

# **BGer K\_175/2005 vom 12. April 2006**

Bundesgericht, 2006-04-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_K\\_175\\_2005](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_175_2005)

FR: TF K\_175/2005 du 12 avril 2006

IT: TF K\_175/2005 del 12 aprile 2006

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Ärzte oder Ärztinnen oder durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 und 3 KVG), den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals ( Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG ) und den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung ( Art. 25 Abs. 2 lit. f KVG ).

#### **E. 1.2.1**

Der Leistungsbereich der Massnahmen der Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung sowie Grundpflege im Pflegeheim ist in Art. 7 Abs. 2 lit. a - c KLV umschrieben. Gemäss Art. 50 KVG kann der Versicherer zur Vergütung der Leistungen mit dem Pflegeheim Pauschalen vereinbaren. Dies erfolgt in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern. In den vom Gesetz bestimmten Fällen werden sie von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 erster Satz KVG). Nach Art. 9 KLV können die Leistungen vom Pflegeheim insbesondere nach Zeit- oder Pauschaltarifen ( Art. 43 KVG ) in Rechnung gestellt und die verschiedenen Tarifarten kombiniert werden (Abs. 1 und 2); für die Leistungen der Pflegeheime vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach dem Pflegebedarf abzustufen sind; dabei sind mindestens vier Pflegebedarfsstufen vorzusehen (Abs. 4).

#### **E. 1.2.2**

Zwischen der Santésuisse Zürich-Schaffhausen und der KLP bestehen sowohl für 2003 wie auch für 2004 Vereinbarungen betreffend "Teilpauschale Arzt, Arznei, Therapie und Pflegematerial im Rahmen der Kranken- und Pflegeheimtaxen".

### **E. 2.1**

Unbestrittenermassen hatte sich der psychische Gesundheitszustand des seit dem 27. Januar 2003 in der Klinik X. \_\_\_\_\_ hospitalisierten Beschwerdeführers gegen Ende 2003 insoweit stabilisiert, als keine stationäre Behandlung mehr nötig war. Da sich die Verlegung in eine geeignete Institution indessen verzögerte, blieb er bis zum Übertritt in eine betreute Wohngemeinschaft für psychisch kranke Menschen anfangs Oktober 2004 - seit 1. Dezember 2003 als Pflegepatient der BESA-Pflegestufe 1 - in der Klinik X. \_\_\_\_\_ (vgl. Verlaufsbericht der Frau Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2004).

#### **E. 2.2.1**

Grundsätzlich haben die Krankenkassen Leistungen nur zu erbringen, wenn und solange das versicherte Risiko verwirklicht ist ( BGE 115 V 53 mit Hinweisen auf Doktrin und Rechtsprechung). Wenn eine versicherte Person ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr der Behandlung in einem Akutspital bedarf, ist das versicherte Risiko, nämlich die krankheitsbedingte Akutspitalbedürftigkeit, nicht mehr gegeben. Daraus wäre konsequenterweise an sich der Schluss zu ziehen, dass - mangels anders lautender ausdrücklicher Vorschriften (vgl. etwa Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV ) - der Leistungsanspruch mit sofortiger Wirkung und ohne Übergangsfrist erlischt. Dies liefe jedoch dem berechtigten Interesse von Versicherten zuwider, die nicht mehr der bisherigen Spitalbehandlung bedürfen, aber anderweitig stationär untergebracht werden müssen (Pflegeheim oder Pflegeabteilung) und für die im Hinblick auf die Umplatzierung erst noch entsprechende Dispositionen getroffen werden müssen. Darum drängt sich in solchen Fällen die Einräumung einer kurzen Anpassungszeit auf, welche einerseits dem erwähnten Interesse der versicherten Person Rechnung trägt und andererseits den Umstand berücksichtigt, dass die Kassen für ein nicht (mehr) versichertes Risiko nicht aufkommen müssen und insbesondere nicht dafür einzustehen haben, wenn eine Umplatzierung mangels adäquater Unterbringungsmöglichkeiten scheitert oder sich hinauszögert ( BGE 124 V 362 , 115 V 38; RKUV 1991 Nr. K 853 S. 3; SVR 1998 KV Nr. 22 S. 73 f. Erw. 2; Urteile A. vom 14. April 2005, K 157/04, Erw. 2.3, G. vom 16. Januar 2004, K 109/02, Erw. 3.3, und A. vom 9. April 2002, K 91/01, Erw. 2b). Rechtsprechungsgemäss wurde wiederholt eine Übergangszeit von einem Monat als rechtens erachtet ( BGE 115 V 54 Erw. 3d, 101 V 75 f. Erw. 5 in fine und Erw. 6; RKUV 1991 Nr. K 853 S. 5 Erw. 1/2, 1986 Nr. K 675 S. 205 unten; Urteil R. vom 27. Dezember 2000, K 11/00, Erw. 3 in fine).

### **E. 2.2.2**

Entgegen der hievordeskribierten Konstellation stand dem Beschwerdeführer Ende November 2003 nicht die Verlegung vom Akutspital in ein Pflegeheim oder in eine Pflegeabteilung bevor. Vielmehr sollte er, zuletzt als Langzeitpatient in der Klinik hospitalisiert, in eine geeignete Wohngemeinschaft für psychisch kranke Menschen übertreten. Da eine zweckmässige Einrichtung nicht sofort gefunden werden konnte, wurde er ab 1. Dezember 2003 bis zum Austritt anfangs Oktober 2004 in die - für ihn mit höheren Kostenfolgen verbundene - Pflegestufe eingeteilt. Auch hierbei handelte es sich folglich nicht um eine Entlassung eines Patienten nach Hause, sondern es musste eine den Bedürfnissen des Beschwerdeführers entsprechende Institution gefunden werden, was sich, wie die lange Zeitdauer bis zum Klinikaustritt zeigt, als offenbar schwierig erwies. In gleicher Weise wie bei einem Übertritt vom Akutspital in ein Pflegeheim oder eine Pflegeabteilung waren Dispositionen für die Verlegung zu treffen, zumal der Wechsel in den Pflorgetarif für den Versicherten mit einer höheren Kostenbeteiligung einherging, hatte die CSS doch bis Ende November 2003 noch eine Tagespauschale von Fr. 55.- für Langzeitpatienten entrichtet, während neu lediglich noch Leistungen im Umfang von Fr. 28.- pro Tag an die Pflorgetaxe BESA-Stufe 1 von insgesamt Fr. 168.- erbracht wurden. Auch für diesen Fall erscheint es somit angemessen, dem Beschwerdeführer eine Übergangsfrist zu gewähren.

Aus den Akten ergibt sich, dass der Versicherte erstmals durch die Orientierungskopie der Mitteilung der Klinikärzte an die Patientenadministration vom 14. November 2003 darüber ins Bild gesetzt wurde, dass per 1. Dezember 2003 eine Neueinstufung vom Langzeit- in den Pflorgetarif vorgesehen war. Grundsätzlich würde die ihm zu gewährende einmonatige

Übergangsfrist folglich ab Mitte November 2003 zu laufen beginnen. Auf dem internen Schreiben nicht vermerkt waren indessen der konkrete Pflegebetrag sowie der vom Krankenversicherer daran zu leistende Beitrag. Auf Grund dieser für den Beschwerdeführer in finanzieller Hinsicht bestehenden Unsicherheiten, die es ihm insbesondere verunmöglichten, hinsichtlich seiner ab Dezember 2003 neu geltenden Kostentragungspflicht frühzeitig die notwendigen Dispositionen zu tätigen, rechtfertigt es sich, die CSS zu verpflichten, die Leistungen für eine Behandlung nach Langzeittarif bis Ende Dezember 2003 zu erbringen. Unbehelflich ist in diesem Zusammenhang der Umstand, dass das Kostengutsprache gesuch der Klinik zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 21. November 2003 die entsprechenden Kostenangaben enthielt, da unklar ist, wann der Versicherte davon Kenntnis erhalten hat.

### **E. 2.3**

Angesichts dieses Ergebnisses braucht die - vom Beschwerdeführer aufgeworfene - Frage, ob überhaupt gestützt auf die KLP-Pflegevertragvereinbarung 2003 hätte Rechnung gestellt werden dürfen, nicht abschliessend entschieden zu werden. Es bleibt lediglich darauf hinzuweisen, dass sich die Klinik X. \_\_\_\_\_ entgegen den Erwägungen der Vorinstanz nicht auf der Beitrittsliste im Anhang 1, auf welche Ziff. 1 der Vereinbarung verweist, befindet. Allenfalls galt, was jedoch ebenfalls keiner Beantwortung bedarf, die Vereinbarung gestützt auf den Psychiatrievertrag vom 15. Juli 2002 (vgl. Ziff. 1 der KLP-Vereinbarung 2004 in Verbindung mit Anhang 2) oder die vertraglich festgesetzten Ansätze wurden als Referenztarif angewandt. Der Umstand schliesslich, dass die Klinik demgegenüber in Anhang 2 ("Dem Vertrag beigetretene psychiatrische Einrichtungen") der KLP-Vereinbarung 2004 aufgeführt wird, die einzig noch nach BESA-Klassifizierung abgestufte Teilpauschalen, nicht aber - wie noch für 2003 - zusätzliche Pflegegebühren vorsieht, ist vorliegend insofern unmassgeblich, als der Beschwerdeführer die Anwendung der vertraglichen Pflegegebühren einzig gestützt auf die Rechnungsstellung vom 15. Januar 2004 für den Monat Dezember 2003 beanstandet hat.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

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