

# **OW\_GERICHTE VVGE 2011/13 Nr. 56 vom 31. August 2011**

OW Obergericht, 2011-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ow\\_gerichte\\_VVGE\\_2011\\_13 Nr. 56](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ow_gerichte_VVGE_2011_13_Nr_56)

FR: OW\_GERICHTE VVGE 2011/13 Nr. 56 du 31 août 2011

IT: OW\_GERICHTE VVGE 2011/13 Nr. 56 del 31 agosto 2011

## **Regeste**

VVGE 2011/13 Nr. 56 Art. 41 Abs. 3 KVG, Art. 1 ff. Spitalabkommen Engelberg Ein Anspruch auf Differenzzahlung für eine im Kantonsspital Nidwalden durchgeführte Behandlung von Engelberger Patienten mit Zusatzversicherung besteht nur, wenn d

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler des Kantons Obwalden Name des Spitals: Leistungsauftrag: Kantonsspital Obwalden, Gemäss Art. 16 des Gesundheitsgesetzes: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie und Psychiatrie

### **E. 1.2**

Ausserkantonale Spitäler Grundsatz: Ausserkantonale, sowohl private als auch öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler sind für die Verrechnung von Leistungen für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Obwalden zulasten der obligatorischen Grundversicherung in dem Umfang zugelassen, als sie auf der Spitalliste der Standortkantone aufgeführt sind. Für eine Kostenbeteiligung des Kantons Obwalden ist vorausgesetzt, dass die Behandlung nicht im Kantonsspital Obwalden angeboten wird und eine Kostengutsprache der zuständigen Ärzte vorliegt (Art. 41 Abs. 3 KVG). Die Kostengutsprache wird vorab für jene Spitäler erteilt, mit denen der Kanton Obwalden einen Vertrag oder ein Abkommen abgeschlossen hat. Zur Zeit hat der Kanton Obwalden mit folgenden Spitälern und Einrichtungen einen Vertrag oder ein Abkommen: Name des Spitals: Leistungsauftrag: Kantonsspital Nidwalden Grundversorgung für Engelberger Patientinnen und Patienten Kantonsspital Luzern Zentrumsversorgung (ausser Psychiatrie) Kantonsspital Basel Herzchirurgie Kantonsspital Aarau Neurochirurgie Psychiatrische Klinik, Psychiatrie Oberwil Private Nervenlinik Psychiatrie Meiringen Klinik St. Anna, Luzern Neurochirurgie Inselspital Bern Spitzenmedizin

### **E. 2**

[Rechtsmittelbelehrung]

### **E. 2.1**

Die streitbetroffene Hospitalisation erfolgte im Juli 2008. Anwendbar ist somit das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in der bis Ende 2008 gültig gewesenen Fassung, in welcher die relevanten Bestimmungen nachfolgend auch zitiert werden (vgl. BGE 135 V 443, Erw. 1.1). Die Wahl des Leistungserbringers und die Kostenübernahme bei stationärer Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in Art. 41 KVG geregelt. Danach können die Versicherten unter den zugelassenen

Leistungserbringern (vgl. Art. 39 Abs. 1 KVG), die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer muss die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Abs. 1 dritter Satz). Beanspruchten Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt (Abs. 2). Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG aufgeführten ausserkantonalen Spital nicht angeboten werden (Abs. 2 Bst. b). Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons (Abs. 3 erster Satz; Ausgleichs- oder Differenzzahlungspflicht: BGE 130 V 218; 123 V 290 und 310; zum Ganzen vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_408/2009 vom 3. September 2009, Erw. 2.2).

### **E. 2.2**

Die AB Kostenübernahme regeln die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme in Art. 2. Danach übernimmt der Kanton Obwalden die Kosten im Sinne von Art. 41 Abs. 3 KVG, wenn und insoweit als medizinische Gründe eine ausserkantonale stationäre Spitalbehandlung erfordern, die Verfahrensvorschriften eingehalten sind und die fragliche Einrichtung über eine Vereinbarung mit dem Kanton Obwalden verfügt. Medizinische Gründe liegen gemäss Art. 3 vor, wenn die erforderliche medizinische Leistung im Kantonsspital Sarnen nicht erbracht werden kann sowie bei Notfällen, bei welchen sich die Patientin oder der Patient ausserhalb des Wohnkantons aufhält oder wenn die ausserkantonale Hospitalisation zwingend nötig ist. In formeller Hinsicht wird vorausgesetzt dass, wer die Leistungen eines ausserkantonalen Spitals beanspruchen will, rechtzeitig, in der Regel mindestens 14 Tage vor dem Eintritt, beim zuständigen Chefarzt bzw. der zuständigen Chefärztin des Kantonsspitals Sarnen oder beim zuständigen Belegarzt bzw. der zuständigen Belegärztin mittels des offiziellen Formulars um Kostengutsprache nachzusuchen hat. Für Engelberger Patientinnen und Patienten, welche sich zur Behandlung im Kantonsspital Stans befinden, erfolgt die Überprüfung des Kostengutsprache gesuchs bis auf weiteres durch die dortigen Chefarzte bzw. Chefärztinnen (Art. 4).

### **E. 2.3**

Die Spitalliste des Kantons Obwalden wurde mit dem Regierungsratsbeschluss über den Erlass der Spitalliste vom 18. November 1997 (GDB 830.511) erstellt, und hat folgenden Wortlaut: "1. Es wird folgende Spitalliste erlassen:

### **E. 2.4**

Für die Behandlung von Engelberger Patientinnen und Patienten im Kantonsspital Nidwalden haben die Kantone Ob- und Nidwalden ein Spitalabkommen abgeschlossen (Spitalabkommen Engelberg, GDB 832.12). Darin werden die Aufnahme, die Kosten und die Rechnungsstellung für die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Engelberg auf der Allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals Nidwalden geregelt (Art. 1 Abs. 1 Spitalabkommen). Das Spitalabkommen gilt nur für Patientinnen und Patienten, die lediglich gemäss der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung nach KVG versichert sind (Art. 1 Abs. 2). Für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten aus Engelberg muss beim Finanzdepartement des Kantons Obwalden keine Kostengutsprache eingeholt werden (Art. 2 Abs. 1) und die Patientinnen und Patienten aus Engelberg werden bezüglich der Aufnahmepriorität den Nidwaldner Patientinnen und Patienten gleichgestellt (Art. 2 Abs. 2). Die Spitalkosten werden nach einem speziellen Tarif verrechnet. Die Tagespauschale beträgt danach 56 % der jeweils geltenden Tagestaxe für ausserkantonale Patientinnen und Patienten (Art. 4 Abs. 2 Spitalabkommen). Die Rechnungen werden sodann vom Kantonsspital direkt an die Garanten gemäss KVG gerichtet (Art. 6).

### **E. 3**

[Inkrafttreten]"

#### **E. 3.1**

Die Verweigerung der Kostengutsprache wurde im Einspracheentscheid im Wesentlichen mit dem Fehlen medizinischer Gründe für die ausserkantonale Hospitalisation begründet. Die Vorinstanz ist der Ansicht, die Behandlung hätte auch im Kantonsspital Obwalden durchgeführt werden können. Weiter verwies sie auf die Obwaldner Spitalliste, wo das Kantonsspital Nidwalden als ausserkantonaler Leistungserbringer im Bereich Grundversorgung für Engelberger Patienten aufgeführt ist und führte dazu aus, die Nennung eines Leistungserbringers in der Spitalliste begründe keine Kostenpflicht des betreffenden Kantons, sie bedeute nur, dass die Patienten für Wahlbehandlungen in diesen Spitälern Anspruch auf denjenigen Betrag hätten, den die Krankenversicherung auch bei einer Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Spitals im Wohnkanton der behandelten Person gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG bezahlen müsste. Schliesslich wies sie auf das Engelberger Spitalabkommen hin und hielt dazu fest, das Abkommen führe dazu, dass die obligatorisch Versicherten Leistungen des Staates erhielten, welche die Zusatzversicherten mit entsprechenden Prämien aus eigenen Mitteln bezahlen würden. Die Beschwerdeführerin habe die Engelberger Patientinnen und Patienten mit Spitalzusatzversicherung als solche zu behandeln und die Taxe gemäss Abkommen zu bezahlen. Der Kanton Obwalden habe ebenfalls seine Leistungen nach dem Abkommen zu erbringen. Die Beschwerdeführerin ist hingegen der Auffassung, der Kanton Obwalden sei im Bereich der Grundversorgung für die Behandlung aller Engelberger Patientinnen und Patienten des Kantonsspitals Nidwalden kostenpflichtig, unabhängig davon, ob diese nur obligatorisch krankenpflegeversichert sind, oder über eine Zusatzversicherung verfügen. Sie beruft sich dabei auf den Wortlaut der Spitalliste des Kantons Obwalden, wonach das Kantonsspital Nidwalden die Grundversorgung für Engelberger Patienten zu erbringen hat. Dazu führt sie aus, eine Beschränkung des Leistungsauftrags auf die lediglich grundversicherten Patienten sei aus der Spitalliste nicht ersichtlich. Eine solche Auslegung würde dem klaren Wortlaut der Spitalliste widersprechen und entspreche nicht dem Willen des Kantons Obwalden. Dieser habe aufgrund der geographischen Nähe von Engelberg zu Stans die Grundversorgung für alle Engelberger Patienten, unabhängig von ihrem Versicherungsstatus sicherstellen wollen. Weiter bringt sie vor, eine Beschränkung auf obligatorisch Versicherte finde sich nur im Spitalabkommen Engelberg und gelte nicht für die Spitalliste. Sie bewirke lediglich, dass für Grundversicherte der Vorzugstarif zur Anwendung komme. Ferner macht die Beschwerdeführerin geltend, die Verweigerung der Kostengutsprache durch den Kanton Obwalden widerspreche seinem bisherigen, rechtmässigen Verhalten. Bisher habe er jeweils die Differenz zwischen dem vom

Kantonsspital Nidwalden in Rechnung gestellten Betrag und dem Obwaldner Spitaltarif bei allen Engelberger Patienten ohne Kostengutsprachege such und unabhängig vom Versichertenstatus vergütet. Mit der Begründung, für eine Kostenbeteiligung sei vorausgesetzt, dass die Behandlung nicht im Kanton Obwalden angeboten werde, könnte eine Kostenbeteiligung immer abgelehnt werden, da das Kantonsspital Obwalden dieselbe Grundversorgung biete wie das Kantonsspital Nidwalden.

### **E. 3.2**

Das Kantonsspital Nidwalden ist auf der Obwaldner Spitalliste als ausserkantonaler Leistungserbringer mit dem Leistungsauftrag "Grundversorgung für Engelberger Patientinnen und Patienten" aufgeführt. Daraus leitet die Beschwerdeführerin eine allgemeine Kostenpflicht des Kantons Obwalden für die Behandlung aller Engelberger Patienten im Kantonsspital Nidwalden ab. Die Aufnahme eines ausserkantonalen Leistungserbringers in die Spitalliste im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG bedeutet aber zunächst nur, dass es sich dabei um einen zugelassenen Leistungserbringer handelt, welcher Kostenvergütungsansprüche zulasten der obligatorischen Krankenversicherung auslöst, wenn ein Versicherter sich dort behandeln lässt. Bei einer Wahlbehandlung in einem solchen Spital haben Versicherte Anspruch auf Vergütung desjenigen Betrags, den die Krankenversicherung auch bei einer Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Spitals im Wohnkanton zu bezahlen hätte (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG). Die Zulassung sagt jedoch noch nichts über die Kostenbeteiligung der Kantone und die anwendbaren Tarife aus (vgl. BGE 127 V 398 2b/cc; Thomas Gächter, Rechtsfragen im Zusammenhang mit dem "Engelberger Spitalabkommen" vom 16. Dezember 1996 zwischen den Kantonen Obwalden und Nidwalden, Rechtsgutachten, Luzern/Zürich 2005, 6). Die Aufnahme des Kantonsspitals Nidwalden in die Spitalliste des Kantons Obwalden für die Grundversorgung von Engelberger Patienten bewirkt demnach lediglich, dass die Engelbergerinnen und Engelberger, die sich im Kantonsspital Nidwalden behandeln lassen, Anspruch darauf haben, für die Spitalkosten aus der Grundversorgung von der Krankenversicherung in Höhe des im Kanton Obwalden geltenden Tarifs entschädigt zu werden. Insoweit die Beschwerdeführerin aus der Nennung des Kantonsspitals Nidwalden auf der Obwaldner Spitalliste eine Kostenübernahmepflicht des Kantons ableitet, geht sie daher fehl. Der Hinweis auf die abweichende Auffassung des Sozialversicherungsgerichtes Zürich bezüglich der Bedeutung der Aufnahme eines Leistungserbringers in eine Spitalliste (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichtes Zürich vom 23. Mai 2008, KV.2007.00012) ist unbehelflich. Die abweichende zürcherische Praxis vermag an der geltenden Rechtslage nichts zu ändern. Das Bundesgericht hat in seinem Urteil 9C\_548/2008 vom 27. April 2009 die zu seiner Rechtsprechung ergangene Kritik zwar eingeräumt, sich zu dieser Frage aber nicht weiter geäußert.

### **E. 3.3**

Nach der hier anwendbaren gesetzlichen Regelung werden die Spitalkosten über die Grenzen des Wohnkantons hinaus nur voll gedeckt, sofern medizinische Gründe vorliegen, d.h. bei einem Notfall oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton oder einem Listenspital nicht angeboten werden. Für diese Fälle hat der Krankenversicherer Leistungen nach dem Tarif am Standortkanton zu erbringen und der Wohnkanton hat gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG die Differenz zu den in Rechnung gestellten Kosten zu übernehmen. Lassen sich Versicherte ohne Vorliegen medizinischer Gründe in einem ausserkantonalen Spital behandeln, müssen sie eine allfällige Differenz selbst bezahlen. Daran ändert auch der

Umstand nichts, dass das betreffende ausserkantonale Spital auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons aufgeführt ist (vgl. BGE 127 V 398). Den Kantonen steht es jedoch frei, im interkantonalen Verhältnis darüber hinausgehende Vereinbarungen zu treffen. Der genaue Inhalt des Leistungsauftrages eines Listenspitals, die Pflichten der beteiligten Kantone und die für die Verrechnung der Spitalkosten anwendbaren Tarife werden regelmässig in interkantonalen Abkommen geregelt. Diesen Abkommen kommt daher für die Beurteilung der Kostenpflicht der beteiligten Kantone massgebende Bedeutung zu (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2007, N. 771; Gächter, a.a.O., 6; BGE 130 V 215 Erw. 5). Die Spitalliste, die für sich allein noch nichts über die Kostenpflicht der Kantone aussagt, kann damit nicht unabhängig von den mit den einzelnen Kantonen abgeschlossenen Abkommen angewendet werden, ergeben sich doch erst daraus der Umfang des Leistungsauftrags und die damit verbundenen Pflichten der Kantone.

#### **E. 3.4.1**

Die Kostenbeteiligung des Kantons Obwalden bei ausserkantonomer Hospitalisation richtet sich zunächst nach der gesetzlichen Regelung von Art. 41 Abs. 3 KVG und setzt voraus, dass die betreffende Einrichtung über eine Vereinbarung mit dem Kanton verfügt sowie eine Kostengutsprache der zuständigen Ärzte vorliegt (Art. 2 AB Kostenübernahme). Auch in der Spitalliste werden diese Voraussetzungen unter Ziff. 1.2 ausdrücklich festgehalten. Somit muss der Kanton Obwalden auch in Fällen, in denen der Leistungserbringer, der die fragliche Behandlung durchgeführt hat, auf der Spitalliste aufgeführt ist, grundsätzlich nur dann eine Differenzzahlung leisten, wenn die Voraussetzungen von Art. 41 Abs. 3 KVG erfüllt sind, d.h. wenn die Behandlung nicht im Kantonsspital Obwalden angeboten wird oder ein Notfall vorliegt. In diesem Zusammenhang sind nun aber auch die der Spitalliste zugrundeliegenden, die Leistungsaufträge konkretisierenden interkantonalen Vereinbarungen zu beachten. Für den vorliegenden Fall ist das Spitalabkommen Engelberg, welches den Inhalt des Leistungsauftrags für die Behandlung von Engelberger Patienten im Kantonsspital Nidwalden bestimmt, relevant. Das Spitalabkommen regelt die Aufnahme, die Kosten und die Rechnungsstellung für die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Engelberg auf der Allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals Nidwalden (Art. 1). In Art. 1 Abs. 2 des Spitalabkommens wird sein Anwendungsbereich in persönlicher Hinsicht auf Patientinnen und Patienten beschränkt, die lediglich über eine obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG verfügen. Für die Behandlung dieser Patienten muss nach dem Abkommen keine Kostengutsprache beim Finanzdepartement eingeholt werden (Art. 2) und für die Vergütung der Leistungen wurde ein spezieller, unter dem üblichen Ausserkantonaltarif liegender Tarif vereinbart, welcher 56 % der jeweils geltenden Tagespauschale für ausserkantonale Patienten beträgt (Art. 4).

#### **E. 3.4.2**

Durch das Spitalabkommen Engelberg wird die gesetzliche Regelung des KVG dahingehend modifiziert, dass der Kanton Nidwalden für die Behandlung von grundversicherten Engelberger Patientinnen und Patienten, die sich ohne medizinischen Grund im Kantonsspital Nidwalden behandeln lassen, nicht nach dem Ausserkantonaltarif, sondern nach dem tieferen Tarif gemäss Spitalabkommen (Engelberger Tarif) Rechnung stellt. Der Krankenversicherer hat davon den Anteil gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG zu übernehmen, d.h. die Kosten nach dem am Wohnort des Versicherten geltenden Tarif, also nach dem Obwaldner Tarif. Die Differenz zwischen dem in Rechnung gestellten

Engelberger und dem Obwaldner Tarif hat der Kanton Obwalden zu vergüten. Im Gegensatz zu den übrigen Obwaldner Kantonseinwohnern, müssen die Engelberger, die lediglich über eine Grundversicherung verfügen und sich im Kantonsspital Nidwalden auf der allgemeinen Abteilung behandeln lassen, keine Kosten tragen. Sie erhalten über die gesetzliche Regelung hinaus volle Kostendeckung. Dadurch wird Ihnen die Möglichkeit eingeräumt, das Kantonsspital Nidwalden zu vergleichbaren Konditionen wie ein kantonseigenes Spital benützen zu können. Bei Versicherten, die über eine Zusatzversicherung verfügen, werden die entsprechenden Zusatzkosten vom Versicherer bezahlt, weshalb der Kanton nicht leistungspflichtig wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_152/2007 vom 19. Oktober 2007). Mit dieser Regelung wird den lediglich grundversicherten Engelberger Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Leistung gewährt, indem sie sich auch aus persönlichen, nicht medizinischen Gründen im Kantonsspital Nidwalden behandeln lassen können, ohne zusätzliche Kosten tragen zu müssen. Diese Regelung gilt ausdrücklich nur für die grundversicherten Patienten. Damit soll sichergestellt werden, dass Engelberger Patientinnen und Patienten, welche sich aufgrund ihrer finanziellen Situation keine Zusatzversicherung leisten können, wegen der geographischen Lage der Gemeinde Engelberg keinen Nachteil erleiden. Die Begrenzung auf nur obligatorisch Versicherte entspricht damit dem Willen des Kantons Obwalden. Die gegenteilige Auffassung der Beschwerdeführerin entbehrt jeglicher Grundlage. Vor diesem Hintergrund muss auch die Eintragung des Kantonsspitals Nidwalden für die Grundversorgung von Engelberger Patientinnen und Patienten auf der Spitalliste des Kantons Obwalden gesehen werden. Die Differenzzahlungspflicht des Kantons Obwalden für nicht medizinisch begründete Behandlungen besteht gemäss Spitalabkommen nur für Grundversicherte, unabhängig vom genauen Wortlaut des Eintrags in der Spitalliste. Die Bedeutung des Eintrags ergibt sich, wie dargelegt wurde, erst aus dem Spitalabkommen, weshalb auch der Einwand der Beschwerdeführerin, die im Spitalabkommen vorgesehene Beschränkung gelte nicht für die Spitalliste, fehl geht. Im Übrigen wurde das Spitalabkommen Engelberg und damit die besagte Regelung, welche eine Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten, die nur über eine Grundversicherung verfügen und solchen, die eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, schafft, vom Bundesgericht überprüft und als bundesrechtskonform erachtet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_152/2007 vom 19. Oktober 2007). Nach dem Gesagten kann nicht beanstandet werden, dass die Kantone Ob- und Nidwalden die vereinbarte Regelung umsetzen, der Kanton Nidwalden also nur noch für die grundversicherten Engelberger Patientinnen und Patienten den niedrigeren Tarif anwendet und der Kanton Obwalden entsprechend lediglich für diese Versicherten Differenzzahlungen leistet.

### **E. 3.4.3**

Die Beschwerdeführerin bringt überdies vor, die dargelegte Regelung des Spitalabkommens widerspreche Art. 49 Abs. 1 KVG. Es werde dadurch eine Kostenüberwälzung des Kostenanteils des Kantons Obwalden als Wohnsitzkanton auf die Spitalzusatzversicherung vorgenommen. Im Rahmen eines Leistungsauftrags in der stationären Grundversorgung an eine ausserkantonale öffentliche Klinik zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sei eine solche Kostenüberwälzung rechtlich nicht möglich. Art. 49 Abs. 1 KVG sah in der bis Ende 2008 in Kraft gewesenen Fassung vor, dass die Vertragsparteien für die Vergütung stationärer Behandlungen Pauschalen vereinbaren, welche für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 % der anrechenbaren Kosten in der allgemeinen

Abteilung betragen. Der übrige Anteil, also mindestens 50 % der Kosten, geht zulasten des Wohnkantons. Diese Tarifregelung gilt jedoch ebenfalls nur bei innerkantonaler Hospitalisation oder wenn Leistungen eines ausserkantonalen Spitals aus medizinischen Gründen in Anspruch genommen werden, was die Beschwerdeführerin verkennt (vgl. Eugster, a.a.O., N. 903). Die Zusatzversicherung hat nach der Regelung des Spitalabkommens lediglich für die Kosten aus medizinisch nicht notwendigen Behandlungen im Kantonsspital Nidwalden aufzukommen. Auf solche Spitalaufenthalte findet die in Art. 49 Abs. 1 KVG vorgesehene Beschränkung gerade keine Anwendung. Die Abkommensregelung bewirkt somit keine Kostenüberwälzung der nach Art. 49 Abs. 1 KVG vom Wohnkanton zu tragenden Kosten auf die Spitalzusatzversicherung. Da die streitige ausserkantonale Behandlung nicht aus medizinischen Gründen erfolgte (vgl. Erw. 3.4.4), ist Art. 49 Abs. 1 KVG für den vorliegenden Fall irrelevant. Zudem kommt für die Verrechnung der Spitalkosten für die Behandlung von D. ohnehin nicht der Abkommenstarif zur Anwendung, sondern der Tarif für ausserkantonale Patientinnen und Patienten. Dessen Vereinbarkeit mit Art. 49 Abs. 1 KVG wird von der Beschwerdeführerin indessen nicht bestritten. Mit der Berufung auf Art. 49 Abs. 1 KVG vermag sie die Rechtmässigkeit des Spitalabkommens und seine Anwendung im konkreten Fall nicht in Frage zu stellen.

#### **E. 3.4.4**

Für Engelberger Patienten, die ausschliesslich obligatorisch versichert sind, übernimmt der Kanton Obwalden nach dem Gesagten unabhängig davon, ob für die Behandlung im Kantonsspital Nidwalden ein medizinischer Grund vorliegt oder nicht, die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und dem Obwaldner Tarif. Die Einholung einer Kostengutsprache erübrigt sich. Die Rechnungsstellung erfolgt zudem nach dem tieferen Engelberger Tarif. Etwas anderes gilt jedoch für die Engelberger Patientinnen und Patienten, welche eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Für diese kommt nach wie vor die gesetzliche Regelung zur Anwendung. Die Leistungen werden nach dem Nidwaldner Tarif für ausserkantonale Patienten verrechnet und die Differenz zum Obwaldner Tarif wird vom Kanton Obwalden nur vergütet, wenn die Voraussetzungen von Art. 41 Abs. 3 KVG erfüllt sind. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, gehen die besagten Kosten zulasten der Zusatzversicherung. Der Versicherte D. verfügt über eine Zusatzversicherung. Er hat bei der Beschwerdeführerin die Spitalzusatzversicherung PE 3 allgemeine Abteilung ganze Schweiz abgeschlossen, die es ihm ermöglicht, sich auch ausserhalb seines Wohnkantons auf einer allgemeinen Abteilung behandeln zu lassen. Ob im vorliegenden Fall eine Differenzzahlungspflicht des Kantons besteht, bestimmt sich deshalb nach der gesetzlichen Regelung von Art. 41 Abs. 3 KVG. Eine Kostengutsprache für die Behandlung von D. im Kantonsspital Nidwalden hätte also nur erteilt werden müssen, wenn medizinische Gründe dafür vorgelegen hätten. Ein medizinischer Grund ist dann gegeben, wenn die Leistung im Kantonsspital Obwalden nicht erbracht werden kann, wozu auch Kapazitätsengpässe gezählt werden, oder wenn ein Notfall vorliegt (Art. 41 Abs. 2 Bst. b, Art. 2 AB über die Kostengutsprache, Ziff. 1.2. Spitalliste; vgl. Eugster, a.a.O., N. 963 ff.). Da die medizinische Grundversorgung auch im Kantonsspital Obwalden gewährleistet ist und dieses über ausreichend Kapazität verfügt, kommt vorliegend als medizinischer Grund und damit als Voraussetzung für eine Kostenübernahme lediglich ein Notfall in Betracht. Ein Notfall im Sinne von Art. 41 KVG liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinische Hilfe unaufschiebbar und für die notwendige Spitalbehandlung eine Rückkehr in den Wohnkanton nicht möglich oder nicht angemessen ist (vgl. Eugster, a.a.O.,

N. 964; Urteil des Bundesgerichts 9C\_408/2009 vom 3. September 2009). Dass die streitbetroffene Hospitalisation im Kantonsspital Nidwalden aufgrund eines Notfalls erfolgte, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend. Die Vorinstanz hat das Vorhandensein medizinischer Gründe sodann lediglich deshalb verneint, weil die Behandlung auch im Kantonsspital Obwalden möglich gewesen wäre. Zum Vorliegen eines Notfalls hat sie sich nicht geäußert. Zudem ist zu beachten, dass bei Notfalleinweisungen eine spezielle Regelung gilt und bereits drei Tage nach der Einweisung um Kostengutsprache ersucht werden muss (Art. 5 AB Kostenübernahme). Ein solches Vorgehen ist aus den Akten nicht ersichtlich. Überdies ist anzunehmen, dass bei Vorliegen eines Notfalls ohne weiteres Kostengutsprache erteilt worden wäre. Schliesslich hat auch die Beschwerdeführerin in einem Schreiben an den Kantonsarzt ausdrücklich festgehalten, dass sie nicht bestreite, dass die Behandlung auch im Wohnkanton des Versicherten hätte durchgeführt werden können. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Behandlung im Kantonsspital Nidwalden nicht in einem Notfall begründet war. Da die übrigen Voraussetzungen für eine Differenzzahlungspflicht des Kantons ebenfalls nicht erfüllt sind, besteht im vorliegenden Fall kein Anspruch auf Kostenübernahme durch den Kanton Obwalden.

#### **E. 4**

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Versicherte weder unter den Anwendungsbereich des Spitalabkommens Engelberg fällt, noch die Voraussetzungen von Art. 41 Abs. 3 KVG erfüllt sind. Das Finanzdepartement hat die Differenzzahlungspflicht des Kantons daher zu Recht verneint und die Kostengutsprache verweigert. Die Beschwerde ist abzuweisen. de|fr | it Schlagworte kanton obwalden patient nidwalden spitalliste medizin versicherter kostengutsprache gründer lediger leistungserbringer zusatzversicherung leistungsauftrag allgemeine abteilung zuständigkeit Mehr Deskriptoren anzeigen Normen Bund KV/OW: Art.1 Art.2 Art.4 KV/NW: Art.1 AB: Art.2 Art.5 Art.41 KVG: Art.4 Art.39 Art.41 Art.49 KVG: Art.41 Weitere Urteile BGer 9C\_548/2008 9C\_152/2007 9C\_408/2009 Leitentscheide BGE 130-V-215 S.218 123-V-290 127-V-398 135-V-443 130-V-215 VVGE 2011/13 Nr. 56

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.