

JAAC 59.18A

Entscheid des Bundesrates vom 29. Juni 1994

Assurance-maladie. Prestations des médecins-dentistes. Tarif en cas de régime sans convention et obligation de fixer un tarif-cadre lors de l'approbation d'une convention.

Art. 12 al. 2 et art. 22^{bis} al. 1 et 3 LAMA.

- Vu que l'on ne peut exclure, même selon la récente jurisprudence du TFA, qu'il existe encore des prestations obligatoires, dans le cadre des soins prodigués par les médecins-dentistes, les cantons ont l'obligation d'édicter un tarif pour ces prestations en cas de régime sans convention afin de garantir une protection tarifaire aux assurés.

- Si un tarif conventionnel ne prévoit pas d'échelonnement des prestations qui, de par leur nature, peuvent différer selon leur degré de difficulté ou leur ampleur, le gouvernement cantonal doit, lors de l'approbation du tarif, fixer un tarif-cadre prévoyant des taxes minimales et maximales.

Krankenversicherung. Zahnärztliche Leistungen. Tarif im vertragslosen Zustand und Pflicht zur Festsetzung eines Rahmentarifs anlässlich der Genehmigung eines Vertrages.

Art. 12 Abs. 2 und Art. 22^{bis} Abs. 1 und 3 KUVG.

- Da nicht auszuschliessen ist, dass auch nach der neueren Rechtsprechung des EVG noch zahnärztliche Pflichtleistungen bestehen, haben die Kantonsregierungen zur Sicherstellung des Tarifschutzes der Versicherten für die entsprechenden Leistungen im vertragslosen Zustand einen Tarif zu erlassen.

- Sieht ein Vertragstarif keine Abstufung derjenigen Leistungen vor, die ihrer Natur nach hinsichtlich Schwierigkeit und Umfang differieren können, so muss die Kantonsregierung mit der Vertragsgenehmigung einen Rahmentarif mit Mindest- und Höchstansätzen erlassen.

Assicurazione contro le malattie. Prestazioni dei dentisti. Tariffa in caso di regime aconvenzionale e obbligo di emanare una tariffa limite con tasse minime e massime in occasione dell'approvazione di una convenzione.

Art. 12 cpv. 2 e art. 22^{bis} cpv. 1 e 3 LAMI.

- Non essendo escluso che, anche secondo la più recente giurisprudenza del TFA, possano esserci casi di interventi odontoiatrici aventi carattere obbligatorio per le casse malati, i Governi cantonali devono emanare una tariffa per garantire la protezione tariffale dell'assicurato per simili prestazioni in regime aconvenzionale.

- Se una tariffa convenzionale non prevede una differenziazione fra le prestazioni che, per la loro natura, presentano difficoltà e proporzioni diverse, il Governo cantonale deve, in occasione dell'approvazione, fissare una tariffa limite con tasse minime e massime.

I

A. Am 4. September 1978 schlossen die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und die Union Schweizerischer Krankenkassenverbände («Union», heute Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, KSK) einen Vertrag, welcher in Art. 9 ff. die Behandlung von Zahnfleisch-, von Mund- und Kiefererkrankungen behandelte. In einem Anhang (Vereinbarung über den Katalog der Pflichtleistungen der Krankenkassen für zahnärztliche Eingriffe) wurde zwischen unbedingten und bedingten Pflichtleistungen unterschieden, welche unter Angabe der entsprechenden Taxpunkte aufgelistet wurden.

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft (hiernach: Regierungsrat) genehmigte den Vertrag am 17. Oktober 1978 und veröffentlichte ihn in der kantonalen Gesetzessammlung (SGS 928.11). Die im Zeitpunkt der Kündigung geltende Vereinbarung vom 31. Dezember 1983 (Leistungskatalog mit den entsprechenden Taxpunktwerten) wurde am 17. Januar 1984 (SGS 928.12) und eine Vereinbarung über den Taxpunktwert vom 15. Mai 1991 durch den Regierungsrat am 26. November 1991 genehmigt (SGS 928.13).

Am 25. Juni 1992 kündigte die SSO den Vertrag mit der «Union» per Ende 1992. Der Versuch, einen neuen Vertrag zu schliessen, scheiterte.

B. Auf Begehren des Verbandes Basellandschaftlicher Krankenkassen (hiernach: Kantonalverband) um Erlass eines Rahmentarifs für die Pflichtleistungen der Krankenkassen für zahnärztliche Leistungen verfügte der Regierungsrat am 6. September 1993 (Protokollauszug vom 7. September 1993), die Vereinbarung vom 31. Dezember 1983 über die Pflichtleistungen der Krankenkassen für zahnärztliche Eingriffe (GS 28.488, SGS 928.12) sei als Rahmentarif im vertragslosen Zustand weiterzuführen; der Taxpunktwert wurde unverändert auf Fr. 4.35 festgesetzt. Der Regierungsrat führte aus, ein Rahmentarif mit Mindest- und Höchstansätzen sei angesichts des

dringlichen BB vom 9. Oktober 1992 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung (dBB 1992, SR 832.111) nicht möglich.

C. Gegen diese Verfügung erhoben die Zahnärzte-Gesellschaft Baselland (ZGBL) und zwei Ärzte Verwaltungsbeschwerde beim Bundesrat und beantragten die Aufhebung des Beschlusses des Regierungsrates. Eventualiter beantragten sie die Rückweisung an den Regierungsrat zu neuer Entscheidung frühestens im Jahre 1994 mit der Weisung, einen Rahmentarif im Sinne von Art. 22^{bis} des BG vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG, SR 832.10) zu erlassen und die einzelnen Pflichtleistungen analog Art. 9 des gekündigten Vertrages zu definieren.

Unter Berufung auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) machten die Beschwerdeführer geltend, zahnärztliche Behandlungen fielen nicht in den Anwendungsbereich von Art. 12 KUVG, und demzufolge könne Art. 22^{bis} KUVG nicht als Grundlage des angefochtenen Entscheides dienen. Selbst wenn der Bundesrat dem nicht folgen sollte, so wäre er verpflichtet gewesen, den Katalog der Pflichtleistungen zu definieren und der Gerichtspraxis anzupassen.

Die Beschwerdeführer führten aus, der Vertrag vom 4. September 1978 sei zu einer Zeit abgeschlossen worden, als das EVG nicht ausgeschlossen habe, dass es medizinische Verrichtungen in der Mundhöhle gebe, die zwar von Zahnärzten vorgenommen würden, trotzdem aber Pflichtleistungen der Krankenkassen darstellten (EVG-Praxis von 1972 bis 1986); man habe im Vertrag denn auch ausdrücklich auf diese Gerichtspraxis Bezug genommen. Art. 9 Abs. 2 des Vertrages sehe zudem - im gegenseitigen Einvernehmen - eine Anpassung des Vertrages an die Gerichtspraxis vor.

Am 30. März 1987 habe das EVG dann allerdings eine grundsätzliche Praxisänderung eingeleitet und diese mehrfach bestätigt und verdeutlicht. Die im Vertrag vom 4. September 1978 beziehungsweise dessen Anhang festgelegten Leistungen stellten nach dieser neuen Praxis ausnahmslos keine Pflichtleistungen nach KUVG mehr dar.

Die Beschwerdeführer rügten, der Entscheid des Regierungsrates gehe auf die von der ZGBL im Anhörungsverfahren vorgebrachten Einwände - insbesondere zur Eintretensfrage - überhaupt nicht ein, und machten eine widersprüchliche Haltung von Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und KSK geltend. Zu beachten sei auch, dass in den Kantonen Graubünden, Schwyz, Solothurn und Zürich die Kantonsregierungen den Erlass eines Rahmentarifs verweigert hätten.

Die Beschwerdeführer machten schliesslich geltend, ein neuer Rahmentarif könnte ohnehin erst nach Ablauf eines Jahres nach dem Wegfall eines Vertrages festgesetzt werden.

D. Der Regierungsrat beantragte die Abweisung der Beschwerde. Er geht unter Berufung auf das Rundschreiben Nr. 1/1989 des KSK sowie eine Stellungnahme des BSV davon aus, dass es durchaus therapeutische Verrichtungen in der Mundhöhle gibt, die keine zahnärztlichen Vorkehren im engeren Sinne seien, obschon sie praktisch ausschliesslich von Zahnärzten vorgenommen würden (namentlich betreffend Fibrome und Abszesse sowie Röntgenaufnahmen zu diagnostischen Zwecken). Das EVG habe seine Rechtsprechung bezüglich

Zysten, Abszesse und impaktierte Weisheitszähne nicht geändert und sich in jüngster Vergangenheit praktisch ausschliesslich mit kieferorthopädischen oder kieferchirurgischen Eingriffen zu befassen gehabt.

Im weiteren rechtfertigte der Regierungsrat seinen Verzicht auf die Festlegung eines Plus- und Minusrahmens und den Zeitpunkt der Inkraftsetzung des Tarifs.

E. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) unterschied in seinem Amtsbericht zwischen zahnärztlichen Behandlungen im engeren Sinne, welche keine Pflichtleistungen seien, und den zahnärztlichen Behandlungen im weiteren Sinne, welche als Pflichtleistungen im Sinne des KUVG gälten; solche Pflichtleistungen bestimme die Rechtsprechung im Einzelfall. Als Beispiele führte das EDI an:

- Extraktion impaktierter Weisheitszähne.
- Kieferchirurgische Eingriffe, die in erster Linie der Heilung einer Kiefererkrankung (beispielsweise eines Fibroms oder eines Abszesses) dienen, die von einer Erkrankung oder Fehlstellung der Zähne unabhängig ist.
- Nicht spezifisch zahnärztliche Vorkehren, wie zum Beispiel:
 - Röntgenaufnahmen zur Abklärung einer möglichen Fokalinfection durch kranke Zähne
 - Anästhesien oder Medikamente im Zusammenhang mit kieferchirurgischen Eingriffen oder der Extraktion impaktierter Weisheitszähne mit Komplikationen.

Da mithin einige der Positionen des SSO-Union-Vertrages im Einzelfall als Pflichtleistungen in Frage kämen, müssten diese tarifvertraglich erfasst werden, damit die Versicherten im Einzelfall in den Genuss eines Tarifschutzes kämen.

Das EDI erklärte, eine weitergehende, zweifelsfreie Zuordnung der Positionen des SSO-Union-Vertrages zu Pflichtleistungs- beziehungsweise Nichtpflichtleistungspositionen setze medizinisches Fachwissen voraus, über das es bei seinen Fachdiensten nicht verfüge.

Da der Regierungsrat anlässlich der seinerzeitigen Vertragsgenehmigung unterlassen habe, einen Rahmentarif zu erlassen, müsse dies nun nachgeholt werden, wobei es offensichtlich sinnwidrig wäre, die einjährige Sperrfrist zu beachten. Der dBB 1992 stelle im übrigen kein Hindernis für den Erlass von Minimal- und Maximalansätzen dar. Enthalte der Tarif keine Abstufung von Leistungen, die ihrer Natur nach hinsichtlich Schwierigkeit und Umfang differieren, so müsse der Regierungsrat angewiesen werden, solche festzusetzen. Dieser Punkt bedürfe näherer Prüfung durch den Regierungsrat.

F. Das KSK beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Es wies den ihm vorgeworfenen Gesinnungswandel zurück und warf der ZGBL ihrerseits ein Verhalten wider Treu und Glauben vor, nachdem der Vertrag nicht früher gekündigt worden sei.

In der Sache hielt es ergänzend fest, es sei nicht einsehbar, weshalb für die Behandlung von Zysten, Fibromen, Abszessen usw., die in allen Körperregionen auftreten könnten, im Mundbereich ein Tarifschutz verweigert werden sollte.

Der Kantonalverband erklärte, er teile die Meinung seines Dachverbandes, des KSK, und verzichte auf eine eigene Stellungnahme.

G. Die Beschwerdeführer kritisierten replikweise den Amtsbericht des EDI, welches den Kreis der zahnärztlichen Verrichtungen, welche als Pflichtleistungen zu betrachten seien, mit x-fachen Vorbehalten definiere. Der Erlass eines Rahmentarifs verstosse vorliegend gegen die Handels- und Gewerbefreiheit und sei unverhältnismässig.

Neben den bereits zitierten Kantonen habe in der Zwischenzeit auch der Kanton St. Gallen - wenn auch mit teilweise falscher Begründung - den Erlass eines Rahmentarifs verweigert.

Das EDI anerkenne im übrigen im Ergebnis, dass jedenfalls die im Anhang zum gekündigten Vertrag aufgeführten Behandlungsarten der heutigen Gerichtspraxis nicht mehr entsprechen. Die vom EDI angeführten Schwierigkeiten entbänden den Regierungsrat jedenfalls nicht, die entsprechende Anpassung vorzunehmen.

Ein widersprüchliches Verhalten könne ihm nicht vorgeworfen werden; er habe bloss eine Festigung der EVG-Praxis abgewartet. Im übrigen setzte er sich mit einzelnen EVG-Entscheiden näher auseinander, welche vom Regierungsrat zu Unrecht zur Stützung seiner Position angerufen worden seien.

...

II

1. ...

Die Zuständigkeit des Bundesrates nach Art. 73 Abs. 1 Bst. c VwVG setzt voraus, dass die Beschwerde die Verletzung von Bundesrecht betrifft. Als Eintretensfrage ist daher zu prüfen, ob die in der angefochtenen Verfügung geregelten Leistungen ärztliche Behandlungen im Sinne von Art. 12 Abs. 2 KUVG und damit Pflichtleistungen der Kassen darstellen.

Der Erlass eines Rahmentarifs nach Art. 22^{bis} Abs. 1 KUVG wie auch von Rahmentarifen im vertragslosen Zustand nach Art. 22^{bis} Abs. 3 KUVG durch den Regierungsrat stellt zwar kantonales Recht dar, doch kommt diesem dann keine selbständige Bedeutung zu, wenn - wie dies in der Regel der Fall ist - bloss Bundesrecht vollzogen wird (Art. 49 Bst. a VwVG; *Gygi Fritz*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 91; *Saladin Peter*, Das Verwaltungsverfahren des Bundes, Basel 1979, S. 77 ff., Nr. 10.61 und 10.62; [BGE 112 Ib 165](#) f., 115 Ib 168 und 118 Ib 131 sowie Zeitschrift des bernischen Juristenvereins [ZBJV] 1992, S. 640 ff.). Vermag sich allerdings ein solcher Tarif nicht auf Bundesrecht abzustützen, zum Beispiel weil die geregelten Behandlungen keine Pflichtleistungen darstellen, so stellen entsprechende Bestimmungen ausschliesslich kantonales Recht dar.

2. (Formelles)

3. Gemäss Rechtsprechung des EVG schulden Krankenkassen unter dem Titel der Krankenpflegeversicherung im Sinne des KUVG grundsätzlich Leistungen nur dann, wenn der Versicherte an einer Krankheit leidet. Ob ein Versicherter an einer Krankheit im Sinne des KUVG leidet, ist nach den Besonderheiten des

Einzelfalles zu beantworten. Bei diesem Begriff "Krankheit" handelt es sich um einen Rechtsbegriff, der sich nicht notwendigerweise mit dem medizinischen Krankheitsbegriff deckt (BGE 116 IV 128 sowie 116 V 240).

Zu den Leistungen der Krankenpflegeversicherung gehört nach Art. 12 Abs. 2 KUVG unter anderem die ärztliche Behandlung, welche in Art. 21 der V III vom 15. Januar 1965 über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände (SR 832.140) näher umschrieben wird.

Die zahnärztliche Versorgung ist generell nicht ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 KUVG; die Kassen haben daher für sie nur aufzukommen, wenn und soweit die Statuten sie dazu verpflichten (BGE 116 V 116).

Zahnärztliche Behandlungen sind grundsätzlich therapeutische Vorkehren am Kausystem. Darunter fallen die Behandlung der Zähne, des Zahnhalteapparates sowie die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben. Bezüglich der Leistungspflicht der Krankenkassen kommt es dabei nicht darauf an, ob solche Behandlungen von einem Arzt oder Zahnarzt vorgenommen werden. Weiter ist unerheblich die Ursache des Leidens beziehungsweise die Tatsache, dass die Zahnbehandlung eine Folge anderer, ärztlich anzugehender Krankheiten ist. Ebensovienig ist die Wirkung der Zahnbehandlung auf den Gesundheitszustand eines Versicherten rechtserheblich, insbesondere die Verhütung oder günstige Beeinflussung von Krankheiten der Verdauungsorgane. Das EVG hat festgestellt, dass nur der Gesetzgeber diese Ordnung ändern könne (BGE 116 V 116 f.). Diese Grundsätze hat das Bundesgericht in einer Vielzahl un veröffentlichter Entscheide bestätigt.

4. Die Beschwerdeführer leiten aus dieser unbestritten strengeren Rechtsprechung des EVG in Sachen Zahnbehandlungen ab, dass es im Bereich der zahnärztlichen Behandlungen keine Pflichtleistungen mehr gebe und diesbezüglich daher auch keine Tarife mehr zu erlassen seien.

Der Regierungsrat, das EDI sowie die Beschwerdegegner nehmen dagegen an, dass die EVG-Rechtsprechung immer noch Raum lasse für zahnärztliche Behandlungen, welche als Pflichtleistungen zu betrachten seien. Diese Auffassung stützt sich im wesentlichen darauf, dass ältere Entscheide des EVG, welche den Pflichtleistungscharakter gewisser zahnärztlicher Behandlungen bejaht hatten, durch die verschärfte EVG-Praxis nicht tangiert würden, weil die neueren Urteile nur kieferorthopädische oder kieferchirurgische Eingriffe und Massnahmen behandelt hätten.

In seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 hat der Bundesrat auf den heute üblichen Ausschluss zahnärztlicher Behandlungen von der Leistungspflicht der Krankenversicherung sowie die daraus resultierenden Folgen hingewiesen und eine Bestimmung zur Schliessung dieser Lücke im heutigen System vorgelegt. Eine abschliessende Auseinandersetzung mit der EVG-Praxis in Sachen zahnärztliche Behandlungen und der Frage, ob es weiterhin zahnärztliche Behandlungen gebe, welche als Pflichtleistungen zu betrachten sind, war damit indes nicht beabsichtigt.

Da die Argumentation des Regierungsrates, des EDI und der Beschwerdegegner nicht zum vorneherein verworfen werden kann, mithin nicht auszuschliessen ist, dass es tatsächlich weiterhin Fälle zahnärztlicher Behandlungen geben wird, welche als Pflichtleistungen zu qualifizieren und für welche die Versicherten Anspruch auf Tarifschutz haben, war der Regierungsrat verpflichtet, diesbezüglich im vertragslosen Zustand einen Tarif zu erlassen. Der Entscheid im Einzelfall, ob eine Pflichtleistung vorliegt oder nicht, ist allein Sache des Richters, letztinstanzlich des EVG, dessen Entscheid durch einen Tariferlass nach Art. 22^{bis} KUVG in keiner Weise präjudiziert wird. Dem Bundesrat ist daher nicht ersichtlich, inwiefern durch den Entscheid des Regierungsrates die Handels- und Gewerbefreiheit (Art. 31 BV) tangiert sein sollte. Im Hinblick auf die auf dem Spiel stehenden Interessen der Versicherten erscheint der Erlass eines Rahmentarifs vorliegend auch als verhältnismässig (Art. 4 BV).

5. Anlässlich der Genehmigung des Vertrages zwischen der SSO und der Union hat es der Regierungsrat unterlassen, einen Rahmentarif nach Art. 22^{bis}

Abs. 1 KUVG zu erlassen. Es ist daher ohne weiteres einleuchtend, dass das Sperrjahr von Abs. 3 hier nicht zu beachten ist und ein sofort anwendbarer Rahmentarif erlassen werden musste. Eine andere Betrachtungsweise ist mit Sinn und Zweck von Art. 22^{bis} KUVG nicht vereinbar.

Im weiteren stimmt der Bundesrat dem EDI zu, dass immer dann ein Rahmentarif mit Mindest- und Maximalansätzen zu erlassen ist, wenn ein Vertragstarif keine Abstufung derjenigen Leistungen vorsieht, die ihrer Natur nach hinsichtlich Schwierigkeit und Umfang differieren können; diese Regelung hat der dBB nicht ausser Kraft gesetzt.

6. Die Beschwerde ist daher teilweise gutzuheissen und die Sache an den Regierungsrat zurückzuweisen, welcher zu prüfen hat, ob der von ihm erlassene Tarif Positionen enthält, welche hinsichtlich Schwierigkeit und Umfang differieren können, und gegebenenfalls einen Rahmentarif mit Höchst- und Mindestansätzen zu erlassen hat.

Im weiteren wird er die Leistungspositionen des SSO-Union-Vertrages präzisieren müssen, wobei er den Ausführungen des EDI in seinem Amtsbericht vom 17. Januar 1994 Rechnung wird tragen müssen; Positionen, bei welchen aufgrund der EVG-Praxis der Nichtpflichtleistungscharakter feststeht, werden zu streichen sein.

JAAC 59.18A - Entscheid des Bundesrates vom 29. Juni 1994

In	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
Dans	Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération
In	Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione
Jahr	1995
Année	
Anno	
Band	59
Volume	
Volume	
Seite	---
Page	
Pagina	
Ref. No	150 002 561

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv und die Bundeskanzlei konvertiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses et la Chancellerie fédérale.

Il documento è stato convertito dall'Archivio federale svizzero e della Cancelleria federale.