

Ereignis ausgegangen werden. Die Verletzung ist somit einem einzigen Ereignis und nicht einer Vielzahl von wiederholten, im täglichen Leben erfolgten Mikrotraumata zuzuschreiben, welche die allmähliche Abnützung und schliesslich das Ausmass einer behandlungsbedürftigen Schädigung bewirkt haben. Wir haben es hier nicht mit einer kontinuierlichen Zunahme von Kniebeschwerden zu tun, sondern mit einem unmittelbaren und plötzlichen Geschehen, das sofort die Konsultation eines Arztes und einen operativen Eingriff nötig machte. Es hat eine unvermittelte konkrete Bewegung stattgefunden, welche die Verletzung zumindest mitverursacht hat. Damit sind aber die Voraussetzungen für die Annahme einer unfallähnlichen Körperschädigung erfüllt und die SUVA hat die gesetzlichen Leistungen für die Unfallfolgen zu übernehmen. Damit erweist sich die Beschwerde als begründet und wird vollumfänglich gutgeheissen.

Verwaltungsgericht, 31. Januar 2002

Art. 41 Abs. 3 KVG. – Der Wohnkanton muss sich an den Kosten einer ausserkantonalen Hospitalisation nur beteiligen, wenn diese aus medizinischen Gründen notwendig ist. Definition der medizinischen Gründe. Verneinung der Leistungspflicht des Wohnkantons im vorliegenden Fall, da eine Hospitalisation im Wohnkanton medizinisch möglich und eine Verlegung zumutbar gewesen wäre.

Aus dem Sachverhalt:

Mit Verfügung vom 11. April 2001 teilte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zug der Kranken- und Unfallversicherung X. mit, dass eine Kostenbeteiligung des Kantons Zug an der ausserkantonalen Hospitalisation von A. K. im Spital C. in D. vom 10. bis zum 17. Dezember 1999 abgelehnt werden müsse. Gegen diese Verfügung reichte die Kranken- und Unfallversicherung X. am 7. Mai 2001 Beschwerde ein und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und der Kanton Zug sei zu verpflichten, sich gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG an den Kosten für die ausserkantonale Hospitalisation zu beteiligen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung wurde unter anderem ausgeführt, A. K. habe am 7. Dezember 1999 notfallmässig die Poliklinik des Frauenspitals in D. aufgesucht, wo bei ihr eine Anämie festgestellt worden sei. Sie sei zu weiteren Abklärungen an den Hausarzt überwiesen worden. Weil sie zu diesem Zeitpunkt als Wochenaufenthalterin in D. gelebt habe, ihre Schriften jedoch in Baar im Kanton Zug hinterlegt gehabt habe, sei es naheliegend gewesen, dass sie für die weiteren Abklärungen am 10. Dezember 1999 ihren Hausarzt in D., Dr. med. K.J., aufgesucht habe. Dieser habe aufgrund der am 10. Dezember 1999 durchgeführten Untersu-

chung den Verdacht auf das Vorliegen einer oberen Gastrointestinalblutung gehabt und sich veranlasst gesehen, die Patientin notfallmässig ins Spital C. einzuweisen. Der Kantonsarzt habe am 15. Dezember 1999 und am 5. Juli 2000 Kostengutsprache gesuche gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG für diesen Spitalaufenthalt abgelehnt. Mit Vernehmlassung vom 16. Juli 2001 beantragt die Gesundheitsdirektion die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Aus den Erwägungen:

...

2. Gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG können die Versicherten 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. Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt (Art. 41 Abs. 2 KVG). Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden. 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 KVG).

Nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts bestimmt Art. 41 Abs. 2 KVG abschliessend, was unter «medizinischen Gründen» zu verstehen ist (EVGE vom 7. Dezember 2000, K 64/99, Erw. 4). Es ist dies einerseits der Notfall, d.h. die Lage, in welcher medizinische Hilfe unaufschiebbar und für die notwendige ambulante Behandlung eine Rückkehr in die Wohn- oder Arbeitsregion bzw. für die stationäre Behandlung in den Wohnkanton nicht möglich oder angemessen ist, und andererseits ist es der Umstand, dass die erforderlichen Leistungen innerhalb der örtlichen Grenzen gar nicht angeboten werden (a.a.O., Erw. 4 mit Verweis auf Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR Rz 318). Der Notfall kann analog zu Art. 36 Abs. 2 KVV umschrieben werden. Er liegt vor, sofern der Versicherte einer Behandlung bedarf und eine Rückreise in den Wohnkanton nicht angemessen ist, also vernünftigerweise vom Versicherten nicht verlangt werden kann. Dies trifft z.B. zu, wenn der Versicherte ausserhalb seines Wohnkantons während einer Geschäfts- oder Ferienreise einen Kreislaufkollaps oder einen Hirnschlag erleidet und ins nächste Spital eingewiesen wird (vgl. hierzu Maurer, Das neue

Krankenversicherungsgesetz, S. 74). Es sind jeweils die konkreten Umstände zu berücksichtigen.

