgeblichen Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (und nur in diesem Bereich ist das Schiedsgericht sachlich zuständig) rechtlich offensichtlich wirkungslos. Die Beklagte kann damit von vornherein auch nicht gerichtlich zu einem Unterlassen des Erlasses einer solchen Anweisung verpflichtet werden. Es steht der Klägerin frei, wann immer ihr das geboten erscheint, für eine stationäre Behandlung um Kostengutsprache nachzusuchen. In diesem Sinne hat die Beklagte in der Klageantwort (S. 7 Art. 8) für Fälle mit entsprechender Indikation Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung auch nicht ausgeschlossen. Vielmehr hat sie explizit darauf hingewiesen, bei hinreichend begründeten Fällen eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit anzuerkennen. Dies steht in Übereinstimmung mit den Ausführungen des Vertrauensarztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 29. Juli 2015 (act. II 13), wonach beim Vorliegen von relevanten Komorbiditäten oder postoperativen Komplikationen die Notwendigkeit einer stationären Behandlung vorliegen könne. Die Klägerin hat damit kein Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des gestellten Unterlassungsantrags, weshalb darauf nicht einzutreten ist.

**1.3** Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten urteilt in Dreierbesetzung. Es besteht aus einem Mitglied der Abteilung des Verwaltungsgerichts als neutralem Vorsitzenden und je einer Vertreterin oder einem Vertreter der betroffenen Versicherer und Leistungserbringer. Diese werden vom neutralen Vorsitzenden bezeichnet (Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG, Art. 56 Abs. 4 des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 [GSOG;

BSG 161.1; vgl. auch die prozessleitende Verfügung vom 18. Februar 2016]).

**1.4** Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) finden gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG beim Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89 KVG) keine Anwendung. Das Verfahren richtet sich nach dem KVG. Dieses schreibt vor, dass das Verfahren einfach und rasch zu sein und das Schiedsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen hat, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Der Kanton regelt das Verfahren (Art. 89 Abs. 5 Halbsatz 1 KVG). Das Klageverfahren richtet sich nach den Bestimmungen des VRPG, vorbehältlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV).

## **2.**

**2.1** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bzw. eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG).

**2.2** Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

**2.2.1** Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt, mit anderen Worten muss sie objektiv geeignet sein, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen

hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg; BGE 139 V 135 E. 4.4.1 S. 139, 133 V 115 E. 3.1 S. 116, 130 V 299 E. 6.1 S. 304; SVR 2005 KV Nr. 6 S. 21 E. 1.2).

**2.2.2** Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt deren Wirksamkeit voraus. Ob eine Leistung zweckmässig ist, muss anhand des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung beurteilt werden (BGE 137 V 295 E. 6.2 S. 306, 130 V 299 E. 6.1 S. 304). Die Frage der Zweckmässigkeit hängt daher von medizinischen Kriterien ab und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen. Umgekehrt sind medizinisch nicht indizierte therapeutische oder diagnostische Vorkehren regelmässig auch unzweckmässig (BGE 139 V 135 E. 4.4.2 S. 140, 130 V 532 E. 2.2 S. 536; SVR 2001 KV Nr. 21 S. 62 E. 2c).

**2.2.3** Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich nach der Rechtsprechung auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Das bedeutet aber nicht, dass dort, wo es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, diese ungeachtet der Kosten in jedem Fall als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit, die für das gesamte Staatshandeln gilt (Art. 5 Abs. 2 BV), ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht, was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt. Es können somit weder die hohe therapeutische Wirksamkeit noch die Wirtschaftlichkeit je getrennt voneinander betrachtet werden in dem Sinne, dass die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen mit einem kategorialen Ja oder Nein beantwortet werden könnte und bejahendenfalls die Kosten in beliebiger Höhe zu übernehmen wären. Vielmehr ist die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den

Behandlungskosten zu beurteilen: Je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt (BGE 139 V 135 E. 4.4.3 S. 140, 136 V 395 E. 7.4 S. 407).

**2.3** Die Leistungspflicht für eine stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, d.h. einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne 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 Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 323 E. 2b S. 326, 120 V 200 E. 6a S. 206; SVR 2012 KV Nr. 13 S. 52 E. 3.1).

