

Urteilkopf

127 V 398

59. Urteil vom 21. Dezember 2001 i. S. Assura Kranken- und Unfallversicherung gegen L. und Versicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt

Regeste

Art. 39 Abs. 1 lit. d und e sowie Art. 41 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 KVG: Anwendbarer Tarif bei stationärer Behandlung durch ausserkantonalen Leistungserbringer.

- Die Gründe des medizinischen Bedürfnisses als Erfordernis der Zulassung eines Leistungserbringers einerseits und als Voraussetzung der Erweiterung des vollen Tarifschutzes über die Grenzen des Wohnkantons hinaus andererseits sind nicht identisch.

- Anwendbarer Tarif für die stationäre Behandlung einer in der Stadt Basel wohnhaften Versicherten in einer im Kanton Basel-Landschaft gelegenen - auf der gemeinsamen Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verzeichneten - Klinik.

BGE 127 V 398 S. 399

Sachverhalt

A.-L., geboren 1975 und wohnhaft im Kanton Basel-Stadt, ist seit 1. Januar 1998 bei der Assura Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: Assura oder Beschwerdeführerin) unter Einschluss des Unfallrisikos obligatorisch krankenpflegeversichert. Am 31. Mai 1991 hatte sie sich anlässlich eines Strassenverkehrsunfalles schwere Verletzungen an ihrer rechten (dominanten) Hand zugezogen. Nach Abschluss der Heilbehandlung (1994) blieb eine dauerhafte Schädigung dieser Hand bestehen. 1997 schloss L. mit dem zuständigen Haftpflichtversicherer eine Saldovereinbarung über eine Entschädigung von Fr. 390'000.- ab. Nach einer unkontrollierten Handbewegung traten 1998 zunehmende Schmerzen auf. Das festgestellte Karpaltunnel-Syndrom wurde während eines stationären Aufenthalts (vom 19. bis 23. Oktober 1998) in der Klinik B. in M. (Kanton Basel-Landschaft) am 20. Oktober 1998 operativ durch eine Karpaltunnel-Spaltung und eine Neurolyse des Nervus medianus und ulnaris rechts saniert. Die Gesamtrechnung der Klinik B. vom 1. März 1999 belief sich auf Fr. 6443.40, wovon Fr. 1900.- zu Lasten der Assura und der Rest von Fr. 4543.40 zu Lasten von L. fakturiert wurden. Mit Verfügung vom 10. August 1999 lehnte die Assura eine weitergehende Kostenbeteiligung über den Betrag von Fr. 1900.- hinaus ab. Diese Verfügung nahm sie mit Schreiben vom 5. November 1999 zurück und ersetzte sie durch die Verfügung

BGE 127 V 398 S. 400

vom 16. November 1999, womit generell eine Leistungspflicht für Aufenthalt und Behandlung in der Klinik B. abgelehnt und die bereits geleisteten Fr. 1900.- zurückgefordert wurden. Durch den Abschluss der Saldovereinbarung zwischen der Versicherten und dem zuständigen Haftpflichtversicherer vom 27. Oktober/6. November 1997 hätten sich die Vertragsparteien über alle (auch zukünftige) Ansprüche aus dem Unfall vom 31. Mai 1991 vergleichsweise geeinigt. Die vereinbarte Pauschalabgeltung schliesse auch Entschädigungen für etwaige Ansprüche aus allenfalls zukünftig noch notwendigen unfallbedingten Heilbehandlungsmassnahmen mit ein. Deshalb verletze es das sozialversicherungsrechtliche Überentschädigungsverbot, wenn für die gleiche,

gewesen seien. Es hindere der Abschluss einer Saldovereinbarung praxismässig (vgl. **BGE 100 II 42**) den Unterzeichnenden nur insoweit an der Erhebung neuer Ansprüche, als er diese im Zeitpunkt der Unterzeichnung bereits gekannt oder deren Entstehung wenigstens als eine Möglichkeit in Betracht gezogen habe. Da jedoch die Ärzte in den Jahren 1994 und 1996 festgestellt hätten, dass durch weitere Operationen keine Besserung mehr erreicht werden könne und der Zustand der geschädigten Hand während dieser Zeit offensichtlich stabil geblieben sei, vermöge die Assura keine Anhaltspunkte darzulegen, wonach der Versicherten die Möglichkeit des Anfallens weiterer Behandlungskosten mit genügender Deutlichkeit hätte bewusst sein müssen. Aus diesen Gründen sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich für die Kosten des Aufenthalts der Versicherten in der Klinik B. aufzukommen habe. Dem ist vollumfänglich beizupflichten. Insoweit ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde unbegründet.

Erwägung 2

2.- L. mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt (Wohnkanton) begab sich in die in M., Kanton Basel-Landschaft (Standortkanton), gelegene private Klinik B. in stationäre Behandlung, womit sie den ihr durch Art. 41 Abs. 1 in fine KVG eröffneten Raum zur Ausübung des Wahlrechts an sich verlassen hat, ohne dass medizinische Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG bestehen. Die genannte Klinik figuriert nun aber sowohl auf der Spitalliste des Wohn- als auch des Standortkantons, nämlich auf der gemeinsamen Spitalliste für somatische Akutmedizin der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (Stand per 1. Januar 1998). Zu prüfen ist, nach welchem Tarif die Kostenübernahme zu erfolgen hat.

a) In Bezug auf die Frage des anwendbaren Tarifs geht die Vorinstanz davon aus, dass es sich bei dieser gemeinsamen Spitalliste um eine geschlossene Liste handelt, weshalb davon auszugehen sei, dass nach der Spitalplanung der beiden Kantone der Bedarf für die auf der Liste figurierenden ausserkantonalen Leistungserbringer im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ausgewiesen sei. Ein Bedarf im Sinne dieser Bestimmung bestehe nicht nur dann, wenn die fragliche medizinische Behandlung im Wohnkanton überhaupt nicht angeboten werde, sondern auch dann, wenn dafür nach der Planung nicht genügend Spitalplätze vorhanden seien. Für die Behandlung in einer auf einer geschlossenen Spitalliste figurierenden Klinik sei somit "der medizinische Grund des fehlenden oder unzureichenden Angebots eo ipso gegeben". Gehöre die Klinik B. nach der Spitalplanung des Kantons Basel-Stadt zu den notwendigen und anerkannten Leistungserbringern, richte sich die Kostenübernahme nach deren Tarif. Die Assura habe deshalb die vollen Kosten des umstrittenen Klinikaufenthalts zu vergüten. Zur Begründung verweist die Vorinstanz auf RKUV 1988 (recte: 1998) Nr. KV 54 S. 548 f.

b) Zunächst ist zu unterscheiden zwischen der Zulassung der Leistungserbringer (Art. 35 bis 40 KVG) einerseits und der tarifvertraglichen Rechtslage im Lichte des beschränkten Wahlrechts des Leistungserbringers nach Art. 41 KVG andererseits (vgl. **BGE 125 V 452** Erw. 3a). In Art. 39 KVG werden die Voraussetzungen festgehalten, unter denen ein Leistungserbringer zur sozialen Krankenversicherung zugelassen ist (vgl. dazu EUGSTER, a.a.O., Rz 244 ff.

BGE 127 V 398 S. 402

mit Hinweisen). Es handelt sich dabei um betriebliche, organisatorische und planerische Voraussetzungen, welche der Leistungserbringer (Spital und andere Einrichtungen) zu erfüllen hat. Demgegenüber regelt Art. 41 KVG die Wahlfreiheit und zugleich die Übernahme der Kosten durch die Versicherer (MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt a.M. 1996, S. 72). Art. 41 Abs. 2 KVG nennt die Voraussetzungen, unter denen ein Patient sich zu Lasten der sozialen Krankenversicherung bei vollem Tarifschutz im Sinne von Art. 44 Abs. 1 KVG in einem ausserkantonalen Spital behandeln lassen kann. Dabei geht es um Voraussetzungen, die in der Person des Versicherten bzw. im Wesen der notwendigen Behandlung (Notfall oder

Abs. 2 lit. b KVG, dass die Ausnahme - das heisst volle Kostendeckung - bei Behandlung in einem ausserkantonalen Spital nur zum Zuge komme, wenn medizinische

BGE 127 V 398 S. 404

Gründe vorlägen. Soweit ein Kanton für alle oder einzelne Leistungsbereiche eine "geschlossene" Liste der ausserkantonalen Leistungserbringer erstelle und diese Liste in Rechtskraft erwachse, sei davon auszugehen, dass nach der Spitalplanung des Wohnkantons der Bedarf im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ausgewiesen sei. Wenn ein Versicherter auf Grund einer solchen Spitalliste ein ausserkantoniales Spital aufsuche, so sei nach Auffassung des Bundesrates anzunehmen, dass die medizinischen Gründe für die ausserkantonale Hospitalisation im Einzelfall von den Kassen anerkannt würden (RKUV 1998 Nr. KV 54 Ziffer 4.1.3.2 S. 548 f.; im gleichen Sinne anscheinend: MAURER, a.a.O., Fn 188, und DUC, Statut des assurés dans des établissements médico-sociaux selon la LAMal; Annexe: Les prestations en cas d'hospitalisation dans la LAMal, plus spécialement en cas de traitement fourni dans une clinique privée, in: SZS 1996 S. 297; anderer Meinung: EUGSTER, a.a.O., Fn 563).

cc) Die Spitalliste hat die Aufgabe, Transparenz und Publizität in der Frage zu schaffen, welche Einrichtungen zu den Spitälern gehören und welches deren Leistungsaufträge sind, sowie die Vereinbarung sachgerechter Vergütungen zu erleichtern (EUGSTER, a.a.O., Rz 249 f. und Fn 562 mit Hinweisen). Wenn ein Spital auf eine Spitalliste gesetzt wird, bedeutet dies nur und einzig, dass es sich dabei um einen zugelassenen Leistungserbringer handelt, welcher KVG-pflichtige Kostenvergütungsansprüche auslöst, wenn sich der Versicherte von ihm behandeln lässt. Damit ist aber über die Frage des anwendbaren Tarifs noch überhaupt nichts gesagt. Hängt die Aufnahme eines Spitals in eine Spitalliste nach Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG unter anderem von einem entsprechend ausgewiesenen Bedarf im Rahmen der kantonalen Spitalplanung ab, sind nach Art. 41 Abs. 2 KVG im konkreten Einzelfall des zu behandelnden Versicherten "medizinische Gründe" erforderlich, die gegebenenfalls zur vollen Kostenübernahme nach dem Tarif am Ort des Leistungserbringers führen können. Die Gründe des medizinischen Bedürfnisses nach Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG einerseits und des Art. 41 Abs. 2 KVG andererseits sind somit nicht identisch.

dd) Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die von der Vorinstanz zur Begründung des angefochtenen Entscheids herangezogene Schlussfolgerung gemäss bundesrätlichem Entscheid vom 21. Oktober 1998 (vgl. RKUV 1998 Nr. KV 54 Ziffer 4.1.3.2 S. 548 f.) im Widerspruch zu den Materialien (Erw. 2b/aa hievon) steht. Durch die Aufnahme des zusätzlichen Teilsatzes in Art. 41 Abs. 2 lit. b

BGE 127 V 398 S. 405

KVG sollten ausserkantonale Spitälern, die auf einer Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, gleich behandelt werden wie zugelassene Leistungserbringer innerhalb des Wohnkantons. Der volle Tarifschutz gilt im Regelfall nach Massgabe von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG nur innerhalb der Grenzen des Wohnkantons der versicherten Person. Lässt sie sich aus freiem Willen - d.h. ohne das Vorliegen medizinischer Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG - durch einen ausserkantonalen Leistungserbringer behandeln, der als solcher auf der Spitalliste des Wohnkantons im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG namentlich aufgeführt ist, so ändert dies nichts daran, dass das Mass der Kostenübernahme an die Höchstgrenze des im Wohnkanton geltenden Tarifs im Sinne von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG gebunden bleibt, auch wenn der ausserkantonale Leistungserbringer gegebenenfalls seine Leistungen zu einem höheren Tarif des Standortkantons verrechnen wird. Die Ausnahme regelt Art. 41 Abs. 2 KVG; nur soweit medizinische Gründe im Sinne der genannten Bestimmung vorliegen, wird der volle Tarifschutz über die örtlichen Grenzen des Wohnkantons hinaus ausgedehnt. Der Versicherer hat hier

Fr. 380.- unzutreffend eine "Tagespauschale". Schon aus diesem Grund ist nicht ersichtlich, weshalb der Kostenvergütungsanspruch der Beschwerdegegnerin mit Blick auf die Spitalrechnung vom 1. März 1999 auf den Betrag von fünf Tagesteilpauschalen zu je Fr. 380.- beschränkt sein sollte. Bezeichnenderweise will sich die Assura denn auch mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde für den Fall, dass "die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin im Grundsatz anerkannt wird", nicht auf einen konkret bezifferten Betrag hinsichtlich der Kostenübernahme festlegen. Vielmehr beschränkt sie ihre Argumentation darauf, dass der von ihr aufgelegte Tarifvertrag nur für Versicherte innerhalb des Wohnkantons Basel-Landschaft anwendbar sei, sich aber die Kostenübernahme im vorliegenden Fall nach Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG bestimme. Damit schliesst auch die Beschwerdeführerin zutreffend auf ihre Kostenübernahmepflicht nach den Tarifen des Wohnorts der Versicherten (**BGE 125 V 455** Erw. 4). Den vorhandenen Unterlagen ist jedoch kein Hinweis auf den konkret anwendbaren Tarif aus dem Wohnkanton Basel-Stadt zu entnehmen.

b) Nach dem Gesagten sind der angefochtene Entscheid und der Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit sie nach Feststellung des im Wohnkanton der Beschwerdegegnerin konkret anwendbaren Tarifs mit Blick auf die Spitalrechnung vom 1. März 1999 die nach Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG zu ihren Lasten zu übernehmenden Kosten ermittle und sodann eine neue Verfügung über ihre effektive Kostenübernahme erlasse.

Erwägung 4

4.- (Gerichtskosten, Parteientschädigung, unentgeltliche Verbeiständung)