Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 94/05

Urteil vom 7. März 2006
I. Kammer

Besetzung
Präsidentin Leuzinger, Bundesrichter Ferrari, Meyer, Lustenberger und Kernen; Gerichtsschreiber Schmutz

Parteien
Helsana Versicherungen AG, Versicherungsrecht, Postfach, 8081 Zürich, Beschwerdeführerin,

gegen

Kanton Schwyz, Beschwerdegegner, vertreten
durch den Regierungsrat des Kantons Schwyz, Bahnhofstrasse 9, 6430 Schwyz

Vorinstanz
Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, Schwyz

(Entscheid vom 18. Mai 2005)

Sachverhalt:
A.
S._____, bei der Helsana Versicherungen AG gesetzlich für Krankenpflege und bei der Helsana Zusatzversicherungen AG vertraglich für halbprivaten Spitalaufenthalt versichert, hielt sich vom 21. bis 26. Januar 2003 im Wohnkanton zur stationären Behandlung in der halbprivaten Abteilung des Spitals X._____ SZ auf. Nach dem für die betreffende Abteilung geltenden Einzelleistungstarif betrugen die Gesamtkosten für Aufenthalt, Behandlung und Pflege Fr. 4'598.30. Am 21. Februar 2003 stellte das Spital der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) Rechnung in Höhe der für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung des Spitals für das Jahr 2003 tarifvertraglich vereinbarten Fallpauschale von Fr. 2'960.-. Den Rest der Kosten von Fr. 1'638.30 teilte das Spital unter dem Kanton Schwyz (Fr. 1'087.20) und der Versicherten (Fr. 551.10) auf. Die Helsana bezahlte den ihr in Rechnung gestellten Anteil. Mit Eingabe vom 2. April 2003 an das Departement des Innern des Kantons Schwyz machte sie geltend, dass nach dem massgebenden Bundesrecht der Kanton sich im betreffenden Jahr mit Fr. 2'368.- (= 80 Prozent der vereinbarten Fallpauschale von Fr. 2'960.- für die allgemeine Abteilung des Spitals) an den in Rechnung gestellten Kosten der
stationären Halbprivatbehandlung zu beteiligen habe. Mit Schreiben vom 8. September 2003 forderte die Helsana den Kanton auf, ihr den Differenzbetrag von Fr. 1'280.80 zwischen dem von ihm nach Bundesrecht geschuldeten Anteil und den ihm vom Spital in Rechnung gestellten Kosten zu erstatten. Das Amt für Gesundheit und Soziales des Kantons Schwyz legte mit Verfügung vom 29. Dezember 2003 den umstrittenen Kantonsanteil entsprechend der vom Spital X._____ gemachten Aufteilung fest und wies die Forderung der Helsana ab. Die beim Regierungsrat des Kantons Schwyz eingereichte Beschwerde wies dieser mit Beschluss vom 21. Dezember 2004 ab.
B.
Mit Entscheid vom 18. Mai 2005 wies das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz die von der Helsana gegen

den Regierungsratsbeschluss erhobene Beschwerde ab.
C.
Die Helsana führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Sie beantragt, der vorinstanzliche Entscheid sei aufzuheben und der Kanton Schwyz zu verpflichten, ihr im Zusammenhang mit der stationären Behandlung von S._____ im Spital X._____ den Betrag von Fr. 1'280.80 zu bezahlen.
Der Regierungsrat des Kantons Schwyz, das kantonale Verwaltungsgericht und das Bundesamt für Gesundheit beantragen Abweisung der Beschwerde.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.
1.1 Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG vereinbaren die Tarifvertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital Pauschalen. Diese decken für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung. Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet. Diese und die restlichen Betriebskosten der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler werden durch das Gemeinwesen, in der Regel den Kanton, getragen. Nach Art. 49 Abs. 2 KVG können die Vertragsparteien vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Für diese Leistungen dürfen sie für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten berücksichtigen.
1.2 Nach dem In-Kraft-Treten des KVG war zwischen Kantonen und Krankenversicherern umstritten, wie die Beitragspflicht der Kantone an die Behandlung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten zu interpretieren sei. Die Kantone stellten sich auf den Standpunkt, dass ihre Beitragspflicht nur für allgemein versicherte Patientinnen und Patienten gelte, während die Versicherer von den Kantonen auch einen Sockelbeitrag für Zusatzversicherte forderten (Bericht Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit [SGK]des Ständerates vom 13. Februar 2002 [nachfolgend: Bericht SGK], BBl 2002 V 4367). Mit den Urteilen H. vom 16. Dezember 1997 (BGE 123 V 290) und M. vom 19. Dezember 1997 (BGE 123 V 310) entschied das Eidgenössische Versicherungsgericht zunächst, dass bei der Behandlung von Versicherten aus medizinischen Gründen in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals der Wohnkanton sich an den Kosten zu beteiligen hat, wenn das Spital oder die betreffende Abteilung als Leistungserbringer im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG zugelassen ist. In einem weiteren Schritt stellte es mit Urteil S. vom 30. November 2001 (BGE 127 V 422) fest, dass der Kanton sich auch bei
innerkantonalem Spitalaufenthalt an den Kosten der stationären Behandlung einer in der privaten oder halbprivaten Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals des Wohnkantons hospitalisierten Person zu beteiligen hat.
1.3 Bis anhin wurden die Kosten bei innerkantonalem Spitalaufenthalt in einer Privat- oder Halbprivatabteilung in der Praxis von den Zusatzversicherungen getragen. Deshalb entstand nach der gerichtlichen Klärung der Beitragsfrage und bei sofortiger und vollständiger Umsetzung des Entscheides für die kantonalen Finanzhaushalte eine Mehrbelastung, die auf schätzungsweise mindestens 700 Millionen bis etwas weniger als eine Milliarde Franken veranschlagt worden war. Darum wurde eine bundesrechtliche Übergangsregelung als unerlässlich erachtet (Bericht SGK, BBl 2002 V 4368).
1.4 In der Folge beschloss die Bundesversammlung am 21. Juni 2002 das Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (nachfolgend: dBG-KVG; SR 832.14). Nach Art. 1 Abs. 1 dBG-KVG in der hier anwendbaren, bis 31. Dezember 2004 gültigen Fassung, haben sich die Kantone, in Abweichung von Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG, in den Jahren 2002 mit 60 Prozent, 2003 mit 80 Prozent und ab 2004 mit 100 Prozent der von den Versicherern für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals zu beteiligen, wenn eine innerkantonale stationäre Behandlung in einer Halbprivat- oder Privatabteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals stattfindet. Nach Art. 2 dBG-KVG (ebenfalls in der bis 31. Dezember 2004 gültigen Fassung) stellen die Spitäler den Versicherern die um den Betrag der Kantonsbeteiligung reduzierte Rechnung zu (Abs. 1), wobei die Regelung der Abrechnungsmodali-

täten zwischen den Spitälern und den Kantonen Sache der Kantone ist (Abs. 2). Diese Regelung hat in der seit 1. Januar 2005 geltenden Fassung von Art. 2 dBG-KVG Bestand. Es ist einzig ein neuer Absatz 1
eingeschoben worden, laut dem vom Rechnungsbetrag zuerst dem Versicherer die Kosten entsprechend dem Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellt werden und danach der vom Kanton geschuldete Kantonsbeitrag abgezogen wird; der Restbetrag wird der versicherten Person in Rechnung gestellt. Die bisherigen Absätze 1 und 2 wurden neu zu Absatz 2 und 3.
2.
Als Frage des Bundesrechts frei zu prüfen (Art. 104 lit. a OG) ist, wer, Krankenversicherer oder Kanton, den vollen Sockelbeitrag zu leisten hat, falls die nach Einzelleistungstarif in Rechnung gestellten Kosten der Behandlung in einer Halbprivatabteilung tiefer ausfallen, als wenn nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung massgebenden Tarif abgerechnet wird.
2.1 Für das kantonale Verwaltungsgericht ergibt sich aus den Materialien zur dringlichen Bundesgesetzgebung (so dem Bericht SGK, BBl 2002 V 4368 f.) unmissverständlich, dass nach dem Willen des Gesetzgebers in einem ersten Schritt zunächst der vom Krankenversicherer zu tragende Grundversicherungsanteil voll auszuscheiden ist, und erst in einem zweiten Schritt der von Seiten des Kantons zu übernehmende Betrag ermittelt und abgezogen wird. Es verweist auf den Hinweis der Sprecherin der vorberatenden Kommission anlässlich der Beratung der Vorlage am 21. September 2004 im Ständerat, wonach die Neufassung von Art. 2 Abs. 1 dBG-KVG, gemäss der vom Rechnungsbetrag zuerst dem Versicherer die Kosten entsprechend dem Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellt werden, und danach der vom Kanton geschuldete Kantonsbeitrag abgezogen wird, keine Änderung des materiellen Rechts darstellt, sondern eine Klarstellung zum Abrechnungsmodus (AB 2004 S 465).
2.2 Die Beschwerdeführerin sieht nicht sich, sondern den Beschwerdegegner dazu verpflichtet, den vollen Sockelbeitrag zu leisten. Art. 49 Abs. 1 Satz 2 KVG regle ausdrücklich, dass die Vertragspauschalen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern "höchstens" 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung decken und die Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung nicht angerechnet werden. Damit stehe fest, dass in betragsmässiger Hinsicht der Hauptteil der Kosten klarerweise vom Kanton zu tragen sei. Durch Art. 2 Abs. 1 dBG-KVG würden lediglich die Abrechnungsmodalitäten statuiert, der betragliche Umfang der kantonalen Kostentragungspflicht werde für das Jahr 2003 durch Art. 1 Abs. 1 lit. b dBG-KVG geregelt. Art. 1 Abs. 1 dBG-KVG enthalte mit Bezug auf den betraglichen Umfang der kantonalen Kostentragungspflicht auch für Sonderfälle eine klare Regelung, weshalb der Sockelbeitrag nicht gekürzt werden dürfe.
2.3 Seitens des Beschwerdegegners hält der Regierungsrat dafür, Art. 1 Abs. 1 dBG-KVG spreche ausdrücklich von einer Kostenbeteiligungspflicht der Kantone und statuiere damit, dass das Primat der Kostentragungspflicht weiterhin bei den Krankenversicherern liege. Konsequenterweise werde diese Regelung denn auch ausdrücklich als Abweichung von Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG bezeichnet. Die Frage der primären Kostentragungspflicht stelle sich ausschliesslich in Spezialfällen wie dem vorliegenden, ansonsten die Rechtslage ohnehin klar sei. Zwar regle Art. 2 Abs. 1 erster Satz dBG-KVG in der seit 1. Januar 2005 gültigen Fassung primär den Abrechnungsmodus. Indirekt und darüber hinaus normiere er aber auch, wie die Kostenverteilung vorzunehmen sei, und welche der Parteien in einem Spezialfall wie dem vorliegenden den vollen Sockelbeitrag zu leisten habe. Dies sei nach der Neuformulierung von Art. 2 Abs. 1 dBG-KVG der Krankenversicherer und nicht der Kanton. Falls nach der Argumentation der Beschwerdeführerin der Kanton in jedem Fall für den Sockelbeitrag aufzukommen hätte, würde dies konsequenterweise bedeuten, dass die betreffende Vorschrift nur in dem Regelfall zu berücksichtigen wäre, in welchem die Rechnung nach Halbprivat-Tarif höher
ausfällt als bei einer Behandlung in der Allgemeinen Abteilung. Für diesen Normalfall hätte es aber gerade keiner expliziten Darlegung des Abrechnungsmodus bedurft, sei doch die Kostenverlegung bei dieser Ausgangslage von vorneherein ohne weiteres klar, indem sich der Kanton mit dem vollen Sockelbeitrag zu beteiligen habe.
2.4 Das Bundesamt für Gesundheit führt an, die Beteiligung der Kantone im Umfang von 80 % des massgebenden Tarifs für das Jahr 2003 gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. b dBG-KVG sei nicht als absolute Grösse zu verstehen. Vielmehr habe der Krankenversicherer seinen Beitrag an die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringenden Leistungen (d.h. den Kostenanteil in der allgemeinen Abteilung) auf jeden Fall zu übernehmen. Dies drücke Art. 41 Abs. 1 letzter Satz KVG aus, wonach bei stationärer Behandlung der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif zu übernehmen hat, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt. Daraus sei abzuleiten, dass der Versicherer die Kosten so zu tragen hat, wie sie nach dem Tarif für die obli-

