

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2007.00009 vom 23. Mai 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2007.00009

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2007.00009 du 23 mai 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2007.00009 del 23 maggio 2008

Erwägungen

E. 1

Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 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:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä a. Ä Ä Ä Ä Ä bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Ä Person oder in deren Umgebung;

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä b. Ä Ä Ä Ä Ä bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in Ä einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Ä Ä Ä Ä Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 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 72 ATSG sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

1.2 Ä Ä Ä Ä Unter Spital im Sinne von Art. 41 Abs. 2 lit. b und Abs. 3 KVG sind nach Art. 39 Abs. 1 KVG Anstalten oder deren Abteilungen zu verstehen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Art. 39 Abs. 1 KVG). Diese werden als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (Art. 35 Abs. 1 KVG) zugelassen (Art. 38 KVG), wenn sie gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG:

- ââââââââ a. âââââ ausreichende Ãrztliche Betreuung gewÃhrleisten;
- ââââââââ b. âââââ Ãber das erforderliche Fachpersonal verfÃgen;
- ââââââââ c. âââââ Ãber zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfÃgen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewÃhrleisten;
- ââââââââ d. âââââ der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung fÃr eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei âââââ private TrÃgerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- ââââââââ e. âââââ auf der nach LeistungsauftrÃgen in Kategorien gegliederten Spitalliste âââââ des Kantons aufgefÃhrt sind.

1.3ââââ Nach Art. 44 Abs. 1 KVG mÃssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behÃrdlich festgelegten Tarife und Preise halten und dÃrfen fÃr Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden VergÃtungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen Ãber die VergÃtung fÃr Mittel und GegenstÃnde, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.

1.4ââââ Das Gesetz ist in erster Linie nach seinem Wortlaut auszulegen. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Auslegungen mÃglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter BerÃcksichtigung aller Auslegungselemente, namentlich des Zwecks, des Sinnes und der dem Text zu Grunde liegenden Wertung. Wichtig ist ebenfalls der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt. Vom klaren, d.h. eindeutigen und unmissverstÃndlichen Wortlaut darf nur ausnahmsweise abgewichen werden, u.a. dann nÃmlich, wenn triftige GrÃnde dafÃr vorliegen, dass der Wortlaut nicht den wahren Sinn der Bestimmung wiedergibt. Solche GrÃnde kÃnnen sich aus der Entstehungsgeschichte der Bestimmung, aus ihrem Grund und Zweck oder aus dem Zusammenhang mit andern Vorschriften ergeben (BGE 127 IV 194 Erw. 5b/aa, 127 V 5 Erw. 4a, 92 Erw. 1d, 198 Erw. 2c, je mit Hinweisen). Eine historisch orientierte Auslegung ist fÃr sich allein nicht entscheidend. Andererseits vermag aber nur sie die Regelungsabsicht des Gesetzgebers aufzuzeigen, welche wiederum zusammen mit den zu ihrer Verfolgung getroffenen Wertentscheidungen verbindliche Richtschnur des Richters und der Richterin bleibt, auch wenn sie das Gesetz mittels teleologischer Auslegung oder Rechtsfortbildung verÃnderten UmstÃnden anpassen (BGE 128 V 207 Erw. 5b).

1.5ââââ Der eingelebten Praxis von Gerichten und VerwaltungsbehÃrden kommt unter dem Aspekt der rechtsgleichen Behandlung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 der Bundesverfassung ein grosses Gewicht zu. Das Gleichheitsprinzip und der Grundsatz der Rechtssicherheit verlangen, dass an einer Praxis in der Regel festgehalten wird (HÃfelin/MÃller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Auflage, ZÃrich Basel Genf 2006, Rz 509). Dies schliesst jedoch nicht aus, dass eine bestimmte Rechtsansicht spÃter besserer Ãberzeugung weichen muss. Es muss die frÃhere Auslegung aufgegeben werden, sofern grÃndliche und ernsthafte Ãberlegung die Ãberzeugung aufdrÃngt, dass die bisherige Sinndeutung eines Rechtssatzes falsch war (vgl. Gygi, Verwaltungsrecht, Bern 1986, S. 158). Mithin ist eine Gerichtspraxis dann zu Ãndern, wenn sie als unrichtig erkannt und die neue LÃsung besserer Erkenntnis der ratio legis entspricht oder den verÃnderten Ãusseren VerhÃltnissen oder gewandelten

Rechtsanschauungen besser Rechnung trägt (vgl. BGE 131 V 110 Erw. 3.1, 125 I 471 Erw. 4a, je mit Hinweisen). Mit der Rechtsgleichheit und der Rechtssicherheit nicht vereinbar ist es dagegen, von der bisherigen Auslegung lediglich mit der Begründung abzuweichen, dass sich eine andere Auffassung ebenso gut vertreten lasse (BGE 107 V 3).

2. Â Â Â Â Â Â

2.1 Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid damit, die Beschwerdeführerin habe sich stationär ausserkantonale behandeln lassen. Dies sei jedoch nicht aus Notfallgründen geschehen. Zur Frage, ob es medizinische Gründe dafür gegeben habe, sei auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) im Urteil BGE 127 V 398 abzustellen. Dieses unterscheide zwischen versorgungsmedizinischen Gründen im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG, die für die Aufnahme eines Spitals auf die kantonale Spitalliste massgebend seien, und medizinisch-konkreten Gründen, mithin individuell-medizinischen Gründen bei der im konkreten Einzelfall zu behandelnden Person im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG. Das EVG habe entschieden, dass nur wenn im Einzelfall die Behandlung im Wohnkanton nicht möglich sei, Anspruch auf den vollen Tariftschutz bestehe. Noch keinen solchen Anspruch begründete die Behandlung in einem versorgungsnotwendigen Listenspital. Dieses Urteil sei zwar verschiedentlich kritisiert worden. Dennoch schliesse sie - die Beschwerdegegnerin - sich der Auffassung des EVG an, wonach unabhängig davon, ob eine geschlossene Spitalliste vorliege oder nicht, nach Art. 41 Abs. 2 KVG im konkreten Einzelfall bei der zu behandelnden versicherten Person "medizinische Gründe" vorliegen müssten, ansonsten vom Krankenversicherer keine volle Kostenübernahme nach dem Ort der Leistungserbringung geschuldet sei. Vorliegend wäre die Rehabilitationsbehandlung auch in der Zürcher Hohenklinik Wald möglich gewesen, da diese Behandlungsart dort ebenfalls angeboten werde. Somit habe sich die Versicherte nicht aus medizinisch-konkreten Gründen in die RehaClinic Zurzach begeben, weshalb sie keinen Anspruch auf die volle Kostenerstattung des ausserkantonalen Spitalaufenthalts habe (Urk. 2).

2.2 Â Â Â Â Die Beschwerdeführerin kritisiert in erster Linie in grundsätzlicher Weise die mit BGE 127 V 398 begründete Rechtsprechung des EVG und verlangt zusammengefasst das Abweichen von dieser Praxis durch das hiesige Gericht (Urk. 1 S. 6 ff.). In zweiter Linie im Sinne einer Eventualbegründung bestreitet sie die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, die diese in ihrem Fall und in Anwendung von BGE 127 V 398 gezogen hat. Die Beschwerdegegnerin habe keinen Nachweis dafür erbracht, dass die Rehabilitationsbehandlung innerkantonale möglich gewesen wäre (Urk. 1 S. 5, S. 22 ff.).

3. Â Â Â Â Â Â Das Eidgenössische Versicherungsgericht (seit 1. Januar 2007: Bundesgericht) hat sich in seiner Entscheidung vom 21. Dezember 2001 (BGE 127 V 398 ff.) zur Kostenübernahme zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung aufgrund eines ausserkantonalen, stationären Aufenthalts einer grundversicherten Person in einem privaten Spital im Kanton Basel-Land, das sowohl auf der Liste des Wohnkantons (Basel-Stadt) als auch auf der Spitalliste des Standortkantons, mithin auf einer gemeinsamen Liste war, geäussert.

Â Â Â Â Â Â Â Â Das Gericht hielt in seinem Urteil fest, es müsse unterschieden werden zwischen der Zulassung eines Leistungserbringers als Kostenträger des KVG im

Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG und der tarifvertraglichen Rechtslage im Lichte des beschränkten Wahlrechts unter den Leistungserbringern nach Art. 41 KVG. Wenn ein Spital im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG auf eine Spitalliste gesetzt werde, bedeute dies einzig, dass es sich um einen zugelassenen Leistungserbringer handle, der KVG-pflichtige Kostenvergütungsansprüche auslöse. Damit sei über die Frage des anwendbaren Tarifs noch überhaupt nichts gesagt. Art. 41 Abs. 1 und Abs. 2 KVG regeln die Wahlfreiheit der versicherten Person und zugleich die Übernahme der Kosten durch die Versicherer. Dabei seien nach Art. 41 Abs. 2 KVG im konkreten Einzelfall des zu behandelnden Versicherten "medizinische Gründe" erforderlich, die gegebenenfalls zur vollen Kostenübernahme nach dem Tarif am Ort des Leistungserbringers führen könnten. Durch die Aufnahme des Teilsatzes in Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG (... oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Art. 39 Abs. 1 lit. e aufgeführten ausserkantonalen Spital ...) sollten ausserkantonale Spitäler, die auf einer Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt seien, gleich behandelt werden wie zugelassene Leistungserbringer innerhalb des Wohnkantons. Der volle Tarifschutz gelte im Regelfall nach Massgabe von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG nur innerhalb der Grenzen des Wohnkantons der versicherten Person. Lasse sie sich aus freiem Willen - d.h. ohne das Vorliegen medizinischer Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG - durch einen ausserkantonalen Leistungserbringer behandeln, der als solcher auf der Spitalliste des Wohnkantons im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG namentlich aufgeführt sei, so ändere dies nichts daran, dass das Mass der Kostenübernahme an die Höchstgrenze des im Wohnkanton geltenden Tarifs im Sinne von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG gebunden bleibe, auch wenn der ausserkantonale Leistungserbringer gegebenenfalls seine Leistungen zum höheren Tarif des Standortkantons verrechnen werde. Die Ausnahme regle Art. 41 Abs. 2 KVG; nur soweit medizinische Gründe im Sinne der genannten Bestimmung vorliegen, werde der volle Tarifschutz über die örtlichen Grenzen des Wohnkantons hinaus ausgedehnt. Der Versicherer habe hier die Kostenübernahme nach dem Tarif des Standortkantons des ausserkantonalen Leistungserbringers zu leisten, auch wenn dadurch die Höchstgrenze nach Art. 41 Abs. 1 KVG überschritten werde, wobei gegebenenfalls hinsichtlich der Kostentragung Art. 41 Abs. 3 KVG zu beachten sei.

Das Gericht kam zum Schluss, es verhalte sich im Ergebnis somit nicht anders, als wenn sich die versicherte Person aus persönlichen Gründen in einem Spital behandeln lasse, das nicht auf der Spitalliste ihres Wohnkantons, jedoch auf derjenigen des Standortkantons liege. Wenn kein medizinischer Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG vorliege, sei somit für eine ausserkantonale Behandlung nur der Tarif im Wohnkanton der versicherten Person anwendbar. Den Mehrpreis, der im anderen Kanton gefordert werde, müsse die versicherte Person zu ihren Lasten übernehmen (Erw. 2).

E. 4

4.1 Der Sinn von Art. 41 Abs. 1 KVG ist in weiten Teilen unbestritten und klar. Die versicherte Person soll unter den für die Behandlung der Krankheit geeigneten und zugelassenen (Art. 39 Abs. 1 KVG) Leistungserbringern die freie Wahl haben. Der obligatorische Krankenversicherer hat dabei im Sinne eines Grundsatzes die Kosten jedoch nur bis zur Höhe des Tarifs zu übernehmen, der - bei einer stationären Behandlung - im Wohnkanton gilt. Wenn also die versicherte Person ihr Wahlrecht innerhalb des Wohnkantons ausübt, hat sie den vollen Tarifschutz (Art. 44 Abs. 1 KVG; Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Separatdruck, S. 76

f.). Es ist ihr mithin erlaubt, innerhalb des Wohnkantons einen zugelassenen, geeigneten Leistungserbringer zu wählen, unabhängig davon, welches der Grund dafür ist und ob es der günstigste Leistungserbringer ist oder nicht. Der obligatorische Krankenversicherer hat für einen stationären Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung innerhalb des Wohnkantons die in Rechnung gestellten Kosten nach dem anwendbaren Tarif voll zu übernehmen (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel und Frankfurt am Main 1996, S. 73; Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Basel Genf München 2006, Rz 953; Meyer, Schranken und Freiräume von Art. 41 KVG, in: Ausserkantonale Hospitalisation, Zürich Basel Genf 2006, S. 5; BGE 131 V 141 Erw. 9.1, 9.2; 126 V 20 Erw. 4).

Wählt eine versicherte Person für ihren stationären Spitalaufenthalt einen Leistungserbringer ausserhalb ihres Wohnkantons, steht ihr zwar diese Möglichkeit offen, sie riskiert allenfalls gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG einen nur begrenzten Tarifschutz und muss die Differenz zwischen dem auswärtigen Tarif und dem Tarif des Wohnkantons selber tragen (Botschaft, a.a.O., S. 77; BGE 125 V 450 Erw. 2a).

Den vollen Tarifschutz für die versicherte Person im Sinne von Art. 44 Abs. 1 KVG - nach dem Tarif des Leistungserbringers - zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung sieht allerdings Art. 41 Abs. 2 KVG auch dann vor, wenn die ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen erfolgt. Medizinische Gründe liegen nach dem Wortlaut vor bei einem Notfall oder "wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden bei: (lit. a. ...); lit. b. einer stationären oder teilstationären Behandlung im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Art. 39 Abs. 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital."

Die im vorliegenden Fall strittige Frage, nach welchem Tarif die stationäre Behandlung abzurechnen ist, die zwar ausserkantonale, jedoch in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG aufgeführten Spital erfolgt ist, wird im Gesetz somit nicht ausdrücklich geregelt und ist durch Auslegung von Art. 41 KVG zu ermitteln. Dass es sich beim geplanten Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin nicht um einen Notfall im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG gehandelt hat, ist klar und unstrittig. Nach Ansicht der Beschwerdegegnerin wird der fragliche Sachverhalt durch den Grundsatz von Art. 41 Abs. 1 KVG geregelt (BGE 127 V 405 Erw. 2b/dd mit Hinweis auf BGE 125 V 448). Nach Meinung der Beschwerdeführerin wird dieser Sachverhalt hingegen in richtiger Auslegung von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG von diesem Artikel umfasst (Urk. 1 S. 7).

Für die Ermittlung des wahren Sinngehaltes von Art. 41 KVG sind die Materialien ein wichtiges Auslegungsinstrument (vgl. Erw. 1.4). Der damalige Entwurf des KVG sah - nach einem inhaltlich mit dem heutigen Art. 41 Abs. 1 KVG identischen Art. 35 Abs. 1 KVG - in Art. 35 Abs. 2 KVG einen ebenfalls fast gleichen Artikel wie der heutige Art. 41 Abs. 2 KVG vor. Zu den "medizinischen Gründen" wurde jedoch - neben dem Notfall - einzig erwähnt, dass solche vorliegen, wenn die erforderlichen Leistungen bei einer stationären oder teilstationären Behandlung im Wohnkanton nicht angeboten werden. Der heutige Zusatz von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG ("... oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons ...") wurde, wie das Bundesgericht festhält, nachträglich als Ergänzungsantrag zum Entwurf des Bundesrates in der nationalräumlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) am 24. August 1993 eingebracht und durch den National- und Ständerat angenommen (BGE 127 V 402 Erw.

2b/aa).

Die Durchsicht des Protokolls dieser Sitzung der nationalrätlichen Kommission zeigt deutlich auf, dass mit dieser Ergänzung im Gesetz der Meinung zum Durchbruch verholfen werden sollte, dass die Spitäler auf der Spitalliste des Wohnkantons gleich zu behandeln seien wie die eigenen kantonalen Spitäler. Denn in dieser Gleichstellung sah man einen entscheidenden tatsächlichen Anreiz dafür, dass die Kantone im Sinne einer gesamthaften Planung und mittels des Aushandelns attraktiver Tarife für die eigenen Kantonseinwohner miteinander zusammenarbeiten. Damit wollte man ein wesentliches Ziel der gesamten Gesetzesrevision, mit einer verbesserten Koordination der Leistungserbringer und mit einer optimalen Ressourcennutzung zur Eindämmung der Kosten beizutragen (Botschaft, a.a.O., S. 75), erreichen. Dieser Absicht stimmte denn auch die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit in der Sitzung vom 25. Oktober 1993 zu, und es wurde dabei betont, dass bei einer solchen Zusammenarbeit zwischen den Kantonen ein ausserkantonales Spital zu einem "interkantonalen" werde. Weiter wurden daraus folgende Konsequenzen für die Versicherten aufgezeigt, indem klargestellt wurde, dass wenn ein Patient eine "weitere Wahlfreiheit" beanspruchen wolle, er die finanziellen Nachteile bei der Vergtung auf sich nehmen müsse (vgl. auch die detaillierte Darstellung der Voten durch Roggo/Staffelbach, Interkantonale Spitalplanung und Kostentragung, AJP 2006 S. 274 f.).

Daraus ist der Schluss zu ziehen, dass gegenüber der ursprünglichen Version im Entwurf mit dem Zusatz im heutigen Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG nach dem Willen des Gesetzgebers eine Klarstellung in der Richtung erfolgen sollte, dass bei einer ausserkantonalen Behandlung nicht bereits dann, wenn eine bestimmte Spitalbehandlung im Wohnkanton nicht angeboten wird, der - in der Regel gegenüber dem Tarif im Wohnkanton - erhöhte Tarif des Standortspitals fr auswärtige Patienten zur Anwendung gelangen soll, sondern eben erst dann, wenn es diese Behandlung auch auf der mit ausserkantonalen Spitälern versehenen Spitalliste des Wohnkantons nicht gibt. Der Gesetzgeber betonte damit die Gleichschaltung der Behandlungen in den Spitälern des Wohnkantons mit denjenigen in den Listenspitälern des Wohnkantons. Er ging davon aus, dass mit der Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste interkantonale attraktivere Tarife ausgehandelt werden, und dass die grundsätzliche Wahlfreiheit der versicherten Person in Richtung der innerkantonalen und der interkantonalen Spitäler gelenkt werden soll, ohne dass er zwischen diesen zwei Sorten von Spitälern in irgendeiner Form eine Präferenz oder eine Einschränkung des Wahlrechts der versicherten Person vorsehen wollte. Nur wer im darüberhinausgehenden Mass seine Wahlfreiheit hinsichtlich eines ausserkantonalen Spitalaufenthaltes voll nutzen will, indem er auf die tatsächlich vorhandenen Leistungsangebote der Spitalliste des Wohnkantons nicht Rücksicht nimmt, soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Differenz zwischen dem Tarif des Wohnkantons, der vom Krankenversicherer zu übernehmen ist, und demjenigen des Leistungserbringers selber tragen (Art. 41 Abs. 1 KVG) und hierfür allenfalls eine privatrechtliche Zusatzversicherung abschliessen. Man war somit offensichtlich der Meinung, dass es für die versicherte Person keinen Unterschied macht, ob sie in ein inner- oder "interkantonales" Spital geht, was klarerweise eine gesetzgeberisch gewollte Ausdehnung der Tarifgarantie von Art. 44 Abs. 1 KVG auf die ausserkantonalen stationären Behandlungen der Listenspitäler bedeutet. Aus dieser Gleichstellung ergibt sich somit, dass der obligatorische Krankenversicherer nicht einfach nur den Tarif nach

dem Wohnkanton im Sinne von Art. 41 Abs. 1 KVG zu übernehmen hat, sondern allenfalls auch einen höheren zwischen den Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelten (Art. 43 Abs. 4, 46 Abs. 1 KVG) oder bei Fehlen eines Tarifvertrages den von der Kantonsregierung des Standortkantons festgesetzten Tarif (Art. 47 Abs. 1 KVG).

4.5 Es ist der Beschwerdeführerin darin Recht zu geben, dass das Bundesgericht diesen Willen des Gesetzgebers, der einem wichtigen Zweck der Revision dienen sollte, und der mittels des Zusatzes in Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG auch tatsächlich Eingang in das Gesetz gefunden hat, im kritisierten Entscheid im Resultat nicht beachtet hat. Es erkannte zwar ebenfalls die gewollte Gleichstellung der ausserkantonalen Listenspitäler eines Wohnkantons mit den innerkantonalen Spitälern (BGE 127 V 404 Erw. 2b/dd), verschaffte dem jedoch mit dem Schluss, es komme bei einer ausserkantonalen Behandlung nicht darauf an, ob sich ein Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons befindet oder nicht (Erw. 2b/dd am Schluss), keine Nachachtung.

4.6 Der Kanton Zürich hat seine Planungsaufgabe gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG mit der zur Diskussion stehenden Spitalliste A gelöst. Sie enthält gemäss Darstellung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Urk. 3/6) abschliessend diejenigen inner- und ausserkantonalen Institutionen, die für die Versorgung der zürcherischen Patientinnen und Patienten in der Allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung notwendig sind. Bei dieser sogenannten geschlossenen Liste gilt der Bedarf dieser Betten als ausgewiesen (RKUV 1998 Nr. KV 54 S. 548 Erw. 4.1.3.2). Dies hielt der Regierungsrat des Kantons Zürich in seinem Beschluss vom 25. Juni 1997 zur Zürcher Spitalliste 1998 (RRB Nr. 1347) hinsichtlich der aufgenommenen ausserkantonalen medizinischen Rehabilitationsstätten auch ausdrücklich fest, indem er ausführte, der Bedarf an solchen Institutionen könne von denjenigen mit Standort im Kanton Zürich nicht vollumfänglich gedeckt werden, der Zusatzbedarf sei durch Leistungsaufträge an ausserkantonale Kliniken zu decken (Urk. 3/3 S. 12). Den weitergehenden Ausführungen der Gesundheitsdirektion vom 30. August 2005 ist zu entnehmen, dass gar 80 % des gesamten kantonalen Bedarfs an Infrastruktur für stationäre Rehabilitationsaufenthalte mit ausserkantonalen Kliniken gedeckt wird (Urk. 3/5).

Diesem sich aus Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG ergebenden Umstand ist im Sinne einer systematischen Auslegung von Art. 41 KVG ebenfalls Rechnung zu tragen. Indem nämlich das Gesetz eine weitgehende Auslagerung der medizinischen Grundversorgung in andere Kantone mittels einer verstärkten Zusammenarbeit ermöglicht wenn nicht sogar fördert, ist es systemwidrig, dieser geplant ausgelagerten Grundversorgung die Gleichbehandlung mit einer innerkantonalen zu verwehren. Sie führt zudem zu sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlungen von versicherten Personen. Denn mit dem Obligatorium in der Krankenversicherung geht die Pflicht einher, allen versicherten Personen gleichermassen den Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu gewährleisten. Die Erfüllung dieses wichtigen Anliegens ist jedoch klar in Frage gestellt, wenn die Mehrzahl der kantonalzürcherischen Versicherten Gefahr läuft, wegen einer Auslagerung der Grundversorgung in einen anderen Kanton einen Teil der Kosten einer stationären rehabilitativen Massnahme selber tragen zu müssen.

4.7 Zusammenfassend ergibt sich, dass zwar der Wortlaut von Art. 41 KVG für die strittige Frage des anwendbaren Tarifs bei einer ausserkantonalen stationären Behandlung auslegungsbedürftig ist. Die historische, teleologische und systematische

Auslegung von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG ergibt jedoch ein Resultat, das auch mit dem Grundsatz der rechtsgleichen Behandlung der obligatorisch versicherten Personen (Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG) vereinbar ist. Dieses besteht darin, dass es für die versicherte Person nicht darauf ankommt, ob sie eine im Sinne von Art. 25 KVG medizinisch notwendige Behandlung stationär in der Allgemeinen Abteilung in einem Listenspital im Wohnkanton oder in einem Listenspital ausserhalb des Wohnkantons vornimmt. Denn die stationäre ausserkantonale Behandlung im Listenspital ist gemäss Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG derjenigen im innerkantonalen Spital gleichgestellt und der Tarifschutz gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG erstreckt sich auch auf sie.

4.8. Diesem Resultat stellt eine Erkenntnis dar, die dazu führt, dass der vom Bundesgericht in BGE 127 V 398 ff. dargelegten Praxis, dass bei einer ausserkantonalen stationären Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons im Einzelfall ein noch darüberhinausgehendes medizinisches Bedürfnis vorhanden sein muss, damit der volle Tarifschutz besteht, nicht gefolgt werden kann. Dazu haben gründliche Überlegungen unter Beachtung einer verfassungskonformen Auslegung des Gesetzes geführt, denen das Bundesgericht zu wenig Beachtung geschenkt hat.

Die vorliegende Rechtsauffassung wird im Übrigen auch vom Bundesamt für Gesundheit in einem Schreiben vom 18. März 2005 (Urk. 3/6) sowie vom Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung, G. Eugster, in zwei Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 21. und 30. Juni 2005 (Urk. 31/1, 31/2) betreffend eine andere versicherte Person mit Wohnsitz im Kanton Zürich (mit einer Rehabilitation in der Listenklinik Valens, Kanton St. Gallen) geteilt.

4.9. Der Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der RehaClinic Zurzach fand vom 28. Oktober bis 24. November 2005 statt. Da nach dem Gesagten die Behandlung in diesem Listenspital des Kantons Zürich für die Beschwerdeführerin die gleichen finanziellen Folgen haben muss, wie wenn sie innerkantonale behandelt worden wäre, hat die Beschwerdegegnerin die Kosten nach dem für diese ausserkantonale Behandlung anwendbaren Tarif der RehaClinic Zurzach zu übernehmen. Dies ist gemäss Darlegung der Beschwerdeführerin der Tarif für ausserkantonale Patientinnen und Patienten (Urk. 1 S. 1).

Die Beschwerde ist somit gutzuheissen.

5. Nach Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Liegt keine anwaltschaftliche Vertretung vor, besteht der Anspruch auf eine Entschädigung nur, wenn die Vertretung für das in Frage stehende Rechtsgebiet besonders qualifiziert ist und wenn nicht anzunehmen ist, dass sie kostenlos erfolgt (BGE 108 V 271 Erw. 2; Zürich, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Zürich 1999, Rz 3 zu Art. 34). Die Beschwerdeführerin liess sich durch die RehaClinic Zurzach vertreten. Dabei handelt es sich jedoch um eine Rehabilitationsklinik, deren Aufgabe in der Wahrnehmung pflegerischer und rehabilitativer Betreuung besteht und nicht in der Rechtsvertretung von Patientinnen und Patienten. Weiter wurde auch mit keinem Wort begründet, worin denn die Kosten für die Beschwerdeführerin für diese Rechtsvertretung bestehen, weshalb

die Entgeltlichkeit dieser Mandatsführung fraglich erscheint. Es ist der Beschwerdeführerin somit keine Prozessentschädigung zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2006 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, für den Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin in der RehaClinic Zurzach vom 28. Oktober bis 24. November 2005 die Kosten nach dem Standorttarif für ausserkantonale Patientinnen und Patienten zu übernehmen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- RehaClinic Zurzach, unter Beilage einer Kopie von Urk. 31/1 und 31/2

- Wincare Versicherungen, unter Beilage einer Kopie von Urk. 31/1 und 31/2

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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