Urteilskopf

123 V 310

52. Auszug aus dem Urteil vom 19. Dezember 1997 i.S. M. und Klinik X gegen Kanton Schwyz und Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz
Regeste (de):
Art. 41 Abs. 3 KVG; Art. 103 lit. a und Art. 132 OG. Beschwerdelegitimation einer (privaten, nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten) Klinik bzw. ihres Rechtsträgers bejaht im (erstmaligen) Streit zwischen einem Versicherten, welcher aus medizinischen Gründen in diesem Spital stationär behandelt wurde, und dem Wohnkanton, der die teilweise Übernahme der Hospitalisationskosten nach Art. 41 Abs. 3 KVG verweigert mit der Begründung, diese Bestimmung komme lediglich bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern zur Anwendung.

Art. 41 Abs. 3 KVG; Art. 49 Abs. 1, Art. 39 Abs. 1, Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG. Die Ausgleichspflicht des Wohnkantons bei teilstationärer oder stationärer Behandlung von Kantonseinwohnern in einem ausserkantonalen Spital aus medizinischen Gründen besteht nur bei Inanspruchnahme eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals. Begibt sich der Versicherte in ein privates, nicht öffentliches oder nicht öffentlich subventioniertes Spital, entfällt die teilweise Kostenübernahmepflicht des Kantons. Es liegt weder eine im Rahmen freier richterlicher Rechtsfindung zu füllende (echte) Lücke vor noch bleibt Raum für eine verfassungskonforme Auslegung. Auch besteht kein Anlass, eine allfällige Verfassungswidrigkeit des Art. 41 Abs. 3 KVG, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Handels- und Gewerbefreiheit, zu prüfen, da ein richterliches Eingreifen aufgrund der Komplexität der sich stellenden rechtlichen sowie wirtschafts- und sozialpolitischen Fragen ausser Betracht fällt.

Regeste (fr):
Art. 41 al. 3 LAMal; art. 103 let. a et art. 132 OJ. Qualité pour recourir d'une clinique (privée, non publique ou non subventionnée par les pouvoirs publics) ou de son exploitant admise dans le cas d'un litige (initial) opposant un assuré obligé par des raisons médicales à suivre un traitement dans cette clinique et le canton de résidence qui refuse de prendre en charge la part des frais d'hospitalisation visée à l'art. 41 al. 3 LAMal, motif pris que cette disposition ne s'applique que dans le cas d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

Art. 41 al. 3 LAMal; art. 49 al. 1, art. 39 al. 1, art. 41 al. 1, première phrase, LAMal. Lorsque des raisons médicales obligent des habitants du canton à suivre un traitement hospitalier ou semi-hospitalier dans un hôpital situé dans un autre canton, l'obligation du canton de résidence de prendre en charge la différence de coûts n'existe que pour les traitements appliqués dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics. Une telle obligation n'existe pas lorsque l'assuré se rend dans un hôpital privé, non public ou non subventionné par les pouvoirs publics. Il n'existe pas de lacune (proprement dite) que le juge serait appelé à combler, ni de place pour une interprétation fondée sur la Constitution. Il n'y a pas lieu non plus d'examiner si l'art. 41 al. 3 LAMal est conforme à la Constitution, en particulier sous l'angle de la liberté de commerce et d'industrie, du moment qu'une intervention du juge n'entre pas en considération en raison de la complexité des problèmes de nature tant juridique, qu'économique et socio-politique qui se posent en l'espèce.

Regesto (it):
Art. 41 cpv. 3 LAMal; art. 103 lett. a e art. 132 OG. Riconosciuta la legittimazione a ricorrere di una clinica (privata, non pubblica o non sussidiata dall'ente pubblico) nel caso di una lite tra un assicurato ivi ricoverato per ragioni d'ordine medico e il suo Cantone di domicilio che rifiuta di assumersi la differenza delle spese di ospedalizzazione giusta l'art. 41 cpv. 3 LAMal per il motivo che tale disposto sarebbe applicabile ai soli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico.

Art. 41 cpv. 3 LAMal; art. 49 cpv. 1, art. 39 cpv. 1, art. 41 cpv. 1 prima frase LAMal. L'obbligo del Cantone di domicilio di assumersi la differenza delle spese di una cura ospedaliera o semiospedaliera prestata, per motivi d'ordine medico, da un ospedale situato in un altro Cantone è dato solo qualora si tratti di un istituto pubblico o sussidiato dall'ente pubblico. Tale obbligo viene invece a cadere laddove l'assicurato sia stato ricoverato presso un ospedale privato, non pubblico o non sussidiato dall'ente pubblico. Non sussiste una lacuna legislativa (in senso proprio), che incombe al giudice di colmare secondo il suo libero apprezzamento, né vi è spazio per una interpretazione conforme alla Costituzione. Nemmeno esiste motivo per esaminare una eventuale incostituzionalità dell'art. 41 cpv. 3 LAMal, segnatamente sotto l'aspetto della libertà di commercio e d'industria, dal momento che un intervento del giudice non entra in linea di conto per la complessità dei quesiti che si pongono dal profilo giuridico, economico e socio-politico.

Sachverhalt ab Seite 311

BGE 123 V 310 S. 311

A.- Der in S. (Kanton Schwyz) wohnhafte M. hielt sich am 5. und 6. Februar 1996 zwecks Abklärung eines Herzleidens in der allgemeinen Abteilung der Klinik X in Zürich auf. Am 15. Februar 1996 erteilte die Krankenkasse Konkordia, bei welcher er obligatorisch krankenpflegeversichert war, der Klinik Kostengutsprache im Umfang der "Kosten der allgemeinen Abteilung für Kantonseinwohner". Gemäss Rechnung vom 23. Februar 1996 beliefen sich die Kosten für Behandlung und Aufenthalt auf insgesamt Fr. 4'892.20. Am 3. März 1996 trat M. erneut in die Klinik X ein, wo er noch am selben Tag am Herz operiert und am 16. März 1996 entlassen wurde. Mit Schreiben vom 7. Juni 1996 ersuchte die Klinik X das Amt für Gesundheit und Soziales des Kantons Schwyz unter Hinweis auf Art. 41 Abs. 3 KVG um Übernahme der Kosten im Umfang von Fr. 4'078.20 (= Fr. 4'892.20 - Fr. 814.– ["2 Tage x 407.00"]). Mit Verfügung vom 17. Juni 1996 lehnte das Amt das Gesuch ab mit der Begründung, weil es sich bei der Klinik X um ein nicht öffentliches

BGE 123 V 310 S. 312

bzw. nicht öffentlich subventioniertes Spital handle und die Behandlung des Patienten auch in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital möglich gewesen wäre, sei der Wohnkanton nicht verpflichtet, die Tarifdifferenz nach Art. 41 Abs. 3 KVG und § 7 Abs. 1 der Verordnung vom 30. April 1996 über die Kostenübernahme bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung zu übernehmen.

B.- Hiegegen liessen M. und die Klinik X gemeinsam Beschwerde beim Regierungsrat des Kantons Schwyz erheben mit den Rechtsbegehren: "1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben;
2. Dem Beschwerdeführer 1 sei für seine Behandlung bei der Beschwerdeführerin 2 vom 7. bis 16. März 1996 eine Kostengutsprache gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG zu erteilen, bzw. der Kanton Schwyz sei dazu zu verpflichten, den Kostenanteil gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG zu übernehmen; 3. Es sei in vorliegender Beschwerdesache ein Entscheid zu erlassen, den die Beschwerdeführer an das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK weiterziehen können; Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Staatskasse." Die Klinik verlangte überdies den Erlass vorsorglicher Massnahmen. Das Amt für Gesundheit und Soziales beantragte in seiner Vernehmlassung, die Beschwerde des M. sei abzuweisen, auf jene der Klinik X, da nicht Verfügungsadressatin, nicht einzutreten, eventuell diese abzuweisen und das Gesuch um vorsorgliche Massnahmen ebenfalls abzulehnen. 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.
Mit Eingabe vom 13. September 1996 reichte der Rechtsvertreter von M. und der Klinik X eine korrigierte Fassung der Beschwerde ein. Unter anderem änderte er Ziffer 2 der Rechtsbegehren, indem neu und in Übereinstimmung mit der angefochtenen Verfügung die teilweise Kostenübernahme durch den Kanton für die Behandlung vom 5. und 6. Februar 1996 beantragt wurde. Am 25. September 1996 erliess das angerufene Gericht einen Zwischenbescheid, womit es die Beschwerdebefugnis der Klinik X bejahte und das Begehren um vorsorgliche Massnahmen, soweit darauf einzutreten war, abwies. In den weiteren Rechtsschriften hielten die Parteien an ihren Standpunkten fest.

Mit Entscheid vom 29. Januar 1997 wies das schwyzerische Verwaltungsgericht die Beschwerde im Sinne der Erwägungen ab (Dispositiv-Ziff. 1) und auferlegte die Kosten des Verfahrens M. (1/4) und der Klinik X (3/4) unter gegenseitiger solidarischer Haftung (Dispositiv-Ziff. 2).

C.- M. (Beschwerdeführer 1) und die Klinik X (Beschwerdeführerin 2), beide vertreten durch Rechtsanwalt Dr. R., führen gemeinsam Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit den Rechtsbegehren: "1. Der angefochtene Entscheid sei aufzuheben;
2. Der Beschwerdegegner sei anzuweisen, den kantonalen Kostenanteil für die Behandlung des Beschwerdeführers 1 bei der Beschwerdeführerin 2 vom 6. und 7. Februar 1996 (recte: 5. und 6. Februar 1996), nämlich den Betrag von CHF 4'332.20 zuzüglich Zins von 5% seit 8. Juli 1996, gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG zu bezahlen. 3. (...)."
In der Begründung wird zum geltend gemachten Differenzbetrag von Fr. 4'332.20 (ohne Verzugszins) ausgeführt, dass die Konkordia von den gesamten Kosten von Fr. 4'892.20 nicht wie im Gesuch vom 7. Juni 1996 angenommen den Betrag von Fr. 814.–, sondern lediglich Fr. 560.– entsprechend dem Pauschaltarif "für die Behandlung von Kantonseinwohnern in einem Schwyzer öffentlichen Spital" übernehme. Der Kanton Schwyz, vertreten durch das Kantonale Amt für Gesundheit und Soziales, und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beantragen je Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Erwägungen

Aus den Erwägungen:

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

kantons 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 (...)"
b) Unter den Begriff des Spitals fällt gemäss Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG jede Anstalt oder fallen deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Um (als Leistungserbringer) zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen zu werden, muss das Spital die in lit. a-e dieser Bestimmung aufgezählten Kriterien erfüllen, insbesondere also der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (lit. d), und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sein (lit. e). Intertemporalrechtlich sind laut Art. 101 Abs. 2 Satz 1 KVG Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, als Leistungserbringer zugelassen, solange der Kanton die Spitalliste noch nicht erstellt hat. Gemäss Art. 2 Abs. 2 der Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG vom 12. April 1995, erlassen durch den Bundesrat gestützt auf Art. 107 Abs. 2 KVG, sind die Spitalplanung und die Spitallisten bis zum 1. Januar 1998 zu erstellen. c) 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).

2. Mit dem angefochtenen Entscheid vom 29. Januar 1997 hat das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, in Bestätigung der Verfügung des Kantonalen Amtes für Gesundheit und Soziales vom 17. Juni 1996, die teilweise Kostenübernahmepflicht des Kantons für die Behandlung und den Aufenthalt von M. in der allgemeinen Abteilung der ausserkantonalen Klinik X in Zürich am 5. und 6. Februar 1996 gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG verneint. Hauptstreitpunkt bildet die von der Vorinstanz bejahte grundsätzliche Frage, ob die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons im Sinne dieser Gesetzesbestimmung entfällt, wenn der Versicherte sich, wie im vorliegenden Fall, in ein privates, nicht öffentliches oder öffentlich subventioniertes Spital begibt.

3. Bevor auf die materielle Begründung des kantonalen Gerichtsentscheides und die hiegegen vorgetragenen Einwendungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde näher einzugehen ist, stellt sich die von Amtes wegen zu prüfende Eintretensfrage (BGE 122 V 195 Erw. 3, BGE 118 V 17 f. Erw. 1, BGE 115 V 396 f. Erw. 1).
a) Im vorstehend publizierten Urteil vom 16. Dezember 1997 (BGE 123 V 290) hat das Eidg. Versicherungsgericht entschieden, dass es sich bei der Differenzzahlungspflicht nach Art. 41 Abs. 3 KVG um eine in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begründete Verpflichtung der Kantone handelt. Streitigkeiten über die Auslegung und Anwendung dieser Bestimmung sind sozialversicherungsrechtlicher Natur im Sinne von Art. 128 OG. Ein Unzulässigkeitsgrund im Sinne von Art. 129 Abs. 1 OG ist nicht gegeben. Hat darüber, wie im vorliegenden Fall, eine letzte kantonale Instanz im Sinne von Art. 98 lit. g OG entschieden, kann die Sache mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidg. Versicherungsgericht weitergezogen werden. Die Sachzuständigkeit des angerufenen Gerichts ist somit gegeben. b) Zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidg. Versicherungsgericht befugt ist gemäss Art. 103 lit. a OG in Verbindung mit Art. 132 OG, wer durch die an-

gefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Nach der Rechtsprechung gilt als schutzwürdig jedes praktische oder rechtliche Interesse, welches eine von einer Verfügung betroffene

BGE 123 V 310 S. 316

Person an deren Änderung oder Aufhebung geltend machen kann. Das schutzwürdige Interesse besteht somit im praktischen Nutzen, den die Gutheissung der Beschwerde dem Betroffenen verschaffen würde, oder - anders ausgedrückt - im Umstand, einen Nachteil wirtschaftlicher, ideeller, materieller oder anderweitiger Natur zu vermeiden, welchen die angefochtene Verfügung mit sich bringen würde (BGE 120 V 39 Erw. 2b mit Hinweisen; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 151 ff.). Immerhin ist zu verlangen, dass der Beschwerdeführer durch den angefochtenen Entscheid stärker als jedermann betroffen ist und in einer besonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache steht. Diesem Erfordernis kommt dann eine ganz besondere Bedeutung zu, wenn nicht der Verfügungsadressat im materiellen Sinn, sondern ein Dritter den Entscheid anficht (BGE 123 II 378 f. Erw. 2, BGE 120 Ib 51 f. Erw. 2a, je mit Hinweisen). aa) Im Lichte dieser Grundsätze ist die Legitimation des Beschwerdeführers 1 zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde ohne weiteres zu bejahen. Als Schuldner der Vergütung der von der Beschwerdeführerin 2 erbrachten Leistungen (System des Tiers garant; Art. 42 Abs. 1 KVG) steht ihm in sinngemässer Anwendung von Satz 2 dieser Bestimmung ein gesetzlicher Rückerstattungsanspruch gegen seinen Wohnkanton und Beschwerdegegner zu (BGE 123 V 298 f. Erw. 4). bb) Ebenfalls zu bejahen ist die Beschwerdelegitimation der Klinik bzw. ihres Rechtsträgers. Es erscheint zwar fraglich, ob die Beschwerdeführerin 2, wie sie geltend macht, dadurch unmittelbar berührt ist und eine spezifische Beziehungsnähe zur Streitsache hat, dass der Wohnkanton aufgrund des Rückerstattungsanspruches des Versicherten als Vergütungsschuldner "dem leistungserbringenden Spital mit der garantierten Kostenübernahme durch Dritte indirekt Sicherheit" bietet. Zum einen ist sie, obschon formell Adressatin der Verfügung, lediglich als Dritte im Sinne der Rechtsprechung zu betrachten, so dass an das Rechtsschutzinteresse erhöhte Anforderungen zu stellen sind. Zum andern besteht die Schuldpflicht des Versicherten gegenüber dem Spital im System des Tiers garant unbedingt und ohne irgendeine Einschränkung. In diesem Zusammenhang gilt auch zu beachten, dass der Antrag der vorberatenden Kommission des Nationalrates, wonach in Abweichung vom Entwurf des Bundesrates (BBl 1992 I 170 und 268) für die stationär erbrachten Spitalleistungen ausschliesslich das System des Tiers payant (Art. 41 Abs. 2 KVG) gelten soll, abgelehnt wurde (Amtl.Bull.

BGE 123 V 310 S. 317

1993 N 1729 und 1857 f.; vgl. auch RKUV 1989 Nr. K 803 S. 151 f. Erw. II/2a, wonach unter altem Recht dem Spital im Leistungsstreit zwischen Versicherer und Versichertem keine Parteistellung zukam). In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird nun aber mit Recht geltend gemacht, dass die Verneinung der Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG bei (teil-)stationären Behandlungen in (nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten) Privatspitälern zur Folge haben wird, dass die weitere Aufnahme und Behandlung von ausserkantonalen Patienten "gefährdet" ist, und zwar unabhängig davon, ob es sich um bloss obligatorisch krankenpflegeversicherte Personen handelt oder um solche mit einer Zusatzversicherung. In der Tat ist davon auszugehen, dass die Bestätigung des angefochtenen Gerichtsentscheides faktisch, wenn auch mit umgekehrten Vorzeichen, die gleichen Wirkungen haben wird oder schon gezeitigt hat wie die Nichtaufnahme in die Spitalliste eines Kantons und damit die Nichtzulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (vgl. Art. 35 und 39 Abs. 1 lit. e KVG) für einen grossen Versichertenkreis. Ist aber

ein Spital befugt, gegen eine Spitalliste, auf welcher es nicht figuriert, Verwaltungsbeschwerde beim Bundesrat einzulegen (vgl. RKUV 1996 S. 227 f. Erw. II/2), muss es sich auch zur Wehr setzen können, wenn die zuständige ausserkantonale Behörde erstmals in einem konkreten Anwendungsfall die Kostenübernahme des Wohnkantons des Versicherten im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG verweigert mit der Begründung, diese Bestimmung komme bei stationären Behandlungen in nicht öffentlich subventionierten Privatspitälern nicht zum Zuge. Diese besonderen Umstände rechtfertigen es, auch der Beschwerdeführerin 2 das Beschwerderecht zuzusprechen. c) Da die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde einzutreten.

4. Das Gesetz ist in erster Linie nach seinem Wortlaut auszulegen. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente, namentlich des Zwecks, des Sinnes und der dem Text zugrunde liegenden Wertung. Wichtig ist ebenfalls der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt. Vom klaren, d.h. eindeutigen und unmissverständlichen Wortlaut darf nur ausnahmsweise abgewichen werden, unter anderem dann nämlich, wenn triftige Gründe dafür vorliegen, dass der

Wortlaut nicht den wahren Sinn der Bestimmung wiedergibt. Solche Gründe können sich aus der Entstehungsgeschichte der Bestimmung, aus ihrem Grund und Zweck oder aus dem Zusammenhang mit andern Vorschriften ergeben (BGE 123 III 91 Erw. 3a, BGE 122 III 325 Erw. 7a, 474 Erw. 5a, BGE 122 V 364 Erw. 4a, BGE 121 III 224 Erw. 1d/aa, 412 Erw. 4b, 465 Erw. 4a/bb, BGE 121 V 24 Erw. 4a, 60 f. Erw. 3b, 126 f. Erw. 2c, BGE 120 V 102 Erw. 4b, 338 Erw. 5a, 525 Erw. 3a, je mit Hinweisen; IMBODEN/RHINOW/KRÄHENMANN, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Band 1, S. 137 f., Nr. 21 B IV).
Die Gesetzesmaterialien im besonderen 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, BGE 120 II 247 Erw. 3e, BGE 117 II 526 Erw. 1d, BGE 116 Ia 368 Erw. 5c, BGE 116 II 415 Erw. 5b und 527 f. Erw. 2b). a) Im vorliegenden Fall besteht nach dem klaren Wortlaut des Art. 41 Abs. 3 KVG, welcher intertemporalrechtlich sofort anwendbar ist (Art. 101 Abs. 2 KVG; vgl. Amtl.Bull. 1992 S 1308), die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons bei einer ausserkantonalen Hospitalisation aus medizinischen Gründen nur, wenn die Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital durchgeführt wird. In dieser Bestimmung nicht erwähnt werden die nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler mit privater Trägerschaft im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG, wozu auch die Beschwerdeführerin 2 gehört. b) Die Differenzierung nach den Spitalkategorien "öffentlich oder öffentlich subventioniert" und "privat und nicht öffentlich oder öffentlich subventioniert" in Art. 41 Abs. 3 KVG war vom Gesetzgeber, wie die Vorinstanz richtig erkannt hat, bewusst gewollt. Dieser Schluss ergibt sich aus dem Gesetz selber, insbesondere

aus dem in Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG verankerten Grundsatz, wonach die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen können, sowie aus der Kostenübernahmepflicht der Versicherer in dem in Abs. 1 bis 3 von Art. 41 KVG festgelegten Umfang, welche im Unterschied zur Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons in keinem Fall teilstationärer oder stationärer Behandlung die Wahl einer bestimmten Spitalkategorie voraussetzt. Vielmehr genügt, dass das betreffende Spital oder eine Abteilung davon zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist (Art. 35 Abs. 1 und Abs. 2 lit. h sowie Art. 39 Abs. 1 KVG). Die wörtliche Anknüpfung der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons bei einer ausserkantonalen Hospitalisation aus medizinischen Gründen nach Art. 41 Abs. 3 KVG an die Inanspruchnahme eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals stimmt sodann mit dem Normzweck, wie er sich aus den Materialien ergibt, überein. Diese Verpflichtung 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, durch die Steuern seiner Einwohner mitfinanzierter Spitalversorgung (BBl 1992 I 127; Amtl.Bull. 1992 S 1308 und 1314; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 72). c) Dass im weitern die Tarife für die allgemeine Abteilung öffentlicher oder öffentlich subventionierter Spitäler für ausserkantonale Patienten höher sein können und dürfen als für Kantonseinwohner und so überhaupt erst eine "Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons" bzw. eine teilweise Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons besteht, ergibt sich im übrigen auch aus Art. 49 Abs. 1 KVG. Die in Abs. 1 Satz 2 dieser Bestimmung festgelegte Quote von "höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung" für die Vergütung der stationären

Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital und die entsprechenden Mindestbeiträge der öffentlichen Hand nach kantonalem Recht gelten ebenfalls ausdrücklich bloss für die Spitalkategorien "öffentlich" oder "öffentlich subventioniert", nicht aber für private, nicht öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler (vgl. Erw. 11.1 [S. 267]des in RKUV 1997 S. 257 ff. auszugsweise wiedergegebenen Entscheides des Bundesrates vom 25. Juni 1997 in Sachen Spital- und Pflegezentrum Y AG gegen Regierungsrat des Kantons Z.; ferner MAURER, a.a.O., S. 88). Bei diesen dürfen umgekehrt und folgerichtig höhere Deckungsquoten vereinbart werden. "Dies erscheint insofern angemessen, als diese Spitäler nicht aus Steuergeldern mitfinanziert werden." (BBl 1992 I 185; 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., S. 374 ff. [vgl. SZS 40/1996 S. 257 ff., S. 296 oben]; vgl. auch Amtl.Bull. 1992 S 1315 f., wo aus verfassungsrechtlicher Sicht Bedenken gegen die Ausklammerung der "Privatspitäler" in Art. 49 Abs. 1 Satz 2 KVG angemeldet wurden).
d) Schliesslich ist das Art. 41 Abs. 3 und Art. 49 Abs. 1 sowie Art. 39 Abs. 1 KVG zugrunde gelegte Konzept in dem Sinne in sich konsistent und widerspruchsfrei, dass in den (zugelassenen) nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Privatspitälern die Tarife für ausserkantonale Patienten und für Patienten aus dem Standortkanton in der Regel gleich hoch sind, die "in Rechnung gestellten Kosten" also den "Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons" entsprechen, sich somit die Frage der Differenzzahlung des Wohnkantons gar nicht erst stellen kann.

5. Die vom klaren Wortlaut und der Systematik des Gesetzes ausgehende, am Normzweck, wie er sich aus den Materialien ergibt, orientierte Auslegung des Art. 41 Abs. 3 KVG führt zum eindeutigen Ergebnis, dass die Ausgleichspflicht des Wohnkantons bei teilstationärer oder stationärer Behandlung von Kantonseinwohnern in einem ausserkantonalen Spital aus medizinischen Gründen nur bei Inanspruchnahme eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Begibt sich der Versicherte in ein privates, nicht öffentliches oder nicht öffentlich subventioniertes Spital, entfällt die teilweise Kostenübernahmepflicht des Kantons.

6. a) In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird die Richtigkeit dieser Interpretation bestritten. Der Gesetzgeber habe zwar die

Privatspitäler bewusst nicht in Art. 41 Abs. 3 KVG "integriert", dabei aber bloss Finanzausgleichs- und Spitalplanungsüberlegungen angestellt. Mit den sonst relevanten Zusammenhängen, welche bei der Nichterwähnung von Privatspitälern zu beachten wären, habe er sich nicht befasst. Diese "gesetzgeberische Fehlleistung" habe zunächst eine Mehrbelastung der Versicherer zur Folge, indem "nun" die Gesamtheit der Prämienzahler und nicht die Steuerzahler des Wohnkantons die Kosten der medizinisch bedingten ausserkantonalen Hospitalisation der kantonseigenen Einwohner zu bezahlen hätten. Dies verletze das Solidaritätsprinzip. Überdies würde dadurch unweigerlich ein entsprechender Prämiendruck entstehen, der die Versicherer veranlassen werde, mit den ihnen vom Gesetz selber zur Verfügung gestellten Instrumenten die versicherten Patienten in öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler zu lenken. Dies wiederum führe zu vom Gesetzgeber nicht beabsichtigten Wettbewerbsverzerrungen und zu einer Fehlallokation von Spitalressourcen. Die Störung des Wettbewerbs falle insbesondere auf dem Marktsegment der zusatzversicherten Patienten "krass" ins Gewicht. Schliesslich würden auch kaum zu rechtfertigende, jedenfalls aber ungewollte Anreize auf Seiten der Wohnkantone geschaffen, indem diese sinngemäss versucht sein könnten, durch eine entsprechende Ausgestaltung des Bewilligungsverfahrens darauf hinzuwirken, "dass zur Entlastung ihres Finanzhaushalts der individuelle Leistungseinkauf (ausserhalb des Kantons aus medizinischen Gründen) bei Privatspitälern und damit voll zu Lasten der KV erfolgt". Allein eine Gleichbehandlung aller Spitalkategorien stehe daher im Einklang mit allen relevanten übergeordneten Grundsätzen und Zielsetzungen des KVG. Dies führe zu der insbesondere bezüglich der Handels- und Gewerbefreiheit allein verfassungskonformen und mit dem Bundesgesetz über den Binnenmarkt (BGBM) vereinbaren Auslegung von Art. 41 Abs. 3 KVG, welche Privatspitäler gleichberechtigt mitberücksichtigt. Sollte im übrigen das angerufene Gericht sich dieser Auslegung nicht anschliessen können, so wäre die Beschwerde auf dem Wege der Lückenfüllung gutzuheissen. b) aa) Der Auffassung der Beschwerdeführer kann nicht beigepflichtet werden. Beim Entscheid, dass die Deckungsquote von "höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten" für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital nach Art. 49 Abs. 1 KVG lediglich bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern, nicht aber bei den privaten, nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern gelten

soll, war sich der Gesetzgeber bewusst, dass dies (nur) zu Lasten der sozialen Krankenversicherung gehen kann und sich allenfalls in erhöhten Prämien niederschlagen wird (vgl. die Hinweise in Erw. 4c hievor, insbesondere Amtl.Bull. 1992 S 1316 und MAURER, a.a.O., S. 88 unten). In dieser Regelung allein kann sodann in dem Sinne kein Widerspruch zu den obersten Zielsetzungen des neuen Krankenversicherungsrechts, insbesondere zum Gebot der Kosteneindämmung (BBl 1992 I 126f.; Amtl.Bull. 1992 S 1272, 1993 N 1726; vgl.

auch RKUV 1994 Nr. K 952 S. 300 f. Erw. 3b) erblickt werden, als eines der Hauptziele der Revision auch die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung war (Art. 43 Abs. 6 KVG; BBl 1992 I 174 und 183). Auf dieser Linie liegt unzweifelhaft Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG, wonach private Trägerschaften von den Kantonen in die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung angemessen einzubeziehen sind (vgl. DUC, Statut des assurés dans des établissements médico-sociaux selon la LAMal, in: SZS 40/1996 S. 257 ff., S. 292 ff.). Fraglich erscheint schliesslich, inwiefern die von der Beschwerdeführerin 2 angerufene Handels- und Gewerbefreiheit (Art. 31 BV) im Rahmen des KVG spielt (vgl. Erw. II/4.2 [S. 262 f.]und 11.3 [S. 268 f.]des in RKUV 1997 S. 257 ff. auszugsweise publizierten Entscheides des Bundesrates vom 25. Juni 1997 in Sachen Spital- und Pflegezentrum Y AG gegen Regierungsrat des Kantons Z.; vgl. auch BGE 122 V 95 ff. Erw. 5b/bb/aaa). Diese Frage kann indessen offenbleiben. bb) Ist der Gesetzeswortlaut klar und stimmt der Wortsinn mit dem Rechtssinn der Norm, wie er sich eindeutig aus der in den Materialien dokumentierten Regelungsabsicht des Gesetzgebers ableiten lässt (BGE 121 III 225 f. Erw. 4d/aa), überein, liegt weder eine im Rahmen freier richterlicher Rechtsfindung zu füllende (echte) Lücke vor (Art. 1 Abs. 2 ZGB; BGE 119 V 255 Erw. 3b mit Hinweisen) noch bleibt Raum für eine verfassungskonforme Auslegung (BGE 122 V 93 Erw. 5a/aa, BGE 119 V 130 Erw. 5b, BGE 111 V 364 Erw. 3b, je mit Hinweisen). Dies schliesst zwar eine Prüfung der in Frage stehenden Gesetzesvorschrift, im vorliegenden Fall Art. 41 Abs. 3 KVG, auf ihre Übereinstimmung mit der Verfassung grundsätzlich nicht aus. Art. 113 Abs. 3 BV und Art. 114bis Abs. 3 BV, wonach es den rechtsanwendenden Behörden untersagt ist, Bundesgesetze auf ihre Verfassungsmässigkeit zu überprüfen, statuieren lediglich ein Anwendungsgebot, nicht ein Prüfungsverbot (BGE 123 II 11 Erw. 2, BGE 122 V 93 Erw. 5a/aa mit Hinweisen).

Vorliegend besteht indessen kein Anlass, eine allfällige Verfassungswidrigkeit von Art. 41 Abs. 3 KVG zu prüfen. cc) Es kann hier nicht bloss darum gehen, die privaten, nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler in den Art. 41 Abs. 3 KVG, unter welchem Rechtstitel auch immer, einzubeziehen. Dem stehen schon der Wortlaut dieser Norm und die Gesetzessystematik entgegen, indem sich bei Privatspitälern mit in der Regel nicht nach Kantonszugehörigkeit abgestuften Tarifen für die Bemessung der Vergütung für die erbrachten Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mangels eines Tarifunterschiedes die Frage der Differenzzahlung des Wohnkantons überhaupt nicht stellt (vgl. Erw. 4d hievor). Es kommt dazu, dass die beanstandete Unterscheidung in Art. 41 Abs. 3 KVG danach, ob das ausserkantonale Spital öffentlich ist oder öffentlich subventioniert wird, auch bei der Tarifierung gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG spielt, eine Änderung somit weitere Fragen aufwirft, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Zulassung von Spitälern mit privater Trägerschaft (vgl. Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG). Es geht letztlich, wie gerade die einer gewissen Überzeugungskraft nicht entbehrenden Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zeigen, um nicht mehr und nicht weniger als die "Definition" des Status der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler einerseits und der "Privatspitäler" anderseits im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, ihr Verhältnis untereinander und in Berücksichtigung der Zusatzversicherungen (vgl. in diesem Zusammenhang die im Auftrag des Konkordates erstellte Studie "Spitalleistungen ausserhalb des Wohnsitzkantons. Eine Evaluation des Artikels 41.3 KVG aus ökonomischer Sicht" des Institutes für empirische Wirtschaftsforschung der Universität Zürich [Verfasser: CRIVELLI/HAUSER/ZWEIFEL], S. 41-54). Es handelt sich hiebei um eine vorab rechtspolitische und, wie bereits die parlamentarischen Beratungen deutlich machten (vgl. Amtl.Bull. 1993 S 1314 ff.) und die parlamentarische Initiative Hochreutener vom 13. Dezember 1996 (96.463) betreffend die Revision von Art. 41 Abs. 3 Satz 1 KVG, welcher der Nationalrat am 25. September 1997 mit 71 zu 53 Stimmen Folge gab, bestätigt, um eine in gleicher Weise rechtlich wie wirtschafts- und sozialpolitisch kontroverse Frage, deren Lösung nicht Aufgabe des Richters sein kann und darf (vgl. BGE 117 V 322 ff. Erw. 3-6 mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre).

c) Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid, welcher ebenfalls zum Ergebnis gelangt ist, dass die Ausgleichspflicht des Wohnkantons bei teilstationärer oder stationärer Behandlung von Kantonseinwohnern in einem ausserkantonalen Spital aus medizinischen Gründen nur bei Inanspruchnahme eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht, als Rechtens. Dass die Vorinstanz die Frage offengelassen hat, wer im Falle der Verneinung der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons bei Inanspruchnahme eines nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals "den durch Art. 41 Abs. 3 KVG vorgesehen Anteil des Wohnkantons" zu übernehmen hat, ist ebenfalls von Bundesrechts wegen nicht zu beanstanden. Es fehlt diesbezüglich, auch in diesem Verfahren, am Anfechtungsgegenstand und damit an einer Sachurteilsvoraussetzung, weshalb auf das entsprechende Begehren in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht eingetreten werden kann (BGE 119 Ib 36 Erw. 1b, BGE 118 V 313 Erw. 3b, je mit Hinweisen). Daran ändert die Bedeutung dieser Frage für die Beschwerdeführer nichts.