[AZA 7]
K 81/98 Vr

I. Kammer

Präsident Lustenberger, Bundesrichter Schön, Bundesrichterin
Widmer, Bundesrichter Meyer und Ferrari; Gerichtsschreiber
Fessler

Urteil vom 10. Dezember 2001

in Sachen

Kanton Solothurn, Rathaus, Rathausgasse, 4500 Solothurn,
Beschwerdeführer, vertreten durch das Departement des Innern des Kantons Solothurn, Rathaus, 4500 Solothurn,

gegen

Krankenkasse KPT, Tellstrasse 18, 3014 Bern, Beschwerdegegnerin,

und

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn, Solothurn,
betreffend H._____

A.- Die im Kanton Solothurn wohnhafte H._____ wurde am 30. Januar 1996 im Ambulatorium der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad wegen Atembeschwerden behandelt. Die Krankenkasse KPT, bei welcher sie obligatorisch krankenpflegeversichert war, übernahm die nach dem Tarif für ausserkantonale Patienten (Taxpunktwert für medizinische Leistungen: Fr. 4.95) bemessenen Kosten von Fr. 332. -. Mit der Begründung, ihr Mitglied habe notfallmässig behandelt werden müssen und bei der Rheumaklinik handle es sich um ein öffentlich subventioniertes Spital, ersuchte die KPT am 4. April 1996 den kantonsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes des Kantons Solothurn um Rückerstattung der Differenz zwischen den fakturierten Kosten und den Tarifen für Einwohner des Kantons Wallis (Taxpunktwert für medizinische Leistungen: Fr. 3.72) in der Höhe von Fr. 73.80. Nach abschlägigem Bescheid erliess das Departement des Innern auf Ersuchen der KPT am 29. August 1996 eine Verfügung, womit es das "Beitragsgesuch (...) betreffend ausserkantonaler ambulanter Spitalbehandlung" ablehnte.

B.- Die KPT reichte entsprechend der Rechtsmittelbelehrung in der Verfügung beim Solothurnischen Verwaltungsgericht Beschwerde ein und beantragte, der Kanton sei zu verpflichten, ihr den Betrag von Fr. 73.80 zu bezahlen. Nach Vernehmlassung des Departementes und Stellungnahme des Krankenversicherers trat das Verwaltungsgericht am 11. März 1997 mangels sachlicher Zuständigkeit auf das Rechtsmittel nicht ein und überwies die Sache zur materiellen Behandlung an das kantonale Versicherungsgericht. Dieses hiess, nachdem die Parteien auf Weiterungen verzichtet hatten, mit Entscheid vom 6. April 1998 die Beschwerde gut, hob die Verfügung des Departementes vom 29. August 1996 auf und wies den Kanton Solothurn an, der Krankenkasse KPT den Differenzbetrag von Fr. 73.80 zu vergüten.

C.- Der Kanton Solothurn, vertreten durch das Departement des Innern, führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei der Entscheid vom 6. April 1998 aufzuheben.
Während die KPT auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliesst, beantragt das Bundesamt für Sozialversicherung deren Gutheissung. Die als Mitinteressierte beigeladene H._____ hat unter Hinweis auf den angefochtenen
Entscheid auf eine Stellungnahme verzichtet.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.- Das Eidgenössische Versicherungsgericht ist zuständig zur Beurteilung der hier streitigen Frage, ob die notfallmässige Behandlung der im Kanton Solothurn wohnhaften H._____ im Ambulatorium der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad am 30. Januar 1996 unter Art. 41 Abs. 3 KVG fällt und demzufolge der Wohnkanton die Differenz zwischen den fakturierten Kosten und den Tarifen für Einwohner des Kantons Wallis zu übernehmen hat (BGE 123 V 298 Erw. 3c, 315 Erw. 3a). Da auch die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde einzutreten (vgl. zur Regelung der Zuständigkeit und des Verfahrens auf kantonaler Ebene BGE 123 V 300 Erw. 5).