gatorische Krankenpflegeversicherung zu Buche schlagen. Dieser Tarif beruhe auf vertraglicher Vereinbarung zwischen den Tarifparteien und es könne in einem Sonderfall wie hier nicht darum gehen, in jedem Einzelfall einen neuen Aufteilungsschlüssel zu suchen. Dass zunächst der Sockelbeitrag des Krankenversicherers in Abzug gebracht wird, entspreche den von den Kantonen und den Krankenversicherern nach Erlass des dringlichen Bundesgesetzes erarbeiteten gemeinsamen Lösungen in Umsetzungsfragen, die den
Kantonen mit Schreiben der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz vom 12. Juni 2002 an die kantonalen Gesundheitsdepartemente und den Krankenversicherern inhaltlich gleichlautend mit Rundschreiben Nr. 42/2002 vom 17. Juni 2002 des Dachverbandes santésuisse mitgeteilt worden sind. Es finde sich dort der hier im Grundsatz zu beurteilende Sonderfall aufgeführt, und als Lösung sei angegeben, vom Total nach Zusatzversicherungstarif werde der Rechnungsbetrag zu Lasten der Grundversicherung (Tarif für Allgemeinversicherte) in Abzug gebracht. Im dort gemachten Beispiel sei der Kantonsanteil sogar entfallen. Dies belege, dass Kantone und Versicherer sich bei der Umsetzung des dBG-KVG darüber einig seien, dass die Krankenversicherer ihren Beitrag im Rahmen der Grundversicherung voll entrichten und der Kanton subsidiär zur Begleichung der Differenz herangezogen wird.

3.

3.1 Der bundesamtlichen Argumentation, die sich im Wesentlichen mit den Ausführungen von Beschwerdegegner und Vorinstanz deckt, ist beizupflichten. In der seit dem 1. Januar 2005 geltenden Neufassung von Art. 2 Abs. 1 dBG-KVG ist nicht lediglich eine Abrechnungsmodalität geregelt, wenn festgehalten wird, dass vom Rechnungsbetrag zuerst dem Versicherer die Kosten entsprechend dem Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellt werden und danach der vom Kanton geschuldete Kantonsbeitrag abgezogen wird. Damit wird positivrechtlich umschrieben, auf was man sich zwischen den Dachorganisationen im Hinblick auf die Umsetzung des dringlichen Bundesgesetzes bereits vor dessen Beschluss durch die Bundesversammlung am 21. Juni 2002 geeinigt hat (vgl. oben Erw. 2.4).

3.2 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin war das gesetzgeberische Ziel nicht, in Art. 49 Abs. 1 KVG festzuschreiben, die Kantone hätten im Bereich der stationären Behandlungen mehr Kosten zu tragen als die Krankenversicherer. Für die Festschreibung der gesetzlichen Deckungsquote von 50 Prozent und eine bundesgesetzlich geregelte Kostenaufteilung sprachen sozialpolitische Gründe. Es sollte einer in den 1980er-Jahren geübten Praxis der Riegel geschoben werden, dass die öffentliche Hand zunehmend dazu übergegangen ist, die hohen Spitalkosten, die bis zu einem gewissen Grad auch aus Fehlplanungen und Fehlbelegungen resultierten, einfach der sozialen Krankenversicherung zu überwälzen (Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 185). Diese Zielquote war aber im Kanton Schwyz bereits 1999 (oder früher) erreicht. Wie aus der Zusammenstellung "Kostendeckung der stationären Behandlung" des Bundesamtes für Statistik (im Anhang zum Bericht SGK, BBl 2002 V 4373) hervorgeht, betrug der Deckungsanteil des Kantons 1999 53,22 Prozent (mit Investitionen 53,50 Prozent), bei einem gesamtschweizerischen Durchschnitt des kantonalen Kostendeckungsanteils von 50,50 Prozent (mit Investitionen 55,48
Prozent).

3.3 Zum sinngemässen Einwand der Beschwerdeführerin, sie habe durch Aushandeln einer günstigen Tarifvereinbarung im Zusatzversicherungsbereich einen konkurrenzmässigen Vorteil erzielt, den sie mit der Abrechnungspraxis des Spitals nicht realisieren könne, ist anzumerken, dass vom tieferen Halbprivattarif die Helsana Zusatzversicherungen AG, die mit der Beschwerdeführerin und anderen Sozial- und Privatversicherern der "Helsana-Gruppe" angehört (Geschäftsbericht Helsana 2005 S. 2), nach wie vor profitiert. Hätte in Sonderfällen wie hier nicht die Beschwerdeführerin den vollen Sockelbeitrag zu leisten, sondern wie von ihr gefordert immer der Kanton, würde für diesen der Anreiz entfallen, als Spitalträger dem Zusatzversicherer durch das Einräumen günstiger Konditionen bei den halbprivaten und privaten Behandlungen entgegenzukommen. Die Folge wäre, dass der hier zu beurteilende Sonderfall tieferer Kosten in der höheren Spitalabteilung umso seltener aufträte und so der Grundversicherer und der Kanton beide stets den vollen Sockelbeitrag zu leisten hätten. Zudem würde die Zusatzversicherung insgesamt auch stärker belastet. Damit verflacht ein konkurrenzmässiger Vorteil oder er geht sogar verloren.

4.

Es bleibt anzumerken, dass die Versicherungsdeckung bei Hospitalisierung in einer (Halb)Privatabteilung auf Vertrag beruht und diese an und für sich keinen Leistungsanspruch nach dem Krankenversicherungsgesetz begründet, da sie keine Position im abschliessenden gesetzlichen Leistungskatalog darstellt (Art. 25 ff. in Verbindung mit Art. 34 Abs. 1 KVG). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat aber in seiner Rechtsprechung

(Erw. 1.2 und BGE 125 V 101 sowie RKUV 2004 Nr. KV 281 S. 208) seit Anbeginn die Pflicht der Krankenversicherer zur Vergütung aus der obligatorischen Grundversicherung und der Kantone zur Zahlung von Differenzausgleichsbeiträgen (Art. 41 Abs. 3 KVG) und zur Leistung des Sockelbeitrages nach Art. 49 Abs. 1 KVG bejaht, auch wenn die versicherte Person halbprivat oder privat liegt. Dem Gesetz ist keine Aussage zur Frage zu entnehmen, wie es mit den erwähnten Pflichten von Kanton und Krankenversicherer zu halten ist, wenn die versicherte Person sich halbprivat behandeln lässt und daraus nach Massgabe des entsprechenden Tarifs Kosten resultieren, welche die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung hypothetisch ausgelösten Kosten unterschreiten. Es liegt eine echte
Lücke vor, die im Sinne von Art. 1 Abs. 2 ZGB zu schliessen ist. Kann dem Gesetz nach Wortlaut oder Auslegung keine Vorschrift entnommen werden, so soll das Gericht nach Gewohnheitsrecht und, wo auch ein solches fehlt, nach der Regel entscheiden, die es als Gesetzgeber aufstellen würde. In diesem Zusammenhang kommt dem Rechtsumstand weitreichende Bedeutung zu, dass die Kostenvergütungspflicht der Krankenversicherer im System des KVG grundsätzlich Vorrang vor allfälligen Differenzausgleichs- oder anteiligen Zahlungen der Kantone hat. Dies ist allein schon daraus ersichtlich, dass längst nicht jede Kostenvergütungspflicht eines Krankenversicherers mit einer entsprechenden Beteiligung der Kantone einhergeht. Es lässt sich daher mit der Vorinstanz nicht in Frage stellen, dass auch in dem hier interessierenden Sonderfall geringerer in Rechnung gestellter Kosten bei halbprivatem Spitalaufenthalt die Pflicht zur Leistung des Sockelbeitrages primär dem Krankenversicherer zugewiesen wird. Dass dies eine entsprechende Entlastung der Kantone nach sich zieht, stellt diese Lückenschliessung nicht in Frage, sondern wirkt als massvolles Korrektiv zur Mehrbelastung der Kantone, die ihnen aus Rechtsprechung und nunmehr Gesetz (dBG-KVG) durch die
Leistung des Sockelbeitrages bei Privat- und Halbprivataufenthalten entstanden ist.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Die Gerichtskosten von Fr. 3000.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 7. März 2006

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Die Präsidentin der I. Kammer: Der Gerichtsschreiber: