Urteilskopf

123 V 290

51. Urteil vom 16. Dezember 1997 i.S. Kanton Schwyz gegen Helsana Versicherungen AG und Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, betreffend H.
Regeste (de):
Art. 41 Abs. 3 KVG; Art. 97 ff., Art. 128 OG. Streitigkeiten über die Auslegung und Anwendung von Art. 41 Abs. 3 KVG sind sozialversicherungsrechtlicher Natur im Sinne von Art. 128 OG und daher letztinstanzlich durch das Eidg. Versicherungsgericht zu beurteilen.

Art. 41 Abs. 3, Art. 42 Abs. 1 und 2 KVG; Art. 103 lit. a, Art. 132 OG; Art. 98a Abs. 3 OG. Partei im Streit um die Differenzzahlung nach Art. 41 Abs. 3 KVG ist neben dem Wohnkanton als Pflichtigem in erster Linie der Versicherte als Schuldner der Vergütung der vom Spital erbrachten Leistungen (System des Tiers garant). Parteistellung kommt auch dem Versicherer zu, wenn er gemäss Vereinbarung mit dem Spital die gesamte Vergütung schuldet oder wenn er als Garant dem Spital die Rechnung bezahlt hat (System des Tiers payant).

Art. 41 Abs. 3 KVG; Art. 80 ff. KVG. Die Regelung der Zuständigkeit und des Verfahrens zur Geltendmachung und allenfalls gerichtlichen Durchsetzung von Ansprüchen gegen den Wohnkanton des Versicherten aufgrund von Art. 41 Abs. 3 KVG ist grundsätzlich Sache der Kantone. Dabei handelt es sich um selbständiges kantonales Verfahrensrecht, dessen Verletzung grundsätzlich nicht im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gerügt werden kann.

Art. 41 Abs. 3 KVG; Art. 132 und 134 OG; Art. 156 OG.

- Bei der Differenzzahlung des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG handelt es sich um zweckgebundene finanzielle Leistungen im Sinne des Subventionsrechts, welche nicht unter den Begriff der Versicherungsleistungen nach Art. 132 OG fallen.

- Bestätigung der Praxis, wonach dem unterliegenden Kanton keine Gerichtskosten aufzuerlegen sind.

Regeste (fr):
Art. 41 al. 3 LAMal; art. 97 ss, art. 128 OJ. Les litiges au sujet de l'interprétation et de l'application de l'art. 41 al. 3 LAMal ressortissent au domaine des assurances sociales au sens de l'art. 128 OJ et, partant, doivent être tranchés en dernier ressort par le Tribunal fédéral des assurances.

Art. 41 al. 3, art. 42 al. 1 et 2 LAMal; art. 103 let. a, art. 132 OJ; art. 98a al. 3 OJ. Dans le procès portant sur la prise en charge de la différence de coûts selon l'art. 41 al. 3 LAMal, c'est l'assuré qui, en tant que débiteur de la rémunération des prestations fournies par l'hôpital (système du tiers garant), a prioritairement la qualité de partie à côté du canton de résidence, redevable du paiement de cette différence. L'assureur a lui aussi la qualité de partie lorsqu'en vertu d'une convention passée avec l'hôpital, il doit s'acquitter de la totalité de la rémunération ou lorsqu'en qualité de garant, il a payé la facture de l'hôpital (système du tiers payant).

Art. 41 al. 3 LAMal; art. 80 ss LAMal. Il est en principe du ressort des cantons de régler la compétence et la procédure en matière de recouvrement et d'invocation en justice des créances contre le canton de résidence de l'assuré, fondées sur l'art. 41 al. 3 LAMal. Une telle réglementation relève du droit de procédure cantonal autonome, dont la violation ne peut pas, en principe, être invoquée dans le cadre du recours de droit administratif.

Art. 41 al. 3 LAMal; art. 132 et 134 OJ; art. 156 OJ.

- Le paiement de la différence de coûts par le canton de résidence (art. 41 al. 3 LAMal) constitue une pre-

station financière affectée à un but déterminé au sens du droit des subventions, laquelle n'a pas le caractère d'une prestation d'assurance au sens de l'art. 132 OJ.

- Confirmation de la jurisprudence selon laquelle un canton qui succombe dans le procès n'a pas à supporter des frais de justice.

Regesto (it):
Art. 41 cpv. 3 LAMal; art. 97 segg., art. 128 OG. Le cause aventi per oggetto l'interpretazione e l'applicazione dell'art. 41 cpv. 3 LAMal rientrano nel campo del diritto delle assicurazioni sociali ai sensi dell'art. 128 OG, per cui competente a deciderle in ultima istanza è il Tribunale federale delle assicurazioni.

Art. 41 cpv. 3, art. 42 cpv. 1 e 2 LAMal; art. 103 lett. a, art. 132 OG; art. 98a cpv. 3 OG. Nella lite concernente il pagamento della differenza dei costi previsto dall'art. 41 cpv. 3 LAMal, accanto al Cantone di domicilio, è in primo luogo l'assicurato, nella sua veste di debitore della rimunerazione dovuta per le prestazioni effettuate dall'ospedale (sistema del terzo garante), ad avere qualità di parte. Qualità di parte ha pure l'assicuratore, qualora, conformemente ad una convenzione stipulata con l'ospedale interessato, sia debitore dell'intera rimunerazione o abbia, quale garante, pagato la fattura per la degenza (sistema del terzo pagante).

Art. 41 cpv. 3 LAMal; art. 80 segg. LAMal. Spetta di massima ai Cantoni disciplinare la competenza e la procedura per far valere, se del caso giudizialmente, pretese nei confronti del Cantone di domicilio dell'assicurato in base all'art. 41 cpv. 3 LAMal. Trattasi di diritto procedurale cantonale autonomo, la cui violazione non può quindi essere, di principio, censurata in sede di ricorso di diritto amministrativo.

Art. 41 cpv. 3 LAMal; art. 132 e 134 OG; art. 156 OG.

- Il pagamento imposto al Cantone di domicilio dell'assicurato secondo l'art. 41 cpv. 3 LAMal costituisce una prestazione finanziaria a scopo vincolato ai sensi del diritto sui sussidi, la quale non rientra nella nozione di prestazioni assicurative giusta l'art. 132 OG.

- Conferma della giurisprudenza giusta la quale al Cantone che soccombe in un processo non possono essere messe a carico spese giudiziarie.

Sachverhalt ab Seite 292

BGE 123 V 290 S. 292

A.- Der in T. (Kanton Schwyz) wohnhafte H. trat am 9. Januar 1996 in die Höhenklinik Y (Kanton Zürich) ein, wo er an diesem und am folgenden Tag wegen einer Erkrankung der Atmungsorgane stationär behandelt wurde. Die von der Klinik in Rechnung gestellten Kosten von Fr. 2'048.60 für die Behandlung und den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung übernahm seine Krankenkasse, die Helvetia, im Rahmen der Krankenpflegeversicherung BASIS ECO und der Spitalzusatzversicherung HOSPITAL PLUS (Abt. HU3 [Halbprivate Abteilung]) in vollem Umfang. Mit Schreiben vom 3. Mai 1996 ersuchte die Helvetia die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Schwyz unter dem Titel "Rückforderung med. bedingter ausserkantonaler Mehrkosten" (Art. 41 Abs. 3 KVG) um Erstattung der Summe von Fr. 476.– gemäss folgender Abrechnung:

Schlussrechnung Höhenklinik Y Fr. 2'048.60
./. Zuschlag für Halbprivat-Abteilung Fr. 1'172.60
Kosten für ausserkantonale Patienten
(allgemeine Abteilung) Fr. 876.–
./. Tagespauschale für Kantonseinwohner
des Kt. Zürich (2 x Fr. 200.–) Fr. 400.–
Rückforderung beim Wohnkanton (Kt. Schwyz) Fr. 476.–
Mit Verfügung vom 4. Juni 1996 lehnte das Kantonale Amt für Gesundheit und Soziales das Begehren ab mit der Begründung, die betreffende Behandlung sei nicht, wie dies Art. 41 Abs. 3 KVG und § 7 Abs. 1 der Verordnung vom 30. April 1996 über die Kostenübernahme bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung voraussetzten, in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals durchgeführt worden. Hiegegen erhob die Krankenkasse Helvetia Beschwerde beim Regierungsrat des Kantons Schwyz mit den Anträgen: "1. Die Verfügung vom 4. Juni 1996 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin den Betrag von Fr. 476.– zu zahlen. 2. Die Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung vom 30.4.1996 sei wegen Verletzung von Art. 4 BV aufzuheben. Eventuell sei die Verordnung wegen der derogativen Kraft des Bundesrechts als nicht anwendbar zu erklären. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin." Das Amt für Gesundheit und Soziales beantragte in seiner Vernehmlassung, welcher ein zuhanden der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz erstelltes Gutachten vom 12. April 1996 (PD Dr. K.) beigelegt war, Abweisung der Beschwerde.

B.- Am 6. August 1996 überwies der Regierungsrat die Beschwerde im Sinne von § 52 der Verordnung vom 6. Juni 1974 über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; nGS II-225) unmittelbar an das kantonale Verwaltungsgericht zur Beurteilung als Sprungbeschwerde. Am 21. Januar 1997 trat die Helsana Versicherungen AG als Rechtsnachfolgerin der Krankenkasse Helvetia ins verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren ein. Mit Entscheid vom 29. Januar 1997 hiess das schwyzerische Verwaltungsgericht die Beschwerde, soweit es darauf eintrat, im Sinne der Erwägungen gut, hob die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 1996 auf und verpflichtete die "Vorinstanz", der Helsana

"gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG den Differenzbetrag von Fr. 476.– zu entrichten" (Dispositiv-Ziff. 1). Die Kosten des Verfahrens auferlegte es dem Kanton (Dispositiv-Ziff. 2).

C.- Der Kanton Schwyz, vertreten durch den Regierungsrat und dieser wiederum durch Rechtsanwalt S., erhebt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, der kantonale Gerichtsentscheid sei aufzuheben. Helsana und Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beantragen je Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Der als Mitinteressierter beigeladene H. hat sich nicht vernehmen lassen.

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. a) Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) enthält in Art. 41 die Grund-

sätze zur Kostenübernahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Danach gilt für die stationäre oder teilstationäre Behandlung folgende Regelung: "1 (...) Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt. 2 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. (...)
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. 3 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. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 79 sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. 4 (...)"
In Ausführung von Art. 41 Abs. 3 KVG, welcher intertemporalrechtlich sofort anwendbar ist (Art. 101 Abs. 2 KVG; vgl. Amtl.Bull. 1992 S 1308), hat der Regierungsrat des Kantons Schwyz am 30. April 1996 die Verordnung über die Kostenübernahme bei

ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung erlassen. Diese Verordnung regelt gemäss § 1 Abs. 1, unter welchen Voraussetzungen der Kanton Schwyz die Kosten nach Art. 41 Abs. 3 KVG übernimmt, wenn eine im Kanton wohnhafte versicherte Person die Leistungen eines ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals in der allgemeinen Abteilung beansprucht. b) Bei den in Art. 41 KVG erwähnten Spitaltarifen handelt es sich um Pauschaltarife im Sinne von Art. 43 Abs. 2 lit. c und Abs. 3 KVG. Diese decken laut Art. 49 Abs. 1 KVG 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. Soweit besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden, dürfen hiefür ebenfalls höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten berücksichtigt werden (Art. 49 Abs. 2 KVG). c) Tarife werden laut Art. 43 Abs. 4 KVG in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. 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 KVG). Besteht für die stationäre oder teilstationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest (Art. 47 Abs. 2 KVG).

2. Mit dem angefochtenen Entscheid hat das schwyzerische Verwaltungsgericht das Kantonale Amt für Gesundheit und Soziales bzw. den Kanton gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG verpflichtet, von den Kosten für die Behandlung und den Aufenthalt von H. in der halbprivaten Abteilung der Höhenklinik Y am 9. und 10. Januar 1996 (Fr. 2'048.60) den Betrag von Fr. 476.– zu übernehmen und diese Summe der Rechtsvorgängerin der heutigen Beschwerdegegnerin, welche die Rechnung der Klinik beglichen hat, zu bezahlen.
Der beschwerdeführende Kanton Schwyz bestreitet die ihm auferlegte Differenzzahlungspflicht zur Hauptsache mit dem Argument, Art. 41 Abs. 3 KVG sei nur anwendbar, wenn der Versicherte sich tatsächlich in der allgemeinen Abteilung des betreffenden ausserkantonalen Spitals aufhalte. Diese insbesondere sich aus dem Wortlaut ergebende Bedingung sei im konkreten Fall nicht erfüllt.

In prozessualer Hinsicht sodann spricht er der Beschwerdegegnerin die Legitimation zur Beschwerdeführung im vorinstanzlichen Verfahren ab.

3. Bevor auf die Einwendungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den angefochtenen kantonalen Gerichtsentscheid materiell einzugehen ist, stellt sich vorliegend die grundsätzliche Frage, ob das Eidg. Versicherungsgericht sachlich zuständig ist für die Beurteilung von Streitigkeiten betreffend die in Art. 41 Abs. 3 KVG statuierte teilweise Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons bei medizinisch begründeter (teil-)stationärer Behandlung von Kantonseinwohnern in ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern. Da weder Gesetz (KVG) noch Verordnung (KVV) Vorschriften über Zuständigkeit und Verfahren bei Forderungsstreitigkeiten im Sinne von Art. 41 Abs. 3 KVG enthalten, insbesondere der Bundesrat von der ihm im letzten Satz der nämlichen Bestimmung eingeräumten Befugnis zur Regelung der Einzelheiten (noch) keinen Gebrauch gemacht hat, sind für die Prüfung der Zuständigkeit des angerufenen Gerichts die allgemeinen Grundsätze über die Zulässigkeit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gemäss den Art. 97 ff. OG heranzuziehen.
a) Gemäss Art. 128 OG beurteilt das Eidg. Versicherungsgericht letztinstanzlich Verwaltungsgerichtsbeschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 97, 98 lit. b-h und 98a OG auf dem Gebiet der Sozialversicherung. Hinsichtlich des Begriffs der mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde anfechtbaren Verfügungen verweist Art. 97 OG auf Art. 5 VwVG. Nach Art. 5 Abs. 1 VwVG gelten als Verfügungen Anordnungen der Behörden im Einzelfall, die sich auf öffentliches Recht des Bundes stützen (oder richtigerweise hätten stützen sollen; BGE 116 Ia 266 Erw. 2a) und zum Gegenstand haben: Begründung, Änderung oder Aufhebung von Rechten oder Pflichten, Feststellung des Bestehens, Nichtbestehens oder Umfanges von Rechten oder Pflichten, Abweisung von Begehren auf Begründung, Änderung, Aufhebung oder Feststellung von Rechten oder Pflichten, oder Nichteintreten auf solche Begehren (BGE 122 V 193 Erw. 1, BGE 120 V 349 Erw. 2b, je mit Hinweisen). b) Der angefochtene Entscheid ist gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG ergangen, beruht somit auf bundesrechtlicher Grundlage (Art. 97 Abs. 1 OG). Die Vorinstanz ist sodann eine letzte kantonale Instanz im Sinne von Art. 98 lit. g OG. Es stellt sich daher einzig die durch Auslegung von Art. 41 Abs. 3 KVG zu beantwortende Frage, ob das zwischen dem Wohnkanton des Versicherten und der in bezug

auf den Differenzbetrag forderungsberechtigten bzw. zumindest nach Art. 103 lit. a OG beschwerdelegitimierten (natürlichen oder juristischen) Person (vgl. nachstehende Erw. 4) bestehende Rechtsverhältnis dem Bundessozialversicherungsrecht zuzuordnen ist. aa) Die Regelung des Art. 41 Abs. 3 KVG soll dem Lastenausgleich und der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen dienen, indem der Wohnkanton durch Übernahme der Differenz zwischen den in der Regel höheren Tarifen für ausserkantonale Patienten und den Tarifen für Einwohner des Kantons, in welchem das Spital liegt, sich an der Finanzierung des betreffenden ausserkantonalen Spitals beteiligt (Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., 169). Es soll ein finanzieller Ausgleich stattfinden zwischen (kleineren) Kantonen, welche aus gesundheitspolitischen Gründen bestimmte stationäre Behandlungen nicht anbieten, und Kantonen mit ausgebauter Spitalversorgung (Amtl.Bull. 1992 S 1308 [Voten Huber, Berichterstatter, und Frick]. Die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG weist somit wie die Beiträge der öffentlichen Hand nach kantonalem Recht im Spitalbereich, welche bei der Bemessung der Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG zu berücksichtigen sind, Subventionscharakter auf und stellt insoweit ein "versicherungsfremdes" Element in der Krankenversicherung dar (MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 75; vgl. auch BBl 1992 I 183 ff.). bb) Beweggrund und Ziel des Gesetzgebers, den Wohnkanton zur Tragung eines gesetzlich bestimmten Anteils an den Kosten für Behandlung und Aufenthalt seiner Einwohner in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital heranzuziehen, sprechen allein indessen

noch nicht gegen die sozialversicherungsrechtliche Natur der den Kantonen in Art. 41 Abs. 3 KVG zugunsten der Versicherer auferlegten Differenzzahlungspflicht bei ausserkantonalen Hospitalisationen. Nach Wortlaut und Gesetzessystematik regelt Art. 41 KVG abschliessend die Kostenübernahme für Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Daraus ist zu folgern, dass es sich bei der Kostenübernahmepflicht des Versicherers und der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung um grundsätzlich gleichartige, somit sozialversicherungsrechtliche Verpflichtungen handelt. In bezug auf die dem Spital zu vergütenden Leistungen danach zu unterscheiden, wer (Versicherer oder Wohnkanton) und in welchem

Umfang für die Kosten der medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation (Behandlung und Aufenthalt) aufzukommen hat, besteht auch deshalb kein Anlass, weil dem Wohnkanton das dem Versicherer in Art. 79 KVG eingeräumte Rückgriffsrecht "gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften", ebenfalls sinngemäss zusteht. Dabei hat der Versicherer laut Art. 82 Abs. 3 lit. a KVG dem Wohnkanton die für die Ausübung des Regresses notwendigen Auskünfte zu geben (vgl. Amtl.Bull. 1992 S 1308 f., 1993 N 1729 und 1857, 1993 S 1066).
cc) Hätte im weitern der Gesetzgeber eine andere, von sozialversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten ganz losgelöste Form der Beteiligung des Wohnkantons an der Finanzierung des "betreffenden" ausserkantonalen Spitals gewollt, hätte er eine entsprechende Regelung getroffen, um der ungleichen Lastenverteilung zwischen den Kantonen als Folge der unterschiedlichen Spitalversorgungsgrade Rechnung zu tragen. Davon hat er indessen abgesehen und es vielmehr den Kantonen selber anheimgestellt, durch interkantonale Vereinbarungen andere Abrechnungsmodi als die in Art. 41 Abs. 3 KVG vorgesehene einzelfallweise Kostenbeteiligung des Wohnkantons des Versicherten festzulegen (BBl 1992 I 169; MAURER, a.a.O., S. 75). c) Nach dem Gesagten handelt es sich bei der Differenzzahlungspflicht nach Art. 41 Abs. 3 KVG um eine in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begründete Verpflichtung der Kantone. Streitigkeiten über die Auslegung und Anwendung dieser Bestimmung sind sozialversicherungsrechtlicher Natur im Sinne von Art. 128 OG und daher letztinstanzlich durch das Eidg. Versicherungsgericht zu beurteilen. Ein Unzulässigkeitsgrund im Sinne von Art. 129 Abs. 1 OG ist nicht gegeben.

4. In formeller Hinsicht stellt sich weiter die Frage, ob die Beschwerdegegnerin Partei im Verfahren vor dem Eidg. Versicherungsgericht sein kann, was der beschwerdeführende Kanton sinngemäss verneint (vgl. Erw. 2 hievor). Gemäss Art. 103 lit. a OG in Verbindung mit Art. 132 OG ist zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidg. Versicherungsgericht berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Nach dieser Umschreibung kann im Streit um die Differenzzahlung nach Art. 41 Abs. 3 KVG neben dem Wohnkanton als Pflichtigem in erster Linie Partei sein, wer diesem gegenüber den Tarifausgleich beanspruchen kann. In der Regel ist dies oder sollte

zumindest sein der Schuldner der Vergütung der vom betreffenden ausserkantonalen Spital erbrachten Leistung, somit der Versicherte im System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1 KVG) bzw. der Versicherer im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG); "sollte" deshalb, weil nach dem Gesetzeswortlaut weder diesem noch jenem ein Rückerstattungsanspruch bzw. Rückforderungsrecht gegenüber dem Wohnkanton zusteht. Dabei handelt es sich indessen um ein Versehen des Gesetzgebers, welcher bei der Übernahme der schon unter

altem Recht bestandenen Regelung betreffend die Person des Schuldners der Vergütung für die Leistungen des Spitals (vgl. Art. 22quater Abs. 6 in Verbindung mit Art. 22bis Abs. 7 KUVG) ins neue Recht offensichtlich übersehen hat, dass im Unterschied zur früheren Ordnung (Art. 19bis Abs. 2-5 KUVG) im Rahmen der neuen Regelung des Art. 41 Abs. 3 KVG nicht nur der Versicherer, sondern auch der Wohnkanton zur Übernahme eines Teils der Spitalkosten verpflichtet ist. Im Sinne lückenfüllender richterlicher Rechtsfindung (Art. 1 Abs. 2 ZGB; BGE 119 V 254 f. Erw. 3b mit Hinweisen) ist daher dem Versicherten als Schuldner der Vergütung in analoger Anwendung von Art. 42 Abs. 1 Satz 2 KVG auch gegenüber dem Wohnkanton ein gesetzlicher Rückerstattungsanspruch einzuräumen. Ebenso muss dem Versicherer, wenn er gemäss Vereinbarung mit dem Spital die gesamte Vergütung schuldet oder wenn er als Garant dem Spital die Rechnung bezahlt hat, ein Rückforderungsrecht gegenüber dem Wohnkanton zustehen. Dieses lässt sich indessen nicht aus dem ihm mit Satz 2 von Art. 41 Abs. 3 KVG eingeräumten Rückgriffsrecht gemäss Art. 79 KVG ableiten, da dieses qualifiziert andere Tatbestände regelt (BBl 1992 I 207; Amtl.Bull. 1992 S 1308 f.). Vielmehr handelt es sich um ein eigenes, durch legalzessionsweisen Übergang des Rückerstattungsanspruches des Versicherten auf den Versicherer entstehendes Forderungsrecht. Es steht fest, dass die Rechtsvorgängerin der Beschwerdegegnerin die von der Höhenklinik Y für die stationäre Behandlung von H. am 9. und 10. Januar 1996 in Rechnung gestellten Kosten vollumfänglich beglich. Dieser kommt somit Parteistellung im Verfahren vor dem Eidg. Versicherungsgericht zu. Gleiches gilt für das kantonale Verfahren, da gemäss Art. 98a Abs. 3 OG (in Verbindung mit Art. 128 OG) die Beschwerdelegitimation im Verfahren vor der letzten kantonalen Instanz mindestens im gleichen Umfang wie für die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidg. Versicherungsgericht gewährleistet ist.

BGE 123 V 290 S. 300

5. Wie bereits in Erw. 3 hievor dargelegt, regeln weder Gesetz (KVG) noch Verordnung (KVV) Zuständigkeit und Verfahren zur Geltendmachung und allenfalls gerichtlichen Durchsetzung von Ansprüchen gegen den Wohnkanton des Versicherten aufgrund von Art. 41 Abs. 3 KVG (vgl. SPIRA, Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit, in: Revue jurassienne de jurisprudence, RJJ 3/1996 S. 191 ff.). Die Verfahrens- und Rechtspflegebestimmungen gemäss Art. 80 ff. KVG beschlagen lediglich Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherern bzw. Versicherern unter sich oder mit Dritten (Art. 80-87 KVG) sowie Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Art. 89 KVG). Die Regelung der Zuständigkeit und des Verfahrens auf kantonaler Ebene im Anwendungsbereich von Art. 41 Abs. 3 KVG ist somit grundsätzlich Sache der Kantone. Dabei handelt es sich um selbständiges kantonales Verfahrensrecht, dessen Verletzung grundsätzlich nicht im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gerügt werden kann (BGE 123 II 361 Erw. 1a/aa, BGE 122 II 243 f. Erw. 2a, BGE 112 V 110 ff. Erw. 2c mit zahlreichen Hinweisen auf die Praxis des Eidg. Versicherungsgerichts; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 93 f.).
Der kantonalen Verfahrensautonomie sind von Bundesrechts wegen insofern Schranken gesetzt, als die Kantone als letzte Instanz eine richterliche Behörde zu bestellen haben (Art. 98a Abs. 1 OG) und Beschwerdelegitimation sowie Beschwerdegründe mindestens im gleichen Umfang wie für die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidg. Versicherungsgericht zu gewährleisten sind (Art. 98a Abs. 3 in Verbindung mit Art. 128 OG). Schliesslich darf das Verfahren nicht in der Weise ausgestaltet werden, dass die Durchsetzung des bundesrechtlichen Differenzzahlungsanspruches übermässig erschwert oder gar vereitelt würde. Der beschwerdeführende Kanton Schwyz hat in den §§ 4 ff. der Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung vom 30. April 1996 Zuständigkeit und Verfahren geregelt. Danach hat, wer Leistungen aus Art. 41 Abs. 3 KVG beansprucht, ein entsprechendes Gesuch um Kostengutsprache beim Amt für Gesundheit und Soziales einzureichen. Dieses erlässt eine Verfügung, womit es über das Begehren entscheidet. Hiegegen kann nach Massgabe der Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege Beschwerde erhoben werden.

6. In materieller Hinsicht ist als Frage des Bundesrechts frei zu prüfen (Art. 104 lit. a OG), ob die Kostenübernahmepflicht des

Wohnkantons gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG den tatsächlichen Aufenthalt des Versicherten in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals voraussetzt. Die Vorinstanz hat diese Frage im wesentlichen aufgrund des Wortlautes und der Entstehungsgeschichte dieser Norm, aus gesetzessystematischen Gründen sowie mit Blick auf die Zielsetzung der Kostenbeteiligung des Wohnkantons verneint. Der beschwerdeführende Kanton seinerseits kommt in Anwendung der gleichen Auslegungselemente zum gegenteiligen Schluss. Überdies macht er geltend, der Wortlaut des Art. 41 Abs. 3 KVG sei nicht klar und eindeutig, so dass keine genügende gesetzliche Grundlage "für eine Belastung des Wohnkantons" bestehe. a) Das Gesetz muss in erster Linie aus sich selbst heraus, d.h. nach Wortlaut, Sinn und Zweck und den ihm zugrunde liegenden Wertungen ausgelegt werden. Eine historisch orientierte Auslegung ist für sich allein nicht entscheidend (BGE 122 III 325 Erw. 7a, BGE 120 II 247 Erw. 3e). Anderseits vermag aber nur sie die Regelungsabsicht des Gesetzgebers aufzuzeigen, welche wiederum zusammen mit den zu ihrer Verfolgung getroffenen Wertentscheidungen verbindliche Richtschnur des Richters bleibt, auch wenn er das Gesetz mittels teleologischer Auslegung oder Rechtsfortbildung veränderten Umständen anpasst oder es ergänzt (BGE 115 II 162 Erw. 3a, BGE 114 Ia 196 f. Erw. 3b/bb; vgl. auch BGE 121 III 224 Erw. 1d/aa). Die Gesetzesmaterialien können namentlich dann, wenn eine Bestimmung unklar ist oder verschiedene, einander widersprechende Auslegungen zulässt, ein wertvolles Hilfsmittel sein, um den Sinn der Norm zu erkennen und damit falsche Auslegungen zu vermeiden. Wo die Materialien keine klare Antwort geben, sind sie als Auslegungshilfe nicht dienlich. Insbesondere bei verhältnismässig jungen Gesetzen darf der Wille des historischen Gesetzgebers nicht übergangen werden. Hat dieser Wille jedoch im Gesetzestext keinen Niederschlag gefunden, so ist er für die Auslegung nicht entscheidend. Ist in der Gesetzesberatung insbesondere ein Antrag, das Gesetz sei im Sinne einer nunmehr vertretenen Auslegungsmöglichkeit zu ergänzen, ausdrücklich abgelehnt worden, dann darf diese Auslegungsmöglichkeit später nicht in Betracht gezogen werden (BGE 115 V 349 Erw. 1c mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre; vgl. auch BGE 122 III 325 Erw. 7a, 474 Erw. 5a, 120 II 247 Erw. 3e, 117 II 526 Erw. 1d, 116 Ia 368 Erw. 5b, 116 II 415 Erw. 5b und 527 f. Erw. 2b).

b) Das Gesetz verwendet den Begriff der allgemeinen Abteilung an verschiedenen Stellen, insbesondere bei der Umschreibung der allgemeinen Leistungen bei Krankheit (Art. 25 KVG). Danach umfassen die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, laut Abs. 2 lit. e dieser Bestimmung auch den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals. Art. 34 Abs. 1 KVG sodann bestimmt, dass die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25-33 übernehmen dürfen. Dies spricht dafür, dass der Begriff der allgemeinen Abteilung im Sinne des tatsächlichen Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung zu verstehen ist. Es bestehen indessen gewichtige Gründe für die Annahme, dass der Wortlaut von Art. 25 Abs. 2 lit. e und Art. 34 Abs. 1 KVG im Lichte der Kostenübernahmeregelung gemäss Art. 41 KVG nicht den wahren Sinn ausdrückt. aa) Vorab fällt auf, dass der Begriff der allgemeinen Abteilung in Art. 41 KVG nicht vorkommt. Anknüpfungspunkt für die Kostenübernahmepflicht bei einer (teil-)stationären Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist das Spital. Darunter ist gemäss Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG eine Anstalt oder sind deren Abteilungen zu verstehen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Erfüllt das Spital oder eine Abteilung davon die weiteren in lit. a-e aufgezählten Kriterien, wird es als Leistungserbringer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen. Mit dieser Regelung hat das Gesetz die altrechtliche Zulassungspraxis bei Heilanstalten übernommen (BBl 1992 I 166 und Amtl.Bull. 1992 S 1307; vgl. Art. 101 Abs. 2 KVG; ferner MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 68 Fn. 174) und diese durch die in lit. d und e von Art. 39 Abs. 1 KVG genannten planerischen Elemente ("Spitalplanung" und "Spitalliste")

ergänzt. bb) Wie der Begriff des zugelassenen Spitals nach neuem Recht, setzte der altrechtliche Heilanstaltsbegriff nach Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG nicht die Führung einer allgemeinen Abteilung voraus (BGE 120 V 201 f. Erw. 5a mit Hinweisen; MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. II, S. 369). Selbst bei einer medizinisch indizierten Hospitalisation gemäss Art. 19bis Abs. 5 KUVG in einer ausserkantonalen Privatklinik, welche über keine allgemeine Abteilung verfügte, bestand grundsätzlich eine Leistungspflicht im Rahmen der Grundversicherung (BGE 98 V 150 , BGE 96 V 8 ; vgl. auch

RKUV 1989 Nr. K 799 S. 123, 1985 Nr. K 648 S. 260). Dieser Zulassungspraxis lag die Überlegung zugrunde, dass es stossend wäre, den Pflichtleistungscharakter einer stationären Behandlung einzig deshalb zu verneinen, weil die Heilanstalt keine allgemeine Abteilung in dem Sinne führe, dass mehrere Patienten in einem Zimmer untergebracht sind (BGE 96 V 12 Erw. 3a). Aus dieser Erkenntnis folgerte das Eidg. Versicherungsgericht, wie auch die Vorinstanz richtig erkannt hat, dass die zahlreichen Hinweise des Gesetzes auf die allgemeine Abteilung (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2, Art. 19bis Abs. 2-5 und Art. 22quater Abs. 3 KUVG) lediglich dazu dienten, den Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen im Falle der stationären Behandlung zu umschreiben (BGE 96 V 12 Erw. 3a; vgl. auch BGE 98 V 153 Erw. 2 sowie Maurer, a.a.O., S. 327 Fn. 737a). cc) Diese funktionale, nicht die Örtlichkeiten, sondern die Qualität der Behandlung und Pflege als solche betonende Bedeutung des Begriffs der allgemeinen Abteilung als ein, wenn auch wichtiger Faktor für die Bemessung der Kostenübernahmepflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt auch im neuen KVG. Dies bringt vorab Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG zum Ausdruck, wonach die Versicherten unter den zugelassenen Spitälern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen können. Beansprucht beispielsweise ein Versicherter nicht aus medizinischen Gründen einen "auswärtigen" Leistungserbringer, berührt dies nicht den Anspruch auf Kostenübernahme als solchen, sondern lediglich den Umfang, indem bei der Bemessung der Tarif im Wohnkanton zur Anwendung gelangt (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG; BBl 1992 I 169). Dabei gilt der Tarifschutz gemäss Art. 44 und 49 Abs. 4 KVG, womit die Einhaltung der festgelegten Tarife für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sichergestellt werden soll (BBl 1992 I 175 und 186 unten), auch in bezug auf den in der Regel höheren Tarif für ausserkantonale Patienten (BBl 1992 I 169, 175 unten f.; vgl. auch MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 81, wonach der Tarifschutz bei Privatpatienten, die sich in einem Privatspital behandeln lassen, darin besteht, "dass der Versicherer nach KVG jene Kosten übernehmen muss, welche sich ergeben würden, wenn der Versicherte in der allgemeinen Abteilung behandelt worden wäre"). Sodann wird in Art. 49 Abs. 1 KVG betreffend die Spitaltarife klar unterschieden zwischen dem Gegenstand der Vergütung (stationäre Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital; Satz 1) und der

Bemessung der Vergütung (nach Pauschalen), welche zu Lasten der Krankenversicherung geht (höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder je Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung; Satz 2). dd) Aus den vorstehenden Ausführungen folgt, dass der Gesetzgeber an der altrechtlichen Konzeption, wonach eine Kostenübernahmepflicht bei (teil-)stationärer Behandlung in dem durch Art. 41 KVG festgelegten Umfang lediglich die Zulassung des Spitals bzw. der Abteilung, in welcher der Versicherte sich aufhält und behandelt wird, gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG voraussetzt, nichts ändern wollte und auch nichts änderte (vgl. DUC, L'établissement médico-social et la LAMal, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 271 ff., S. 279 ff.). Davon geht auch

der beschwerdeführende Kanton aus. Dies bedeutet, dass Hospitalisationskosten grundsätzlich auch dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind, wenn der Versicherte sich in der halbprivaten oder privaten Abteilung aufhält. Dabei wird mit der in Art. 59 Abs. 3 KVV statuierten Verpflichtung der Spitäler, in der Rechnung die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen von anderen Leistungen klar zu unterscheiden, sichergestellt, dass beim Aufenthalt in der (halb-)privaten Abteilung lediglich die Kosten entsprechend den Taxen für die allgemeine Abteilung des betreffenden Spitals verrechnet werden, wie wenn sich der Versicherte in der allgemeinen Abteilung aufgehalten hätte. Führt das Spital keine allgemeine Abteilung, kommen die von den Tarifparteien vereinbarten und genehmigten oder die von der zuständigen Genehmigungsbehörde festgesetzten Referenztarife für die allgemeine Abteilung zum Zuge (vgl. Art. 46 f. KVG). c) aa) Art. 41 Abs. 3 KVG unterscheidet sich nun zwar insofern grundlegend von den übrigen in Abs. 1 und 2 dieser Bestimmung geregelten Tatbeständen (teil-)stationärer Behandlung und von dem ähnliche Sachverhalte regelnden Art. 19bis Abs. 5 KUVG, als der Wohnkanton des Versicherten bei einer Hospitalisation in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital aus medizinischen Gründen zur Übernahme eines Teils der "in Rechnung gestellten Kosten" verpflichtet wird. Es finden sich indessen vorab in den Gesetzesmaterialien keine Anhaltspunkte, dass diese Differenzzahlungspflicht nicht bestehen soll, wenn sich der Versicherte (aus medizinischen Gründen) in der (zugelassenen) halbprivaten oder privaten Abteilung des betreffenden Spitals aufhält.

BGE 123 V 290 S. 305

Wollte der Gesetzgeber die Kostenübernahmepflicht je nach Spitalklasse (allgemein, halbprivat, privat) für den Versicherer und den Wohnkanton je verschieden geregelt haben, hätte er dies unzweifelhaft um so mehr getan, als es neben der mit Art. 41 Abs. 3 KVG bezweckten Beteiligung des Wohnkantons an der Finanzierung des ausserkantonalen Spitals eines der Ziele der Revision war, eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung sicherzustellen (Art. 43 Abs. 6 KVG; BBl 1992 I 174) und gleichzeitig einen "breiteren Schutz als im Rahmen der Grundversicherung nach bisherigem Recht" zu gewähren (BBl 1992 I 140 unten; in diesem Sinne DUC, L'hospitalisation, plus spécialement l'hospitalisation d'un jour, et LAMal, a.a.O., S. 329 ff., S. 349 ff.). Eine solche Regelungsabsicht bestand indessen nicht. In der Botschaft wird an mehreren Stellen klar und ohne jede Einschränkung ausgeführt, dass der Wohnkanton eine allfällige Differenz zwischen dem Tarif für Kantonseinwohner und demjenigen für ausserkantonale Versicherte zu übernehmen habe, soweit die ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig war (BBl 1992 I 169, 176 und 184). In den parlamentarischen Beratungen sodann hat die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons des Versicherten zu keinen weiteren Diskussionen Anlass gegeben, weder in grundsätzlicher Hinsicht noch in bezug auf ihren Umfang (vgl. Amt. Bull. 1992 S 1308 f., 1993 N 1857, 1993 S 1066). Im übrigen spricht auch der Umstand, dass es sich bei der Kostenübernahme des Versicherers und der Differenzzahlung des Wohnkantons gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG um grundsätzlich gleichartige Leistungen handelt (vgl. Erw. 3b/bb hievor), dagegen, in bezug auf die Frage, ob die Ausgleichspflicht des Kantons, nicht aber die Leistungspflicht des Versicherers den tatsächlichen Aufenthalt des Versicherten in einer allgemeinen Abteilung voraussetzt, danach zu unterscheiden, wer in welchem Umfang für die Kosten der ausserkantonalen Hospitalisation aufzukommen hat.
bb) Auch bieten der Wortlaut und die Gesetzessystematik keine Stütze für die vom beschwerdeführenden Kanton vertretene Auffassung, dass die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG nur bei einem tatsächlichen Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung Platz greifen kann. Zum einen wird dieser Begriff, wie bereits erwähnt, hier nicht verwendet. Zum anderen kann unter den "in Rechnung gestellten Kosten" klarerweise nur der Tarif für die allgemeine Abteilung des betreffenden Spitals bzw. bei Fehlen einer solchen Abteilung der entsprechende

Referenztarif für ausserkantonale Patienten verstanden werden. Diese Tarife werden wie diejenigen für die Kantonseinwohner durch die Tarifparteien (Versicherer und Spital) vereinbart und durch die Regierung des Kantons, in dem das Spital liegt, genehmigt oder bei Fehlen eines Tarifvertrages durch diese festgesetzt (Art. 49 Abs. 1 KVG e contrario und Art. 47 Abs. 2 KVG; BBl 1992 I 176 oben, 180 f.). Die Tarife für ausserkantonale Patienten sind also ebenfalls generell-abstrakter Natur und haben sich in Berücksichtigung des mit der Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG bezweckten Lastenausgleichs nach dem ausdrücklich im Gesetz verankerten Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung (Art. 43 Abs. 6 KVG; vgl. auch Art. 32 Abs. 1 und Art. 56 Abs. 1 KVG) zu richten (BBl 1992 I 129). Da diese Tarife im Unterschied zum alten Recht (Entscheide des Bundesrates vom 27. April 1994 [VPB 59.20]und 8. November 1995 in Sachen Rehabilitationszentrum Basel für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte gegen Regierungsrat des Kantons Solothurn) dem KVG unterstehen, ist auf sie das Preisüberwachungsgesetz (PüG) anwendbar. Die zuständige Behörde hat somit den Preisüberwacher anzuhören bevor sie den Tarifentscheid fällt (Art. 14 Abs. 1 PüG). Sie führt seine Stellungnahme im Entscheid an. Folgt sie ihr nicht, begründet die Behörde dies (Art. 14 Abs. 2 PüG). Damit "sollte es möglich sein, bei Bedarf auf ein massvolles Tarifgebaren der Tarifpartner hinzuwirken" (BBl 1992 I 180), dies nicht zuletzt auch im Interesse der an der Ausgestaltung der Tarifordnung nicht (direkt) Beteiligten, davon aber Betroffenen, wie namentlich die Versicherten (als Prämienzahler) und die anderen Kantone (als potentiell Differenzzahlungspflichtige gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG). Mit dem Einbezug des Preisüberwachers in das Tariffestsetzungsverfahren wird sichergestellt, dass bei der Prüfung des Tarifvertrages auf seine Übereinstimmung mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) auch "allfällige übergeordnete öffentliche Interessen" berücksichtigt werden (Art. 14 Abs. 3 PüG), insbesondere die sozialpolitischen Rahmenbedingungen für die Festsetzung oder Anpassung von Tarifen (BGE 123 V 287 Erw. 6b mit Hinweisen auf die Materialien und den in RKUV 1997 S. 122 ff. wiedergegebenen Entscheid des Bundesrates vom 15. Januar 1997 in Sachen Kantonale Ärztegesellschaft Schaffhausen gegen Regierungsrat des Kantons Schaffhausen; vgl. auch Amtl.Bull. 1992 S 1308, wo der Berichterstatter der ständerätlichen Kommission auf

die Notwendigkeit hinweist, "dass die Kantone bei der Festsetzung der Tarife für ausserkantonale Patienten vernünftig sind"). cc) Schliesslich lässt sich auch aus dem bei den Akten liegenden Gutachten vom 12. April 1996 (PD Dr. K.) nichts zugunsten des beschwerdeführenden Kantons ableiten. Im Gegenteil bestätigen die Aussagen des Gutachters die vorstehenden Ausführungen. Dies betrifft insbesondere die Feststellung, dass das KVG den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (abschliessend) regelt und die Zusatzversicherungen nicht erfasst (Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG; BBl 1992 I 140; MAURER, a.a.O., S. 8). Damit ist zum einen gesagt, dass es sich bei der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG um eine ausschliesslich den obligatorischen Bereich betreffende Frage handelt (vgl. Amtl.Bull. 1993 S 1066 [Votum Huber, Berichterstatter]), die daher für alle Versicherten, mit oder ohne Zusatzversicherung, gleich zu beantworten ist. Zum anderen ist, wie auch im Gutachten eingeräumt wird, insbesondere im Lichte des in Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG verankerten Gleichbehandlungsgebotes kein sachlicher Grund erkennbar, welcher eine Differenzierung danach, ob der Versicherte sich in der allgemeinen oder in der halbprivaten oder privaten Abteilung aufhält, rechtfertigen würde, immer vorausgesetzt, es liegen medizinische Gründe für eine ausserkantonale Hospitalisation vor und die betreffende Abteilung ist als Leistungserbringerin zugelassen. Dass die Finanzlage der Kantone "äusserst" angespannt ist, mag zutreffen, wenn wohl auch nicht auf alle Kantone. Dies kann indessen nicht dazu führen, "die Beschränkung der Differenzbeiträge gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG auf die allgemeine Abteilung [dem lege artis gewonnenen klaren Auslegungsergebnis]vorzuziehen" (Gutachten S. 32). Nicht weiter einzugehen ist in diesem Zusammenhang auf den Vergleich mit dem in die kantonale Hoheit

fallenden obligatorischen Primarschulwesen, da dieser, wie bereits die Vorinstanz festgehalten hat, auf der unrichtigen und das gewünschte Ergebnis vorausnehmenden Prämisse beruht, Art. 41 Abs. 3 KVG verpflichte die Kantone, "für ihre Wohnbevölkerung eine genügende Spitalversorgung im Rahmen der allgemeinen Abteilung bereitzustellen" (Gutachten S. 27). Im übrigen stellt nach zutreffender Auffassung des Gutachters Art. 41 Abs. 3 KVG "fraglos" eine genügende gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dar (zum Gebot der Bestimmtheit von Rechtssätzen vgl. BGE 123 I 5 f. Erw. 4b mit Hinweisen, BGE 109 Ia 282 ff. Erw. 4d).

BGE 123 V 290 S. 308

7. Art. 41 Abs. 3 KVG soll, wie in Erw. 3b/aa hievor dargelegt, dem Lastenausgleich und der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen dienen, indem der Wohnkanton durch Übernahme der Differenz zwischen den in der Regel höheren Tarifen für ausserkantonale Patienten und den Tarifen für Einwohner des Kantons, in welchem das Spital liegt, sich an der Finanzierung des betreffenden ausserkantonalen Spitals beteiligt. Diesem Zweck widerspricht der vom beschwerdeführenden Kanton verfochtene Standpunkt, dass die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons lediglich bestehe, wenn der Versicherte sich tatsächlich in der allgemeinen Abteilung aufhalte, ebensowenig wie die gegenteilige Auffassung der Vorinstanz, welche im übrigen auch das BSV teilt. Wortlaut, Gesetzessystematik und Materialien lassen indessen keine andere Auslegung von Art. 41 Abs. 3 KVG zu als diejenige, dass die Ausgleichspflicht des Wohnkantons grundsätzlich auch besteht, wenn der Versicherte in der halbprivaten oder privaten Abteilung untergebracht ist. Mit anderen Worten genügt es, dass das Spital bzw. die betreffende Abteilung als Leistungserbringer im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG zugelassen ist und die Behandlung in einem ausserkantonalen Spital aus medizinischen Gründen notwendig war. Dagegen kommt es für die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons wie auch des Versicherers im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht darauf an, in welcher Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) der Versicherte sich aufhält und ob er eine Spitalzusatzversicherung unterhält. Grundlage für die Bemessung der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons bilden die Tarife für die allgemeine Abteilung für ausserkantonale Patienten und für die Einwohner des Kantons, in dem das Spital liegt.

8. Die Vorinstanz hat in Erw. 8 des angefochtenen Entscheides § 1 der Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung (vgl. Erw. 1) für bundesrechtswidrig erklärt und dieser Bestimmung im konkreten Fall die Anwendung versagt. Art. 41 Abs. 3 KVG regelt abschliessend die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons bei stationärer oder teilstationärer Behandlung in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital. Kantonales materielles Ausführungsrecht ist dieser Bestimmung untergeordnet und wird im Ergebnis von ihr miterfasst. Den entsprechenden kantonalen Vorschriften kommt keine selbständige, über Art. 41 Abs. 3 KVG hinausgehende Bedeutung zu; ob sie richtig oder zu Recht nicht angewendet wurden,

BGE 123 V 290 S. 309

ist daher im Rahmen der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zu prüfen (BGE 112 V 113 Erw. 2d; vgl. BGE 122 II 243 f. Erw. 2a, BGE 121 V 286 Erw. 1b, BGE 118 Ib 130 , 112 Ib 44 Erw. 1d, 166 oben Erw. 1). Soweit nach § 1 der genannten Verordnung die Differenzzahlung des Kantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG voraussetzt, dass die "versicherte Person die Leistungen eines (...) Spitals in der allgemeinen Abteilung beansprucht", widerspricht dies, wie gezeigt, Bundesrecht. Da die fragliche ausserkantonale Hospitalisation unbestrittenermassen aus medizinischen Gründen erfolgte, hat die Vorinstanz daher zu Recht dieser Verordnungsbestimmung die Anwendung versagt (Art. 2 ÜbBest. BV) und die masslich ebenfalls nicht bestrittene Kostenübernahmepflicht des beschwerdeführenden Kantons im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG bejaht. Nicht zu prüfen ist im übrigen

die materiell nicht beanstandete Kostenauflage zu Lasten des Kantons (vgl. Erw. 5 hievor).

9. Der Differenzzahlung des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG kommt, wie in Erw. 3b/aa hievor dargelegt, Subventionscharakter zu. Es handelt sich insoweit um zweckgebundene finanzielle Leistungen, welche nicht unter den Begriff der Versicherungsleistungen im Sinne von Art. 132 OG fallen (vgl. BGE 122 V 198 Erw. 4a, BGE 106 V 98 Erw. 3). Das Verfahren vor dem Eidg. Versicherungsgericht ist daher kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Dem unterliegenden Kanton sind indessen praxisgemäss keine Gerichtskosten aufzuerlegen (Art. 156 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG; in BGE 117 V 136 nicht veröffentlichte Erw. 7, bestätigt im unveröffentlichten Urteil Association S. vom 25. März 1992).

10. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht nach ständiger Praxis, von welcher abzugehen vorliegend kein Anlass besteht, keine Parteientschädigung zu (BGE 118 V 169 Erw. 7 und BGE 112 V 361 f. Erw. 6).