Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 156/05

Urteil vom 30. März 2006
III. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Meyer und Seiler; Gerichtsschreiber Schmutz

Parteien
Helsana Versicherungen AG, Tarifrecht, Birmensdorferstrasse 94, 8024 Zürich, Beschwerdeführerin,

gegen

Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft, Rechtsdienst, Regierungsgebäude, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal, Beschwerdegegner

Vorinstanz
Kantonsgericht Basel-Landschaft, Liestal

(Entscheid vom 13. Juli 2005)

Sachverhalt:
A.
M._____, wohnhaft im Kanton Basel-Landschaft, war bei der Helsana Versicherungen AG gesetzlich für Krankenpflege und bei der Helsana Zusatzversicherungen AG vertraglich für Spitalaufenthalt allgemeine Abteilung ganze Schweiz versichert. Vom 26. Juli bis 12. August 2002 hielt sie sich zur stationären Behandlung in der allgemeinen Abteilung des Spitals X._____ auf. Am 26. August 2002 stellte das Spital der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) Kosten für Aufenthalt und Behandlung in Höhe von insgesamt Fr. 22'194.75 in Rechnung, welche diese in der Folge bezahlte. Mit Eingabe vom 6. März 2003 an die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft machte die Helsana geltend, dass der Kanton Basel-Landschaft den von ihr vorgeleisteten kantonalen Sockelbeitrag in der Höhe von Fr. 5248.- zurückzuerstatten habe. Die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion gab diesem Begehren mit Verfügung vom 3. Februar 2004 nicht statt. Die beim Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft eingereichte Beschwerde wies dieser mit Beschluss vom 17. August 2004 ab.
B.
Mit Entscheid vom 13. Juli 2005 wies das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht, die von der Helsana gegen den Regierungsratsbeschluss erhobene Beschwerde ab.
C.
Die Helsana führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Sie beantragt, der vorinstanzliche Entscheid sei aufzuheben; der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft sei zu verpflichten, ihr Fr. 5248.- zu bezahlen.

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft und das Bundesamt für Gesundheit beantragen Abweisung der Beschwerde.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
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. 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.
2.
Die Kostenübernahme bei stationärer Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist in Art. 41 KVG geregelt. Danach können die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer muss die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Abs. 1 dritter Satz). Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt (Abs. 2). Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG aufgeführten ausserkantonalen Spital nicht angeboten werden (Abs. 2 lit. b). Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten 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 (Abs. 3 erster Satz; Ausgleichs-
oder Differenzzahlungspflicht: BGE 130 V 218, 123 V 290 und 310).
3.
Streitig und zu prüfen ist allein, ob aus der Hospitalisierung vom 26. Juli bis 12. August 2002 der bei der Helsana obligatorisch für Krankenpflege versicherten M._____ in der allgemeinen Abteilung des baselstädtischen Spitals X._____ dem Wohnkanton Basel-Landschaft die Pflicht zur Zahlung eines Beitrages in Höhe von Fr. 5248.- an die der Helsana in Rechnung gestellten Gesamtkosten von Fr. 22'194.75 erwächst.

