



Fall-Nr.: KV 2008/11
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 24.03.2020
Entscheiddatum: 09.01.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 09.01.2009

Art. 41 Abs. 3 KVG: Nach dem klaren Wortlaut und der Gesetzessystematik trifft den Kanton keine Kostenübernahmepflicht für Behandlungen an Privatspitälern (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Januar 2009, KV 2008/11).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus und Versicherungsrichter Joachim Huber; a.o. Gerichtsschreiberin Bettina Surber

Entscheid vom 9. Januar 2009

in Sachen

E.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

Kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen,
Davidstrasse 27, 9001 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Kostenübernahme für ausserkantonalen Spitalaufenthalt

Sachverhalt:



St.Galler Gerichte

A.

A.a Mit Schreiben vom 24. Mai 2008 ersuchte E.____ das Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen um Kostengutsprache für eine Operation an der Klinik Hirslanden, Zürich (act. G 4.1). Es müsse so schnell als möglich die Aortenklappe ersetzt werden. Da sie eine Sternotomie ausschliesse, wünsche sie die videoskopische, minimal-invasive Operationsmethode. Diese werde von Dr. med. A.____ an der Klinik Hirslanden durchgeführt. Von der Krankenkasse sei sie informiert worden, dass diese nur einen kleinen Teil der Kosten übernehmen würde und sie für eine Kostengutsprache an den Kanton gelangen könne.

A.b Mit Schreiben vom 4. Juni 2008 teilte der Kantonsärztliche Dienst des Kantons St. Gallen der Gesuchstellerin mit, dass der Kanton bei einer Operation an der Klinik Hirslanden keine Kosten übernehmen könne, da es sich bei dieser Klinik um eine Privatklinik handle (act. G 4.3). Für eine Aortenklappenersatz-Operation in einem öffentlich subventionierten Spital müsste eine Kostengutsprache erfolgen, da diese Operation im Kanton St. Gallen nicht angeboten werde. Es werde empfohlen, mit dem Hausarzt oder dem Herzspezialisten abzuklären, in welchem öffentlichen Spital der notwendige Eingriff durchgeführt werden könne.

A.c Mit Schreiben vom 9. Juni 2008 bat die Gesuchstellerin den kantonsärztlichen Dienst, den Entscheid nochmals zu überprüfen (act. G 4.4).

A.d Mit Einspracheentscheid vom 18. Juni 2008 bestätigte der kantonsärztliche Dienst die Ablehnung des Gesuchs mit der Begründung, es sei nicht möglich, Kostengutsprache für eine Behandlung an einer Privatklinik zu leisten (act. G 4.5).

B.

B.a Mit Schreiben vom 1. Juli 2008 liess die Versicherte, vertreten durch B.____, Beschwerde führen und beantragen, es sei Kostengutsprache durch den Kanton zu erteilen (act. G 1). Zur Begründung führt sie an, eine angeborene Missbildung der Aortenklappe sei zu einem ernsthaften lebensbedrohenden Problem geworden. Da eine solche Operation im Kanton St. Gallen nicht angeboten werde, sei diese ausserkantonale von Dr. A.____ an der Klinik Hirslanden durchgeführt worden. Die Wahl



St.Galler Gerichte

sei deshalb auf Dr. A.____ gefallen, weil er der einzige erfahrene Fachmann sei, der einen Aortenklappenersatz minimal-invasiv und nicht mittels Sternotomie vornehme. Die Operation mit Aufschneiden des Sternums sei mit verschiedenen Nachteilen behaftet. Die Schmerzen seien grösser und die Risiken für Verletzungen anderer Körperteile höher. Zudem daure der Heilungsverlauf länger an. Die Wahl der Operationsmethode sei somit nicht nur aus anatomischen Gründen, sondern auch aus Kostenüberlegungen zugunsten der Krankenkasse gefällt worden. Die bei der Operation anfallenden Kosten, von denen nur ein kleiner Teil von der Krankenkasse gedeckt würde, belasteten ihre knapp bemessenen Einkommens- und Vermögensverhältnisse stark, weshalb sie um eine Kostengutsprache durch den Kanton bitte.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 23. Juli 2008 fordert die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde mit der Begründung, die Klinik Hirslanden sei weder öffentlich noch öffentlich subventioniert, weshalb sich der Kanton St. Gallen nicht an den Kosten für die Operation beteiligen könne (act. G 4).

B.c In der Replik vom 4. September 2008 erklärt die Beschwerdeführerin nochmals, ihre Wahl sei deshalb auf Dr. A.____ gefallen, weil er der einzige erfahrene Fachmann sei, der den Aortenklappenersatz minimal-invasiv vornehme und schon erfolgreich vorgenommen habe (act. G 6). Die Adresse eines anderen Arztes habe ihr niemand geben können. Die andere Operationstechnik mit Sternotomie sei mit verschiedenen Nachteilen behaftet. Aufgrund des längeren Heilungsprozesses würden grössere Kosten anfallen und die Beschwerden seien grösser. Die minimal-invasive Behandlung sei die humanere und letztlich auch für die Krankenkasse günstigere Methode. Aufgrund ihrer finanziellen Situation stellten die Operationskosten eine sehr grosse Belastung dar. Ihre einzige Einkommensquelle sei die AHV. Den monatlichen Unterhalt bestreite sie von Ersparnissen, weshalb sie nur allgemein versichert sei und sie sich keine Zusatzversicherung leisten könne. Zusammenfassend hält sie fest, dass die Wahl eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals zwingend mit einer Operationsvariante verbunden gewesen wäre, die erhebliche gesundheitliche Nachteile nach sich gezogen hätte.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 8).



Erwägungen:

1.

1.1 Einleitend ist zu bemerken, dass das Verfahren durch den kantonsärztlichen Dienst nicht korrekt abgewickelt wurde. Gemäss Art. 7 der Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonalem Spitalaufenthalt vom 28. Januar 1997 (sGS 331.539) steht der Gesuch stellenden Person eine Einsprache gegen die Verfügung über die Kostenübernahme zu. Das Schreiben des kantonsärztlichen Dienstes vom 4. Juli 2008 war jedoch weder mit der Bezeichnung "Verfügung" noch mit einer Rechtsmittelbelehrung bezüglich der Einsprachemöglichkeit versehen, was sich für die Versicherte negativ hätte auswirken können. In Unkenntnis ihrer tatsächlichen rechtlichen Möglichkeiten hat sie von sich aus reagiert und um eine nochmalige Prüfung des Entscheids gebeten. Der auf dieses Schreiben hin ergangene Entscheid trägt den Titel "ihr Wiedererwägungsgesuch", tatsächlich wurde das Schreiben der Beschwerdeführerin aber als Einsprache behandelt und es erging ein Einspracheentscheid (vgl. act. G 4.5).

1.2 Insgesamt war das Vorgehen des kantonsärztlichen Dienstes verwirrend und verfahrensrechtlich nicht korrekt. Da der Beschwerdeführerin aber kein Nachteil erwachsen ist und das Verfahren faktisch dem korrekten Verfahren mit einsprachefähiger Verfügung und Einspracheentscheid entsprochen hat, kann der Mangel als geheilt betrachtet werden.

2.

2.1 Materiell ist strittig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Kostenübernahme durch den Kanton hat. Art. 41 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) bestimmt die Kostenübernahmepflicht durch die Krankenversicherung und die Kantone. Grundsätzlich können die Versicherten unter den nach Art. 39 KVG zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Vorliegend geht es um eine Herzklappenoperation und damit um eine stationäre Behandlung. Für stationäre oder teilstationäre Behandlungen hat der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif zu übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Abs.



1). In Ausnahme zu diesem Grundsatz muss die Krankenversicherung die Kostenübernahme nach dem Tarif des Leistungserbringers und nicht nach dem Tarif des Wohnkantons leisten, wenn medizinische Gründe für eine ausserkantonale Behandlung vorliegen. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton oder von einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG aufgeführten Spital nicht angeboten werden (Abs. 2 lit. b). Die Kantone übernehmen nach Art. 41 Abs. 3 KVG die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons, wenn aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb des Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals in Anspruch genommen werden. Unter den Begriff Spital fällt gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG jede Anstalt oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Um 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 aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen (lit. d) und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste aufgeführt sein (lit. e).

2.2 Vorliegend musste der Beschwerdeführerin die Aortenklappe ersetzt werden. Unter den Parteien nicht bestritten ist, dass es sich dabei um eine Operation handelt, für die es im Kanton St. Gallen keinen Leistungserbringer gibt und für die daher nach Art. 41 Abs. 3 KVG aufgrund des Vorliegens von medizinischen Gründen im Sinn von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG grundsätzlich eine Leistungspflicht des Kantons besteht (vgl. Schreiben des Kantonsärztlichen Dienstes vom 4. Juni 2008, act. G 4.3). Strittig ist einzig, ob eine Kostenübernahme auch für eine Operation an einem Privatspital geschuldet ist, ob eine Behandlung an einem privaten Spital ebenfalls unter Art. 41 Abs. 3 KVG subsumiert werden kann oder ob nur die anfallenden Kosten für eine Behandlungen an öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern übernommen werden müssen.

2.3 Gemäss klarer Rechtsprechung des Bundesgerichts fallen private Spitälern nicht unter Art. 41 Abs. 3 KVG. Dies ergibt sich aus dem klaren Wortlaut von Art. 41 Abs. 3



KVG, der ausdrücklich nur öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler erwähnt (BGE 123 V 310 Erw. 4a). Dass die Tarife für die allgemeine Abteilung öffentlicher oder öffentlich subventionierter Spitäler für ausserkantonale Patienten höher sein können und dürfen als für Kantonseinwohner, was überhaupt erst zur Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Kantonseinwohner führt, ergibt sich aus Art. 49 KVG. Die in Abs. 1 und 2 dieser Bestimmung festgelegte Quote von höchstens 50% der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versicherungsgruppe 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 gilt ebenfalls ausdrücklich nur für die Spalkategorien "öffentlich oder öffentlich subventioniert", nicht aber für private, nicht öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler (BGE 123 V 310, Erw. 4c). Bei Privatspitälern mit in der Regel nicht nach Kantonzugehörigkeit abgestuften Tarifen für die Bemessung der Vergütung für die erbrachten Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellt sich die Frage der Differenzzahlung des Wohnkantons mangels eines Tarifunterschieds überhaupt nicht (BGE 123 V 310 Erw. 6b/cc). Das Bundesgericht räumt zwar ein, dass es Argumente für eine Kostenübernahme auch bei Behandlungen in Privatspitälern gebe, es gehe dabei aber um nicht mehr und nicht weniger als die "Definition" des Status der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler einerseits und der Privatspitäler andererseits im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, ihr Verhältnis untereinander und die Berücksichtigung der Zusatzversicherung. Es handle sich hierbei um eine in gleicher Weise rechtlich wie wirtschafts- und sozialpolitisch kontroverse Frage, deren Lösung nicht Aufgabe des Richters sein könne und dürfe (BGE 123 V 310 Erw. 6b/cc).

2.4 Art. 41 Abs. 3 KVG besteht noch heute in gleichlautender Fassung wie zur Zeit des zitierten Bundesgerichtsentscheids. In Anwendung des klaren Wortlauts und nach der Gesetzessystematik ist eine Beschränkung der Anwendbarkeit von Art. 41 Abs. 3 KVG auf öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler klar gewollt. Es besteht zudem keine Austauschbefugnis zwischen der Kostenbeteiligungspflicht des Kantons bei Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital und einem privaten Spital in dem Sinn, dass der Kanton mindestens diejenigen Kosten zu tragen hat, die er für die Behandlung an einem öffentlichen Spital zu tragen hätte. Einer



solchen Interpretation von Art. 41 Abs. 3 KVG stehen der klare Wortlaut und die Gesetzssystematik der Kostentragungspflicht im KVG entgegen.

2.5 Die Beschwerdeführerin hat wiederholt geltend gemacht, die nur an der Klinik Hirslanden angebotene minimal invasive Operationsmethode sei weniger schmerzhaft, mit weniger Risiken verbunden und insgesamt für die Krankenversicherung kostengünstiger, und damit die Frage aufgeworfen, ob eine versicherte Person ein Methodenwahlrecht habe und was die Folgen wären, wenn eine Methode, auf die Anspruch erhoben wird, nur an einem Privatspital angeboten wird. Im Rahmen der sozialen Krankenversicherung besteht grundsätzlich keine Methodenwahlfreiheit bezüglich einer Operationsmethode. Allenfalls müsste dann eine Leistungspflicht des Kantons im Sinn einer richterlichen Lückenfüllung entgegen des klaren Wortlautes von Art. 41 Abs. 3 KVG bejaht werden, wenn eine Operation aus medizinischen Gründen nur an einem Privatspital und nicht an einem öffentlichen Spital durchgeführt wird. Die Interpretation des Begriffs "medizinische Gründe" müsste sich an Art. 41 Abs. 2 KVG orientieren. Von medizinischen Gründen könnte demnach grundsätzlich nur dann gesprochen werden, wenn ein Notfall vorliegen würde oder wenn eine Behandlung des Leidens an einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital nicht möglich wäre – oder wenn sich die an einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital angebotene Behandlungsmethode im Hinblick auf den therapeutischen Nutzen unter Berücksichtigung der mit der Methode verbundenen Risiken im Einzelfall als unzweckmässig erweist (vgl. BGE 127 V 138 Erw. 5, in dem es um die Frage ging, ob sich eine versicherte Person zu Lasten des Kantons ausserkantonale behandeln lassen kann, wenn eine bestimmte Operationsmethode im Wohnkanton nicht angeboten wird). Bei der von der Beschwerdeführerin abgelehnten Operationsmethode der Sternotomie handelt es sich um die in der Schweiz seit langem und üblicherweise angewendete Methode für Herzklappenoperationen. Sie stellt für die Ärzte einen Routineeingriff dar und hat daher als grundsätzlich zumutbare Methode zu gelten. Unter diesen Umständen lässt sich nicht sagen, dass zwingende medizinische Gründe die Wahl des privaten Leistungserbringers erfordert haben, und es kann offen bleiben, ob in einem Fall, in dem eine zumutbare Operation nur an einem privaten Spital möglich wäre, eine Leistungspflicht des Kantons bejaht werden müsste. Zudem ist festzuhalten, dass die minimal invasive Operationsmethode für Klappenoperationen offenbar nicht nur an der Klinik Hirslanden durchgeführt wird. Gemäss telefonischer Auskunft vom 18. Dezember



2008 (bestätigt per Mail vom 19. Dezember 2008 durch C.____, Leiterin Sekretariat Herz- und Gefässchirurgie Universitätsspital Zürich: act. G 10) wendet auch das Universitätsspital Zürich als öffentliches Spital seit 2005 diese Methode für den Ersatz von Aortenklappen an, wenn sie sich für den konkreten Eingriff als geeignet erweist. Demnach wäre es nicht zum Vornherein ausgeschlossen gewesen, die Operation an einem öffentlichen Spital durchführen zu lassen.

3.

3.1 Nach dem Gesagten lässt sich der vorinstanzliche Entscheid, im vorliegenden Fall eine kantonale Kostenbeteiligung zu verweigern, nicht beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

3.2 Gerichtskosten sind im Sinn von Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.