

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2013/15 vom 12. November 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2013_15

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2013/15 du 12 novembre 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2013/15 del 12 novembre 2014

Regeste

Kostenübernahme für diagnostische Abklärungsmassnahme, welche in einem ausserkantonalem Spital stationär durchgeführt werden sollte. mit dieser Abklärung bildende MRI wurde in einer spitalexternen Klinik geplant. Der dort vor dem MRI eingetretene und behandelte Notfall ist nicht separat zu vergüten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. November 2014, KV 2013/15).

Erwägungen

E. 1

Die Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen ergibt sich aus Art. 42 Abs. 1 lit. e des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; sGS 951.1) i.V.m. Art. 8 der Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonalem Spitalaufenthalt (KostenübernahmeV; sGS 331.539). Der Rekurs ist innert der in der Rechtsmittelbelehrung aufgeführten Anfechtungsfrist von 14 Tagen eingereicht worden und erweist sich damit gemäss Art. 47 Abs. 1 VRP als rechtzeitig. Zu prüfen ist die Rekurslegitimation der Rekurrentin. Zur Erhebung eines Rekurses ist berechtigt, wer an der Änderung oder Aufhebung der Verfügung oder des Entscheids ein eigenes schutzwürdiges Interesse dartut (Art. 45 Abs. 1 VRP). Nach der Rechtsprechung gilt als schutzwürdig jedes praktische oder rechtliche Interesse, welches eine von einer Verfügung betroffene Person an deren Änderung oder Aufhebung geltend machen kann. Dabei wird verlangt, dass sie durch den angefochtenen Entscheid stärker als jedermann betroffen ist und in einer besonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache steht (BGE 123 V 315f. E. 3b). Dies ist vorliegend, weil die Rekurrentin medizinische Leistungen nach KVG erbracht hat, deren Vergütung durch den Wohnsitzkanton strittig ist, klarerweise der Fall und auf den Rekurs ist daher einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist demnach, ob der Kanton St. Gallen als Wohnkanton des Versicherten die Übernahme der Kosten der notfallmässigen Behandlung des Versicherten in der Klinik Z.____ vom 2. Januar 2013 zu Recht abgelehnt hat.

E. 3

3.1 Am 1. Januar 2009 trat die revidierte Fassung des Art. 41 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) in Kraft (AS 2008 2049). Nach Art. 41 Abs. 1 bis KVG kann die versicherte Person für die stationäre Behandlung grundsätzlich unter allen Spitälern in der Schweiz frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Die anteilmässige Übernahme der Vergütung nach Art. 49a KVG durch den Krankenversicherer und den Wohnkanton erfolgt

allerdings höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Eine allfällige Differenz zwischen dem vom Spital in Rechnung gestellten Preis und der Vergütung durch Versicherer und Wohnkanton bleibt von der versicherten Person bzw. einer Zusatzversicherung geschuldet (vgl. dazu Bernhard Rütsche, Neue Spitalfinanzierung und Spitalplanung, Insbesondere zur Steuerung der Leistungsmenge im stationären Bereich, Bern 2011, Rz 75 ff.). Mittels Leistungsaufträgen legt der Kanton fest, welche Einrichtungen mit welchem Angebot zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig werden dürfen (Rütsche, a.a.O., Rz 92). Eine stationäre Behandlung nach Art. 49 Abs. 1 KVG ist unter anderem dann gegeben, wenn ein Aufenthalt zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital mindestens 24 Stunden dauert (Art. 3 lit. a der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung [VKL; SR 832.104]).

3.2 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen gemäss Art. 41 Abs. 3 Satz 1 KVG der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen bei einer stationären Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, nicht angeboten werden (Art. 41 Abs. 3 bis lit. b KVG). Mit Ausnahme des Notfalls ist für die Kostenübernahme eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig (Art. 41 Abs. 3 Satz 2 KVG). Im Kanton St. Gallen bedarf die Kostenübernahme durch den Staat nach Art. 41 Abs. 3 KVG einer Kostengutsprache (Art. 1 KostenübernahmeV).

3.3 Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, gemäss Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt (Art. 41 Abs. 1 Satz 2 KVG). Seit Inkrafttreten der revidierten Fassung des Art. 41 KVG am 1. Januar 2009 gilt neu, dass der Wohnkanton im Falle ambulanter Behandlung aus medizinischen Gründen in auswärtigen Spitälern keine Leistungen mehr erbringen muss (Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich/Basel/Genf 2010, Rz 3 zu Art. 41 [in der ab 1. Januar 2009 in Kraft stehenden Fassung]).

