

# LU\_GERICHTE S 97 1207 vom 21. April 1999

LU Gerichte, 1999-04-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu\\_gerichte\\_S\\_97\\_1207](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_S_97_1207)

FR: LU\_GERICHTE S 97 1207 du 21 avril 1999

IT: LU\_GERICHTE S 97 1207 del 21 aprile 1999

## Regeste

Art. 41 KVG. Spitalbedürftigkeit, Einweisungszeugnis. Die zum KUVG ergangene Rechtsprechung ist auch unter neuem Recht anwendbar. Entsprechend ist auch unter dem KVG ein Einweisungszeugnis eines klinikexternen Arztes zu verlangen. Ausnahmsweise kann darauf verzichtet werden, wenn aufgrund der gesamten Umstände davon ausgegangen werden kann, dass im konkreten Fall ein externer Arzt die Einweisung ausgestellt hätte (Erw. 3). Art. 35 Abs. 2 lit. h, Art. 39 Abs. 1, Art. 41 Abs. 1, Art. 101 Abs. 2 KVG. Leistungserbringer, Übergangsrecht. Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil war in der Zeit vom Inkrafttreten des KVG bis zum Inkrafttreten der Spitalliste ein gestützt auf das Übergangsrecht zugelassener Leistungserbringer mit Standort im Wohnkanton des Versicherten. Für die Anwendung der Art. 41 Abs. 2 und 3 bleibt damit kein Raum. Das Leistungsangebot bzw. die Leistungspflicht des Krankenversicherers (inklusive Umfang der zu übernehmenden Kosten) richtet sich dabei bis zum Inkrafttreten der Spitalliste nach den bisherigen Verträgen zwischen dem Leistungserbringer und dem Krankenversicherer (kein Abstellen auf den Tarif der öffentlichen Spitäler im Wohnkanton; Erw. 4). | Krankenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

(Anwendung KVG, Zuständigkeit des Gerichts)

### E. 2

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 KVG). Diese Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach Art. 25 bis 33 übernehmen. Nach Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG können die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Art. 41 Abs. 1 letzter Satz KVG). Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen andern 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 bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG aufgeführten ausserkantonalen Spital (Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG). 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 (Art. 41 Abs. 3 Satz 1 KVG).

### **E. 3**

a) Voraussetzung für eine Leistungspflicht einer sozialen Krankenversicherung ist bei stationärem Aufenthalt die Spitalbedürftigkeit des Versicherten. Der Begriff der Akutspitalbedürftigkeit ist nach altem und neuem Recht grundsätzlich derselbe, weshalb die hierzu unter der Herrschaft des KUVG ergangene Rechtsprechung auch für die Beurteilung von Ansprüchen nach KVG gilt (RKUV 1998 S. 289). Der Aufenthalt im Spital ist nur solange erforderlich, als die Krankheit «unter Spitalbedingungen», im «Spitalmilieu», behandelt werden muss (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 71 mit Hinweisen auf BGE 115 V 48ff. Erw. 3b und 120 V 206 Erw. 6a). Im zuletzt zitierten Urteil des Bundesgerichtes wird nicht nur die Spitalbedürftigkeit näher umschrieben, sondern auch die Voraussetzungen, unter denen ein Einweisungszeugnis rechtsgenügend ist. Danach braucht es für die Einweisung in ein Spital eine ärztliche Anordnung, die - von ausgesprochenen Notsituationen abgesehen - von einem klinikexternen Arzt verordnet sein muss. Nach Maurer dürfte dieses Urteil auch für das KVG massgebend sein (Maurer, a.a.O., S. 71). Das Gericht schliesst sich dieser Auffassung insbesondere unter der Berücksichtigung folgender Aspekte an: Würde man klinikinterne Einweisungszeugnisse als rechtsgenügend betrachten, so wären Missbräuche möglich, könnte doch der Spitalarzt im Hinblick auf eine Optimierung der Anstaltsbelegung eher zur Bejahung der Spitalbedürftigkeit neigen (weil er als Leistungsanbieter gleichzeitig auch die Nachfrage bestimmen kann). Um einen solchen möglichen Interessenkonflikt auszuschliessen, ist es deshalb auch unter der Herrschaft des KVG notwendig, dass, von Notfall- und Ausnahmesituationen abgesehen, das Einweisungszeugnis durch einen spitalexternen Arzt ausgestellt wird. b) Im vorliegenden Fall hat unbestrittenermassen Dr. D, Oberarzt Anästhesie des SPZ, den Beschwerdeführer ins Paraplegikerzentrum eingewiesen. Als Hospitalisationsgrund wird dabei Abklärung und Schmerztherapie angegeben. Als Diagnosen sind (1.) Sensomotorische Paraplegie sub Th12 und (2.) Chronisches neurogenes Schmerzsyndrom genannt. Aus den Akten erhellen keine Hinweise, dass es sich bei der Einweisung um eine ausgesprochene Notsituation gehandelt hat. Immerhin geht aus den Akten hervor, dass der den Beschwerdeführer mitbetreuende Hausarzt Dr.med. E, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, im August 1996 mit dem SPZ in Kontakt getreten ist und um eine Beurteilung der Situation gebeten hatte, weil der Beschwerdeführer unter persistierenden starken Schmerzen im Rücken und im rechten Bein gelitten hat, die dieser kaum mehr im Stande war auszuhalten. Der Hausarzt führt aus, dass er auf die Art der Behandlung keinerlei Einfluss genommen habe. Es sei aber klar gewesen, dass angesichts der starken Schmerzen nötigenfalls auch aussergewöhnliche Massnahmen hätten getroffen werden müssen. Aufgrund der noch laufenden Betreuung durch das SPZ (Physiotherapie) habe ihm eine formelle Einweisung im September 1996 nicht notwendig erschienen. Der Hausarzt führte weiter aus, dass angesichts der unerträglichen Schmerzen ein aktives Vorgehen angezeigt gewesen sei. Als Anlaufstelle sei aufgrund der Nachbetreuungssituation nur das SPZ in Frage gekommen. Unter diesen Umständen kann

vorliegend jedoch nicht am Erfordernis der Fremdeinweisung festgehalten werden. Es erhellt, dass Dr. E als Hausarzt nur deshalb kein Einweisungszeugnis vorlegte, weil er der Auffassung war, dass dies wegen der Nachbetreuungssituation nicht notwendig war. Die Abklärung und Beurteilung der Situation des Beschwerdeführers im SPZ erfolgte auf seine Initiative hin, offenbar, weil er als Hausarzt dem Beschwerdeführer nicht mehr weiter zu helfen vermochte, weil ihm die fachspezifischen Kenntnisse fehlten. Dass Dr. E sich infolge der Nachbetreuungssituation (Physiotherapie) und der im SPZ erfolgten Erstversorgung mit seiner Anfrage an das SPZ wandte, erscheint nachvollziehbar. Unter diesen Umständen ist aber auch davon auszugehen, dass Dr. E einer Spitaleinweisung zwecks Implantation des Hinterstrangstimulators als aussergewöhnliche Massnahme zugestimmt hätte, wenn seitens des SPZ ein solcher Vorschlag an ihn herangetragen worden wäre. Das Festhalten an einem externen Einweisungszeugnis würde hier aber überspitzten Formalismus bedeuten, weil die strikte Anwendung der formellen Vorschrift unter den gegebenen Umständen durch kein schutzwürdiges Interesse gerechtfertigt ist, zum blossen Selbstzweck würde und die Verwirklichung des materiellen Rechts in unhaltbarer Weise verhindern würde (BGE 118 V 315f.). Das fehlende externe Einweisungszeugnis kann deshalb im vorliegenden Fall nicht dazu führen, dass die Voraussetzungen für Leistungen der Beschwerdegegnerin bereits aus formellen Gründen entfallen. Im Übrigen hatte die Beschwerdegegnerin schon seit dem 13. August 1998 Kenntnis davon, dass die Einweisung durch Dr. D erfolgt war, trotzdem erteilte sie am 23. August 1998 eine Kostengutsprache. Hätte sie also formelle Einwände gegen die Einweisung vorbringen wollen, hätte das bereits vor der ersten Kostengutsprache und damit vor dem Spitalaufenthalt erfolgen sollen. c) Vorliegend ist somit davon auszugehen, dass die Implantation eines Hinterstrangstimulators beim von starken persistierenden Schmerzen geplagten Beschwerdeführer medizinisch notwendig war. Unbestritten ist, dass eine solche Operation in einem Spital vorzunehmen ist. Ebenso unbestritten ist, dass diese Operation im Jahre 1996 nicht am Kantonsspital Luzern hätte durchgeführt werden können. Unter diesen Umständen bedurfte der Beschwerdeführer indessen der Behandlung «unter Spitalbedingungen», weshalb seine Spitalbedürftigkeit grundsätzlich zu bejahen ist.