2.- a) Gemäss Art. 25 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Abs. 1). Diese Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden (Abs. 2 lit. a) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Abs. 2 lit. e).
Als Spital gelten Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG). Ihre Zulassung als Leistungserbringer und damit zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 35 Abs. 1 und Abs. 2 lit. h KVG) setzt u.a. voraus, dass sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG). Diesen Zulassungserfordernissen, insbesondere der Planungspflicht, nicht unterworfen sind Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen (Art. 39 Abs. 2 KVG).

b) Die Vergütung der Leistungen nach Art. 25 KVG erfolgt nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Diese werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 erster Satz KVG). Leitschnur für die Tarifgestaltung ist eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 erster Satz KVG).
Für Tarifverträge mit Spitälern im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG im Besonderen hat das Gesetz in Art. 49 KVG eine Spezialregelung getroffen. Danach vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt. 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 (Abs. 1 erster und zweiter Satz). Die Vertragsparteien können 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 (Abs. 2). Die durch die Vergütung nicht gedeckten "anrechenbaren Kosten (...)" sowie die nicht anrechenbaren Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung (Abs. 1 vierter Satz) gehen zu Lasten der öffentlichen Hand oder des subventionierenden Gemeinwesens (Botschaft vom 6.
November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., 127, 169 und 183 f.; Eugster, Krankenversicherungsrecht, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 157 ff. Rz 303 ff.). Im Weitern vereinbaren die Vertragspartner die Vergütung bei ambulanter Behandlung und bei teilstationärem Aufenthalt (Abs. 5).

c) aa) Die Begriffe ambulant, teilstationär und stationär werden im Gesetz nicht näher umschrieben, ebenso nicht in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Die Rechtsprechung zum alten Recht (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 und 2 KUVG) bezeichnete als ambulante Behand-

lung die Krankenpflege, die zu Hause beim Versicherten oder in den Praxisräumen des Arztes vorgenommen werden kann. Wurde die medizinische Massnahme in einer Heilanstalt durchgeführt, galt sie als ambulante Behandlung, wenn der Versicherte noch am gleichen Tag nach Hause zurückkehren konnte. Hielt er sich während mehr als eines Tages unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes in der Heilanstalt auf, war stationäre Behandlung anzunehmen (vgl. BGE 116 V 128 Erw. 2c, 103 V 76 f. Erw. 1; vgl. auch RKUV 1988 Nr. K 779 S. 329 f. Erw. 5b). Sodann kannte die Verwaltungspraxis besondere Regeln für den partiellen (tage- oder nachtweisen) Heilanstaltsaufenthalt (vgl. RSKV 1970 S. 233 f.).

bb) Das neue Krankenversicherungsrecht hat die altrechtliche Umschreibung der ambulanten und stationären Behandlung, und damit deren begriffliche Abgrenzung voneinander, grundsätzlich übernommen (vgl. Eugster, a.a.O. S. 67 ff. Rz 133 ff.). Neu eingeführt worden ist der Begriff der teilstationären Krankenpflege (”traitement semi-hospitalier”, ”cura semiospedaliera”). Diese grenzt sich von der stationären Behandlung dadurch ab, dass sie unter Umständen zwar mehrere Klinikaufenthalte umfasst, von denen aber jeder weniger als 24 Stunden, also nicht ”rund um die Uhr” dauert. Unter den Begriff der teilstationären Behandlung fällt insbesondere die Behandlung und medizinische Versorgung in Tages- oder Nachtkliniken oder auch in Einrichtungen der so genannten ”One-day-surgery” (BBl 1992 I 167; Eugster, a.a.O., Rz 134 sowie ausführlich Duc, L’hospitalisation, plus spécialement l’hospitalisation d’un jour, et LAMal, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l’honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 329 ff., 334 ff.; vgl. auch CHSS 6/2000 S. 346 f. [Antwort des Bundesrates vom 27. November 2000 auf eine einfa- che Anfrage der Genfer Ständerätin Monique Saudan zu den Begriffen stationärer, teilstationärer und
ambulanter Bereich). In der Botschaft vom 6. November 1991 wird im Übrigen der bewusste Verzicht auf eine gesetzliche Umschreibung von teilstationär und stationär u.a. damit begründet, es sei insbesondere mit Blick auf die unterschiedlichen Arten von Krankheiten und deren dem Wandel der Zeit und dem Erkenntnisfortschritt unterworfenen ”Behandlungsnotwendigkeiten” ein vernünftig zu gebrauchender Spielraum bei deren Handhabung erforderlich (in diesem Sinne schon BGE 103 V 77 Erw. 2b, wo auf die zu beobachtende Tendenz der Verlagerung von der Arztpraxis ins Spital und dort umgekehrt von der stationären zur ambulanten Versorgung hingewiesen wird).

cc) In Bezug auf in Spitälern erbrachte Leistungen im Besonderen wird tarifrechtlich nicht zwischen ambulant und teilstationär differenziert. Es gibt lediglich stationäre und ambulante Behandlungen, den stationären und den ambulanten (Spital-)Sektor/Bereich (vgl. BBl 1992 I 185). Dies kommt auch in der Formulierung des Art. 49 Abs. 5 KVG zum Ausdruck, indem bei der Umschreibung des Gegenstandes der Vergütung, gleich wie in Art. 49 Abs. 1 erster Satz KVG, nach der (ambulanten) Behandlung und dem (teilstationären) Aufenthalt unterschieden wird. Als ambulant gelten somit alle Behandlungen im Spital, die einen weniger als 24 Stunden dauernden (partiellen [BBl 1992 I S. 187]) Aufenthalt erfordern.

3.- Die Kostenübernahme bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist in Art. 41 KVG geregelt. Danach gilt Folgendes: Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Abs. 1). Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung, b. bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital (Abs. 2). Der hier vorab interessierende Abs. 3 erster Satz von Art. 41 KVG lautet wie folgt:”Beansprucht die versicherte
Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oderöffentlichsubventionierten Spitals, soübernimmtderWohnkantondieDifferenzzwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons. ” [...](”Ausgleichs- oder Differenzzahlungspflicht”: BGE 123 V 290 und 310).

a) In Bezug auf den hier zu beurteilenden Fall sind von den Tatbestandsmerkmalen des Art. 41 Abs. 3 KVG diejenigen des medizinischen Grundes (Notfall) sowie des ausserkantonalen öffentlich oder öffentlich subventionierten Spitals erfüllt. Der Differenzbetrag von Fr. 73.80 zwischen den "in Rechnung gestellten Kosten" und den "Tarifen (...) für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons" sodann ergibt sich aus dem verschieden hohen Taxpunktwert für eine Einheit medizinischer Leistung im Ambulatorium der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad für Versicherte aus dem Kanton Wallis (Fr. 3.72) und für Einwohner aus andern Kantonen (u.a. Solothurn; Fr. 4.95), soweit nicht eine anders lautende interkantonale Vereinbarung besteht. Die Verfahrensbeteiligten gehen übereinstimmend davon aus, dass die nach Kantonszugehörigkeit differenzierende Tarifierung der für die notfallmässige Behandlung der Atembeschwerden von H._____ erforderlichen Leistungen (EKG, Labor, Spirometrie) auf einer entsprechenden Subventionierung durch den Standortkanton Wallis zu Gunsten seiner Einwohner oder solchen aus den Abkommenskantonen beruht.

aa) Dass das Krankenversicherungsgesetz den Kantonen als im Rahmen der Art. 46 ff. KVG zuständige Tarifbehörden nicht verbietet, für von ihren Spitälern ambulant erbrachte Leistungen bei ihren Einwohnern niedrigere Tarife festzulegen, steht zu Recht ausser Frage (in diesem Sinne auch Entscheid des Bundesrates vom 3. Februar 1999 "concernant la convention tarifaire genevoise pour les traitements ambulatoires, les examens ambulatoires ainsi que les interventions de chirurgie ambulatoire dans les Hôpitaux Universitaires de Genève" [98-41-0108]; ferner Eugster, a.a.O. S. 166 Rz 743 am Ende). Entscheidend ist, dass die höheren (Einzelleistungs-)Tarife für ausserkantonale Patienten den gesetzlichen Vorgaben genügen, insbesondere mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG; BGE 123 V 286 f. Erw. 6a und b). Verhält es sich so, was für den vorliegenden Fall anzunehmen ist (vgl. zur Überprüfungsbefugnis des Sozialversicherungsrichters bei Tarifen Art. 129 Abs. 1 lit. b OG und Art. 89 KVG sowie BGE 125 V 104 Erw. 3b und BGE 123 V 280), kann entgegen dem Bundesamt nicht gesagt werden, nach Kantonszugehörigkeit differenzierende Tarife im ambulanten Spitalbereich (vgl. zu diesem Begriff Erw. 2c/cc)
seien unzulässig. Wenn und soweit im Übrigen, wie in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vorgebracht wird, das Gesetz im Sinne freien Wettbewerbs möglichst gleich lange Spiesse zwischen ambulanten Behandlungen im Spital einerseits und in Privatpraxen anderseits hat schaffen wollen, schliesst dies eine insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Kostenstruktur des oder der in Frage stehenden Leistungserbringer differenzierende Tarifierung nicht schlechthin aus. So besteht gemäss Bundesrat keine Notwendigkeit, die Tarife für die ambulante Behandlung in den öffentlichen Spitälern aus wettbewerbsrechtlichen Gründen den Tarifen der freipraktizierenden Ärzte anzugleichen (Entscheid vom 14. April 1999 zu den Spitaltarifen der basellandschaftlichen Krankenanstalten [97-41-0100]).
Auf der anderen Seite besteht von Bundesrechts wegen keine Verpflichtung der Kantone, ambulante Spitalleistungen allgemein oder zu Gunsten ihrer Einwohner mitzufinanzieren. Eine Art. 49 Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 2 KVG für stationäre Behandlungen entsprechende Regelung fehlt für den ambulanten Sektor (so auch Entscheide des Bundesrates vom 14. April 1999 zu den Spitaltarifen der basellandschaftlichen Krankenanstalten [97-41-0100]und vom 18. Dezember 1996 zum Tarif für ambulante Spitalbehandlungen in den Spitälern des Kantons Graubünden [96-41-0056]).

bb) Entgegen dem Verwaltungsgerichtsbeschwerde führenden Kanton Solothurn schliesst die aus Art. 49 KVG im Umkehrschluss sich ergebende fehlende bundesrechtliche Mitfinanzierungspflicht der öffentlichen Hand in Bezug auf ambulante Behandlungen in ihren Spitälern die Verpflichtung des Wohnkantons der versicherten Person zur Übernahme einer allfälligen Tarifdifferenz als Folge der Subventionierung der beanspruchten Leistung zu Gunsten der Einwohner des Kantons, in welchem das Spital liegt, nach Art. 41 Abs. 3 erster Satz KVG nicht aus. Es trifft zwar zu, wie geltend gemacht wird, dass diese im Vorentwurf des Bundesamtes noch nicht enthaltene Bestimmung Ausfluss der den Kantonen in Art. 49 Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 2 KVG auferlegten Kostenbeteiligung bei stationärer Behandlung ihrer Einwohner ist. Zu beachten ist indessen, dass es sich bei Art. 49 KVG um eine tarifrechtliche Bestimmung handelt, welcher im Rahmen des die Kostenübernahme für Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessend regelnden Art. 41 KVG (BGE 123 V 297 Erw. 3b/bb) in erster Linie massliche Bedeutung zukommt. Dass lediglich die Vergütung der stationären Behandlung (einschliesslich Aufenthalt) von Kantonseinwohnern und -einwohnerinnen
in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital beschränkt wird, in Bezug auf ambulante Leistungen eine entsprechende Regelung hingegen fehlt, kann daher nicht ohne weiteres auf die Ausgleichspflicht des

Wohnkantons des oder der ausserkantonalen Versicherten nach Art. 41 Abs. 3 KVG übertragen werden. DagegensprichtschonderUmstand, dassauchdenDifferenzzahlungentrotzihrerbundessozialversicherungsrechtli- chen Natur Subventionscharakter zukommt (BGE 123 V 297 Erw. 3b/aa). Anders verhielte es sich nur, wenn sich aus dem Gesetz selber zwingend das Verbot der Subventionierung ambulanter Spitalleistungen zu Gunsten der Einwohner des Kantons ergäbe. Dies ist indessen zu verneinen, zumal sich in der Botschaft, insbesondere bei den Erläuterungen des Bundesrates zu Art. 42 Abs. 5 des Entwurfes (= Art. 49 Abs. 5 KVG), keine die gegenteilige Auffassung stützende Anhaltspunkte finden (vgl. BBl 1992 I 187).
Unbehelflich ist des Weitern der Hinweis des Beschwerde führenden Kantons, wonach schon unter der Herrschaft des KUVG einzelne Kantone in ihrer Gesetzgebung und in Spitalabkommen Beiträge an die Kosten der medizinisch indizierten Behandlung ihrer Einwohner in ausserkantonalen Spitälern vorgesehen hätten, dies indessen lediglich bei stationären Akutbehandlungen. Es wird nicht geltend gemacht, dass es sich hiebei um eine von der Mehrheit der Kantone angewendete Praxis handelt. Selbst wenn es sich aber so verhielte, bliebe die Tatsache bestehen, dass in Art. 41 Abs. 3 KVG von der Beanspruchung der Dienste des betreffenden ausserkantonalen Spitals aus medizinischen Gründen die Rede ist und nicht etwa lediglich die stationäre Behandlung als die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons der versicherten Person auslösender Tatbestand genannt wird. In diesem Zusammenhang ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass bei ambulanten Spitalleistungen, welche ebenso gut auch in einer Privatarztpraxis vorgenommen werden können, die Frage der teilweisen Kostenübernahme durch den betreffenden Kanton nach Art. 41 Abs. 3 KVG sich lediglich bei einem Notfall stellt, wie folgende Überlegung zeigt: Der Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder
deren Umgebung als räumlicher Bereich mit voller Kostenübernahme durch den Krankenversicherer (Art. 41 Abs. 1 KVG) ist so bestimmt resp. im Einzelfall so festzulegen, dass genügende geeignete Möglichkeiten für die ambulante Behandlung der Krankheit bestehen. Dabei schränkt das Gesetz die "Umgebung" nicht auf das Kantonsgebiet ein, in welchem der Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person liegt (BGE 126 V 14). Dies bedeutet, dass es abgesehen vom Notfall einen medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 lit. a KVG nicht geben kann, was die Anwendbarkeit des Art. 41 Abs. 3 KVG vorweg ausschliesst.

b) Es bleibt zu prüfen, ob unter den Begriff "Dienste" ("services", "servizi" in der französischen und italienischen Amtssprache) im Sinne des Art. 41 Abs. 3 KVG neben den stationären Behandlungen (dazu grundlegend BGE 123 V 290 und 310) auch ambulante Spitalleistungen fallen, insbesondere also die (notfallmässige) medizinische Versorgung von H._____ wegen Atembeschwerden am 30. Januar 1996 im Ambulatorium der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad. Vom Wortlaut her ist dies zu bejahen, indem unter Dienste alle im betreffenden (ausserkantonalen) Spital erbrachten Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG), einschliesslich eines allfälligen Aufenthaltes, zu verstehen sind. Dieser Wortsinn wird dadurch gestützt, dass in Abs. 3 von Art. 41 KVG im Unterschied zu den beiden ersten Absätzen der Norm nicht nach der Form der Behandlung (ambulant, teilstationär oder stationär) differenziert wird.
Bei diesem Zwischenergebnis der Auslegung stellt sich die Frage, ob triftige Gründe bestehen, dass der insoweit klare Wortlaut zu weit gefasst ist und in dem Sinne einer restriktiven Interpretation zu weichen hat, dass für bestimmte (subventionierte) Leistungen, welche aus medizinischen Gründen im Sinne des Art. 41 Abs. 2 KVG in einem ausserkantonalen Spital beansprucht werden, keine Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons der versicherten Person besteht (BGE 126 V 438 Erw. 3, 121 III 224 ff. Erw. 1d/aa ["Teleologische Reduktion"]). Die Vorinstanz verneint dies, wenn im Einzelfall bei im Übrigen gegebenen tatbeständlichen Voraussetzungen "feststeht, dass sich die tarifari- sche Privilegierung der innerkantonalen Patienten sachlich mit kantonalen Subventionierungen begründen lässt". Der Beschwerde führende Kanton Solothurn stellt sich im Wesentlichen unter Berufung auf die Gesetzessystematik, die Botschaft sowie BGE 123 V 290 und 310 auf den gegenteiligen Standpunkt, dass lediglich die stationäre Behandlung Gegenstand der den Kantonen in Art. 41 Abs. 3 KVG auferlegten teilweisen Kostenübernahmepflicht ist.

aa) Für eine einschränkende Auslegung des Begriffes "Dienste" nach Art. 41 Abs. 3 KVG könnte vorab ins Feld geführt werden, dass es um Leistungen geht, welche in Spitälern erbracht werden. Diese dienen nach der gesetzlichen Umschreibung für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG). Dieses auch in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vorgetragene Argument greift insofern zu kurz, als es hier um öffentlich oder öffentlich subventio-

nierte Spitäler resp. vom zuständigen Gemeinwesen mitfinanzierte Leistungen geht. Diesem Aspekt kommt im Rahmen des Normzweckes, wie er sich insbesondere aus den Materialien ergibt (vgl. nachstehend Erw. 3b/bb), entscheidende Bedeutung zu. Es kommt dazu, dass mit ebenso gutem Grund, aber gegen ein dem Wortlaut derogierendes Begriffsverständnis von Dienste ins Feld geführt werden könnte, der Gesetzgeber hätte die stationäre Behandlung und nur diese Form der Leistungserbringung in Art. 41 Abs. 3 KVG erwähnt, wenn es seinem Willen entsprach. Dies muss umso mehr gelten, als er in den Absätzen 1 und 2 dieser
Vorschrift die Kostenübernahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für alle drei Behandlungsformen (ambulant, teilstationär und stationär) geregelt hat.
Umgekehrt kann daraus, dass in Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG zwischen ambulant einerseits und teilstationär oder stationär anderseits unterschieden wird, nicht gefolgert werden, ambulante Spitalleistungen, die ohne weiteres auch in einer Privatarztpraxis erbracht werden können, zählten nicht zu den Diensten im Sinne von Art. 41 Abs. 3 KVG. In jenen zwei Absätzen geht es um die Umschreibung des räumlichen Bereichs mit voller Kostenübernahmepflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die Höhe der Versicherungsdeckung bei Wahl eines Leistungserbringers ausserhalb dieses Gebietes, ohne dass ein medizinischer Grund gegeben ist (BGE 126 V 20 Erw. 3d). Demgegenüber sagt Art. 41 Abs. 3 KVG, dass bei Beanspruchung der Dienste eines ausserkantonalen Spitals der Wohnkanton der versicherten Person unter bestimmten Voraussetzungen einen Teil der in Rechnung gestellten Kosten zu übernehmen hat.

bb) Gemäss Botschaft soll die Regelung des Art. 41 Abs. 3 KVG (= Art. 35 Abs. 3 des Entwurfs) dem Lastenausgleich und der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen dienen. Durch Übernahme der Tarifdifferenz beteiligt sich der Wohnkanton der versicherten Person an der Finanzierung des betreffenden ausserkantonalen Spitals, dessen Dienste sie aus medizinischen Gründen beansprucht (BBl 1992 I 169). Es handelt sich dabei, wie an anderer Stelle unter Hinweis auf Art. 42 des Entwurfs (= Art. 49 KVG) ausgeführt wird, auch um eine Massnahme zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung im Sinne der Verlagerung der Kosten auf andere Träger, z.B. die Kantone. Es sollen dadurch andere, sozial stärker differenzierende Quellen als die Kopfprämien, insbesondere Steuergelder, zur Finanzierung der im Rahmen des KVG anfallenden, gerade im Bereich der stationären Krankenpflege hohen und auch in Zukunft steigenden Kosten herangezogen werden (BBl 1992 I 127). Diese grundsätzlichen Überlegungen waren in den vorberatenden Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des National- und Ständerates unbestritten und gaben auch in den parlamentarischen Beratungen zu keinen Diskussionen Anlass (vgl. Amtl. Bull. 1992 S 1307 ff., 1992 N 1857, 1993
S 1066).
Aus dieser Entstehungsgeschichte lässt sich entgegen dem Kanton Solothurn nichts Entscheidendes zu Gunsten eines den Wortsinn einengenden Verständnisses des Begriffs "Dienste" ableiten. Soweit in der Botschaft bei der Umschreibung der Zielsetzung des Art. 41 Abs. 3 KVG die stationäre Behandlung erwähnt wird, geht es im Zusammenhang lediglich um den Abrechnungsmodus bei dieser Form der Leistungserbringung, für welche das Gesetz in Art. 42 Abs. 1 und 2 des Entwurfs (= Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG) eine von den Kantonen nicht notwendigerweise zu wählende Variante vorsieht (vgl. BBl 1992 I 169 und 184). In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird schliesslich insoweit richtig darauf hingewiesen, dass an der gleichen Stelle in der Botschaft die Bedeutung der Ausgleichspflicht der Kantone nach Art. 41 Abs. 3 KVG (= Art. 35 Abs. 3 des Entwurfs) im Rahmen der Spitalplanung (Art. 33 des Entwurfs) erwähnt werde. Wörtlich wird u.a. ausgeführt: "Artikel 35 Absatz 3 liegt (...) auf der bereits in Artikel 33 vorgezeichneten Linie: Optimierung der Ressourcennutzung und Kosteneindämmung. Dies einerseits durch die Vermeidung der Schaffung unnötiger Kapazitäten und anderseits durch die koordinierte und bedarfsgerechte Bereitstellung und gemeinsame
Verwendung der effektiv benötigten Kapazitäten" (BBl 1992 I 169 unten). Dieser Konnex wird indessen dadurch, dass dem Wortsinn entsprechend unter dem Begriff Dienste alle im Spital erbrachten Leistungen verstanden werden, für welche eine allenfalls beschränkte Kostenübernahmepflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht, nicht gestört, zumal nicht mit Blick auf die u.a. mit dem medizinisch-technischen Fortschritt erklärbare Verlagerung vom stationären in den ambulanten Spitalbereich mit oder ohne Notwendigkeit eines teilstationären Aufenthalts. Die erwähnten Ziele der Koordination der Leistungserbringer, optimale Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten (vgl. BBl 1992 I 167 oben), haben im Übrigen durch den Nichteinbezug der teilstationären Einrichtungen in die Spitalplanung (Art. 39 Abs. 2 KVG), dies entgegen dem bundesrätlichen Entwurf (BBl 1992 I 166 und 267), ihre Bedeutung nicht verloren.

cc) Der Beschwerde führende Kanton Solothurn beruft sich schliesslich vergeblich auf die Urteile H. vom 16. Dezember 1997 (BGE 123 V 290) und M. vom 19. Dezember 1997 (BGE 123 V 310) zur Stützung seines Standpunktes, wonach mit Dienste im Sinne des Art. 41 Abs. 3 erster Satz KVG lediglich die stationären Behandlungen gemeint seien. Es trifft zwar zu, dass in diesen Entscheiden von der Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons bei stationärer oder teilstationärer Behandlung in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital die Rede ist (vgl. BGE 123 V 296 Erw. 3, 308 Erw. 8, 310 [Regest]sowie 324 Erw. 6c). Der Grund hiefür liegt vorab darin, dass es in beiden Fällen um eine stationäre Behandlung ging. Dabei erübrigte es sich, weil evident, ausdrücklich festzustellen, dass eine im stationären Rahmen erbrachte Leistung zu den Diensten des betreffenden ausserkantonalen Spitals nach Art. 41 Abs. 3 KVG zählt. Wenn im Besonderen in Erw. 3b/aa des Urteils H. bei der Umschreibung der Zielsetzung der Norm unter Hinweis auf Amtl. Bull. 1992 S 1308 die stationären Behandlungen erwähnt werden, handelt es sich hiebei nicht um die wortgetreue, sondern um eine gleichsam fallbezogene Wiedergabe der betreffenden Voten.
Im Weitern ging es in den erwähnten Urteilen um ganz andere Fragestellungen, nämlich ob die Ausgleichspflicht auch besteht, wenn die versicherte Person in der halbprivaten oder privaten Abteilung untergebracht ist und wie es sich damit bei Inanspruchnahme eines zwar zugelassenen, aber nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals verhält. Ob, was hier zu beurteilen ist, (auch) ambulante Spitalleistungen Gegenstand der Differenzzahlungspflicht bilden, war nicht zu prüfen. Die Tatsache, dass in jenen Entscheiden von stationärer oder teilstationärer Behandlung gesprochen wird und nicht auf Grund der Fallkonstellation bloss von der stationären, ist im Übrigen darauf zurückzuführen, dass in Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG dieses Begriffspaar der ambulanten Behandlung gegenüber gestellt wird (vgl. BGE 123 V 294 und 313, je Erw. 1a). Dies ist indessen, wie gezeigt, für die Auslegung des Terminus Dienste im Sinne von Abs. 3 dieser Bestimmung nicht von ausschlag- gebender Bedeutung. Wenn endlich in BGE 123 V 308 Erw. 8 gesagt wird, Art. 41 Abs. 3 KVG regle abschliessend die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons bei stationärer oder teilstationärer Behandlung in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten
Spital, geht es im Zusammenhang um das Verhältnis kantonaler Vorschriften nämlichen Inhalts im Hinblick auf deren Überprüfbarkeit im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

c) Nach dem Gesagten besteht kein Anlass für eine den Wortsinn einschränkende Auslegung des Begriffs der Dienste im Sinne des Art. 41 Abs. 3 erster Satz KVG. Darunter fallen daher grundsätzlich alle im betreffenden ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital erbrachten Leistungen ungeachtet der Form der Behandlung (stationär, teilstationär, ambulant) einschliesslich eines allfälligen Aufenthalts, für welche als Folge der Kostenbeteiligung des zuständigen Gemeinwesens nach Kantonszugehörigkeit differenzierende Tarife bestehen.

4.- Der Kanton Solothurn ist somit nach Art. 41 Abs. 3 KVG zur Zahlung der Differenz zwischen den von der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad für die notfallmässige ambulante Behandlung von H._____ am 30. Januar 1996 in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen für Einwohner des Kantons Wallis von Fr. 73.80 verpflichtet. Der in diesem Sinne lautende Entscheid des kantonalen Versicherungsgerichts ist rechtens.

5.- Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Nach der Praxis ist der unterliegende Kanton von der Bezahlung der Gerichtskosten befreit (Art. 156 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG; BGE 123 V 309 Erw. 9).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

I.Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

II.Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

III. Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Solothurn, dem Bundesamt für Sozialversicherung und H._____ zugestellt.

Luzern, 10. Dezember 2001

Im Namen des
Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der I. Kammer:

Der Gerichtsschreiber: