

BL_GERICHTE 730 13 135 vom 24. Oktober 2013

BL Gerichte, 2013-10-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730 13 135](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_13_135)

FR: BL_GERICHTE 730 13 135 du 24 octobre 2013

IT: BL_GERICHTE 730 13 135 del 24 ottobre 2013

Regeste

Leistungen bezgl. Behandlung von C.

Volltext

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 24. Oktober 2013 (730 13 135) Krankenversicherung Leistungspflicht der Krankenkasse bei stationärem Aufenthalt einer Palliativ-Patientin Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler Parteien A. , Beschwerdeführer, vertreten durch Stefan Hofer, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel B. , Beschwerdeführerin, vertreten durch Stefan Hofer, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel gegen INTRAS Kranken-Versicherung AG , Recht & Compliance, Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin Betreff Leistungen bezgl. Behandlung von C. . A. Die 1926 geborene C. war bis zu ihrem Tod am 26. Dezember 2011 bei der INTRAS Kranken-Versicherung AG (Krankenkasse) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und im Rahmen der Zusatzversicherungen DUE+ und QUADRA+ gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 bei der INTRAS Versicherung AG (Versicherung) für zeitlich unbegrenzten Spitalaufenthalt in und ausserhalb des Wohnkantons sowie für Pensions- und Behandlungskosten in der privaten Abteilung eines Spitals oder Klinik versichert. Aufgrund eines Rektumsbzw. Zökumkarzinoms hielt sie sich ab Juni 2011 im D. auf. Infolge einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes wurde sie am 14. Juli 2011 ins E. verlegt, wo sie bis 17. Juli 2011 stationär in der Akutabteilung und anschliessend bis zu ihrem Tode in der Palliativabteilung des E. behandelt wurde. Die Krankenkasse übernahm die Kosten des Spitalaufenthalts vom 18. Juli 2011 bis 30. August 2011 in der Höhe der tarifvertraglich vereinbarten Spitaltaxe von Fr. 836.-- täglich. Ab 31. August 2011 legte sie der Berechnung der Vergütung - mit Ausnahme für die Zeit vom 19. bis 25. Oktober 2011 -den Pflorgetarif in Höhe von Fr. 109.10 zu Grunde. In ihrer Verfügung vom 9. März 2012 hielt sie an dieser Kostenberechnung fest. Zur Begründung führte sie an, dass gemäss der Pflegedokumentation des E. ab 31. August 2011 keine Akutspitalbedürftigkeit mehr vorgelegen habe. Die Palliativbehandlung hätte auch in einem Pflegeheim durchgeführt werden können. Einzig für die Zeit vom 19. bis 25. Oktober 2011, als C. an einer akuten gastrointestinalen Blutung gelitten habe, habe wieder eine Spitalbedürftigkeit bestanden. B. Mit Schreiben vom 29. November 2012 unterbreitete die Krankenkasse den Erben der verstorbenen Versicherten, B. und A. , einen Vergleichsvorschlag. Danach verpflichtete sie sich im Sinne einer einvernehmlichen Lösung und in Änderung der Verfügung vom 9. März 2012, die Behandlungskosten für die Zeit vom 31. August 2011 bis 18. Oktober 2011 und vom 26. Oktober 2011 bis 26. Dezember 2011 anstelle des bisher verrechneten Pflorgetarifs von Fr. 109.90 zum Tagesansatz für die Palliativabteilung gemäss Basler Spitalvertrag 2011 in Höhe von Fr.

240.-- zu vergüten. Die Erben lehnten diesen Vergleichsvorschlag mit Schreiben vom 2. Januar 2013 ab und verlangten einen anfechtbaren Einspracheentscheid. Dieser erging am 2. April 2013. C. Gegen diesen Entscheid erhob Rechtsanwalt Stefan Hofer im Namen und Auftrag der Erben von C. am 6. Mai 2013 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die Krankenkasse in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides zu verpflichten, die Kosten für die Behandlung der am 26. Dezember 2011 verstorbenen C. in der Abteilung "Spezialisierte Palliative-Care" im E. vom 31. August 2011 bis zu ihrem Ableben zu übernehmen. Eventualiter sei die Krankenkasse zu verurteilen, für die Palliative Care im E. vom 31. August 2011 bis 18. Oktober 2011 und vom 26. Oktober 2011 bis 26. Dezember 2011 die vertraglich vereinbarte Palliativtaxe von Fr. 240.-- pro Tag zu vergüten; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung wurde ausgeführt, dass die Krankenkasse der verstorbenen Versicherten eine Versicherungspolice mit einer Kombination aus obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherungen ausgestellt habe. In diesem Gesamtpaket sei C. optimal unter anderem auch für zeitlich unbegrenzte Spitalaufenthalte in der Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik versichert gewesen. Es stehe ausser Frage, dass die Verstorbene bis zu ihrem Ableben palliativ habe behandelt werden müssen. Die Komplexität und Instabilität der Erkrankung der Versicherten (weit fortgeschrittene Tumorerkrankung mit rasch progredientem Kräftezerfall, instabile Schmerzsituation, Unverträglichkeit gegen Opiate, subkutane Verabreichung von Nicht-Opioiden, Stuhlinkontinenz) erforderten eine spezialisierte Palliative Care, wie sie vom E. geleistet werde. Als am 19. Oktober 2011 eine gastrointestinale Blutung eingetreten sei, habe jederzeit mit dem Ableben der Versicherten gerechnet werden müssen. Die medizinischen Leistungen und die notwendigen Behandlungen hätten angesichts des verschlechterten und ungewissen Verlaufs täglich einer Neubeurteilung unterzogen werden müssen. Die Stuhlinkontinenz habe bis zu einem achtmaligen Windelwechsel pro Tag geführt. Zudem habe die individuell auf die Versicherte abgestimmte analgetische und antiemetische Therapie mehrmals täglich subkutan verabreicht werden müssen. Diese Behandlung habe von einem speziell geschulten Palliative-Care-Team geleistet werden müssen und gehe über das hinaus, was in einem normalen Pflegeheim möglich gewesen wäre. Ab 25. Oktober 2011 habe gemäss Schreiben der behandelnden Ärztin, Dr. med. F., FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 12. April 2012 und Schreiben von Prof. Dr. med. G., FMH Medizinische Onkologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 20. Februar 2012 eine präterminale Situation mit vollständiger Bettlägerigkeit bestanden und eine Unterbringung der Versicherten auf einer Palliativabteilung sei indiziert gewesen. D. In ihrer Vernehmlassung vom 27. Juni 2013 beantragte die Krankenkasse die Abweisung der Beschwerde. Sie führte zudem an, sie bestreite nicht, dass die Versicherte habe palliativ behandelt werden müssen. Eine "Palliative Care Bedürftigkeit" sei jedoch nicht mit Spitalbedürftigkeit gleichzusetzen. E. An der heutigen Parteiverhandlung nehmen die Beschwerdeführer, Rechtsanwalt Stefan Hofer und Simon Rothenfluh als Rechtsvertreter der Krankenkasse teil. Rechtsanwalt Hofer hält an seinen Rechtsbegehren gemäss Beschwerde vom 6. Mai 2013 und seinen Ausführungen fest. Zudem macht er geltend, dass der Begriff "Spitalbedürftigkeit" bei stationären Palliativpatienten anders auszulegen sei als bei einem stationären Aufenthalt von Akutpatienten. Grundsätzlich sei zu unterscheiden, ob die Behandlung in einer akuten, rehabilitativen/psychiatrischen oder palliativen Abteilung erfolge. Wenn eine stationäre, palliative Behandlung einer versicherten Person notwendig sei, sei auch die Spitalbedürftigkeit in einer palliativen Abteilung zu bejahen. Vorliegend

sei eine solche Behandlung indiziert gewesen, weshalb die Beschwerdeführer Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten ihrer Mutter zum Spitaltarif hätten. Der Rechtsvertreter der Krankenkasse beantragt die Abweisung der Beschwerde. Das Kantonsgericht zieht in Erwägung:

1.1. Strittig und zu prüfen ist, ob die Krankenkasse zu Recht die Spitalbedürftigkeit der verstorbenen Versicherten für die Zeit vom 31. August 2011 bis 18. Oktober 2011 und vom 26. Oktober 2011 bis 26. Dezember 2011 verneinte und die Kosten der stationären Behandlung im E. im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung lediglich nach dem Tarif für den Aufenthalt in einem Pflegeheim in Höhe von Fr. 109.90 täglich übernahm.

1.2 Gemäss Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Dazu gehören unter anderem die Kosten von ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation sowie diejenigen für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. d und e KVG). Die solcherart erbrachten Leistungen müssen gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, ansonsten sie von der Krankenversicherung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden dürfen (Art. 34 Abs. 1 KVG). Wirksam ist eine Leistung dann, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten Nutzen hinzuwirken. Bei der Zweckmässigkeit ist die Summe der positiven Wirkungen einer Anwendung auf den Gesundheitszustand zu ermitteln und mit den positiven Wirkungen von Behandlungsalternativen oder mit dem Verzicht auf jegliche Massnahme zu vergleichen. Wirtschaftlich ist eine Leistung schliesslich dann, wenn zwischen Kosten und Nutzen ein optimales Verhältnis erreicht wird (vgl. Gebhard Eugster, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Krankenversicherung, Basel/Genf/München 2007, S. 589). Sind gleichzeitig mehrere Leistungen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht der Krankenversicherung unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit. Danach hat diese ihre Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (vgl. Art. 56 Abs. 1 und 2 KVG).

1.3 Die Leistungspflicht für eine stationäre Spitalbehandlung setzt (u.a.) eine Krankheit voraus, welche die Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht (Art. 39 Abs. 1 KVG; BGE 126 V 323 E. 2b S. 326). Die Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (d.h. unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2013, 9C_413/2012, E. 4.2; Ueli Kieser, Die ärztliche Anordnung der Spitalbehandlung aus rechtlicher Sicht, in: Schaffhauser/Schlauri, Medizin und Sozialversicherung im Gespräch, St. Gallen 2006, N. 7 und 28). Akutspitalbedürftig sind in der Regel plötzlich auftretende, meist kurzfristige und heftig verlaufende Gesundheitsstörungen, welche eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordern. Das KVG nennt keine zeitliche Grenze, ab welcher bei länger dauernder Krankheit die Akutphase abgeschlossen ist; eine allgemeingültige Grenze lässt sich nicht ziehen. Die Akutphase dauert aber in jedem Fall so lange, wie von einer

laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist. Unter dieser Voraussetzung kann auch eine längere stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik noch den Charakter einer Akutbehandlung haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2010, 9C_447/2010, E. 2.1; Eugster, a.a.O., S. 484 mit Hinweisen).

1.4 Ob ein Aufenthalt in einem Akutspital erforderlich ist und die Krankenversicherung diesen nach den entsprechenden, gestützt auf Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG festgelegten Spitaltarifen zu vergüten hat, kann nicht schematisch entschieden werden. Gerade die Beantwortung der Frage, ob und bis zu welchem Zeitpunkt eine Erkrankung als akut bezeichnet werden kann, wird in der Praxis immer Schwierigkeiten bereiten. So haben manche Krankheiten ihre akuten und ihre latenten Phasen. Chronisch gewordene Leiden können durch wiederholte akute Phasen verschärft oder durch akute Erkrankungen überlagert werden (vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 in: Bundesblatt [BBl] 1991, S. 167 f.; Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE SV] vom 9. November 2005 [730 05 24] E. 3d). Besteht keine Spitalbedürftigkeit mehr, erlischt der Leistungsanspruch für stationäre Behandlung im Akutspital. Die versicherte Person hat nur noch Anspruch auf die Vergütung von Pflegeleistungen. Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) vergütet der Versicherer gemäss Art. 50 KVG die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Art. 25a KVG. Für die Bestimmung des massgebenden Leistungstarifs ist somit die Unterscheidung zwischen Akutoder Rehabilitationsbedürftigkeit im Spitalmilieu und der Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Einrichtung für Langzeitpflege massgeblich (Art. 35 Abs. 2 lit. k KVG; Art. 39 Abs. 3 KVG; Eugster, a.a.O., S. 528).

2.1 Um die Notwendigkeit eines Aufenthaltes in einem Akutspital beurteilen zu können, ist die rechtsanwendende Behörde – die Krankenversicherung und im Streitfall das Kantonsgericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, insbesondere zur Frage Stellung zu nehmen, ob und wie lange der Aufenthalt beziehungsweise die Pflege und die Betreuung in der fraglichen Spitalkategorie in einem konkreten Fall medizinisch indiziert ist oder war.

2.2 Solche ärztliche Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 278). Dabei ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels, noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend. Gerade die Krankenversicherungen oder ihre Verbände sind gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG sogar verpflichtet, nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztengesellschaften Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen zu bestellen. Diese wiederum haben die Krankenversicherungen gemäss Art. 57 Abs. 4 und 5 KVG in medizinischen Fachfragen zu beraten und insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflichten zu überprüfen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig und weder die Krankenversicherung noch die Leistungserbringer können ihnen Weisungen erteilen. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht denn auch grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (vgl. Eugster, a.a.O., S. 468). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist letztendlich entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der

Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a und 122 V 160 E. 1c mit weiteren Hinweisen; Alfred Bühler, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten in: Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff.).

3.1 In den Akten liegen folgende für die Beurteilung der vorliegend strittigen Frage wesentlichen Arztberichte vor: Nachdem die Krankenkasse mit Schreiben vom 22. August 2011 die Kostenübernahme zur Akutpflegetaxe spätestens ab 31. August 2011 mangels Akutspitalbedürftigkeit abgelehnt hatte, führte Dr. F. am 25. August 2011 aus, dass das Tumorleiden der Versicherten aktuell zu einer raschen Verschlechterung des Allgemeinzustandes führe. Die Situation sei instabil, eine adäquate Analgesie müsse in der nächsten Zeit gefunden werden. Die Lage des Tumors führe ausserdem zu einer massiven Stuhlinkontinenz. Die bettlägerige Versicherte bedürfe daher einer umfassenden und aufwändigen Pflege. Der aktuelle und medizinische Aufwand erfordere einer Hospitalisation in der interdisziplinären Palliativstation. Der Vertrauensarzt der Krankenkasse, Dr. med. H., Facharzt für Allgemeinmedizin, stellte sich in seinem Schreiben vom 5. September 2011 an Dr. F. auf den Standpunkt, dass bei der Versicherten vornehmlich pflegerische Aufgaben zu bewältigen seien, weshalb eine Spitalbedürftigkeit im Sinne einer ständigen Präsenz von Ärzten zu verneinen sei. Am 20. Oktober 2011 stellte Dr. F. ein Wiedererwägungsgesuch. Am 19. Oktober 2011 sei es zu einer akuten unteren gastrointestinalen Blutung gekommen. Die Spitalbedürftigkeit sei aufgrund des blutenden Tumors eindeutig indiziert; der weitere Verlauf sei noch ungewiss (vgl. auch Schreiben vom 23. November 2011).

3.2 Nach Einholung der Pflegedokumentation des E. teilte Dr. H. mit, dass die Versicherte zwar einer erhöhten Pflege bedurft habe. Dies habe jedoch nicht die Logistik einer Akutabteilung bedingt. Bis auf die Zeit, in welcher infolge der gastrointestinalen Blutung grössere Blutverluste stattgefunden hätten, sei die Akutspitalbedürftigkeit ab 1. September 2011 (recte: 31. August 2011) zu verneinen. In seinem Schreiben vom 26. Januar 2012 präziserte er seine Auffassung dahingehend, dass der Pflegedokumentation zu entnehmen sei, dass die verstorbene Versicherte im Wissen der infausten Prognose jegliche akuten Massnahmen abgelehnt habe. Es hätten deshalb - bis auf die Zeit vom 19. bis 25. Oktober 2011 - keine Interventionen stattgefunden, die nicht auch in einem Pflegeheim hätten durchgeführt werden können.

3.3 Prof. Dr. G. führte am 20. Februar 2012 aus, dass die Versicherte nicht auf der akutmedizinischen, sondern auf der Palliativstation hospitalisiert gewesen sei. Sie habe deshalb die palliativ-medizinisch spezialisierte Versorgung des Spitals in Anspruch genommen. Da sie sich damals in einem terminalen Stadium bei fortgeschrittenem Tumorleiden befunden habe, sei die Unterbringung auf einer Palliativabteilung indiziert gewesen.

3.4 Im Bericht vom 12. April 2012 teilten der leitende Arzt der Palliativabteilung Dr. med. I., FMH Medizinische Onkologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. F. mit, dass die unheilbar erkrankte Versicherte aufgrund des rasch progredienten Kräftezerfalls, der Appetitlosigkeit verbunden mit Übelkeit sowie einer instabilen Schmerzsituation eine spezialisierte Palliative Care benötigt habe. Im Vordergrund habe die Symptomenkontrolle bestanden. Eine medizinische Herausforderung sei die Unverträglichkeit der Patientin gegenüber Opiaten gewesen, mit welchen üblicherweise Tumorschmerzen behandelt würden. In der Folge sei eine Behandlung mit Nicht-Opioiden etabliert worden, welche subkutan habe verabreicht werden müssen. Die zusätzliche Problematik mit der Übelkeit habe dazu geführt, dass die Behandlung der Schmerzen ständig neu eingeschätzt und die

entsprechende subkutan zu verabreichende Therapie konsekutiv habe angepasst werden müssen. Die akute gastrointestinale Blutung habe die Instabilität der Gesamtsituation akzentuiert. Der hohe pflegerische Aufwand, bedingt durch den schnell blutenden exulzierenden Tumor im Anorektalbereich, habe das Mass des Normalen überstiegen und habe nur durch ein speziell geschultes Palliative-Care-Team bewältigt werden können. Dazu sei eine engmaschige psychosoziale Betreuung notwendig geworden. Aufgrund der vollständigen Bettlägerigkeit habe die Patientin Spezialbetten und eine Wechseldruckmatratze benötigt. Ab 25. Oktober 2011 habe ein präterminaler Zustand bestanden, so dass eine Überweisung in ein Pflegeheim inmitten des Sterbeprozesses unethisch gewesen wäre. Nebst der Tatsache, dass die Anwesenheit einer palliativmedizinisch geschulten Ärzteschaft erforderlich gewesen sei, verfüge ein Pflegeheim nicht über die Ressourcen, dem vorliegend hohen pflegerischen Aufwand beizukommen.

4.1 In Würdigung der medizinischen Aktenlage steht fest, dass die Verstorbene zum Zeitpunkt des Eintritts ins E. an einem unheilbaren Rektum- bzw. Zökumtumor litt. Es besteht unter den behandelnden Ärzten Einigkeit, dass bei der Versicherten aufgrund ihrer Krankheit ab 18. Juli 2011 eine palliative Behandlung indiziert war (vgl. Eintrag in die Pflegedokumentation von Dr. F. vom 18. Juli 2011; Schreiben von Dr. F. vom 25. August 2011 und vom 12. April 2012 sowie von Prof. Dr. G. vom 20. Februar 2012). Wie der Stellungnahme von Dr. H. vom 28. Dezember 2011 zu entnehmen ist, geht auch er implizit davon aus, dass die verstorbene Versicherte einer palliativen Behandlung bedurfte. Er weist jedoch darauf hin, dass Palliativbedürftigkeit nicht mit Spitalbedürftigkeit im Rechtssinne gleichzusetzen sei.

4.2 Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch-fortschreitenden Krankheiten. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit nicht mehr möglich und kein primäres Ziel mehr ist (vgl. Broschüre über Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care [ambulante Pflege und Langzeitpflege]; herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheit [BAG] in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]; abrufbar unter www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik). Palliative Care wird in der Schweiz seit 2008 auf Bundesebene gefördert. Bund und Kantone setzen sich im Rahmen der Plattform "Dialog Nationale Gesundheitspolitik" für die Förderung der Palliative Care in der Schweiz ein. Sie haben dazu die "Nationale Strategie Palliative Care" erarbeitet und im Oktober 2009 offiziell verabschiedet (vgl. Nationale Strategie Palliative Care des Bundes 2010 - 2012; abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik>).

4.3 Palliative Care ist ein Versorgungskonzept, jedoch kein Begriff der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vorgesehene Leistungen können daher von den Versicherern nicht vergütet werden. Zwar werden seit dem 1. Januar 2012 Koordinationsleistungen der Pflegefachpersonen in komplexen Situationen explizit im Leistungsteil der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 aufgeführt. Trotz dieser Anpassung bleiben gewisse Probleme besonders an der Schnittstelle ambulanter Bereich/Spitalbereich bestehen. Im Rahmen der "Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012" wurde die Erarbeitung eines Patientenklassifikationssystems für die Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen in Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag (Palliativstationen oder -kliniken)

aufgenommen. Eine Arbeitsgruppe unter Federführung von "palliative.ch" verfolgt das Ziel, für die spezialisierte Palliative Care in Spitalstrukturen eine leistungsbezogene, gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur zu schaffen. Im BAG und GKD herausgegebenen Dokument "Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz" wird vorgeschlagen, zwischen Palliative Care im stationären Akutbereich (Spital), im Langzeitbereich (Alters- und Pflegeheime sowie andere Einrichtungen) und im ambulanten Bereich (zu Hause) zu unterscheiden. Für die Aufnahme von Palliativpatienten in Spitalstrukturen ist weiterhin entscheidend, ob - wie im stationären Akutbereich - eine Spitalbedürftigkeit vorliegt. Dabei wird der Begriff der Spitalbedürftigkeit so verstanden, wie ihn die Rechtsprechung bis anhin definiert (vgl. Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 15 insbesondere Fussnote 6). Eine Kategorisierung der Spitalbedürftigkeit in drei Stufen - wie sie von den Beschwerdeführern vorschlagen - ist somit nicht vorgesehen.

4.4.1 Die Arbeiten über die Finanzierung der Palliative Care sind nicht abgeschlossen (vgl. Strategie Palliative Care des BAG, Finanzierung, abrufbar unter www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik). Bis heute sind (noch) keine speziellen Tarife für stationäre Behandlungen von Palliativpatienten im Gesetz aufgenommen worden. Die Kostenübernahme erfolgt daher nach den allgemeinen Grundsätzen des KVG: Das geltende KVG fordert für die Entstehung der Leistungspflicht der Krankenversicherung für stationäre Behandlungen zum Spitaltarif das Vorliegen einer Spitalbedürftigkeit. Sowohl Gesetz als auch die Rechtsprechung gehen von einem einheitlichen Begriff der Spitalbedürftigkeit aus; eine Unterscheidung zwischen Akutspital- und Palliativpatienten existiert in dieser Hinsicht nicht (vgl. unter anderem Brigitte Pfiffner Rauber, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 187 ff.). Dass "Spitalbedürftigkeit" gleichbedeutend mit "Akutspitalbedürftigkeit" ist, ergibt sich aus Art. 39 Abs. 1 KVG, wonach für die Leistungspflicht nach dem Spitaltarif unter anderem vorausgesetzt wird, dass sich die versicherte Person in einem Spital aufhält, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten dient. Auch in der Lehre wird Spitalbedürftigkeit mit Akutspitalbedürftigkeit gleichgesetzt (vgl. Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], Zürich/Basel/Genf 2010, S. 341). Die Voraussetzungen der Spitalbedürftigkeit sind gemäss Rechtsprechung erfüllt, wenn medizinische Massnahmen und ärztlich notwendige Kontrollen im Vordergrund stehen. Wenn die Intensität der medizinischen Massnahmen abnimmt und sich die Behandlung von therapeutischen zu pflegerischen Massnahmen verlagert, ist die Spitalbedürftigkeit zu verneinen. Auch eine Pflegebedürftigkeit in höchstem Masse bedeutet nicht, dass die Spitalbedürftigkeit gegeben wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009, 9C_369/2009, E. 4.2). Ist der Gesundheitszustand der versicherten Person gewissen Schwankungen unterworfen und liegt eine schubweise Verschlimmerung des Leidens vor, welche vorübergehend wieder zu einer Akutspitalbedürftigkeit führt, besteht Anspruch auf Kostenvergütung nach Spitaltarif (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2004, K 157/04, E. 2.2).

4.4.2. Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich, dass der Krankenversicherer die Kosten für die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit prognostisch unheilbaren Erkrankungen im stationären Akutbereich eines Spitals oder in einer Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur zu übernehmen hat, wenn die versicherte Person spitalbedürftig im Rechtssinne ist. Vorliegend geht aus der Pflegedokumentation und den Beurteilungen der behandelnden Ärzte hervor, dass eine Akutspitalbedürftigkeit ab 31. August 2011 nur für die Zeitperiode vom 19. bis 25. Oktober 2011 vorlag - (vgl. Einträge in

die Pflegedokumentation von Dr. med. K. vom 19. Oktober 2011 und von Dr. F. vom 20. Oktober 2011; Schreiben von Dr. F. vom 20. Oktober 2011 und 23. November 2011 sowie von Prof. Dr. G. vom 20. Februar 2012). Mangels Spitalbedürftigkeit während der Zeit vom 31. August 2011 bis 18. Oktober 2011 und vom 26. Oktober 2011 bis 26. Dezember 2011 haben die Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Vergütung der Kosten für den stationären Aufenthalt ihrer verstorbenen Mutter im E. zum Spitaltarif von Fr. 836.-- pro Tag. Ist die Spitalbedürftigkeit nicht gegeben, so ist die Krankenkasse lediglich verpflichtet, die Pflegeleistungen zu übernehmen, d.h. die Kostenübernahme erfolgt aufgrund des Pflegetarifs (vgl. Erwägung 1.4). Die entsprechende Berechnung der Krankenkasse gemäss Verfügung vom 9. März 2012 ist daher nicht zu beanstanden. 4.5 Daran ändert auch der Einwand der Beschwerdeführer nichts, wonach eine spezialisierte Palliative Care in einer Klinik wie im L. in X. oder im M. in Y. gleich teuer wie im E. gewesen wäre. Sie machen damit sinngemäss geltend, dass die für diese beiden Hospize geltenden Tarife als Referenztarife für die Vergütung der Spitalkosten im E. heranzuziehen seien. Wie die Krankenkasse hierzu richtig ausführt, können als Referenztarife nur diejenigen der Spitäler im Wohnkanton herangezogen werden (vgl. Art. 41 Abs. 1 bis KVG; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 13. Juni 2013, C-617/2012, E. 2.3). Da die Verstorbene Wohnsitz in Y. hatte, kommt vorliegend nur der Referenztarif M. in Y. in Frage. Für die Vergütung des Aufenthalts eines Palliativpatienten nach Spitaltarif des M. ist im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aber wiederum die Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt (vgl. Vertrag zwischen M. und der santésuisse betreffend Vergütung der stationären Behandlung von Krankenversicherungspatienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft in der allgemeinen Abteilung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, gültig ab 1. Januar 2010, Art. 5 Abs. 2; Vernehmlassung der Krankenkasse vom 27. Juni 2013). 5.1. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die im E. für die Verstorbene erbrachte Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV darstellen, welche im Rahmen des Pflegetarifs entschädigt werden (vgl. auch Erwägung 1.4). Dabei übernimmt der Krankenversicherer folgende im Rahmen von Art. 7 Abs. 2 KLV aufgeführten Leistungen eines Pflegeheims: Art. 7 Abs. 2 lit. a in der bis 31. Dezember 2011 gültig gewesenen Fassung nennt die Massnahmen der Abklärung und der Beratung, lit. b die Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung, die bei der Pflege zu Hause, ambulant und im Pflegeheim zum Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehören, und lit. c die Massnahmen der Grundpflege bei Patientinnen und Patienten, welche diese Tätigkeiten nicht selbst ausführen können. Im Rahmen des Teilprojekts "Versorgung und Finanzierung" der Nationalen Strategie Palliative Care fanden Abklärungen statt, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei dementiellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind. Bei den Vorbereitungsarbeiten für die Änderungen der Verordnung, wurden jedoch keine "tatsächlichen" Lücken im Leistungskatalog gemäss Art. 7 KLV festgestellt. Pflegepersonen brachten jedoch Kritik an, welche die KLV für die Leistungen im Bereich der Palliative Care betreffen. Der Koordination in komplexen Pflegesituationen sowie der vorausschauenden Planung in instabilen Pflegesituationen würde auf Verordnungsebene nicht genügend Rechnung getragen (vgl. Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege, S. 15, abrufbar unter: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik). Das EDI beschloss deshalb mit Entscheid vom 20. Dezember 2011 die Ergänzung von Art. 7

KLV. Zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zählen per 1. Januar 2012 auch die Koordinationsleistungen der Pflegefachpersonen in komplexen und instabilen Pflegesituationen, wenn sie von spezialisierten Pflegefachpersonen ausgeführt werden (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV). 5.2. Gemäss den Ausführungen der behandelnden Ärzte des E. und der Beschwerdeführer sowie den Einträgen in der Pflegedokumentation nahm die Verstorbene folgende Leistungen in Anspruch: analgetische und antiemetische Therapie mit subkutaner Verabreichung, Abgabe von Schlafmitteln, Körperpflege, häufiges Windelwechseln, Befeuchten der Augen, lokale Pflege von Wund- und Juckstellen, Punktieren und Desinfizieren einer Blase, Umlagern, Physiotherapien, psychosoziale Betreuung und Musiktherapie. Diese Leistungen werden allesamt von Art. 7 Abs. 2 KLV erfasst, welchem von Gesetzes wegen aufgrund des Pflorgetarifs zu vergütet sind. 6. In ihrem Eventualantrag machen die Beschwerdeführer geltend, dass der Tarifvertrag, den die Krankenkasse im Jahr 2011 mit dem E. (= Basler Vertrag 2011) abgeschlossen habe, vorliegend zur Anwendung gelange. Die Krankenkasse habe daher die vom E. in Rechnung gestellten Leistungen nach der Palliativtaxe gemäss Tarifvertrag in Höhe von Fr. 240.-- pro Tag zu vergüten. Die Krankenkasse weist diesbezüglich darauf hin, dass der Basler Vertrag 2011 nur für Patienten mit Wohnsitz in Basel-Stadt gelte. Da die verstorbene Versicherte im Kanton Basel-Landschaft gewohnt habe, habe sie keinen Anspruch auf Vergütung der Spitalkosten nach der Palliativtaxe gemäss Basler Spitalvertrag. Auf die hierzu zutreffenden Ausführungen der Krankenkasse wird verwiesen (vgl. Vernehmlassung der Krankenkasse vom 27. Juni 2013). Aufgrund dieser Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. 7. Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Gegen diesen Entscheid wurde von den Beschwerdeführern am 23. Januar 2014 Beschwerde beim Bundesgericht (9C_67/2014) erhoben.

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