#### **E. 4**

a) Gemäss den Ausführungen von Dr. med. F, Chefarzt ad interim der Chirurgischen Klinik des Kantonsspitals Luzern, vom 3. April 1997 wäre der Patient nach Aarau überwiesen worden, weil das Kantonsspital Luzern im damaligen Zeitpunkt nicht in der Lage gewesen ist, einen solchen Eingriff vorzunehmen. Der an sich spitalbedürftige Versicherte hat diejenige Heilanstalt oder Spitalabteilung zu wählen, in die er vom medizinischen Standpunkt aus gehört. So hat die Krankenkasse nicht für Mehrkosten aufzukommen, die sich daraus ergeben, dass der Versicherte sich in eine für intensive Pflege und Behandlung spezialisierte und damit teure Klinik begibt, obwohl er einer solchen Betreuung nicht bedarf und ebenso gut in einer einfacher eingerichteten und daher weniger kostspieligen Heilanstalt sachgerecht hätte behandelt werden können (vgl. BGE 120 V 206 Erw. 6a, 115 V 48 Erw. 3b/aa). Diese unter der Herrschaft des KUVG entwickelte Rechtsprechung gilt auch unter der Herrschaft des KVG (RKUV 1998 S. 289). Es steht vorliegend fest, dass die Implantation eines Hinterstrangstimulators damals im Kantonsspital Luzern nicht durchgeführt werden konnte. Für den Fall, dass sich der Beschwerdeführer in Aarau dem Eingriff unterzogen hätte, wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, die Kosten nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt, zu übernehmen. Denn der Versicherte geniesst den vollen Tarifschutz, wenn er sich aus medizinischen Gründen

ausserhalb seines Wohnkantons behandeln lassen muss. Hierzu gehört u.a. der Umstand, dass die erforderliche Leistung innerhalb des Wohnkantons nicht angeboten wird (Art. 41 Abs. 2 KVG; vgl. Maurer, a.a.O., S. 73ff.). Der Versicherer, der wegen des höheren auswärtigen Tarifs einen Mehrpreis bezahlt hat, kann diesen vom Wohnsitzkanton des Versicherten zurückfordern (Art. 41 Abs. 3 KVG; vgl. Maurer, a.a.O., S. 75). Somit geht die Tariffdifferenz letztlich zu Lasten des Wohnkantons. Die Regelung gilt jedoch nur, wenn es sich beim ausserkantonalen Spital um ein öffentliches oder öffentlich subventioniertes Spital handelt (BGE 123 V 310). Vorliegend hat sich der Beschwerdeführer jedoch nicht im Spital Aarau diesem Eingriff unterzogen, sondern er liess sich im Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil behandeln. b) Zu den Leistungserbringern gehören die Spitäler (Art. 35 Abs. 2 lit. h KVG). Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind als Leistungserbringer zugelassen, wenn sie ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen sowie eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten, der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellte Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind, und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt werden (Art. 39 Abs. 1 KVG). Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, sind als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen, solange der Kanton die in Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG vorgesehene Liste der Spitäler und Pflegeheime noch nicht erstellt hat. Die Leistungspflicht der Versicherer und die Höhe der Vergütung richten sich bis zu einem vom Bundesrat zu bestimmenden Zeitpunkt nach den bisherigen Verträgen oder Tarifen (Art. 101 Abs. 2 KVG). Die Kantone erstellen bis zum 1. Januar 1998 die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sowie die Listen gemäss Artikel 39 des Gesetzes. Spitäler und andere Einrichtungen, die nach altem Recht als Heilanstalten gelten, sind als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen, solange der Kanton die Planung und die Listen nicht erstellt hat (Art. 2 Abs. 2 der Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG). Im vorliegend relevanten Zeitpunkt, vom 23. September 1996 bis 11. November 1996, gab es im Kanton Luzern noch keine (rechtskräftige) Liste der Spitäler und Pflegeheime im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG. Das SPZ verfügte unter der Herrschaft des KUVG nach § 61 des Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 29. Juni 1981 über eine Betriebsbewilligung durch den Kanton Luzern. Das SPZ ist damit ein gestützt auf Art. 101 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 41 Abs. 1 KVG zugelassener Leistungserbringer, der sich ausserdem im Wohnsitzkanton des Beschwerdeführers befindet. Für eine Anwendung von Art. 41 Abs. 2 und 3 KVG bleibt damit kein Raum, da aus medizinischen Gründen keine ausserkantonale Behandlung notwendig ist: Vorliegend handelt es sich weder um einen Notfall, noch wird die Leistung durch einen zugelassenen Leistungserbringer im Wohnkanton des Versicherten nicht angeboten. Das Leistungsangebot bzw. die Leistungspflicht des Versicherers richtet sich dabei bis zum Inkrafttreten der Spitalliste nach den bisherigen Verträgen (Art. 101 Abs. 2 KVG). c) Vorliegend ist vom Vertrag zwischen dem SPZ und dem Kantonalverband Luzerner Krankenkassen und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen vom 1. September 1994 auszugehen. Dieser Vertrag war bis zum 30. September 1997 gültig. Ziffer 11 dieses Vertrages regelt u.a. folgendes: «Die vereinbarten Tagestaxen gemäss Anhang I gelten im

stationären Bereich für spitalbedürftige und genussberechtigte Versicherte. Stationär aufnahmeberechtigt sind Patienten mit Para- und Tetraplegie zur notfallmässigen Primärversorgung und anschliessenden Rehabilitation, Patienten mit unfall- oder krankheitsbedingten Lähmungen des zentralen Nervensystems (Gehirn, Rückenmark, Nervenwurzeln) zur Rehabilitation sowie Patienten mit schweren paraplegiespezifischen Komplikationen wie Dekubitalulcera, Affektionen des Urogenitaltraktes und/oder des Bewegungsapparates. Leiden, die zu krankheitsbedingter Querschnittlähmung führen können, sind in Anhang II aufgeführt.» Streitig ist vorliegend, ob die Implantation eines Hinterstrangstimulators unter die in Ziffer 11 genannten Indikationenliste für einen stationären Aufenthalt im SPZ fällt. Beim vorgenannten Vertrag vom 1. September 1994 handelt es sich um einen verwaltungsrechtlichen Vertrag, der nach Treu und Glauben zu interpretieren ist (vgl. Imboden/Rhinow, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, 6. Aufl., Basel 1986, S. 133 [Nr. 20 B V], S. 284 [Nr. 46 B VII]; Rhinow/Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, Basel 1990, S. 60 [Nr. 20 B V]). Die Auslegung hat sich primär am Wortlaut zu orientieren; abzustellen ist dabei auf den normalen Sprachgebrauch, sofern nicht Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Parteien von einem besonderen Wortsinn ausgegangen sind (Rhinow/Krähenmann, a.a.O., S. 61 [Nr. 20 B V] mit Hinweisen). Aus dem Wortlaut der zitierten Vertragsbestimmung lässt sich entnehmen, dass u.a. Patienten mit schweren paraplegiespezifischen Komplikationen wie Dekubitalulcera, Affektionen des Urogenitaltraktes und/oder des Bewegungsapparates stationär im SPZ aufnahmeberechtigt waren. Damit erhellt, dass die Aufzählung nach dem Kriterium der schweren paraplegiespezifischen Komplikationen bloss beispielhaften Charakter hat und nicht abschliessend ist. Gemäss dem Gesuch um Kostengutsprache vom 13. August 1996 wurde als Hospitalisationsgrund «Abklärung und Schmerztherapie» angegeben. Als Diagnosen wurden genannt: 1. Sensomotorische Paraplegie sub Th12; 2. Chronisches neurogenes Schmerzsyndrom. Auch die Beschwerdegegnerin bestreitet an sich die Tatsache nicht, dass die Implantation des Hinterstrangstimulators notwendig war, macht jedoch geltend, dass dieser Eingriff statt im SPZ im Kantonsspital Aarau oder Universitätsspital Zürich hätte durchgeführt werden müssen. Damit dringt sie vorliegend indessen nicht durch, da die Auslegung von Ziffer 11 des Vertrages ergibt, dass auch Patienten mit einer im Vertrag nicht ausdrücklich erwähnten schweren paraplegiespezifischen Komplikation im SPZ stationär aufnahmeberechtigt waren. Die vertraglich vereinbarte Indikation für einen Aufenthalt des Beschwerdeführers im SPZ ist deshalb zu bejahen. An diesem Auslegungsergebnis vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass im neuen Vertrag vom 16. Oktober 1997, der auf den 1. Oktober 1997 in Kraft gesetzt wurde und gemäss den Angaben der Beschwerdegegnerin bereits wieder gekündigt ist und neu verhandelt wird, Patienten mit vom Zentralnervensystem ausgehenden invalidisierenden chronischen Schmerzzuständen (unabhängig von einer Paraplegie), explizit als stationär im SPZ aufnahmeberechtigt erklärt werden. d) Die von der Beschwerdegegnerin zu übernehmenden Kosten richten sich im vorliegenden Falle ebenfalls nach dem Vertrag zwischen dem SPZ und dem Kantonalverband Luzerner Krankenkassen und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen vom 1. September 1994 bzw. dessen Anhang I (Art. 101 Abs. 2 KVG). Das gilt für die Kosten des Aufenthalts wie für die Kosten der Implantation und des Implantats. Falsch ist die von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vorgebrachte Darstellung, sie müsse gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG lediglich die Kosten für die stationäre Behandlung nach dem Tarif für öffentliche Heilanstalten des Wohnkantons der versicherten Person übernehmen. Die