**2.4** Gemäss Art. 56 KVG muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Abs. 1). Für Leistungen die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Abs. 2 Satz 1).

### **3.**

**3.1** Die Klägerin macht vorweg geltend, es liege im freien Ermessen (Therapiefreiheit) des Arztes, ob eine Behandlung stationär oder ambulant erfolge. Einschränkungen in der vom KVG garantierten Therapiefreiheit gebe es nur bei der Anwendung von Nichtpflichtleistungen, also Behand-

lungen, die dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit oder Wirksamkeit nicht entsprechen (Klage S. 3).

Es ist Aufgabe des Arztes, die indizierten Leistungen zu erheben und es ist Sache der Versicherer, diese soweit gesetzlich vorgesehen, zu vergüten. In diesem Sinne steht den Ärzten ein erheblicher Ermessensspielraum zu, innerhalb dessen sie die Therapie festlegen können (vgl. Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 11. Oktober 2015, SCHG/2014/669, E. 4.3). Grenze dieses Ermessensspielraums setzen die Grundsätze von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, welche in jedem Fall kumulativ erfüllt sein müssen (vgl. E. 2.2 vorstehend). Insoweit stehen die (über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abrechnenden) Leistungserbringer nicht allein gegenüber ihren Patienten in der Pflicht, sondern auch gegenüber dem (ihre Leistungen finanzierenden) Kollektiv der prämienzahlenden obligatorisch Krankenpflegeversicherten. An diesen Feststellungen vermögen insbesondere die klageweise eingereichten juristischen Aufsätze von Dr. iur. E. \_\_\_\_\_ (Akten der Klägerin [act. I] 9) und Prof. Dr. iur. F. \_\_\_\_\_ (act. I 10) nichts zu ändern. Die kumulativen Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Wahl der Therapie korrekt auf den Einzelfall angewandt, schliessen die Gefahr einer strafrechtlichen wie finanziellen Haftbarkeit aus. Zu klären ist, ob die Beklagte die Versicherte betreffend zu Recht unter Verweis darauf, die ambulante Behandlung sei wirksam und zweckmässig, allein die kostengünstigere ambulante Behandlung zu vergüten bereit war.

**3.2** Es ist unbestritten, dass die von der Klägerin am 5. Mai 2015 vorgenommene einseitige Varizenoperation medizinisch indiziert war und die Operation die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt, zumal die Operation selbst von der Frage „ambulant oder stationär“ nicht betroffen ist. Die Beklagte anerkannte explizit ihre Leistungspflicht für die durchgeführte Operation, gab sie doch am 24. März 2015 (act. II 5) für deren ambulante Durchführung Kostengutsprache und teilte mit Schreiben vom 29. Juli 2015 (act. II 14) mit, sie bitte um Zustellung einer nach Tarmed ausgestellten Rechnung. Weiter ist unbestritten, dass die durchgeführte stationäre Behandlung grundsätzlich wirksam und

zweckmässig ist. Erstellt ist zudem, dass die ambulante Behandlung wirtschaftlicher ist als die stationäre. Streitig und nachfolgend zu klären ist, ob die wirtschaftlichere ambulante Behandlung im konkreten Fall ebenfalls wirksam und zweckmässig gewesen wäre. Diesbezüglich ist aus medizinischer Sicht den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, A. \_\_\_\_\_, hielt in der Stellungnahme an die Beklagte vom 17. Februar 2015 (act. II 4) fest, die medizinische Operationsindikation sei anhand eines eindeutigen duplexsonographischen Befundes gestellt worden. Bei der Versicherten sei eine Radikal-Operation inklusive Crossektomie in der Leiste vorgesehen, d.h., dass hier in die Tiefe bis zur Vena femoralis mit entsprechend höherem Risiko operiert werden müsse. Im Weiteren sei bei der Versicherten ein bisegmentales Stripping der Vena saphena magna mit einer ausgedehnten Phlebektomie vorgesehen. Gemäss Swiss DRC (recte: DRG) sei bei solchen Eingriffen unter Berücksichtigung von Art. 32 Abs. 2 KVG eine mittlere Hospitalisationszeit von drei Tagen festgelegt worden. Mit einer Übernachtung erfülle dieser Eingriff die gegebenen Vorgaben vollumfänglich. Eine sogenannte „blutige Entlassung“ gehöre nicht zum Qualitätsstandard der Klinik.

**3.2.2** Im Rahmen der Kostengutsprache für eine Behandlung ambulant übermittelte die Beklagte der Klägerin am 27. März 2015 (act. II 6) auch die Grundsatzstellungnahme „Varizenoperationen ambulant versus stationär“ ihres Vertrauensarztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 21. Februar 2014. Darin hielt dieser fest, die Operation sei relativ anspruchsvoll, indem vor allem intraoperativ Komplikationen auftreten könnten, wie Gefässverletzung, Nervenläsionen und Traumatisierung der Lymphwege. Davon zu unterscheiden seien die postoperativen und spätpostoperativen Komplikationen (Lymphfistel, Lymphzysten, Lymphödem, Wundheilungsstörung, Nekrose, pathologische Narbenbildung, Pigmentstörungen und Infektionen sowie thromboembolische Komplikationen). In der zu beurteilenden Situation interessierten vor allem unmittelbar postoperativ auftretende Komplikationen wie Nachblutung, Hämatom und Kompartmentsyndrom durch strangulierende Verbände. Die häufigste Komplikation postoperativ sei die Blutung, welche in der Literatur mit 0.2% bis 0.6% angegeben werde. Komplikationen, wie z.B. Infekt innerhalb von 43 Tagen sei mit 1.5% angegeben, eine

transiente Parästhesie wegen Nervenverletzung mit 1.1 bis 2.8% und eine oberflächliche Phlebitis mit 0.6%. Die unmittelbare postoperative Komplikationsrate bei einer Varizenoperation sei somit sehr gering und werde deshalb vielerorts und insbesondere auch in Europa und den USA unter ambulanten Bedingungen durchgeführt. Bei der chirurgischen Varizenoperation handle es sich somit um eine wirksame Behandlung mit einer minimalen Komplikationsrate. Die Frage, ob bei einer sehr tiefen Komplikationsrate ein stationär durchgeführter Eingriff zweckmässig sei, müsse mit Verweis auf eine vom Universitären Spital Genf 2012 veröffentlichten Studie, wonach bei ambulant durchgeführter beidseitiger Varizenchirurgie in lediglich 0.2% der Fälle ein Hämatom aufgetreten sei, dass hätte drainiert werden müssen, abgelehnt werden. Wenn man diesen hochwertigen Schweizer Standard zum Vergleich nehme, würde somit bei 500 Varizenoperationen eine behandlungswürdige Blutung auftreten, d.h. 499 Patienten würden unnötig stationär behandelt.

**3.2.3** Am 5. Mai 2015 wurde die geplante Varizenoperation durchgeführt. Im Operationsbericht (act. II 12) erlaubte der operierende Arzt, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, eine freie Mobilisation. Im Austrittsbericht vom 6. Mai 2015 (act. II 11) beschrieb er einen komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf mit problemloser sofortiger Mobilisation. Die Versicherte hätte in gutem Allgemeinzustand am 6. Mai 2015 unter Analgesie beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können.

**3.2.4** Im Bericht vom 29. Juli 2015 (act. II 13) führte der Vertrauensarzt der Beklagten, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, aus, die Indikation für die unilaterale Varizenoperation werde nicht in Frage gestellt. Eine chirurgische Varizenoperation beinhalte eine Crossektomie, ein Stripping der Vena saphena magna, Phlebektomien und allenfalls Ligaturen von Perforansvenen. Diese Auflistung sei nicht sachdienlich zur Klärung der Frage, ob eine stationäre Behandlung indiziert sei. Er könne keine Anhaltspunkte für eine „blutige Entlassung“ feststellen. Die Varizenchirurgie habe bekanntlich eine sehr geringe Komplikationsrate, weshalb sie sehr geeignet sei, ambulant durchgeführt zu werden, insbesondere bei einseitiger Operation. In Kenntnis dieses Umstandes sei bereits im Dezember 2008 im Rahmen einer Empfehlung durch die G.\_\_\_\_\_ bei einseitigem Eingriff ein ambulantes Vorge-

hen festgelegt worden. Beim Vorliegen von relevanten Komorbiditäten oder postoperativen Komplikationen könne durchaus die Notwendigkeit einer stationären Behandlung vorliegen. Zusammenfassend würden im vorliegenden Fall keine Komorbiditäten vorliegen. Im Austrittsbericht (act. II 11) sei ein komplikationsloser intra- und postoperativer Verlauf dokumentiert. Die medizinische Begründung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sei nicht geeignet, die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu belegen.

In seiner Stellungnahme vom 18. November 2015 (act. II 15) führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, schon seit vielen Jahren würden einseitige Varizenoperationen schweizweit überwiegend ambulant durchgeführt. Er verwies dabei auf das Manual der G. \_\_\_\_\_, Kapitel Angiologie (abrufbar unter [www.G.\\_\\_\\_\\_\\_.ch](http://www.G._____.ch)). Es sei naheliegend, dass eine so komplikationsarme chirurgische Operation ambulant durchgeführt werde. Seit Einführung der Swiss DRG hätten Gesuche für eine stationäre Behandlung deutlich zugenommen, ohne dass neue medizinische Erkenntnisse bekannt geworden seien, welche eine erhöhte Komplikationsrate unter ambulanten Bedingungen zu belegen vermöchten. Diese Einschätzung gelte natürlich nur für Patienten ohne relevante Komorbiditäten. Bei Vorliegen von Komorbiditäten sei selbstverständlich eine stationäre Überwachung notwendig und werde auch nicht in Frage gestellt (S. 1). Im vorliegenden Fall könne aus medizinischen Gründen keine Indikation für eine stationäre Varizenoperation abgeleitet werden (S. 2).

### **3.3**

**3.3.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen

beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3.2** Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, durch die Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222).

### **3.4**

**3.4.1** Der Vertrauensarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat unter Bezugnahme auch auf medizinische Studien in seinem Grundlagenpapier vom 21. Februar 2014 (act. II 6), das der Klägerin zusammen mit dem ablehnenden Schreiben vom 27. März 2015 zugestellt worden war, die heutige medizinische Praxis dargelegt. Korrekt hat er ausgeführt, dass Varizenoperationen in grosser Zahl ambulant durchgeführt werden und im Grundfall einer solchen Behandlung keine Risiken inhärent sind, die eine stationäre Behandlung als geboten erscheinen lassen würden. Nachvollziehbar führte er aus, dass die Operation selbst relativ anspruchsvoll sei, indem intraoperativ Komplikationen auftreten könnten. Zu Recht hat er auch die postoperativen und spätpostoperativen Komplikationen diskutiert und korrekt festgehalten, dass für den Entscheid „ambulant oder stationär“ vor allem die postoperati-

ven Komplikationen entscheidend sind. Seine Beurteilung, dass im Normalfall mögliche postoperative Komplikationen eine stationäre Behandlung nicht indizieren, wurde nachvollziehbar mit Studienresultaten unterlegt. Die Klägerin hat keine Unterlagen eingereicht, die die medizinisch-theoretisch fundiert begründete Darstellung des Vertrauensarztes in Frage stellen würde. Damit ist erstellt, dass die ambulant durchgeführte Varizenoperation nicht nur wirtschaftlicher ist, sondern im Regelfall auch dem Gebot der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit genügt. Der Krankenversicherer als Sozialversicherungsträger ist damit nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, in Wahrung der Interessen des Kollektivs der prämienzahlenden obligatorisch Krankenpflegeversicherten im Regelfall die stationäre zu Gunsten der ambulanten Behandlung zu verweigern.

Der Vertrauensarzt hat nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass unter besonderen Bedingungen jedoch (klinisch relevante Begleiterkrankung, psychosoziale Begleitumstände) der stationären Behandlung der Vorzug zu geben ist. Solange solche Konstellationen nicht belegt sind, kann eine Kostengutsprache jedoch nicht erteilt werden. Zu klären bleibt damit, ob die Beklagte im von der Klägerin konkret zur Diskussion gestellten Fall zu Recht die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der stationären Behandlung verneint hat.

**3.4.2** Komorbiditäten oder psychosoziale Umstände, die erhöhte (postoperative) Risiken für Komplikationen belegen und damit eine stationäre Behandlung als indiziert erscheinen liessen, wurden weder im Rahmen des Kostengutsprachegesuchs vom 17. Februar 2015 (act. II 4) genannt, noch später geltend gemacht. Auch aus den übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichten, insbesondere dem Operationsbericht vom 6. Mai 2015 (act. II 12), ergeben sich keine besonderen Umstände. Insbesondere finden sich keine Hinweise auf einzelfallspezifische Komorbiditäten oder erwartete Komplikationen. Solches kündigt ein *lege artis* handelnder Arzt den Betroffenen vorgängig an und wird in den entsprechenden Berichten auch vermerkt. Es bestehen keinerlei Anzeichen dafür, dass der behandelnde Arzt hier nicht *lege artis* vorgegangen sein könnte. Dass Umstände vorgelegen hätten, die eine ambulante Behandlung als nicht wirksam oder nicht zweckmässig erscheinen liessen, sind damit nicht erstellt. Es beste-

hen zudem keine Anhaltspunkte dafür, dass weitere Unterlagen vorliegen könnten, mit denen sich der entsprechende Beweis führen liesse. Dass der Operateur im Bericht vom 17. Februar 2015 (act. II 4) von einer „Radikal-Operation“ spricht, ändert daran nichts. So hat auch der Vertrauensarzt durchaus festgehalten, dass die Operation selbst relativ anspruchsvoll sei. Dieser Umstand ist jedoch wie dargelegt nicht entscheidend für die Frage, ob die Patientin nach der Operation stationär in der Klinik verbleiben muss.

**3.4.3** Unter diesen Umständen ist einzig noch zu klären, ob (bei dieser von Anbeginn weg stationär geplanten Operation) allenfalls im Rahmen der Operation selbst sich (im Sinne einer Ersatzgrundlage) eine Situation eingestellt hat, die eine weitere stationäre Weiterbehandlung als indiziert erscheinen liess. In diesem Fall wäre die von Beginn weg stationär geplante Behandlung nachträglich gerechtfertigt. Dies ist nicht der Fall. Der operierende Arzt hat keinerlei Komplikationen festgehalten. Im Gegenteil: Er hat sofort eine freie Mobilisation erlaubt (act. II 12) und im Austrittsbericht vom 6. Mai 2015 (act. II 11) einen komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf mit problemloser sofortiger Mobilisation festgehalten. Damit kann auch nicht mit im Verlauf der Operation eingetretener Umstände, die etwa eine weitere Überwachung notwendig gemacht hätten, eine stationäre Behandlung begründet werden.

**3.5** Aufgrund des Gesagten ist erstellt, dass im vorliegenden Fall eine ambulant durchgeführte Operation - trotz Verweigerung der Kostengutsprache - stationär durchgeführt wurde. Die Beklagte hat hierfür nicht einzustehen. Wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich wäre im konkreten Fall die ambulante Behandlung gewesen. Damit ist die Klage auf Kostenübernahme unter dem Titel der stationären Behandlung abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Die Kosten richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach Art. 52 des Dekrets betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 24. März 2010 (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12). Sie werden auf Fr. 3'000.-- festgesetzt und bei diesem

Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Klägerin (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) auferlegt und dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Klägerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Trotz Obsiegens hat auch die Beklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da den Parteien, die durch angestellte Juristen vertreten sind, praxisgemäss kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zusteht (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 26. Januar 2006, K 46/04, E. 7).

**Demnach entscheidet das Schiedsgericht:**

1. Die Klage wird abgewiesen soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 3'000.-- werden der Klägerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es werden keine Parteientschädigungen gesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- Assura-Basis AG
- Bundesamt für Gesundheit

Namens des Schiedsgerichts:

Der Vorsitzende:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.