3.4 Der Notfallbegriff hat mit dem neuen Recht keine Änderung erfahren, sodass die bisherige Rechtsprechung unverändert gilt (Eugster, a.a.O., Rz 6 zu Art. 41 [in der ab 1. Januar 2009 in Kraft stehenden Fassung]). Der Notfall kennzeichnet sich durch die Unaufschiebbarkeit der medizinischen Behandlung und Unangemessenheit der Rückkehr an den Wohn- oder Arbeitsort bzw. der Hospitalisierung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital. Nicht als Notfall anerkannt wird die notfallmässige Behandlung, welche in einem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer medizinischen Massnahme steht, die nicht aus medizinischen Gründen ausserkantonale durchgeführt wurde (vgl. Eugster, a.a.O., Rz 17 zu Art. 41 [in der bis 31. Dezember 2008 in Kraft stehenden Fassung]). Bei jedem medizinischen Eingriff besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass Komplikationen auftreten, welche unaufschiebbar eine weitere Behandlung erforderlich machen. Begibt sich die versicherte Person ohne medizinischen Grund im Sinn von Art. 41 KVG freiwillig in medizinische Behandlung ausserhalb ihres Wohnkantons, nimmt sie die damit verbundenen Risiken für Komplikationen und allenfalls sofort notwendige medizinische Hilfe in Kauf. Unbeachtlich ist, ob die Notfallbehandlung voraussehbar oder mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erwarten war (BGE 138 V 516 E. 5; Urteil des

Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 13. April 2006, K 81/05, E. 5). Es genügt, dass die Gesundheitsschädigung, die notfallmässig behandelt werden muss, zu den möglichen Risiken der ausserkantonalen Behandlung zählt und die Notfallsituation während des Spitalaufenthalts eintritt; ein Kausalzusammenhang mit dem ausserkantonal behandelten Leiden ist nicht erforderlich. Ebenso wenig kommt es darauf an, ob es sich um zwei voneinander unabhängige Gesundheitsschädigungen handelt (Urteile des Bundesgerichts vom 31. März 2009, 9C_812/2008, E. 2.2, und vom 10. Juli 2007, K 117/06, E. 6).

E. 4

4.1 Dem Arztbericht von Dr. D.____ vom 2. Januar 2013 an den nachbehandelnden Arzt, Dr. I.____, ist zu entnehmen, dass ihn der Versicherte am 2. Januar 2013 aufgrund neurologischer Beschwerden aufgesucht und dieser im Laufe der vorangegangenen eineinhalb Wochen neurologische Beschwerden, wie Einschlafen des linken Beines bzw. des linken Armes oder Koordinationsstörungen erlitten habe. Ein grosser Untersuch sei geplant gewesen. Am Mittag des 2. Januars 2013 habe sich beim Versicherten während einiger Minuten unter anderem ein hängender Mundwinkel sowie eine verwaschene Sprache gezeigt, worauf er Dr. D.____ aufsuchte. Dieser habe die Verdachtsdiagnose einer TIA (Differenzialdiagnose: Tumor) gestellt und als Prozedere ein MRI vorgesehen (act. G 12.1). Aus demselben Bericht ist zu schliessen, dass der Versicherte zur Abklärung dieser Verdachtsdiagnose an das Spital G.____, verwiesen wurde. Bei der Verdachtsdiagnose einer TIA gehört das MRI (Klasse II, Stärke A) mit protokollierten diffusionsgewichteten Sequenzen und einer T2*-gewichteten Sequenz zu den besten angezeigten Untersuchungen (vgl. die Leitlinien zum Management von Patienten mit akutem Hirninfarkt oder TIA 2008 der Europäischen Schlaganfall Organisation [ESO], S. 19, <http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_German.pdf>, abgerufen am 26. September 2014). Dieses bildgebende Verfahren dient ebenso der Diagnostik bei Hirntumoren (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 897). Folglich war das MRI, welches in der Klinik Z.____ durchgeführt wurde, klarerweise ein Bestandteil der diagnostischen Abklärung, zu welcher der Versicherte an das Spital G.____ überwiesen wurde. Die bezüglich der Kostentragung strittige Notfallbehandlung wurde mithin im Rahmen dieser dem Spital Oberengadin zur Durchführung zugewiesenen stationären Abklärung erforderlich. Warum diese Behandlung ausserkantonal durchgeführt wurde, lässt sich anhand der Aktenlage nicht beantworten, ist letztlich aber wegen der freien Spitalwahl bei stationären Behandlungen auch irrelevant. Der Versicherte befand sich vor der Zuweisung offenbar nicht an seinem st. gallischen Wohnort, sondern bei seinen Eltern im bündnerischen K.____. Sodann dürfte bezüglich des Ortes der Zuweisung bei der zur Diskussion stehenden Abklärung (Ausschluss Hirnschlag) aufgrund der erforderlichen Dringlichkeit beim Arzt ein erheblicher Ermessensspielraum bestehen. Jedenfalls lässt es sich nicht beanstanden, wenn der Kanton St. Gallen die Übernahme der isoliert abgerechneten Notfallbehandlung samt Transportkosten verweigert hat. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich im Ergebnis als rechtmässig. Ob sich der Wohnsitzkanton an der von Dr. D.____ veranlassten stationären Abklärung – und damit indirekt auch an den in der Klinik G.____ entstandenen Kosten – wird beteiligen müssen, ist nicht in diesem Verfahren zu beurteilen.

E. 5

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Rekurs abzuweisen. Auf die Erhebung von Gerichtskosten ist im Sinn von Art. 95 Abs. 3 i.V.m. Art. 97 VRP zu verzichten (BGE 130 V 87 E. 6.3). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Der Rekurs wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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