4.
4.1 Die Helsana bringt vor, das ausserhalb des Wohnkantons der Versicherten befindliche Spital X._____ sei auf der gemeinsamen Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft aufgeführt und werde vom Kanton Basel-Landschaft subventioniert. Darum sei es hinsichtlich der Pflicht des Kantons zur Tragung eines Kostenanteils (dem sog. Sockelbeitrag) den innerkantonalen Kliniken gleichgestellt. Art. 49 Abs. 1 KVG sehe keine Einschränkung des Geltungsbereichs dieses Gesetzesartikels auf öffentliche oder öffentlich subventionierte Leistungserbringer des Wohnsitzkantons vor. Subventioniert durch den Kanton Basel-Landschaft sei das Spital X._____ deshalb, weil sich dieser in dem mit dem Spital abgeschlossenen Vertrag über die Hospitalisation von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung (Spitalvertrag) verpflichtet habe, dem Spital für die Hospitalisation spitalbedürftiger und ausschliesslich KVG-grundversicherter Personen in der allgemeinen Abteilung einen Kantonsbeitrag auszurichten. Dieser habe im Jahr 2002 Fr. 328.- pro Pflegetag betragen. Im Falle der Versicherten M._____ verweigere der Kanton die Ausrichtung seines Beitrages, weil diese über eine Zusatzversicherung für Spitalaufenthalt allgemeine
Abteilung ganze Schweiz verfüge. Die Ablehnung stehe im Widerspruch zur Rechtsprechung (BGE 127 V 422 ff., 123 V 290 ff.) und verstosse gegen zwingendes Bundesrecht (Art. 41 Abs. 3 und 49 Abs. 1 KVG). Die vertraglich vereinbarte Beschränkung der kantonalen Beitragspflicht auf ausschliesslich grundversicherte Personen sei nichtig, weshalb der Kanton ihr für die sechzehn Spitaltage die von ihr vorgeleistete Kantonsbeteiligung von täglich Fr. 328.-, insgesamt Fr. 5248.-, zu erstatten habe.
4.2 Seitens des Kantons hält der Regierungsrat dafür, mit den beiden von der Helsana zitierten Urteilen habe das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass zusatzversicherte Personen gestützt auf das KVG in zwei Fällen Anspruch auf einen Beitrag des Wohnkantons an die Kosten einer Hospitalisation hätten, nämlich bei einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG und bei der Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Wohnkantons nach Art. 49 Abs. 1 KVG. In allen anderen Fällen bestehe kein Anspruch auf einen Beitrag des Wohnkantons gestützt auf das

KVG, so insbesondere nicht bei einer nicht aus medizinischen Gründen durchgeführten Behandlung im ausserkantonalen Spital. In BGE 130 V 479 ff. sei bei einer Hospitalisation in der allgemeinen Abteilung einer auf der Spitalliste aufgeführten Privatklinik des Wohnkantons der Anspruch auf einen kantonalen Sockelbeitrag in Höhe der beim Aufenthalt in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals zu übernehmenden Kosten ausdrücklich verneint worden. Das Spital X._____ sei auf der gemeinsamen Spitalliste für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft als Institution mit privater
Rechtsträgerschaft aufgeführt. Es habe im Jahr 2002 mit einem beschränkten Leistungsauftrag des Kantons Basel-Landschaft für die Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne Zusatzversicherung auf der Spitalliste figuriert. Zusätzlich sei es mengenmässig limitiert gewesen. Die mengen- und betragsmässig begrenzte Kostenbeteiligung des Kantons sei keineswegs vergleichbar mit einer Subventionierung des allgemeinen Spitalbetriebs. Zuvor habe in der Region Basel lange Jahre freie Spitalwahl bestanden, was bei der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft zu einer Verankerung der baselstädtischen Spitäler geführt habe. Es sei nicht möglich gewesen, diese Freizügigkeit ohne Übergangsfrist aufzuheben. Der strittige Spitalvertrag habe jedoch vorgesehen, dass der Kanton Basel-Landschaft in einer zweijährigen Übergangsphase nur noch dort für die Kosten der Freizügigkeit einstehe, wo diese nicht durch eine Zusatzversicherung abgegolten würden.
4.3 Für das kantonale Gericht ist der Kanton Basel-Landschaft weder auf Grund des KVG noch gestützt auf den zum 31. Dezember 2002 aufgelösten Spitalvertrag verpflichtet, die vom Spital in Rechnung gestellten Kosten für die nicht medizinisch indizierte ausserkantonale Behandlung von M._____ mitzutragen.
4.4 Auch das Bundesamt für Gesundheit legt dar, dass für die ausserkantonale Hospitalisation keine medizinischen Gründe vorgelegen hätten. Gestützt auf die regierungsrätliche Stellungnahme sei davon auszugehen, dass der Kanton Basel-Landschaft das Spital X._____ nicht mitfinanziert habe. Die Klinik habe deshalb nicht im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG als öffentliches oder öffentlich subventioniertes Spital zu gelten. Aus den genannten Gründen habe der Kanton nicht nach Art. 41 Abs. 3 KVG einen Kostenanteil zu übernehmen.
5.
5.1 Es ist unbestritten, dass die Hospitalisation der M._____ nicht aus medizinischen Gründen ausserhalb des Wohnkantons erfolgt ist. Das für die Differenzzahlungspflicht nach Art. 41 Abs. 3 KVG vorausgesetzte Tatbestandsmerkmal der aus medizinischen Gründen erfolgten Inanspruchnahme der Dienste eines ausserhalb des Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals im Sinne der Rechtsprechung (BGE 123 V 290 und 310, 127 V 138 und 409) ist demnach nicht erfüllt.
5.2 Zum andern liegt keine innerkantonale Hospitalisierung vor, weshalb die Berufung der Beschwerdeführerin auf den dazu ergangenen BGE 127 V 422 ins Leere zielt. Vor allem aber hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 398 das Verhältnis der gemeinsamen Spitalliste beider Basel zur gesetzlichen Regelung betreffend das Recht der Versicherten, unter den zugelassenen Leistungserbringern auszuwählen, in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht (das heisst des anwendbaren Tarifs) entschieden (BGE a.a.O., besonders S. 405 f.). Danach ist auch im System der gemeinsamen Spitalliste beider Basel das Erfordernis eines medizinischen Grundes für eine ausserkantonale Behandlung von ausschlaggebender Bedeutung. Was in BGE 127 V 398 zum vollen Tarifschutz - dort die Pflicht des Krankenversicherers, die ausserkantonal durchgeführten Spitalleistungen nach dem höheren Tarif des Standortkantons für die Behandlung von Nicht-Kantonseinwohnern zu vergüten - entschieden wurde, muss auch für das Anrecht auf den Sockelbeitrag des Wohnkantons gelten. Er ist nur geschuldet, wenn die Dienste des ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals aus medizinischen Gründen beansprucht worden sind. Nachdem es an einem
medizinischen Grund für die ausserkantonale Hospitalisierung der M._____ fehlte, greifen die Ausführungen in der Beschwerde betreffend die von kantonaler Seite bestrittene öffentliche Subventionierung des Spitals X._____ als Privatklinik zu kurz; denn fehlt es am medizinischen Grund, hat sich der Wohnkanton auch bei der stationären Behandlung im öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital nicht zu beteiligen (Art. 41 Abs. 3 KVG e contrario).
5.3 Die Vorbringen im Zusammenhang mit Zusatzversicherung ändern daran nichts. Die Versicherte hat sich in der allgemeinen Abteilung eines ausserkantonalen Spitals aufgehalten, wofür sie nach den Ausführungen der Beschwerdeführerin bei der Helsana Zusatzversicherungen AG vertraglich versichert ist. Die Helsana Zusatzversicherungen AG gehört mit der Beschwerdeführerin und anderen Sozial- und Privatversicherern der Ḧelsana-Gruppeän (Geschäftsbericht Helsana 2005 S. 2). Die Beschwerdeführerin hat nicht bestritten, dass bei der Rechnungsstellung des Spitals X._____ für die Behandlung der Versicherten die massgebliche Tarifordnung zur Anwendung gelangte. Auch hat sie die Rechnung anstandslos vergütet. Diese Kosten werden

zwischen ihr als KVG-Grundversicherer und dem VVG-Zusatzversicherer Helsana Zusatzversicherungen AG, allenfalls auch der Versicherten, aufzuteilen sein. Wie der Kanton vor kantonaler Instanz zu Recht ausgeführt hat, kommt der Beschwerdeführerin dann, wenn wie hier keine medizinischen Gründe für eine ausserkantonale Behandlung gegeben sind, die gesetzliche Einschränkung ihrer Leistungspflicht in Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG zugute. Sie hat nur die um die Höhe des kantonalen Sockelbeitrages reduzierte Leistung bei innerkantonaler Hospitalisation aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszurichten; die dem kantonalen Anteil entsprechende Quote ist von der versicherten Person oder einer Zusatzversicherung zu übernehmen. Die Beschwerdeführerin ist somit als KVG-Grundversicherer - und dies ist hier alleine massgebend - bei einer sachgerechten konzerninternen Kostenaufschlüsselung bereits in der Höhe des kantonalen Sockelbeitrages entlastet, was der dem Kanton gegenüber erhobenen Forderung umso mehr die Grundlage entzieht.

6.

Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 134 OG e contrario in Verbindung mit Art. 156 OG).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 2000.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie sind durch den geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 5000.- gedeckt; der Differenzbetrag von Fr. 3000.- wird zurückerstattet.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht, und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.

Luzern, 30. März 2006

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der III. Kammer: Der Gerichtsschreiber: