

Basel-Stadt

Gerichte

Geschäftsnummer:

SG.2016.2 (SVG.2018.268)

Instanz:

Sozialversicherungsgericht

Entscheiddatum:

08.10.2018

Erstpublikationsdatum:

30.10.2018

Aktualisierungsdatum:

30.10.2018

Titel:

SVG

Schiedsgericht in Sozialversicherungssachen

des Kantons Basel-Stadt

URTEIL (REKTIFIKAT)

Vom 20. September 2018

Mitwirkende

lic. iur. K. Zehnder (Vorsitz),

Prof. Dr. med. Dr. h.c. P. Suter,

Prof. Dr. iur. U. Saxer

und Sekretärin MLaw L. Marti

Parteien

A____spital [...]

vertreten durch B____

Klägerin

C____

vertreten durch D____

Beklagte

Gegenstand

SG.2016.2

Klage vom 22. November 2016 (Postaufgabe 23. November 2016)

Kostenübernahme bei einem lange dauernden Spitalaufenthalt

Tatsachen

I.

a) E____, geboren am [...] 1943, ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 8. Dezember 2014 trat er zur Durchführung einer

Knieoperation ins A____spital [...] (Klägerin) ein (Verlaufszusammenfassung, S. 190, Klagebeilage [KB] 6). Aufgrund einer fortgeschrittenen Gonarthrose wurde ihm linksseitig eine Knie-Teilprothese eingesetzt (Operationsbericht vom 9. Dezember 2014, KB 7). Zwei Tage danach, am 11. Dezember 2014, erlitt der Versicherte einen Herzinfarkt (vgl. Verlegungsbericht vom 12. Dezember 2014, KB 9). Dieser hatte eine Herzoperation zur Folge, welche ebenfalls bei der Klägerin durchgeführt wurde (Operationsbericht vom 19. Dezember 2014, KB 11). Am folgenden Tag wurde beim Versicherten ein anurisches Nierenversagen - bei vorbestehender Niereninsuffizienz - festgestellt. Aufgrund dessen musste sich der Versicherte Dialysen unterziehen. Am 22. Dezember 2014 stellten die Ärzte zudem eine Tracheobronchitis fest (vgl. Bericht der Anästhesiologie der Klägerin vom 3. Januar 2015, KB 12). Während seines Spitalaufenthaltes erlitt der Versicherte in der Folge einen Dekubitus über dem Steissbein, welcher zu weiteren Operationen führte (vgl. z.B. Operationsberichte vom 18. Februar 2015, vom 5. März 2015, vom 15. April 2015 und vom 25. April 2015, KB 15 und 17 bis 19). Im Februar und März 2015 kam es wiederholt zu Septikämien (Verlegungsbericht vom 15. Oktober 2015, KB 26); zudem traten ab demselben Zeitpunkt beim Versicherten eine Critical Illness Polyneuromyopathie und eine gastrointestinalen Blutung auf. Im Juni 2015 musste das operierte Knie des Versicherten wegen einer geröteten Narbe punktiert werden (Operationsbericht vom 23. Juni 2015, KB 24). In der Folge kam es namentlich zu einer vorübergehenden Stimmbandlähmung und zu Schluckproblemen (Austrittsbericht vom 1. Februar 2016, KB 28, und Verlaufszusammenfassung, S. 38 ff.) sowie zu weiteren Infektionen. Während des Spitalaufenthalts von E____gingen die Ärzte und das Pflegeeam wiederholt auf ethische Fragen ein. Diese Beurteilungen sind in den schwierigsten Krankheitsphasen vielfach täglich dokumentiert (vgl. Verlaufszusammenfassung, KB 7, z.B. S. 59, 60, 104). Zudem wurden zwei formelle interprofessionelle ethische Fallbesprechungen "METAP Stufe 3" durchgeführt, am 26. Februar 2015 und am 11. Juni 2015 (vgl. Verlaufszusammenfassung, KB 7, S. 116 und 156, sowie Austrittsbericht des A____spitals [...] vom 1. Februar 2016, KB 28, S. 4). Es wird jeweils konstant und einhellig eine volle Therapie als adäquat beurteilt. Nach 420 Spitaltagen konnte der Versicherte am 2. Februar 2016 zur Rehabilitation in das F____spital [...] verlegt werden (Austrittsbericht vom 1. Februar 2016, KB 28).

b) Am 29. Februar 2016 stellte die Klägerin die Rechnungen für die Behandlung des Versicherten E____ an dessen Wohnsitzkanton (Rechnungsbetrag von CHF 1'325'909.30) sowie an die Beklagte (Rechnungsbetrag von CHF 1'084'835.--; vgl. die TP-Rechnungen, KB 29 und 30). Gemäss Angaben der Klägerin bezahlte der Wohnsitzkanton des Versicherten den gesamten Rechnungsbetrag. Die Beklagte übernahm nach übereinstimmenden Angaben der Parteien CHF 300'000.-- des ihr von der Klägerin in Rechnung gestellten Betrags (vgl. auch das Schreiben der Beklagten vom 20. Mai 2016, KB 3).

c) Nachdem sich sein Gesundheitszustand erneut verschlechtert hatte, wurde der Versicherte E____ am 8. April 2016 im F____spital [...] auf die Intensiv-Station verlegt. Mit dem Einverständnis des Patienten und auch seiner Ehefrau entschied das Behandlungsteam angesichts der nun desolaten Prognose gegen weitere invasive kardiopulmonale Reanimationsmassnahmen. Am 14. April 2016 verstarb er (gemäss der Annahme der Ärzte) an einem Multiorganversagen (Bericht das F____spitals [...] vom 20. April 2016, KB 34).

II.

a) Mit Klage vom 22. November 2016 (Postaufgabe: 23. November 2016) beim Schiedsgericht in Sozialversicherungssachen Basel-Stadt wird beantragt, es sei die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin den Betrag von CHF 784'835.10 zu bezahlen. In formeller Hinsicht wird die Einsetzung von Prof. Dr. med. Dr. h.c. P. Suter, [...], als Schiedsrichter beantragt.

b) Mit Klageantwort vom 6. Februar 2017 schliesst die Beklagte auf Abweisung der Klage. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragt sie, ihr Rechtsvertreter sei vor Abschluss des Verfahrens aufzufordern, seinen Aufwand zu Händen des Schiedsgerichts zu bezeichnen und für den Fall des Scheiterns einer Schlichtung sei die Beklagte aufzufordern, einen Schiedsrichter vorzuschlagen.

c) Am 19. April 2017 findet eine Vermittlungsverhandlung statt. Die Parteien können sich nicht einigen. Die Beklagte erhält daher eine Frist zur Einreichung einer ergänzten Klageantwort.

d) Mit einer Ergänzung vom 22. Juni 2017 zur Klageantwort stellt die Beklagte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Klage sei vollumfänglich abzuweisen;
2. Soweit das angerufene Gericht nicht dem nachfolgend näher dargelegten Rechtsstandpunkt der Beklagten folgt, sei eine gerichtliche Expertise zur medizinischen Notwendigkeit der im Streit stehenden Behandlungen einzuholen;
3. Die Patientenakten seien dem Schiedsgericht vollständig einzureichen, soweit es um die medizinische und wirtschaftliche Aufklärung des Versicherten geht;
4. Es sei insbesondere zu den Ziff. 2 und 3 nach Eingang der Akten eine Stellungnahme der Beklagten einzuholen, soweit nötig;
5. Als Schiedsrichter schlägt die Beklagte Prof. Dr. iur. U. Saxer, [...], vor.
6. Vor dem Entscheid in der Sache sei der unterzeichnende Rechtsanwalt aufzufordern, seinen Aufwand zu beziffern;

"Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers."

e) Mit Schreiben vom 14. August 2017 und vom 20. August 2017 (Postaufgabe 21. August 2017) nehmen die von den Parteien vorgeschlagenen Schiedsrichter Prof. Dr. med. Dr. h.c. P. Suter und Prof. Dr. iur. U. Saxer ihre Ernennung an.

f) Die Klägerin hält mit Replik vom 27. Oktober 2017 an ihren in der Klage gestellten Rechtsbegehren fest.

g) In ihrer Duplik vom 16. Januar 2018 hält die Beklagte an ihren bisher gestellten Anträgen fest. Zusätzlich stellt sie folgenden präzisierenden Antrag:

7. "Der Kläger hat sämtliche, die medizinische und wirtschaftliche Aufklärung und Einwilligung des Patienten betreffenden Akten zu edieren, insbesondere (aber nicht allein) diejenigen, die im Zusammenhang mit den präoperativen Abklärungen und zum Eintrittsgespräch vom 8. Dezember 2014 gemäss Beilagen 4 und 5 zur Klageschrift stehen."

h) Die Klägerin nimmt mit Schreiben vom 14. Februar 2018 (Postaufgabe 15. Februar 2018) Stellung zu gewissen Teilen der Duplik. Dazu wiederum reicht die Beklagte eine Stellungnahme vom 10. April 2018 ein. Insbesondere zieht sie darin der in der Ergänzung zur Klageantwort vom 22. Juni 2017 gestellten Antrag 2 zurück.

III.

Am 19. Juni 2018 findet eine erste Urteilsberatung des Schiedsgerichts in Sozialversicherungssachen statt. Im Nachgang dazu wird die Klage am 20. September 2018 auf dem Zirkulationsweg entschieden (§ 11 Abs. 5 i.V.m. § 22 Abs. 2 des kantonalen Sozialversicherungsgerichtsgesetzes vom 9. Mai 2001 [SVGG; SG 154.200]).

Entscheidungsgründe

1.

1.1. Das Schiedsgericht in Sozialversicherungssachen des Kantons Basel-Stadt ist gemäss § 20 SVGG in Verbindung mit Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sachlich zur Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit zwischen einer Leistungserbringerin und einer Versicherung zuständig. Die örtliche Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 89 Abs. 2 KVG, gemäss welchem die Klage beim Schiedsgericht desjenigen Kantons eingereicht werden kann, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt.

1.2. Die übrigen formellen Klagevoraussetzungen sind ebenfalls erfüllt (vgl. § 22 Abs. 2 SVGG), weshalb auf die Klage einzutreten ist.

2.

==

2.1. Die Klägerin bringt im Wesentlichen vor, die Behandlungen des Versicherten E_____ seien wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen. Eine darüber hinausgehende Verhältnismässigkeitsprüfung sei von vornherein fragwürdig, wenn überhaupt, dann sei eine solche jedoch ex ante vorzunehmen. Der Versicherte habe nämlich nacheinander verschiedene gesundheitliche Probleme entwickelt. Alle diese Krankheiten seien behandelbar gewesen und es habe jeweils nicht vorhergesehen werden können, dass eine weitere Problematik auftreten würde. Insbesondere könne nicht anhand der Berechnung von QALYs (quality adjusted life years) eine Kostengrenze von CHF 300'000.-- gesetzt werden. Überdies sei die Klägerin aus verschiedenen Gründen zur Erbringung dieser - von ihrem Patienten E_____ gewünschten - Behandlungen verpflichtet gewesen. Sie habe diese somit nicht einstellen können. Die Beklagte könne die Kostenübernahme aus diesen Gründen nicht reduzieren, sondern habe den gesamten ihr in Rechnung gestellten Betrag von CHF 1'084'835.-- zu übernehmen. Infolgedessen habe sie der Klägerin auch die noch nicht bezahlten Behandlungskosten von 784'835.10 zu erstatten.

2.2. Die Beklagte stellt zunächst die Notwendigkeit der Knieprothese, des ersten Eingriffes, für welchen der Versicherte ursprünglich in das A_____spital [...] eingetreten war, in Frage. Die in der Klageantwort geäusserten Zweifel an der korrekten Aufklärung des Versicherten, nimmt sie in ihrer Stellungnahme vom 10. April 2018 wieder zurück. Im Weiteren stellt sie sich auf den Standpunkt, dass - im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung - eine absolute Kostenbegrenzung von CHF 100'000.-- pro qualitätsbereinigtem Lebensjahr bestehe. Für die Behandlung des Versicherten E_____ hätten dessen Wohnkanton und die Beklagte zusammen bereits CHF 577'943.25 pro Jahr erstattet - dies bei einem geringen Nutzen der Behandlungen. Eine darüber hinausgehende Kostenübernahme verstosse gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Ausserdem würde diese eine Rechtsungleichheit gegenüber verschiedenen Methoden und Erkrankungen, die mit einer Kostenbegrenzung umgehen müssen, bedeuten.

2.3. Streitig ist, ob die Beklagte der Klägerin CHF 784'835.10 für die medizinische Behandlung von E_____ bezahlen muss.

3.

==

3.1. Die Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernehmen muss, ergeben sich aus Art. 25 bis 31 KVG (vgl. Art. 24 Abs. 2 KVG). Primär handelt es sich um Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Dazu gehören namentlich die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital erbracht werden. Voraussetzung ist, dass diese von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen oder von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes bzw. einer Ärztin oder eines Chiropraktors bzw. einer Chiropraktorin Leistungen erbringen, durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG). Ebenfalls von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind die Kosten für den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Wer Leistungserbringer ist, wird in Art. 35 bis 40 KVG geregelt.

3.2. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Leistungen gemäss den Art. 25 bis 31 KVG grundsätzlich nur dann, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (sog. WZW-Kriterien; Art. 32 Abs. 1 KVG).

Eine medizinische Leistung ist als wirksam anzusehen, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken (BGE 133 V 115, 116 E. 3.1, Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Band XIV - Soziale Sicherheit, Basel 2016, N 329). Die Wirksamkeit muss dabei nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 2 KVG).

Die Zweckmässigkeit setzt die Wirksamkeit einer Behandlung voraus (BGE 133 V 115, 116 E. 2.2, Gebhard Eugster, a.a.O., N 331) und beurteilt sich prospektiv und nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung (BGE 130 V 299, 304 E. 6.1 und BGE 127 V 138, 146 f. E. 5; vgl. auch BGE 143 V 95, 98 E. 3.1 und Gebhard Eugster, a.a.O., N 331).

Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit spielt eine Rolle, wenn im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Dann ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen. Wenn die eine dieser Massnahmen ermöglicht, den verfolgten Zweck erheblich kostengünstiger zu erreichen als dies mittels der anderen Massnahmen möglich wäre, hat die versicherte Person keinen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der teureren Massnahme (BGE 139 V 135, 140 E. 4.4.3 mit Hinweisen = Praxis 2014 Nr. 52, BGE 136 V 395, 407 E. 7.4). Wenn es nur eine Behandlungsmöglichkeit bzw. Behandlungsalternative gibt, stellt sich die Frage der Wirtschaftlichkeit nicht (Gebhard Eugster, a.a.O., N 339). Die Krankenversicherungen haben auch für kostspielige Massnahmen aufzukommen, wenn entweder überhaupt keine andere oder jedenfalls keine kostengünstigere Methode zur Verfügung steht und sich die Massnahme unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit noch rechtfertigen lässt (BGE 109 V 41, 44 E. 2b; vgl. auch BGE 136 V 395, 407 f. E. 7.4 und Gebhard Eugster, a.a.O., N 339).

Gemäss dem Wirtschaftlichkeitsgebot muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf dasjenige Mass beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstreckt sich nach der Rechtsprechung auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung und findet auf alle gesetzlichen Leistungen Anwendung (BGE 137 V 43, 46 E. 2.3). Für Leistungen, die nicht mehr als wirtschaftlich im Sinne von Art. 56 Abs. 1 KVG angesehen werden können, sieht Art. 56 Abs. 2 KVG vor, dass die Krankenversicherung deren Vergütung verweigern bzw. eine zu Unrecht bereits bezahlte Vergütung zurückfordern kann.

4.
==

4.1. Zwischen den Parteien unbestritten ist, dass die Behandlungen, welche der Versicherte E_____ im A_____spital [...] zwischen dem 8. Dezember 2014 und dem 2. Februar 2016 erhalten hat, wirksam und zweckmässig waren. Die Beklagte bestreitet auch nicht, dass die fraglichen Behandlungen dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG entsprechen. Insbesondere macht sie nicht geltend, es hätte kostengünstigere Behandlungen mit demselben Zweck gegeben. Sie macht jedoch im Wesentlichen geltend, die in Rechnung gestellten Kosten seien insgesamt zu hoch.

4.2. Die Beklagte äusserte zunächst Zweifel an der Notwendigkeit der Knieoperation vom 9. Dezember 2014 und hielt diese gar für widerrechtlich erfolgt (Ergänzung der Klageantwort, N 5 ff., und Duplik, N 7 ff.). Nachdem sie mit Eingabe vom 10. April 2018 die getätigten Ausführungen zur fehlenden Aufklärung des Versicherten vor der Knieoperation zurückzog (zu Recht, wie aus dem Operationsbericht vom 9. Dezember 2014, KB 7, hervorgeht), sind auch ihre Ausführungen zur Widerrechtlichkeit hinfällig. Was die Indikation der Operation betrifft, so geht aus der Verlaufszusammenfassung des A_____spitals [...] hervor, dass der Versicherte E_____ aufgrund einer endgradigen Gonarthrose belastungsabhängige Schmerzen im Bereich beider Kniegelenke hatte und seine Gehstrecke seinen Angaben nach auf wenige 100 m eingeschränkt war. Die Ärzte erklärten, aufgrund des "dynamischen Varus Thrust" und der gemäss dem Versicherten zunehmenden Deformität, bestehe "die Indikation zur dringlichen" Operation. Es wurde festgehalten, dass vor dem Eingriff die kardiale Situation noch abgeklärt werde und die psoriatischen Läsionen besser zu therapieren versucht werden sollten (KB 6, S. 212). Weder aus dieser Verlaufszusammenfassung, noch aus den sonstigen Akten ergibt sich ein Hinweis darauf, dass das Operationsrisiko zu gross gewesen wäre. Vielmehr erschien die Operation als angebracht, um dem damals 71-jährigen Mann zu ermöglichen, wieder längere Strecken zu Fuss gehen zu können. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass der Zweck der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Krankenversicherung - anders als beispielsweise bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) - die möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung ist (BGE 109 V 41, 43 E. 2b). Damit ist auch die Frage der Notwendigkeit eine andere als bei anderen Sozialversicherungen. Offensichtlich war der Eingriff aus Sicht des über die Risiken aufgeklärten Versicherten und aus Sicht der behandelnden Ärzte angezeigt, um die Beeinträchtigung durch die Kniearthrose zu vermindern und die Lebensqualität des Versicherten zu steigern (wie auch von der Klägerin ausgeführt, vgl. Klage, N 8).