3. Aus den Akten ergibt sich zu den konkreten Umständen der umstrittenen Hospitalisation vom 10. Dezember 1999 Folgendes:

a) Im Bericht des Spitals C. über die Hospitalisation der Versicherten vom 10. bis zum 17. Dezember 1999 wird eine Eisenmangelanämie unklarer Ätiologie DD gastrointestinal (Dünndarmangiodysplasien) gynäkologisch diagnostiziert. Unter dem Marginale «Anamnese» wird festgehalten, die Patientin habe am 7. Dezember 1999 notfallmässig die Poliklinik des Frauenspitals aufgesucht und über jeweils zum Beginn der Menstruation auftretende Bauchschmerzen, diesmal jedoch verstärkt mit zusätzlich Schwindel und Nausea, geklagt. Dort sei ein Hämoglobin von 70 g/l festgestellt worden. Die Patientin sei zur weiteren Abklärung an den Hausarzt verwiesen worden. Sonographisch sei ein unauffälliger Befund erhoben worden. Beim Eintritt habe sich die 38 Jahre alte Patientin in leicht reduziertem Allgemeinzustand befunden und sei bei klarem Bewusstsein gewesen. Der Ernährungszustand sei unauffällig gewesen, die Patientin blass und kardiopulmonal kompensiert. Das Abdomen sei weich und indolent gewesen. Leichte Klopfdolenz habe über beiden Nierenlogen bestanden; grob neurologisch sei sie unauffällig gewesen. Unter dem Titel «Beurteilung und Verlauf» wird unter anderem ausgeführt, man habe ebenfalls eine hypochrome, mikrozytäre Anämie mit einem Hämoglobin von 77 g/l gefunden ohne labormässige Hinweise für das Vorliegen einer Entzündung. Mit Ausnahme des Hämoglobins, des Ferritins und der Retikulozyten lagen die Laborparameter beim Eintritt im Normbereich. Zum Ausschluss einer Blutungsquelle im Magen-Darmbereich sei zuerst eine obere Panendoskopie durchgeführt worden, die endoskopisch unauffällige Verhältnisse ohne nachweisbare Schleimhautläsion oder Blutungsquelle gezeigt habe. Die anschliessend durchgeführte Colonoskopie sei ebenfalls normal gewesen. Im Magen-Darmbereich habe keine floride Blutung nachgewiesen werden können. Die Anämie habe sich im weiteren Verlauf unter Eisensubstitution nur leichtgradig bis auf ein Hämoglobin von 86 g/l gebessert. Die Ursache bleibe offen. Differentialdiagnostisch komme eine Blutungsquelle im gynäkologischen Bereich in Frage. Zur weiteren gynäkologischen Abklärung werde sich die Patientin in der Frauenklinik des Kantonsspitals D. melden.

b) Am 13. Dezember 1999 ersuchte ein Assistenzarzt des Spitals C. den Kantonsarzt des Kantons Zug um eine Kostengutsprache für den Eintritt vom 10. Dezember 1999. Eine Begründung ist aus dem kopierten Formular (Beilage 5 der Beschwerdeführerin) nicht ersichtlich. Angekreuzt ist die Rubrik «Notfall». Der Kantonsarzt lehnte die Kostengutsprache mit dem Hinweis ab, die Abklärung/Behandlung wäre auch im Wohnkanton durchführbar gewesen. Am 16. Juni 2000 reichte das Spital C. nochmals ein Gesuch um Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlungen ein. Wieder wird

auf einen Notfall hingewiesen. Begründet wird der Notfall mit einer Eisenmangelanämie. Auf dem Formular ist ohne nähere Begründung festgehalten, dass die Patientin nicht verlegungsfähig gewesen sei. Der Kantonsarzt wies dieses Gesuch am 5. Juli 2000 erneut ab.

c) Mit Schreiben vom 15. August 2000 gelangte Dr. C. K. vom Spital C. an den Kantonsarzt und führte unter anderem aus, die Versicherte sei durch ihren Hausarzt notfallmässig wegen einer neu entdeckten Anämie von 76g/l bei Verdacht auf eine obere Gastrointestinalblutung zugewiesen worden. Sie sei damals unter nicht steroidalen Antirheumatika gestanden sowie unter erheblichem Stress. Wie im Austrittsbericht erwähnt, habe sich keine akute Blutungsquelle gefunden. Der chronische Charakter der Anämie habe schliesslich aufgrund des tiefen Ferritin-Werts sowie des Knochenmarkbefundes nachgewiesen werden können. Zum Zeitpunkt des Eintritts habe eine akute Blutungsquelle nicht ausgeschlossen werden können. Auch in den Augen des Hausarztes sei eine dringliche Abklärung indiziert gewesen. Wie üblich sei am Eintrittstag vom Aufnahmebüro ein Telefonanruf an die Kranken- und Unfallversicherung X. erfolgt. Man habe zur Antwort erhalten, dass die Patientin für die 3. Klasse in der ganzen Schweiz versichert sei. Man habe sich deshalb aus formellen Gründen nicht veranlasst gesehen, die Patientin in den Kanton Zug zu verlegen, auch nachdem aufgrund der oberen und unteren Panendoskopie vom 14. Dezember 1999 an und für sich klar gewesen sei, dass eine akute Blutung nicht vorliege. Mit Befremden habe zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt werden müssen, dass die Kranken- und Unfallversicherung X. bei der Patientin doch nicht für die ganze Schweiz gelte.

d) Mit Schreiben vom 30. März 2001 teilte Dr. med. K. J. dem Kantonsarzt mit, dass ihn die Versicherte am 10. Dezember 1999 in seiner Sprechstunde aufgesucht und ihm über starke Müdigkeit, Schwindel und Übelkeit berichtet habe. Ihren Angaben zufolge sei drei Tage vorher in der Poliklinik des Frauenspitals D. eine Konsultation erfolgt, bei der man ein Hämoglobin von 7,6g% festgestellt habe. Die anamnestischen Angaben hätten den Verdacht auf eine Episode von Melaena aufkommen lassen. Klinisch habe sich eine Druckdolenz im Oberbauch bei spärlichen Darmgeräuschen gefunden. Die oben erwähnten Punkte zusammen mit der Tatsache, dass die Patientin Ponstan eingenommen habe, hätten im hektischen Praxisalltag zumindest an die Möglichkeit einer oberen Gastrointestinalblutung denken lassen. Dass die Patientin einige Tage vorher von den Gynäkologen entlassen worden sei, schliesse eine Blutung letztlich nicht aus. Hinzu komme noch, dass ihm die Patientin angegeben habe, sie sei 1. Klasse versichert, was er auf dem Einweisungsschreiben an das Spital C. auch vermerkt habe. Der Zeitraum, in dem er die Patientin gesehen habe, habe ihm als freipraktizierendem Arzt gar keine andere Wahl gelassen, als die Patientin zur Beurteilung der Situation zu hospitalisieren, zumal die Angaben der Patientin betreffend der stationären Versicherungsdeckung dies ja auch zugelassen hätten. Aus

der Honorarrechnung für die Behandlung vom 10. Dezember 1999 durch Dr. med. K. J. ergibt sich, dass eine Konsultation, ein internistischer Status und ein zusätzlicher Zeitaufwand im Betrag von insgesamt Fr. 78.40 in Rechnung gestellt wurden.

In Würdigung dieser Fakten kommt das Gericht zu den folgenden Schlüssen: Am Dienstag, den 7. Dezember 1999, suchte die Versicherte notfallmässig die Frauenklinik auf und zwar wegen im Rahmen der Menstruation auftretender Bauchschmerzen, die diesmal noch zusätzlich von Schwindel und Übelkeit begleitet waren. Man stellte dort unter anderem einen Hämoglobinwert von 70g/l fest, was nur noch zirka der Hälfte des Normwertes für Frauen entsprach. Verwiesen wurde die Versicherte zur näheren Abklärung an ihren Hausarzt. Offensichtlich war man in der Notfallstation des Frauenspitals nicht der Meinung, dass es sich um einen Notfall handle, ansonsten man sie wohl kaum sofort entlassen und an ihren Hausarzt verwiesen hätte. In der Folge vereinbarte die Versicherte mit Dr. J. einen Termin für Freitag, den 10. Dezember 1999. Einen rascheren Termin erachtete man offenbar beiderseits nicht für medizinisch erforderlich. Einen Arzt in ihrem Wohnkanton zu suchen, stand für die Versicherte offenbar gar nicht zur Diskussion. Am 10. Dezember 1999 äusserte die Versicherte gegenüber Dr. J. die gleichen Symptome wie drei Tage vorher im Frauenspital. Aufgrund der anamnestischen Angaben ergab sich für Dr. J. der Verdacht auf eine Melæna (Blutstuhl). Auch dachte er an die Möglichkeit einer oberen Gastrointestinalblutung. Soweit aus den Akten ersichtlich veranlasste er selber keine Hämoglobinbestimmung. Weil ihm die Patientin versicherte, dass sie über einen entsprechenden Versicherungsschutz verfüge, überwies er sie zur Abklärung in das Spital C. Beim Eintritt ins Spital präsentierte sich die Versicherte bei klarem Bewusstsein und in nur leicht reduziertem Allgemein- und unauffälligem Ernährungszustand. Der Hämoglobinwert lag bei 77g/l. Eine obere Panendoskopie und eine Colonoskopie ergaben in den folgenden Tagen keine Hinweise für eine Blutungsquelle. Von Bedeutung ist auch die Tatsache, dass im Austrittsbericht festgehalten ist, dass sich die Patientin zur weiteren gynäkologischen Abklärung bei der Frauenklinik des Kantonsspitals D. melden solle. Man dachte offensichtlich immer noch nicht daran, dass die Versicherte mit damaligem Wohnsitz in Zug aus krankenversicherungsrechtlicher Sicht eigentlich einem Leistungserbringer im Kanton Zug hätte zugewiesen werden müssen.

Die beiden Kostengutspracheformulare vom 13. Dezember 1999 bzw. 16. Juni 2000 sind von geringer Aussagekraft und haben wenig Beweiswert. Das erste enthält den Hinweis auf einen Notfall ohne nähere Begründung. Im zweiten Gesuch wird der Notfall mit einer Eisenmangelanämie begründet. Nachträglich wurde auf dem Formular von einer Drittperson eingetragen, die Patientin sei «nicht verlegungsfähig» gewesen. Wie wenig zuverlässig diese Feststellung ist, ergibt sich aus dem Schreiben des Spitals C. vom 15. August 2000, in dem festgehalten wird, man habe sich aus formellen

Gründen nicht veranlasst gesehen, die Patientin in den Kanton Zug zu verlegen, nachdem man von der Krankenkasse die Auskunft erhalten habe, dass die Patientin in der ganzen Schweiz versichert sei. Zu beachten ist auch der Umstand, dass die Versicherte als damalige Gerantin des Restaurants R. in D. dort bereits mit hoher Wahrscheinlichkeit einen relativ festen Wohnsitz begründet hatte und von sich aus an einer Hospitalisation im Kanton Zug wohl weniger Interesse hatte. Es ist von daher auch verständlich, dass sie sich nach dem Besuch auf der Notfallstation zur näheren Abklärung einen Arzt in D. gesucht hat und nach dem Spitalaufenthalt eine Abklärung in der Frauenklinik des Kantonsspitals D. als im wahrsten Sinn des Wortes «naheliegend» erachtete. Diese freie Wahl des Leistungserbringers durch den Versicherten zieht aber keine Kostenbeitragspflicht des Wohnsitzkantons mit sich.

Eine Kostenübernahme des Wohnsitzkantons für ausserkantonale stationäre Behandlungen in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital muss sich auf medizinisch begründete Notfälle beschränken wie der weiter oben bereits erwähnte Kreislaufkollaps, ein Hirnschlag oder ein Herzinfarkt. Stationäre Abklärungen eines ungeklärten Krankheitsbildes können in den meisten Fällen in einer Anstalt im Wohnkanton vorgenommen werden. Das Krankheitsbild der Beschwerdeführerin hatte sich in den drei Tagen zwischen dem Besuch in der Notfallstation des Frauenspitals und der Konsultation bei Dr. F. nicht wesentlich verändert. Aus dem Schreiben von Dr. F. an den Kantonsarzt kann man denn auch entnehmen, dass er sich seiner Sache nicht so sicher war und eine Einweisung in das Spital C. auch vornahm, weil er der irrigen Meinung war, dass seine Patientin ihren eigenen Angaben zufolge dort auch versichert sei. Die Reise von D. nach Zug wäre sowohl mit einem Personenwagen wie auch mit den öffentlichen Verkehrsmitteln bequem in weniger als zwei Stunden zu bewältigen und der Versicherten ohne Weiteres zumutbar gewesen. Sie befand sich beim Eintritt ins Spital ja – wie bereits erwähnt – in gutem Ernährungs- und nur leicht reduziertem Allgemeinzustand. Sowohl Dr. F. wie auch das Spital C. bestätigen, dass eine Einweisung bzw. eine Verlegung nach Zug nicht geprüft worden sei, weil man hierzu aufgrund der Angaben der Patientin bzw. der Krankenkasse bezüglich Versicherungsdeckung keine Veranlassung gehabt habe. Eine durchaus mögliche Verlegung wurde daher aus «formellen» Gründen gar nicht in Erwägung gezogen.

Aufgrund dieser Fakten kommt das Gericht zum Schluss, dass es sich bei der Einweisung zur Abklärung des Verdachts auf eine obere Gastrointestinalblutung nicht um einen medizinischen Notfall im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG gehandelt hat. Entsprechend kann der Kanton Zug nicht zur Kostenübernahme im Sinne von Art. 41 Abs. 3 KVG verpflichtet werden. Die Verfügung vom 11. April 2001 erweist sich als korrekt und die Beschwerde muss abgewiesen werden.

Verwaltungsgericht, 31. Oktober 2002