übergangsrechtliche Regelung von Art. 101 Abs. 2 KVG verweist ganz klar darauf, dass sich die Höhe der Vergütung nach den bisherigen Verträgen und Tarifen richtet. Im Übrigen werden auch nach Inkrafttreten der Spitalliste die Tarife durch Tarifverträge geregelt werden (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die von der Beschwerdegegnerin angeführte Auslegung von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG findet im Weiteren auch keine Entsprechung im Wortlaut dieser Bestimmung: Diese verweist zwar auf den Tarif des Wohnkantons, nicht aber auf den Tarif lediglich der öffentlichen Spitäler. Fehl geht auch der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf Art. 32 KVG, wonach die Leistungen u.a. wirtschaftlich sein müssen. Die Beschwerdegegnerin führt nämlich schon gar nicht aus, was an den Leistungen des SPZ nicht wirtschaftlich im Sinne von Art. 32 KVG sein soll. Die Tatsache, dass das SPZ keine oder nur geringe Betriebskostenbeiträge der öffentlichen Hand erhält und daher die vollen Betriebskosten auf die Leistungen abwälzen muss, macht das SPZ keineswegs unwirtschaftlich. Auch ist die Wirtschaftlichkeit eines Leistungserbringers unabhängig davon zu beurteilen, ob die Kosten voll vom Krankenversicherer übernommen werden müssen oder ob der Wohnsitzkanton den Krankenversicherer (bei gleichbleibenden Kosten auf Seiten des Leistungserbringers) zu einem Teil entlasten muss (vgl. Art. 41 Abs. 3 KVG). Am Ergebnis nichts zu ändern vermag schliesslich auch die Berufung der Beschwerdegegnerin auf Art. 104 Abs. 1 KVG. Danach werden bestehende Tarifverträge mit dem Inkrafttreten des KVG nicht aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, diese Bestimmung bedeute, dass Verträge, welche nicht eigentliche Tarifverträge seien, mit dem Inkrafttreten des neuen KVG dahingefallen seien. Dies ist unzutreffend. Es wurde bereits mehrfach auf Art. 101 Abs. 2 KVG hingewiesen, wonach Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen sind, solange der Kanton die in Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG vorgesehene Liste der Spitäler und Pflegeheime noch nicht erstellt hat. Die Leistungspflicht der Versicherer und die Höhe der Vergütung richten sich bis zu einem vom Bundesrat zu bestimmenden Zeitpunkt (1.1.1998 gemäss Art. 2 Abs. 2 der Inkrafttretensverordnung) nach den bisherigen Verträgen oder Tarifen (RKUV 1998 S. 165). Somit erhellt, dass nicht nur die Tarifverträge, sondern auch die übrigen Verträge zwischen den bisherigen unter der Herrschaft des KUVG anerkannten Heilanstalten und den Versicherern über den 1. Januar 1996 hinaus ihre Wirkung entfalten. e) Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für seinen Aufenthalt im SPZ vom 23. September bis 11. November 1996 die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fliessenden Leistungen vollumfänglich zu erbringen hat. Diese richten sich nach dem Vertrag zwischen dem SPZ und dem Kantonalverband Luzerner Krankenkassen und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen vom 1. September 1994 bzw. dessen Anhang I. Die durch die Beschwerdegegnerin konkret noch zu bezahlenden Beträge ergeben sich dabei unter Berücksichtigung der bereits an das SPZ geleisteten Zahlungen und können aufgrund der diesbezüglich unvollständigen Vorbringen beider Parteien nicht konkret festgesetzt werden. Entsprechend ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 27. November 1997 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Diese wird ihre konkreten Leistungen unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Zahlungen neu festzusetzen haben.