Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 34/02

Urteil vom 12. Februar 2004
I. Kammer

Besetzung
Präsident Borella, Bundesrichter Ferrari, Meyer, Schön und Ursprung; Gerichtsschreiber Fessler

Parteien
K._____, Beschwerdeführer, vertreten durch Advokat Friedrich Schwab, Renggenweg 1, 4450 Sissach,

gegen

ASSURA Kranken- und Unfallversicherung, Mettlenwaldweg 17, 3037 Herrenschwanden, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Liestal

(Entscheid vom 27. August 2001)

Sachverhalt:
A.
Der in Q._____ wohnhafte K._____ unterzog sich im Juni 2000 in der Klinik X._____ einer Tumor-Operation am Kopf. Für die Behandlung und den stationären Aufenthalt vom 19. bis 26. Juni 2000 stellte die Praxis-Klinik X._____ AG Rechnung in der Höhe von Fr. 11'700.- (8 x Fr. 900.- [Tagestaxe]+ Fr. 4500.- [Aufpreis Privatabteilung]).
Die Klinik X._____ figurierte auf der Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft mit dem Vermerk «Ausschliesslich Halbprivat- und Privatabteilung. Zulassung ohne Leistungsauftrag».
Am 28. Juli 2000 teilte der Krankenversicherer von K._____, die ASSURA Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: Assura), der Praxis-Klinik X._____ AG mit, sie übernehme von den Kosten von Fr. 7200.- für den Spitalaufenthalt vom 19. bis 26. Juni 2000 einen «Sockelbeitrag gemäss KVG» von Fr. 312.- pro Tag. Diese Summe entsprach der nach Pflegetagen gemittelten Durchschnittstaxe der Kantonsspitäler Laufen, Liestal und Bruderholz gemäss Protokoll des Regierungsrates des Kantons Basel-Landschaft vom 9. Juni 1998. Daraufhin ersuchte K._____ mit Schreiben vom 15. September 2000 die Assura um Rückerstattung der gesamten Fr. 7200.- entsprechend der Tagestaxe der Praxis-Klinik Y._____.
Die in Q._____ gelegene Klinik Y._____ ist auf der gemeinsamen Spitalliste beider Basel für somatische Akutmedizin mit dem Leistungsauftrag Chirurgie (und Gynäkologie) im Rahmen der Grundversorgung sowie einem Planbettenbestand von 43 Betten über alle Versicherungsklassen. Ihre Tagespauschale für die allgemeine Abteilung beträgt Fr. 915.-.
Mit Verfügung vom 27. September 2000 sprach die Assura K._____ für Behandlung und Aufenthalt in der Klinik X._____ im Juni 2000 einen Sockelbeitrag von Fr. 312.- im Tag zu. Daran hielt der Krankenversicherer mit Einspracheentscheid vom 17. November 2000 fest.
B.

Die von K._____ hiegegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Basel-Landschaft (heute: Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht) nach Vernehmlassung der Assura und nach Durchführung einer Parteiverhandlung mit Entscheid vom 27. August 2001 ab.
C.
K._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem hauptsächlichen Rechtsbegehren, es sei der kantonale Gerichtsentscheid aufzuheben und die Assura sei zu verpflichten, für den Aufenthalt in der Klinik X._____ vom 19. bis 26. Juni 2000 den Betrag von Fr. 900.- pro Tag rückzuerstatten.
Der Präsident des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, weist in seiner Vernehmlassung den Vorwurf in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zurück, der Entscheid sei wesentlich von «politischen Überlegungen» geprägt. Assura und Bundesamt für Sozialversicherung als Aufsichtsbehörde (seit 1. Januar 2004: Bundesamt für Gesundheit) beantragen die Abweisung des Rechtsmittels.
D.
Der Rechtsvertreter von K._____ hat zu den Eingaben der Assura und des Bundesamtes Stellung genommen. Diese haben sich hiezu nicht vernehmen lassen.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Auf die nicht weiter begründete Rüge in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, der angefochtene Entscheid sei «wesentlich geprägt durch 'politische Überlegungen'», ist, weil sachfremd, nicht einzugehen.
2.
Das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist nicht anwendbar (BGE 129 V 4 Erw. 2.1).
3.
3.1 Mit Beschluss des Regierungsrates des Kantons Basel-Landschaft vom 1. Februar 2000 wurde die Klinik X._____, beschränkt auf die Halbprivat- und Privatabteilung sowie ohne Leistungsauftrag, in die kantonale Spitalliste aufgenommen. Auf die vom Kantonalverband Basellandschaftlicher Krankenversicherer hiegegen erhobene Verwaltungsbeschwerde trat der Bundesrat mit Entscheid vom 28. Juni 2000 nicht ein. Soweit mit dem Rechtsmittel die Revision seines Entscheides vom 23. Juni 1999 betreffend die gemeinsame Spitalliste beider Basel für somatische Akutmedizin beantragt wurde, wies er das Begehren ab.
3.2 In seinem Entscheid vom 23. Juni 1999 stellte der Bundesrat fest, die gemeinsame Spitalliste beider Basel für somatische Akutmedizin stelle eine integrale Liste dar. Die darin figurierenden Spitäler seien unterschiedslos mit allen Abteilungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen. Die Liste enthalte Gesamtbettenzahlen für die einzelnen Institutionen, ohne dass zwischen Betten der Allgemeinen Abteilung auf der einen und der Halbprivat- und der Privatabteilung auf der anderen Seite unterschieden werde. Nach dem vom KVG vorgegebenen Zulassungssystem habe die Klinik X._____ einen Rechtsanspruch auf Aufnahme ihrer Halbprivat- und Privatabteilung in die Spitalliste des Standortkantons Basel-Landschaft, sofern die Infrastruktur- und Dienstleistungsvoraussetzungen gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG erfüllt seien. Hingegen sei nicht erforderlich, das Leistungsangebot auf der Liste zu umschreiben, noch habe der Kanton den Abteilungen Betten zuzuteilen (vgl. Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG). Nach Aufnahme der Halbprivat- und Privatabteilung der Klinik X._____ in die kantonale Spitalliste oder in die gemeinsame Liste beider Basel sei für die dort in Anspruch genommenen Leistungen der
Sockelbeitrag aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geschuldet.
4.
4.1 Es steht zu Recht ausser Frage, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf einen Beitrag aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kosten für die stationäre Behandlung und den Aufenthalt in der Klinik X._____ im Juni 2000 hat. Die Klinik ist auf der Spitalliste des Standortkantons Basel-Landschaft aufgeführt (vgl. BGE 127 V 405 Erw. 2b/cc; vgl. auch RKUV 2001 Nr. KV 181 S. 423 Erw. 2.1, 1998 Nr. KV 54 S. 540 Erw. 3.2.3).
4.2 Umstritten ist der anwendbare Tarif zur Bemessung des Sockelbeitrages.
Nach Auffassung des kantonalen Gerichts und auch der Assura sowie des Bundesamtes ist der Referenztarif aus dem Durchschnitt der Tarife für die allgemeine Abteilung der kantonalen Spitäler Liestal, Bruderholz und Laufen zu ermitteln. Daraus ergibt sich eine nach Pflegetagen gemittelte Durchschnittstaxe von Fr. 312.- pro Tag. Dieser Referenztarif wurde am 9. Juni 1998 vom basellandschaftlichen Regierungsrat festgesetzt.

Demgegenüber will der Beschwerdeführer den Sockelbeitrag nach dem Tarif für die allgemeine Abteilung der Klinik Y._____ bemessen haben. Das ergäbe eine Kostenvergütung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von Fr. 915.- pro Tag. Zur Begründung lässt er u.a. ausführen, die Klinik X._____ sei eine Privatklinik und daher von der Kostenstruktur her einzig mit der Klinik Y._____ vergleichbar. Der Tarif für die allgemeine Abteilung dieses Spitals entsprechend einer Tagestaxe von Fr. 915.- sei vom Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft genehmigt worden.
Sowohl die kantonalen Spitäler Liestal, Bruderholz und Laufen als auch die Klinik Y._____ figurieren auf der gemeinsamen Spitalliste beider Basel für somatische Akutmedizin u.a. mit dem Leistungsauftrag Chirurgie.
5.
5.1 Von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ganz oder teilweise zu vergütende Leistungen sind grundsätzlich in dem hiefür vorgesehenen Verfahren zu tarifieren (Art. 43 ff. KVG). Das gilt auch für die stationäre Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 49 Abs. 1 erster Satz KVG; BGE 125 V 103 Erw. 3.1; RKUV 1999 Nr. KV 83 S. 353 Erw. 4.1).
5.2 Ist die Halbprivat- oder Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen und fehlt eine tarifvertragliche oder tarifbehördliche Regelung, haben die rechtsanwendenden Organe und Gerichtsbehörden für die Bestimmung des Umfangs des Vergütungsanspruchs einen Referenztarif festzulegen (RKUV 2001 Nr. KV 181 S. 427 ff. Erw. 3.2.3 und 4 mit Hinweis auf BGE 123 V 304 Erw. 6b/dd und 125 V 101 Erw. 2). Dabei haben sie diejenige Tarifordnung heranzuziehen, welche im Standortkanton für vergleichbare Spitäler gilt, deren allgemeine Abteilungen als Leistungserbringer im krankenversicherungsrechtlichen Sinne zugelassen sind.

Das Kriterium der Vergleichbarkeit für die Bestimmung des Referenztarifes bezieht sich nicht auf die Kostenstruktur des Spitals in Bezug auf die Halbprivat- und Privatabteilung. Vielmehr kommt es darauf an, ob die fragliche der diagnostischen oder therapeutischen Behandlung einer Krankheit dienende Leistung angeboten wird. Ob das Spital auch über eine allgemeine Abteilung verfügt und diese ebenfalls zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist, spielt keine Rolle (RKUV a.a.O. S. 429 Erw. 3.2.5).
6.
6.1 Wäre die im Juni 2000 in der Klinik X._____ beim Beschwerdeführer vorgenommene Tumor-Operation auch in der Klinik Y._____ grundsätzlich möglich gewesen, spräche an sich nichts gegen die Anwendung des Tarifs für die allgemeine Abteilung dieses Privatspitals oder zumindest dessen Mitberücksichtigung bei der Bestimmung des Referenztarifs. Der Tarif für die Klinik Y._____ für die Bemessung des Sockelbeitrages fiele nicht schon deshalb ausser Betracht, weil die Klinik X._____ keine allgemeine Abteilung führt, welche zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist.
Schliesslich stünde einer Anwendbarkeit des Tarifs für die Klinik Y._____ der Umstand nicht von vornherein entgegen, dass als Folge der Subventionierung durch die öffentliche Hand (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG und BGE 123 V 319 f. Erw. 4c) die Tarife für die allgemeine Abteilung der drei kantonalen Spitäler Liestal, Laufen und Bruderholz bedeutend niedriger sind.
6.2
6.2.1 Hingegen fällt die Anwendung des Tarifs für die allgemeine Abteilung der Klinik Y._____ als Referenztarif für die Bemessung des Sockelbeitrages aus einem anderen Grund ausser Betracht. Entscheidend ist, dass die Klinik X._____ nicht auf der gemeinsamen Spitalliste für somatische Akutmedizin beider Basel figuriert. Diese Liste enthält alle Spitäler und Kliniken, welche für die Durchführung von chirurgischen Eingriffen, wie sie die Tumor-Operation im Juni 2000 darstellt, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind. Die Klinik X._____ befindet sich zwar auf der Spitalliste des Standortkantons Basel-Landschaft. Sie gilt somit als Leistungserbringer im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes. Sie hat indessen keinen Leistungsauftrag im Rahmen der Grundversorgung und ihr ist im Rahmen der Spitalplanung kein Bett zugeteilt worden. Die Klinik X._____ ist zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, im Unterschied zur Klinik Y._____ indessen nur mit der Halbprivat- und Privatabteilung. Insofern lassen sich die beiden Kliniken nicht vergleichen, wie die Vorinstanz zutreffend festhält. Volle Deckung der Kosten für Behandlung und Aufenthalt in der Klinik
X._____ setzt eine entsprechende Zusatzversicherung voraus.
Als Referenztarif den Tarif für die allgemeine Abteilung der Klinik Y._____ zu nehmen, bedeutete faktisch

eine Umgehung der Spitalplanung. Die mit der gemeinsamen Spitalliste beider Basel für somatische Akutmedizin bezweckte Beschränkung der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Bereich der Chirurgie tätigen stationären Leistungserbringer würde vereitelt.
6.2.2 Wird eine bestimmte Leistung auch in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern angeboten, nimmt die versicherte Person aber gleichwohl die Dienste eines Privatspitals in Anspruch, hat für allfällige höhere Kosten grundsätzlich nicht die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufzukommen. Im vorliegenden Fall sind keine Umstände gegeben, welche ein Abweichen von dieser Regel rechtfertigten. Wie das Bundesamt richtig festhält, hatte der Versicherte sich für die Klinik X._____ entschieden, weil er von dem dort tätigen Belegarzt Prof. Dr. med. S._____ operiert werden wollte. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird ausgeführt, es sei um einen schwierigen, grösstes Geschick erfordernden Eingriff gegangen. Prof. Dr. med. S._____ sei dem Beschwerdeführer als regionale Kapazität für solche Operationen empfohlen worden. Sein Vertrauen in diesen Facharzt sei nicht enttäuscht worden. Der bisherige Verlauf sei ausgesprochen gut. Dass die Tumor-Operation an keinem anderen Spital auf der gemeinsamen Liste für somatische Akutmedizin beider Basel «lege artis» und mit der gleichen Erfolgswahrscheinlichkeit hätte durchgeführt werden können, wird nicht geltend gemacht und ist auch nicht anzunehmen. Mit Prof. Dr. med.
S._____ als «Arzt der Wahl» hat daher der Beschwerdeführer mit den Worten des Bundesamtes «eine Leistung bezogen, die klar über das hinausgeht, was nach KVG versichert ist».
6.3 Der nach dem Gesagten anwendbare Referenztarif (Durchschnitt der Tarife für die allgemeine Abteilung der kantonalen Spitäler Liestal, Bruderholz und Laufen) entsprechend einer Tagespauschale von Fr. 312.- ist in masslicher Hinsicht nicht angefochten.
6.4 Der kantonale Entscheid ist somit rechtens.
Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zugestellt.
Luzern, 12. Februar 2004

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der I. Kammer: Der Gerichtsschreiber:
i.V.