Gemäss diesen Ausführungen können die Zweifel der Beklagten an der Notwendigkeit der Operation nicht nachvollzogen werden. Somit vermögen die diesbezüglichen Vorbringen der Beklagten nicht dazu zu führen, dass die Beklagte nicht die (vollen) Kosten für die Behandlung von E_____ zu übernehmen hat.

4.3. In Bezug auf die weiteren Behandlungen bringt die Beklagte selbst nicht vor, dass die Leistungen der Klägerin nicht angebracht gewesen wären. Insbesondere macht die Beklagte nicht geltend, die Klägerin habe unnötige Leistungen erbracht. Es finden sich in den Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin die mit den verschiedenen Behandlungen und Operationen verfolgten Zwecke auch auf einem kostengünstigeren Weg hätte erreichen können. Hinweise auf unnötige Behandlungen, die hätten unterlassen werden können, ohne das Leben des Versicherten zu gefährden, fehlen ebenfalls. Die Beklagte benennt zudem nicht, was die Klägerin anstelle der erfolgten Behandlungen hätte tun sollen. Der Versicherte verbrachte den allergrössten Teil seines Spitalaufenthaltes auf der Intensivstation (vgl. Verlaufszusammenfassung, KB 7 und TP-Rechnungen, KB 29 und 30).

Dazu ist festzuhalten, dass aus der Verlaufszusammenfassung (KB 7) hervorgeht, dass immer wieder auf ethische Fragen eingegangen wurde. Dabei wurde jeweils festgehalten, dass eine volle Therapie gerechtfertigt sei (vgl. z.B. KB 7, S. 59 ff.). Sodann geht aus dem Austrittsbericht vom 1. Februar 2016 hervor, dass wiederholte Besprechungen mit dem Versicherten E_____ sowie zwei formelle interdisziplinäre ethische Abklärungen (METAP Stufe 3) keine Argumente für eine Einschränkung der Therapieaktivität gegeben hätten - auch wenn es immer wieder zu Motivationskrisen von E_____ gekommen sei (KB 28, S. 4 f.). Die erwähnten METAP Fallbesprechungen Stufe 3 wurden am 26. Februar 2015 und am 11. Juni 2015 durchgeführt und entsprechend dokumentiert (Verlaufszusammenfassung, KB

7, S. 116 und 156). Ausserdem wurde im Juli 2015 die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) [...] beigezogen (vgl. Verlaufszusammenfassung, KB 7, S. 90 bis 101). Diese erklärte am 30. Juli 2015, der Versicherte E_____ sei nicht handlungsunfähig im juristischen Sinne, da er eine Urteilsfähigkeit besitze und eine Kommunikation mit ihm durch Kopfnicken und -schütteln möglich sei (Verlaufszusammenfassung, KB 7, S. 94). Aus diesen Unterlagen wird deutlich, dass die Ärzte und Ärztinnen der Klägerin abgeklärt hatten, in welchem Ausmass der Versicherte urteilsfähig war und weiter therapiert werden wollte. Zentral ist, dass dieser die Therapien wollte und immer wieder Hoffnung auf Heilung hatte (vgl. z.B. Verlaufszusammenfassung, KB 7, S. 91). Hätten die Ärzte und Ärztinnen diesem Wunsch nicht entsprochen, hätten sie sich mit grosser Wahrscheinlichkeit strafbar gemacht. Ausserdem hätte dies zudem einen Verstoss gegen die Standesordnung der FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum) bedeuten können, gemäss welcher die Behandlung eines Patienten unter Achtung von dessen Willen zu erfolgen hat (vgl. den ersten Absatz von Art. 4 der Standesordnung vom 12. Dezember 1996, Stand 26. Oktober 2017; Download: https://www.fmh.ch/ueber_fmh/rechtliche_grundlagen/standesordnung.html, zuletzt eingesehen am 17. August 2018). Es kann der Klägerin aus all diesen Gründen nicht der Vorwurf gemacht werden, sie hätte die erbrachten Leistungen - oder auch nur einen Teil davon - aus krankensicherungsrechtlicher Sicht nicht erbringen müssen. Demzufolge ist die Wirtschaftlichkeit der Leistungen, welche die Klägerin gegenüber dem Versicherten E_____ erbracht hat, gegeben. Die rechtlichen Voraussetzungen für die Erbringung der Leistungen durch die Beklagte gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG sind somit erfüllt.

4.4. 4.4.1 Die Beklagte stellt sich jedoch auf den Standpunkt, dass die Kostenübernahme durch die Krankenkasse nach oben zu begrenzen sei. Sie nimmt dabei insbesondere Bezug auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts gemäss BGE 136 V 295 (sog. "Myozyme I-Entscheid") und BGE 142 V 478 (sog. "Myozyme II-Entscheid"). Sie führt aus, das Bundesgericht habe darin ein Verhältnismässigkeitsgebot aufgestellt. Dieses gelte nicht nur für Arzneimittel, sondern für die gesamten Leistungen einer Krankenversicherung, somit auch für die vorliegend in Frage stehenden Spital- und Pflegeleistungen (Klageantwort, insbesondere N 18). Aufgrund dieser Rechtsprechung gelte eine absolute "Kostenbegrenzung von CHF 100'000.-- je gewonnenes Lebensjahr, allenfalls "qualitätsbereinigt". Vorliegend sei der Betrag aufgrund der Qualitätsbereinigung nach unten zu korrigieren. Die Besonderheit des vorliegenden Falles bestehe darin, dass kein Erfolg eingetreten sei sondern zahlreiche Folgebehandlungen ausgelöst worden seien. Selbst bei einem Erfolgseintritt würden die Fallkosten die rechtlich zulässigen Höchstkosten aber um ein Mehrfaches übersteigen (Ergänzung zur Klageantwort, N 41 f.).

4.4.2 Was zunächst die QALY-Methode angeht, so fällt auf, dass das Bundesgericht einzig in BGE 136 V 395 auf diese Bezug genommen hat. Es findet sich kein einziger anderer Entscheid, in welchem diese zur Sprache kommen würde. Ausserdem stellte das Bundesgericht schon damals nicht allein auf diese Methode ab, sondern erwähnte sie als in andern Ländern verwendete Kosten-Nutzen-Betrachtung (BGE 136 V 395, 411 E. 7.6.2). Dies lässt es als äusserst fraglich erscheinen, ob das Bundesgericht diese Methode zum entscheidenden Kriterium für die Übernahme von Kosten durch die Krankenversicherung erklären wollte. Selbst wenn nun davon auszugehen wäre, dass die QALY-Methode aufgrund von BGE 136 V 395 in der Schweiz grundsätzlich zur Anwendung gelangt, wäre dies im vorliegenden Fall zu verneinen - wie sich aus den folgenden Erwägungen ergibt.

4.4.3 Das Bundesgericht erklärte in BGE 136 V 395, 413 E. 7.7, eine Verhältnismässigkeit bzw. Kosten-Wirksamkeit anhand verallgemeinerungsfähiger Kriterien dränge sich insbesondere aus Gründen der in Art. 8 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101) verankerten Rechtsgleichheit auf. Wie für die Beschaffung staatlicher Mittel stelle sich auch für die Erbringung staatlicher Leistungen die Frage nach der Verteilergerechtigkeit. Rechtsgleichheit setze Verallgemeinerungsfähigkeit voraus. Verallgemeinerungsfähig sei nur, was allen, die sich in einer gleichen Situation befinden, in gleicher Weise angeboten werden könne. Der Grundsatz der Rechtsgleichheit gemäss Art. 8 Abs. 1 BV gebietet aber nicht nur, dass Gleiches gleich, sondern auch, dass Ungleiches ungleich behandelt werden muss (BGE 134 I 257, 260 E. 3.1, BGE 132 I 68, 74 E. 4.1, BGE 129 V 110, 112 E. 1.2.2). Vergleicht man den vorliegenden Fall mit BGE 136 V 395 (und auch mit BGE 142 V 478), zeigen sich entscheidende Unterschiede.

In den von der Beklagten zitierten BGEs ging es um die Kostenübernahme eines Medikaments (Myozyme). Myozyme dient der Langzeittherapie (Enzymersatztherapie) von Patienten mit gesichertem Morbus Pompe (BGE 136 V 395, 398 E. 4.2), einer seltenen, progressiven und tödlich verlaufenden muskulären Stoffwechselerkrankung (vgl. https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/authorisations/new-medicines/myozyme_-50-mg--lyophilisat-fuer-ein-konzentrat-zur-herstellung-.html, zuletzt eingesehen am 17. August 2018). Zum Zeitpunkt des ersten Entscheides (BGE 136 V 295) war Myozyme noch nicht auf der Spezialitätenliste (SL; vgl. Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG und Art. 64 ff. der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]) aufgeführt (das Bundesgericht fasste sich daher mit der Frage eines "off-label use"; BGE 136 V 395). Später wurde es mit umfangreichen Limitationen in die SL aufgenommen (zum Zeitpunkt, in welchem BGE 142 V 478 erging, war dies bereits der Fall, vgl. Sachverhalt A.a. des BGEs). Die Übernahme der Medikamentenkosten durch die Krankenversicherung war und ist damit von vornherein eingeschränkt.

Vorliegend war geplant, dem Versicherten E_____ eine Knie-Teilprothese zu implantieren. Es war zudem geplant, dass der Versicherte nach der Operation wieder nach Hause entlassen wird (vgl. Eintrittsgespräch vom 8. Dezember 2014, KB 5) und er sein operiertes Knie ab dem ersten Tag wieder voll belastet (vgl. Operationsbericht vom 9. Dezember 2014, KB 7). Seine weitere medizinische Betreuung sollte ambulant erfolgen (vgl. Verlaufszusammenfassung, S. 212). Stattdessen erfolgte nach der Operation eine äusserst unglückliche Aneinanderreihung von vielen verschiedenen, akuten Erkrankungen (Herzinfarkt, anurisches Nierenversagen, gastrointestinale Blutungen, Dekubitus, verschiedenen Infektionen etc.). Das Vorbringen der Klägerin, dieser schwere Verlauf mit den diversen Komplikationen sei nicht vorherzusehen gewesen (vgl. Kläger, N 60), ist durchaus nachvollziehbar. So bestätigen denn auch beide Parteien, dass es sich vorliegend um einen speziellen bzw. einen Ausnahmefall handelt. Bei den bereits kurze Zeit nach der Operation nötig gewordenen weiteren Heilbehandlungen handelte es sich - anders als in BGE 136 V 395 - nicht um eine (potentiell) auf längere Zeit angelegte Therapie zur Behandlung einer chronischen (und dazu noch seltenen) Krankheit (vgl. dazu Thomas Hundsberger/Marianne Rohrbach/Kai M. Rösler, Die Problematik der Enzymtherapie bei Morbus Pompe [Glykogenose Typ II], in: Schweizerische Ärztezeitung 2011, S. 427). Schon gar nicht ging es um einen "off-label use" eines Medikaments. Vielmehr wurde im vorliegenden Fall dem jeweils neuen und unerwarteten, zusätzlichen gesundheitlichen Problem des Versicherten entgegnet, mit dem Ziel, das Überleben des Patienten zu sichern, ihn zu heilen und anschliessend aus dem Spital zu entlassen (ein Ziel, das schliesslich auch erreicht wurde). Wie erwähnt, ist die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Leistungen dabei nicht zu beanstanden (vgl. E. 4.3.). Dass beim Versicherten bereits Probleme mit Herzen und Nieren bekannt waren, ändert daran nichts. Beide diesbezüglichen Ereignisse (Herzinfarkt und anurisches Nierenversagen) sind nicht vergleichbar mit einer chronischen Erkrankung wie Morbus Pompe. Es musste jeweils unmittelbar eingegriffen werden, da der Versicherte ansonsten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verstorben wäre. Hinzu kommt, dass es sich im vorliegenden Fall um verschiedene Behandlungen verschiedener gesundheitlicher Probleme handelt, während in den Myozyme-Entscheiden lediglich eine einzige Therapie beurteilt wurde. Diese Entscheide äussern sich nicht dazu, ob mit der Beschränkung der Myozyme-Kosten auch gleich alle andern Behandlungen des Morbus Pompe und aller anderen davon unabhängigen Krankheiten einzustellen sind.

4.4.4 Die Diskrepanzen zwischen den "Myozyme-Entscheidungen" und dem vorliegenden Fall sind derart gross (die Fälle sind sich absolut "ungleich"), dass sich eine Gleichbehandlung nicht rechtfertigt. Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, inwiefern die QALY-Methode vorliegend zur Anwendung gelangen könnte. Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass bei einer chronischen, nicht heilbaren Krankheit diskutiert werden kann, wie hoch die jährlichen Behandlungskosten sein dürfen. Bei einer unglücklichen Verkettung von verschiedenen (noch dazu akut auftretenden) Erkrankungen, wie im Fall von E____, ist es das hingegen nicht. Denn in einem solchen Fall hat eine Person das Pech, innerhalb von kurzer Zeit durch verschiedene Erkrankungen hohe Behandlungskosten zu erzeugen. Eine andere Person erzeugt vielleicht aufgrund ähnlicher Erkrankungen, jedoch über viele Jahre verteilt zusammengerechnet gleich viele Kosten; bei dieser Person würde die Kostenübernahme allerdings - zu Recht - nicht in Frage gestellt, solange die unter E. 3.2. aufgeführten Kriterien bei den Behandlungen erfüllt würden. Dies würde eine Ungleichbehandlung des Patienten, der aufgrund von ihm nicht zu verschuldender Umstände innerhalb von ein bis zwei Jahren dieselbe Menge an Krankheitskosten verursachen würde, darstellen. Eine solche lässt sich nicht rechtfertigen (vgl. dazu E. 4.5.). Dies ist ein weiterer Grund, weshalb sich die QALY-Methode für Fälle wie den vorliegenden nicht eignet.

Es trifft im Übrigen zu, dass sich das Bundesgericht in BGE 136 V 395 mit der Relation zwischen Kosten und medizinischem Nutzen auseinandergesetzt hat. Dabei hat es auch festgehalten, eine Leistung sei zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis bestehe (BGE 136 V 395, 407 f. E. 7.4). Es wies überdies darauf hin, dass die Krankenversicherung nicht sämtliche Behandlungsmassnahmen, die aus medizinischer Sicht möglich wären, übernimmt (BGE 136 V 395, 409 E. 7.5). Vorliegend geht es jedoch nicht um Behandlungen, die eine blosser Option dargestellt hätten, sondern um solche, die das Überleben von E____ sichern sollten - und dies auch taten, was sich mit dem Spitalaustritt am 2. Februar 2016 zeigte (Austrittsbericht vom 1. Februar 2016, KB 28).

4.5. 4.5.1 Im Weiteren ist zu beachten, dass die Krankenversicherungen als Trägerin einer staatlichen Aufgabe (vgl. dazu Art. 117 BV) nicht nur an Art. 8 BV, sondern auch an die übrigen Grundrechte gebunden und verpflichtet sind, zu ihrer Verwirklichung beizutragen (Art. 35 Abs. 2 BV; vgl. auch BGE 126 V 70, 73 E. 4c/aa).

4.5.2 Im Zusammenhang mit den Grundrechten als verfassungsmässige Rechte ist auf das in Art. 5 BV statuierte Legalitätsprinzip einzugehen. Demnach ist Grundlage und Schranken des staatlichen Handelns das Recht (Art. 5 Abs. 1 BV). Die Leistungspflicht der Krankenversicherung wird namentlich durch Art. 32 und Art. 56 Abs. 1 KVG eingeschränkt. Gemäss diesen Bestimmungen muss die Wirtschaftlichkeit bei Behandlungen gewahrt werden (vgl. E. 3.2.). Es ist daher im Sinne des Gesetzes, dass die Krankenversicherungen gerade bei grösseren Beträgen eine entsprechende Prüfung vornehmen (vgl. dazu z.B. die Zusammenfassung der Rechtsprechung in BGE 136 V 395, 410 f. E. 7.6.1). Das Gesetz selbst macht jedoch keine konkreten Angaben zur Rationierung von Krankenversicherungsleistungen trotz der Erfüllung der WZW-Kriterien (vgl. E. 3.2.) - noch tut dies die KVV. So wenig wie die jährliche Maximalleistung gesetzlich verankert ist, ist es ein Maximalbetrag, der eine einzige Person in ihrem ganzen Leben beanspruchen dürfte.

4.5.3 Es fragt sich, ob hier eine ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke anzunehmen ist. Eine Gesetzeslücke liegt vor, wenn sich eine Regelung als unvollständig erweist, weil sie jede Antwort auf die sich stellende Rechtsfrage schuldig bleibt oder eine Antwort gibt, die als sachlich unhaltbar angesehen werden muss (BGE 134 V 131, 134 f. E. 5.3, BGE 134 V 182, 185 E. 4.1 und BGE 127 V 38, 41 E. 4b/cc mi Hinweisen). Bevor angenommen werden darf, dass eine Lücke ausfüllungsbedürftig ist, ist durch Auslegung zu ermitteln, ob das Fehlen einer Anordnung nicht eine bewusst negative Antwort des Gesetzgebers (ein sog. qualifiziertes Schweigen) darstellt. Nur wenn diese Frage verneint wird, kann von einer Lücke gesprochen werden. Eine vom Gericht zu füllende echte Lücke darf nur angenommen werden, wenn das Gesetz eine sich unvermeidlich stellende Rechtsfrage nicht beantwortet. Dabei genügt es nicht, dass das Gericht das Fehlen einer Vorschrift als sachlich unbefriedigend empfindet (unechte Lücke). Mit der Annahme echter Lücken ist rechtsprechungsgemäss Zurückhaltung geboten (BGE 127 V 38, 41 E. 4b/cc und BGE 105 V 209, 211 E. 2b).

Der Gesetzgeber hat im Krankenversicherungsrecht namentlich durch die WZW-Kriterien (Art. 32 KVG; vgl. ausserdem Art. 56 KVG), die Umschreibung der allgemeinen Leistungen bei Krankheit (Art. 25 KVG), die Definition der Leistungserbringer (vgl. Art. 35 ff. KVG), die gesetzliche Verankerung der Arzneimittel- und der Spezialitätenliste (Art. 52 KVG) und weitere Bestimmungen bereits verschiedene Beschränkungen der von der Krankenversicherung zu übernehmenden Leistungen und zur Eindämmung der Kosten geschaffen. Die Kosteneindämmung war denn auch ein wichtiger Punkt bei der Erarbeitung des heutigen KVG (vgl. dazu die Botschaft des Bundesrats über die Revision des KVG vom 6. November 1991, BBl 1992 I 93 ff., insbesondere S. 96, 118 f., 126, 128, 130 und 189). Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass er eine darüber hinausgehende Beschränkung der Leistungen der Krankenversicherung im Sinne einer (jährlichen) Maximalgrenze lediglich aus Versehen nicht vorgesehen hat - zumal sich die erwähnte Botschaft über die Revision der Krankenversicherung ausführlich zu den Kostenfragen äussert. Es ist vorliegend daher nicht von einer Gesetzeslücke auszugehen, sondern vielmehr von einem qualifizierten Schweigen des Gesetzgebers. Über das unter E. 4.4.4 Gesagte hinaus, kann daher (ohne gesetzliche Grundlage im Sinne von Art. 5 Abs. 1 BV) nicht von einer allgemeingültigen Leistungsbergrenze im Krankenversicherungsrecht von jährlich CHF 100'000.-- ausgegangen werden - erst recht nicht, wenn es um Leben und Tod geht.

Überdies kann es auch aufgrund von Art. 9 BV (Schutz vor Willkür und Wahrung von Treu und Glauben) nicht angehen, dass eine Krankenkasse ohne entsprechende rechtliche Grundlage einen selbstbestimmten Höchstbetrag festlegt.

4.5.4 Angesichts der Notwendigkeit der Behandlungen zur Sicherung des Überlebens des Versicherten E____, ist vorliegend namentlich auch an seine grundrechtlich garantierten Rechte auf Achtung der Menschenwürde (Art. 7 BV) und auf Leben (Art. 10 Abs. BV) zu denken. Letzteres verpflichtet den Staat zum Schutz des Lebens seiner Bürger vor Angriffen. Das heisst, er ist gehalten, die Verletzungen des Rechts auf Leben durch vorsätzliche oder fahrlässige Tötungen mit strafrechtlichen Sanktionen zu belegen und eine effektive Strafverfolgung zu gewährleisten (vgl. BGE 135 I 113, 117 E. 2.1). Wie unter E. 4.3. bereits angedeutet, hätte es vorliegend schon aufgrund dieses strafrechtlichen Schutzes Konsequenzen für die Ärzte haben können, wenn sie ihren Patienten E____ entgegen dessen Willen nicht weiter behandelt hätten. Hinzu kommt, dass sich das Recht auf Leben als Abwehrrecht gegen den Staat richtet (BGE 136 I 87, 96 E. 4.2). Daher stellt sich auch die Frage, ob, und wenn ja, in welchem Mass sich eine Krankenversicherung weigern kann, Leistungen für akut lebensnotwendige Behandlungen, welche die WZW-Kriterien erfüllen (vgl. E. 3.2.), zu übernehmen. Sind die Krankenversicherungen doch aufgrund und im Rahmen des KVG grundsätzlich zur Erbringung von Leistungen im Krankheitsfall verpflichtet (vgl. namentlich Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG). Im vorliegenden Fall hätte die Nichtbehandlung des Versicherten E____ - wie erwähnt - mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit dessen Tod bedeutet. Zudem finden sich in den medizinischen Unterlagen keine Behandlungsalternativen. Auch macht die Beklagte keine solchen geltend. Es ist daher anzunehmen, dass die Klägerin bzw. ihre Ärzte als einzige Alternative zur Behandlung die Möglichkeit gehabt hätte, ihren Patienten sterben zu lassen - was aus erwähnten Gründen im vorliegenden Fall keine Alternative zur Behandlung darstellte.

Es kann vorliegend offen gelassen werden, ob und wenn ja, inwiefern sich das Recht auf Leben nach Art. 10 Abs. 1 BV oder das Recht auf Achtung und Schutz der Menschenwürde nach Art. 7 BV auf die Leistungspflicht der Krankenversicherungen auswirkt, da sich bereits aus den übrigen Erwägungen ergibt, dass die Beklagte ihre Leistungspflicht vorliegend zu Unrecht verneinte.

4.6. Zusammenfassend gibt es weder eine gesetzliche Grundlage noch eine Rechtsprechung, welche dazu führen würde, dass die Beklagte nicht für die Behandlungen des Versicherten E_____ im A_____spital [...] aufzukommen hätte. Die ursprünglich einzige geplante Behandlung - die Implantation einer Knieendoprothese - ist nicht in Frage zu stellen. Alle weiteren Erkrankungen sind als unglückliche Anhäufung von eingetretenen Risiken zu sehen. Es bestand stets Hoffnung, dass der lebenswillige Patient E_____ wieder geheilt aus dem Spital entlassen werden könnte. Diese Hoffnung wurde am 2. Februar 2016 erfüllt. Dass es im Rahmen der Reha im F_____spital [...] erneut zu einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands und schliesslich zu seinem Tod kam, vermag daran nichts zu ändern. Die Leistungspflicht der Beklagten gegenüber der Klägerin in Bezug auf die für E_____ erbrachten Leistungen, ist ungeschmälert.

Im Übrigen würde das Nichterbringen von Leistungen für notwendige medizinische Massnahmen in einem Spital, für welche es - wie vorliegend - keine Alternative gibt, bedeuten, dass die Kosten am Ende vom Spital zu tragen wären, da dessen medizinisches Personal zur Vornahme der Handlungen verpflichtet war (vgl. oben E. 4.3.). Dies ist nicht sachgerecht.

5.
==

5.1. Im Ergebnis führen diese Erwägungen zur Gutheissung der Klage. Die Beklagte ist zu verpflichten, der Klägerin CHF 784'835.10 zu bezahlen.

5.2. Gemäss § 23 SVGG gelten für Prozesskosten und Parteientschädigungen die Bestimmungen des Zivilprozessrechts. Demgemäss hat die unterliegende Beklagte die ordentlichen Kosten des Verfahrens zu tragen (vgl. Art. 106 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 [ZPO; SR 272]). Gemäss § 41 des kantonalen Reglements vom 11. September 2017 über die Gerichtsgebühren (Gerichtsgebührenreglement, GGR; SR 154.810) gilt für Verfahren die bei dessen Inkrafttreten am 1. Januar 2018 bereits rechtshängig waren, die bisher geltende Verordnung vom 4. März 1975 über die Gerichtsgebühren. Da die Klage im vorliegenden Verfahren am 28. November 2016 beim angerufenen Schiedsgericht einging, gilt demnach die alte Verordnung über die Gerichtsgebühren. Gemäss deren § 2 Abs. 3 beträgt die normale Gebühr bei einem Streitwert von CHF 500'000.-- bis CHF 1'000'000.-- zwischen CHF 17'000.-- und CHF 22'000.--. Für Instruktionsverhandlungen, Zwischenentscheide, Augenscheine, Anordnung von Expertisen, vorsorglichen Massnahmen und Anordnungen gemäss Art. 276 ZPO erhöht sich die normale Gebühr um bis zu 30% (§ 3 Abs. 1 Ziff. 1 der Verordnung über die Gerichtsgebühren).

Vorliegend beträgt der Streitwert CHF 784'835.10. Im Vorfeld der Urteilsberatung fand eine Vermittlungsverhandlung statt. Daher ist eine Grundgebühr von CHF 20'000.-- zuzüglich einer Erhöhung um 5% (CHF 5'000.--) für die Vermittlungsverhandlung angemessen. Hinzu kommen die Auslagen des Gerichts in Höhe von CHF 7'683.-- (Schiedsrichterhonorare für Urteilsberatung und umfassende Urteilszirkulation).

Die obsiegende Klägerin hat gegenüber der Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Rechtsvertreterin der Klägerin hat eine detaillierte Honorarnote über CHF 31'102.52 (Honorar von CHF 27'757.50, zuzüglich diverse Aufwendungen von CHF 221.--, Spesen von insgesamt CHF 832.73 und Mehrwertsteuer von 8% [CHF 1'942.34] bis 31. Dezember 2017 und 7.7% [CHF 348.95] ab dem 1. Januar 2018) eingereicht. Angesichts der Kompliziertheit des Falles und des Streitwerts ist eine Parteientschädigung in dieser Höhe angemessen. Die Beträge werden jeweils nach den mathematischen Regeln gerundet. Somit ergibt sich insgesamt eine Parteientschädigung von CHF 28'811.25 inkl. Auslagen, zuzüglich Mehrwertsteuer von CHF 2'291.30.

Demgemäss erkennt das Schiedsgericht:

://: In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin CHF 784'835.10 zu bezahlen.

Die ordentlichen Kosten, bestehend aus einer Gerichtsgebühr von CHF 25'000.-- zuzüglich Auslagen von CHF 7'683.-- gehen zu Lasten der Beklagten.

Die Beklagte bezahlt der Klägerin eine Parteientschädigung von CHF 28'811.25 inkl. Auslagen, zuzüglich Mehrwertsteuer von CHF 2'291.30.

Schiedsgericht BASEL-STADT

Die Präsidentin Die Sekretärin

lic. iur. K. Zehnder MLaw L. Marti

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 100 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG]). Die Beschwerdefrist kann nicht erstreckt werden (Art. 47 Abs. 1 BGG). Die Beschwerdegründe sind in Art. 95 ff. BGG geregelt.

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen. Die Beschwerdeschrift hat den Anforderungen gemäss Art. 42 BGG zu genügen; zu beachten ist dabei insbesondere:

- a) Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten;
- b) in der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt;
- c) die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat, ebenso der angefochtene Entscheid.

Geht an:

- Klägerin
- Beklagte
- Bundesamt für Gesundheit

Versandt am: