

Behandlung bei Dr. B. spricht die Beschwerdeführerin offenbar so gut an, dass vorerst auf eine medikamentöse Therapie mit Psychostimulantien wie Ritalin verzichtet werden kann. Sie erzielt bei den im Vordergrund stehenden erwähnten psychoreaktiven Störungen offenbar gute Resultate, weshalb davon auszugehen ist, dass die in casu geeignete Behandlung gewählt worden ist. Somit kann erst ab Mai 2005 von einer gezielten, die bei der Beschwerdeführerin vorliegende Problematik vollständig berücksichtigenden Behandlung des POS gesprochen werden. Der Behandlungsbeginn erfolgte somit nicht rechtzeitig, um die Voraussetzungen nach Ziff. 404 Anhang-GgV zu erfüllen. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

8.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine gewisse Behandlungsbedürftigkeit schon vor der Vollendung des 9. Altersjahres ausgewiesen ist. Die bereits vor diesem Zeitpunkt durchgeführten Massnahmen und Therapien wurden jedoch nicht wegen eines POS, sondern wegen anderer, mit dem POS zu vereinbarenden Symptome gewährt. Die eigentliche und – wie in Erwägung 8.2 ausgeführt – geeignete Behandlung des POS fing jedoch erst im Mai 2005 – und damit nach der Vollendung des 9. Altersjahres der Beschwerdeführerin – mit der Verhaltenstherapie bei Dr. B. an. Die Voraussetzungen für die Bejahung eines Geburtsgebrechens nach Ziff. 404 Anhang-GgV sind damit nicht erfüllt, weshalb sich die Beschwerde als unbegründet erweist und abgewiesen werden muss.

...

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 26. Januar 2006

S 2005/184

Art. 41 Abs. 3 KVG: Die Differenzzahlungspflicht des Wohnsitzkantons greift nicht, wenn ein medizinischer Notfall anlässlich einer nicht medizinisch indiziert ausserkantonale erfolgten ärztlichen Behandlung eintrat.

Sachverhalt:

Der Versicherte, X.B., Jahrgang 1938, wohnhaft im Kanton Zug, ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung obligatorisch krankenversichert. Am 15. Dezember 2003 wurde er von seinem Kardiologen in Genf, wo er früher gewohnt hatte, notfallmässig in die Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) resp. Kantonsspital Genf überwiesen, wo eine myokardiale Revaskularisation und gleichentags am offenen Herzen die Implantation eines dreifachen aortokoronaren Bypasses durchgeführt wurde. Das Gesuch um Kosten-

gutsprache wies der Kantonsarzt des Kantons Zug, resp. das Medizinalamt mit Verfügung vom 23. Februar 2005 ab.

Aus den Erwägungen:

...

5.1 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 (Art. 41 Abs. 1 KVG). 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: a) bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung; b) bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG aufgeführten ausserkantonalen Spital (Art. 41 Abs. 2 KVG). 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 Art. 72 ATSG sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten (Art. 41 Abs. 3 ATSG; vgl. für die gesamte Problematik: BGE 130 V 218 Erw. 1.1).

...

5.3 Gesetz und Verordnung sagen nicht, was unter einem Notfall im Sinne von Art. 41 Abs. 2 zweiter Satz KVG zu verstehen ist. Nach der Rechtsprechung des EVG ist ein medizinischer Notfall im stationären Fall gegeben, wenn medizinische Hilfe unaufschiebbar und für die notwendige Spitalbehandlung eine Rückkehr in den Wohnkanton nicht möglich oder nicht angemessen ist. Ist der Rücktransport möglich, liegt kein Notfall vor. Die Rückreise darf aber nicht riskant sein. Dabei beurteilt sich die Angemessenheit der Rückreise nicht ausschliesslich nach medizinischen Kriterien. Vielmehr sind bei der Zumutbarkeitsbeurteilung die gesamten Umstände des Falles – selbst die Relation der Transportkosten zu den zu erwartenden Behandlungskosten – zu berücksichtigen (vgl. hierzu: BGE 112 V 191 Erw. 2b und 127 V 138; RKUV 2002 KV 231 S. 475 Erw. 4.1 und 2003 KV 254

S. 234 und 236; Urteile des EVG vom 31. August 2001 [K 83/01], vom 5. August 2003 [K 65/03] sowie vom 23. August 2002 [K 7/02]). Die Umschreibung differenziert nicht danach, unter welchen Umständen die Notfallsituation eintritt resp. worauf der notfallmässig behandlungsbedürftige Gesundheitsschaden zurückzuführen ist. Ebenfalls kommt es für die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die Behandlung einer Krankheit im Sinne von Art. 3 Abs. 1 ATSG grundsätzlich nicht auf die Ursachen der gesundheitlichen Beeinträchtigung an. Die Art und Weise der Entstehung des Gesundheitsschadens ist lediglich für die Abgrenzung der Zuständigkeit der Krankenversicherung gegenüber der Unfallversicherung und allenfalls der Militärversicherung oder der Invalidenversicherung von Bedeutung (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Luzern, EVG, vom 13. April 2006 [K 81/2005] Erw. 5.1, sowie dort zitierte Entscheide).

Durch die Übernahme der Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG beteiligt sich der Wohnkanton der versicherten Person an der Finanzierung des betreffenden ausserkantonalen Spitals. Es erfolgt ein finanzieller Ausgleich zwischen – meist kleineren – Kantonen, welche aus gesundheitspolitischen Gründen bestimmte stationäre Behandlungen nicht anbieten, und Kantonen mit ausgebauter Spitalversorgung. Die Differenzzahlungspflicht nach Art. 41 Abs. 3 KVG dient der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen im Spitalbereich und stellt auch eine Massnahme zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung durch Verlagerung der Kosten auf einen anderen Träger, die Kantone, dar. Zweck der Bestimmung ist nach der Botschaft vom 6. November 1991 zur Revision der Krankenversicherung (BB1 1992 I 93 ff.) die Optimierung der Ressourcennutzung und die Kosteneindämmung durch Vermeidung unnötiger Kapazitäten und durch koordinierte und bedarfsgerechte Bereitstellung und gemeinsame Verwendung der effektiv benötigten Kapazitäten. Diesem Normgehalt widerspricht, wenn der Wohnkanton die Differenzzahlung erbringen müsste für Leistungen, die anlässlich einer nicht aus medizinischen Gründen ausserkantonale durchgeführten Behandlung notfallmässig erforderlich werden. Bei jedem medizinischen Eingriff besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass Komplikationen auftreten, welche unaufschiebbar eine weitere Behandlung erforderlich machen. Dieses Risiko ist jeder medizinischen Behandlung immanent. Begibt sich die versicherte Person ohne medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 zweiter Satz und Abs. 3 KVG freiwillig in medizinische Behandlung ausserhalb des Wohnkantons, nimmt sie die damit verbundenen Risiken für Komplikationen und allenfalls sofortige notwendige medizinische Hilfe in Kauf. Müsste der Wohnkanton für diese Kosten aufkommen, hätte er einen Teil dieses Risikos zu tragen für Behandlungen, für welche nach dem Normzweck die Differenzzahlungspflicht nicht gilt (vgl. K 81/05 Erw. 5.2). Nach Sinn und Zweck des

Art. 41 Abs. 3 KVG besteht somit keine Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons der versicherten Person, wenn eine notfallmässig in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital behandlungsbedürftige Erkrankung in zeitlichem und sachlichem Zusammenhang mit einer nicht aus medizinischen Gründen ausserkantonale durchgeführten Behandlung steht. Dieser Konnex ist insbesondere gegeben, wenn die Notfallsituation anlässlich der freiwillig ausserhalb des Wohnkantons durchgeführten Behandlung eintritt. Ob die sofortige medizinische Hilfe erfordernde Krankheit voraussehbar war oder sogar eine gewisse Auftretenswahrscheinlichkeit bestand, ist nicht von Belang (vgl. K 81/05 Erw. 5.3). Da der Gesetzgeber bewusst eine Differenzierung vornahm zwischen der ambulanten und der stationären oder teilstationären Behandlung und die Kostendeckungspflicht des Krankenversicherers für ambulante Behandlungen etwas weiter fasste – Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung – kann es nach Auffassung des Gerichts im Lichte der obig zitierten Praxis und in Beachtung des Normzwecks auch nicht weiter von Belang sein, ob die schliesslich zur stationären ausserkantonalen Behandlung führende ambulante ausserkantonale Behandlung vom Krankenversicherer zu bezahlen war oder nicht.

...

7.1 Vorab ist einmal festzustellen, dass der Beschwerdeführer Wohnsitz im Kanton Zug hat und sich in Genf aus geschäftlichen Gründen nur noch zeitweilig aufhält. Das HUG, wenngleich ein öffentliches resp. öffentlich subventioniertes Spital, figuriert nicht auf der Spitalliste des Kantons Zug. Trotzdem verfügt der Kanton Zug gemäss Spitalliste über mehrere Vertragsspitäler in der Schweiz, die als Leistungserbringer im Bereich Herzchirurgie zur Verfügung stehen (das Kantonsspital Luzern, das Universitätsspital Basel, das Universitätsspital Zürich, das Stadtsptal Triemli in Zürich sowie das Inselsptal in Bern). Angesichts dessen kann in casu nicht davon die Rede sein, die fragliche Leistung würde im Wohnkanton bzw. in einem Vertragsspital gemäss Spitalliste des Wohnkantons nicht angeboten.

...

7.2.1 In Würdigung der genannten Berichte ist festzustellen, dass die Behandlung im HUG von den Ärzten des HUG wie von der in die Sache involvierten Concordia als Notfall bezeichnet wurde, unter anderem weil offenbar eine latente Lebensgefährdung bestand, zudem auch weil die Einweisung administrativ als Notfall deklariert war. Auch der einweisende Arzt Dr. G. spricht in seinen Schreiben von einem Notfall und er forderte beim HUG eine schnellst mögliche Behandlung des Patienten. Den Akten kann denn auch entnommen werden, dass der Beschwerdeführer nach der Koronarangiographie umgehend ins HUG überführt und dort noch am gleichen Tage operiert wurde. Wie viele Stunden von der Einweisung bis zur

Operation vergingen, lässt sich aus den Unterlagen allerdings nicht herauslesen, hingegen ergibt sich aus einem Schreiben des Beschwerdeführers, dass er nicht unvermittelt operiert, sondern aufgrund eines dringlicheren Notfalls vorerst zurückgestellt wurde. Dass aus zeitlicher Sicht eine Verlegung nach Bern dementsprechend unmöglich resp. nicht zumutbar gewesen wäre, kann somit nicht ohne weiteres gefolgert werden. Die Akten enthalten schliesslich auch keine Angaben zur Frage, ob der Transport an sich bereits als nicht zu verantworten hätte beurteilt werden müssen. Das Schreiben Dr. G's an den Beschwerdeführer vom 24. März 2005 besagt schliesslich, in Fällen wie seinem müsse der chirurgische Eingriff wenn immer möglich binnen 24 Stunden seit der Koronarangiographie erfolgen. Wenngleich Dr. G. seinem Patienten am 15. Dezember 2003 offenbar eröffnet hatte, eine Verlegung in ein Vertragsspital des Kantons Zug, beispielsweise das Inselspital in Bern, erscheine als zu riskant, ist mit der Beschwerdegegnerschaft doch festzustellen, dass die Operationsindikation vorliegend aufgrund einer drohenden Herzschädigung, einer risikobehafteten Situation, nicht aber aufgrund eines akut lebensbedrohenden Vorfalls erfolgte. Unterblieb die Verlegung in ein Vertragsspital nach Spitalliste des Kantons Zug – dies als Annahme – in erster Linie, weil der Beschwerdeführer und Dr. G. aufgrund zweier Schweiz weit diskutierter Vorkommnisse in Zürich und Bern den Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz kein Vertrauen mehr zu schenken vermochten, verdiente dies vor dem Hintergrund von Art. 41 Abs. 3 KVG jedenfalls keine Beachtung. Aufgrund der vorliegenden Korrespondenz resp. der vorliegenden medizinischen Akten, aufgrund der Äusserungen Dr. G's im Schreiben vom 24. März 2005 resp. aufgrund dessen, dass der Zustand des Beschwerdeführers es zuliess, andere Notfälle vorzuziehen, erweist sich ein Notfall im Sinne der bundesgerichtlichen Praxis (vgl. Erw. 5.3 am Anfang) demnach vorliegend nicht als nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Die Frage kann aber vor dem Hintergrund der folgenden Erwägungen offen bleiben.

7.2.2 Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer sich aus persönlichen und nicht aus medizinischen Gründen zur Durchführung der Koronarangiographie bei Dr. G. in Genf entschied (vgl. Erw. 6). Dass er wenige Wochen zuvor aus Genf weggezogen war und zumindest für die Zeit, in welcher er noch zeitweilig in Genf beruflich zu tun hatte, seinem Genfer Hausarzt und seinem Genfer Kardiologen treu bleiben wollte, ist durchaus verständlich und nachvollziehbar, für die rechtliche Würdigung der Sache aber ohne Belang. Ergab sich als Folge dieser Koronarangiographie in Genf das Erfordernis der stationären Behandlung, kann dies im Lichte des in Erwägung 5.3 Abs. 2 zitierten Bundesgerichtsentscheids (K 81/2005) nicht zur Differenzzahlungspflicht für den Kanton Zug führen. Dabei ist es unbeachtlich, ob der Beschwerdeführer oder Dr. G. mit Komplikationen resp. einem weitergehenden Behandlungsbedarf rechnen mussten oder diese gar in Kauf nahmen bzw. wie hoch die diesbezügliche Wahrscheinlichkeit war. Nach der höchstrichterlichen Praxis nimmt jemand, der sich

ohne medizinische Gründe ausserkantonal behandeln lässt, die mit jeder medizinischen Intervention stets verbundenen Risiken in Kauf, weshalb es als stossend erschiene, wenn der Wohnkanton für diese Risiken entgegen dem Telos, dem Normzweck von Art. 41 Abs. 3 KVG einzustehen hätte.

8. Zusammenfassend ergibt sich im Lichte von Gesetz und Praxis, dass der Kantonsärztliche Dienst die Differenzzahlungspflicht zu Recht ablehnte. Sollte ein Notfall im Sinne der Praxis bejaht werden, ist die Differenzzahlungspflicht jedenfalls deshalb zu verneinen, weil die notfallmässige Behandlung als Folge einer nicht aus medizinischen Gründen ausserkantonal durchgeführten Behandlung erforderlich wurde. Damit erweisen sich Verfügung und Einspracheentscheid als nicht zu beanstanden.

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 2. November 2006

S 2006/92

§ 6^{ter} des Gesetzes betreffend individuelle Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversicherung (PvKG, auch IPVG genannt) – Frist zur rechtzeitigen Einreichung eines Gesuches um Neuberechnung

Aus den Erwägungen:

...

5. Vorliegend ist zu prüfen, ob ein Gesuch nach § 6^{ter} PvKG innerhalb von 20 Tagen seit der Mitteilung der Verfügung einzureichen ist. Die rechtliche Lage stellt sich wie folgt dar: Im zweiten Abschnitt (§§ 4 bis 7) des PvKG wird der Anspruch (Voraussetzungen und Berechnung) auf Prämienverbilligung geregelt, im dritten Abschnitt (§§ 8 bis 19) die verfahrensrechtlichen Vorschriften und in § 20 PvKG die Rechtspflege. Dem Gesetz ist allerdings nicht zu entnehmen, innert welcher Frist ein Gesuch nach § 6^{ter} PvKG einzureichen bzw. ob überhaupt eine Frist zu beachten ist. Gleichwohl herrscht keine Rechtsunsicherheit, da es eine diesbezügliche Praxis der Beschwerdegegnerin gibt. Die Rechtsmittelbelehrung der Verfügung vom 10. Mai 2006 verweist in diesem Zusammenhang auf eine Frist von 20 Tagen. Im Folgenden ist daher zu prüfen, ob die beschriebene Praxis gerechtfertigt ist.

Der Beschwerdeführer legt dar, aus dem Gesetz gehe hervor, dass nach Vorliegen der rechtskräftigen Steuerveranlagung die definitive Abrechnung erfolge (§ 6^{ter} Abs. 1 PvKG, zweiter Satz). Daraus leitet er ab, dass mit der Gesuchseinreichung bis zum Vorliegen der rechtskräftigen Steuerveranlagung zugewartet werden könne. Da § 6^{ter} PvKG – mit Ausnahme der Notwendigkeit der begründeten Gesuchsstellung – aber lediglich materielle Vor-