[AZA 7]
K 203/98 Vr

I. Kammer

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

Urteil vom 21. Dezember 2001

in Sachen

Helsana Versicherungen AG, Recht Deutsche Schweiz, Birmensdorferstrasse 94, 8003 Zürich, Beschwerdeführerin,

gegen

Kanton Obwalden, 6060 Sarnen, Beschwerdegegner, vertreten durch das Gesundheits- und Sozialdepartement Obwalden, Dorfplatz 4, 6060 Sarnen,
und

Verwaltungsgericht des Kantons Obwalden, Sarnen,
betreffend R._____

A.- Die im Kanton Obwalden wohnhafte R._____ wurde in der Zeit vom 17. Februar bis 11. April 1997 an verschiedenen Tagen in der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik des Kantonsspitals Luzern behandelt. Am 24. März und 1. April wurden im Bereich der Ohren zwei operative Eingriffe unter lokaler Anästhesie durchgeführt. Die Behandlung vom 17. Februar diente der Untersuchung und damit der Vorbereitung der Operationen, jene vom 7. und 11. April der Nachbehandlung und Kontrolle. Die Helsana Versicherungen AG, bei welcher R._____ u.a. obligatorisch krankenpflegeversichert war, übernahm die nach dem Tarif für ausserkantonale Patienten (Taxpunktwert für ambulante Behandlungen: Fr. 4.95) bemessenen Kosten von Fr. 4034. 50. Mit Schreiben vom 30. Mai 1997 ersuchte die Helsana das Gesundheits- und Sozialamt des Kantons Obwalden um Rückerstattung der Differenz zwischen den fakturierten Kosten und den Tarifen für Einwohner des Kantons Luzern (Taxpunkt- wert für ambulante Behandlungen: Fr. 3.25) in der Höhe von Fr. 1331. 15. Mit Entscheid vom 12. August 1997 lehnte das Gewerbe- und Fürsorgedepartement des Kantons Obwalden das Begehren u.a. mit der Begründung ab, das Gesetz sehe bei ambulanten Behandlungen keine Kostenbeteiligung des Wohnkantons der versicherten Person vor.

B.- Die Helsana reichte beim Verwaltungsgericht des Kantons Obwalden Beschwerde ein und beantragte, der Kanton Obwalden sei zu verpflichten, ihr "die medizinisch bedingten Mehrkosten in der Höhe von Fr. 1331. 15 (...) zurückzuerstatten". Nach Vernehmlassung des Gewerbe- und Fürsorgedepartementes und nachdem die Parteien zur Frage, ob die Behandlung von R._____ eine ambulante oder eine teilstationäre sei, Stellung genommen hatten, erliess das angerufene Gericht am 17. November 1998 folgenden Entscheid:
"1.Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und der Einspracheentscheid (...) vom 12. August 1997 aufgehoben.
2.Der Kanton Obwalden hat gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG bezüglich der am 24. März und am 1. April 1997 bei R._____ vorgenommenen teilstationären Behandlungen im Kantonsspital Luzern den Differenzbetrag für ausserkantonale Patienten zu übernehmen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
3.Die Sache wird im Sinne der Erwägungen zum Entscheid über den vom Kanton zu bezahlenden Betrag an die Vorinstanz zurückgewiesen.
(...)."

C.- Die Helsana führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem sinngemässen Rechtsbegehren, der kantonale

Gerichtsentscheid sei aufzuheben, soweit er die Beschwerde abweise, und der Kanton Obwalden zur Rückerstattung von Fr. 1331. 15 zu verpflichten.
Der Kanton Obwalden, vertreten durch das Gewerbe- und Fürsorgedepartement, sowie das Bundesamt für Sozialversicherung beantragen die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.- Streitgegenstand bildet die Differenzzahlungspflicht des Kantons Obwalden nach Art. 41 Abs. 3 KVG für die Behandlung seiner Einwohnerin R._____ in der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik des Kantonsspitals Luzern im Zeitraum vom 17. Februar bis 11. April 1997.

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 zulasten 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). 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 hochstehende 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 zulasten 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 Behandlung 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).
Nach der Umschreibung in dem im angefochtenen Entscheid erwähnten bundesamtlichen Entwurf vom März 1998 für eine Verordnung über die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen in der Krankenversicherung (VKL) erfolgt die Abgrenzung zwischen teilstationär und ambulant danach, ob eine an die Behandlung anschliessende Überwachung und Pflege sowie eine Spitalinfrastruktur notwendig sind. Trifft beides zu, liegt ein teilstationärer Aufenthalt vor. In der Botschaft vom 6. November 1991 wird im Übrigen der bewusste Verzicht auf eine gesetzliche Umschreibung der Begriffe 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.
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 danach alle Behandlungen im Spital, die einen weniger als 24 Stunden dauernden (partiellen [BBl a.a.O. 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 oder öffentlichsubventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen 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) Das kantonale Gericht hat die streitige Differenzzahlungspflicht des Kantons Obwalden für die Behandlung von R._____ im Kantonsspital Luzern in Bezug auf die operativen Eingriffe (Exzision eines Gewächses im Ohrbereich unter lokaler Anästhesie mit plastischer Hautdeckung) am 24. März und 1. April 1997 bejaht, für den am gleichen Ort vorgenommenen (Vor-)Untersuch vom 17. Februar 1997 sowie die Nachbehandlung und Kontrolle vom 7. und 11. April 1997 dagegen verneint. Zur Begründung führt die Vorinstanz an, gemäss Beurteilung des dem Gericht angehörenden Arztes hätten die Behandlungen vom 24. März und 1. April 1997 schätzungsweise maximal zwei resp. vier Stunden betragen, wobei die Benützung eines Operationssaales notwendig gewesen sei. Sodann könne davon ausgegangen werden, dass die Patientin für ein bis zwei Stunden ein Spitalbett benutzt und der kurzen Überwachung und Pflege bedurft habe. Am 24. März und 1. April 1997 seien somit teilstationäre Behandlungen vorgenommen worden, sodass nach der Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 290 und 310 insoweit die Differenzzahlungspflicht des Kantons Obwalden nach Art. 41 Abs. 3 KVG gegeben sei. Anders verhalte es sich in Bezug auf die Untersuchung vom 17. Februar 1997 sowie die Nachbehandlung und Kontrolle vom 7. und 11. April 1997. Bei diesen drei Konsultationen sei die Spitalinfrastruktur nicht in Anspruch genommen, insbesondere kein Spitalbett benutzt worden, und es sei auch keine Überwachung und Pflege erforderlich gewesen. Es handle sich somit um ambulante Behandlungen, bei welchen die Ausgleichspflicht des Wohnkantons gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG nicht zum Zuge komme. Denn unter den Begriff der Dienste im Sinne dieser Bestimmung fielen lediglich stationäre und teilstationäre Behandlungen. Für diese Interpretation sprächen neben den Materialien die Gesetzessystematik und auch die Rechtsprechung. Demgegenüber ergibt sich nach Auffassung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde führenden Helsana aus dem klaren Wortlaut sowie dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung, dass der Wohnkanton auch bei ambulanter Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital die "Tarifdifferenz für Kantonseinwohner und für ausserkantonale Patienten" zu übernehmen habe. Entscheidend sei mithin lediglich, dass die Dienste aus medizinischen Gründen beansprucht würden.
Den grundsätzlich gleichen Standpunkt wie die Vorinstanz vertritt auch das Bundesamt. Dabei weist die Aufsichtsbehörde in ihrer Vernehmlassung u.a. auf die Schwierigkeit der Zuordnung der teilstationären Behandlung zum ambulanten oder stationären Spitalbereich hin. Stelle Art. 41 Abs. 1 dritter Satz KVG die teilstationäre und die stationäre Behandlung einander gleich, werde tarifrechtlich unterschieden zwischen stationärer Behandlung einschliesslich Aufenthalt einerseits sowie ambulanter Behandlung und teilstationärem Aufenthalt anderseits (Art. 49 Abs. 1 erster Satz und Abs. 5 KVG). Damit korrespondiere die fehlende Planungspflicht in Bezug auf teilstationäre Einrichtungen (vgl. Art. 39 Abs. 2 KVG) sowie die fehlende Subventionierungspflicht der öffentlichen Hand im ambulanten und teilstationären Bereich (Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG e contrario in Verbindung mit Art. 49 Abs. 5 KVG). Diese fehlende Mitfinanzierungspflicht lasse im Übrigen nach Kantonszugehörigkeit differenzierende Tarife bei ambulanten und teilstationären Leistungen in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital als systemwidrig erscheinen.

b) aa) Vorab ist festzustellen, dass die Frage der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons der versicherten Person, welche aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals beansprucht, sich nur stellt, wenn und soweit die "in Rechnung gestellten Kosten" höher sind als die Tarife für die Einwohner des Standortkantons. Andernfalls gibt es nichts zum Ausgleichen (vgl. BGE 125 V 453 Erw. 3a am Ende, 123 V 320 Erw. 4d). In diesem Zusammenhang hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in Erw. 3a/aa des zur Publikation in BGE 127 V vorgesehenen Urteils vom 10. Dezember 2001 in Sachen Kanton Solothurn gegen Krankenkasse KPT betreffend H. entschieden, 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 (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 (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.

bb) 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]). Dies schliesst indessen 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 das Eidgenössische Versicherungsgericht in Erw. 3a/bb des erwähnten Urteils festhält, 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).

c) Nach dem Gesagten ist weiter 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. Dazu hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in Erw. 3b des Urteils vom 10. Dezember 2001 in Sachen Kanton Solothurn gegen Krankenkasse KPT (K 81/98) Folgendes erwogen: "(...) Vom Wortlaut her ist dies zu bejahen, indem unter Dienste alle im betreffenden (ausserkantonalen) Spital erbrachten Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheitdienen(Art. 25Abs. 1KVG), 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 desWohnkantons der versicherten Person besteht (BGE 126 V 438 Erw. 3, 121 III 224 ff. Erw. 1d/aa ["Teleologische Reduktion"]). (...)

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 zulasten 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 subventionierte 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 (...) nichts Entscheidendes zu Gunsten eines den Wortsinn einengenden Verständnisses vom Begriff "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 beschwerdeführende 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 a.a.O. S. 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 aufgrund 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.

d) 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.

e) Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich für den hier zu beurteilenden Fall, dass die gesamte Behandlung von R._____ in der Zeit vom 17. Februar bis 11. April 1997 im Kantonsspital Luzern unter den Begriff der Dienste des betreffenden ausserkantonalen Spitals im Sinne von Art. 41 Abs. 3 erster Satz KVG fällt. Da weiter davon auszugehen ist, dass der verschieden hohe Taxpunktwert für eine Einheit ambulanter Spitalleistung (Fr. 3.25 für Versicherte aus dem Kanton Luzern, Fr. 4.95 für Einwohner aus andern Kantonen, u.a. Obwalden) auf einer entsprechenden Subventionierung durch den Spitalkanton beruht, kann sich einzig fragen, ob ein medizinischer Grund gegeben ist. Dies ist zu bejahen. Aufgrund der Akten steht fest, dass die operativen Eingriffe (Exzision eines Gewächses im Ohrbereich unter lokaler Anästhesie mit plastischer Hautdeckung) nicht im Kantonsspital Obwalden hätten vorgenommen werden können. Da die Voruntersuchung sowie die Nachbehandlung und Kontrolle als notwendige Bestandteile der Operationen zu betrachten sind, waren auch sie medizinisch begründet (vgl. BGE 127 V 145 Erw. 4c/cc am Ende), ohne dass zu prüfen wäre, ob jede dieser Leistungen, für sich allein betrachtet, eine ambulante Behandlung im Sinne von Art.
41 Abs. 1 und 2 KVG darstellt.

Der Kanton Obwalden ist somit nach Art. 41 Abs. 3 KVG zur Zahlung der Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen für Einwohner des Kantons Luzern von insgesamt Fr. 1331.15 verpflichtet.

4.- 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.In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Obwalden vom 17. November 1998, soweit angefochten, aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Kanton Obwalden der Helsana Versicherungen AG Fr. 1331.15 zu bezahlen hat.

II.Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

III.Der Helsana Versicherungen AG wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.- rückerstattet.

IV.Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Obwalden, dem Bundesamt für Sozialversicherung und R._____ zugestellt.

Luzern, 21. Dezember 2001

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

Der Gerichtsschreiber: