

# **GR\_GERICHTE S 2010 39 vom 2. September 2010**

GR Gerichte, 2010-09-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2010 39](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2010_39)

FR: GR\_GERICHTE S 2010 39 du 2 septembre 2010

IT: GR\_GERICHTE S 2010 39 del 2 settembre 2010

## **Regeste**

Versicherungsleistungen nach KVG | Krankenversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 3**

Am 28. November 2008 wurde die Versicherte erneut im Rahmen eines fürsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE) wegen Selbstgefährdung in die Klinik ... eingewiesen. Die entsprechende Verfügung der Vormundschaftsbehörde

... erging am 4. Dezember 2008. Die ... erteilte Kostengutsprache bis zum 31. Dezember 2008 für die allgemeine Abteilung. Mit Schreiben vom 18. Dezember 2008 stellten die Psychiatrischen Dienste Graubünden ein Verlängerungsgesuch. Mit Schreiben vom 22. Dezember 2008 informierte die behandelnde Ärztin Dr. med. ..., dass insgesamt eine Hospitalisation von drei Monaten angestrebt werden müsse. Mit Schreiben vom 30. Januar 2009 empfahl Dr. med. ..., der Vertrauensarzt der ..., das Krankheitsbild der Versicherten sei langjährig und hochgradig chronifiziert, und Akutspitalleistungen vermöchten an diesem Krankheitsbild nichts zu ändern; demzufolge komme ausschliesslich die Chronisch-Kranken-Taxe in Frage.

### **E. 4**

Mit Schreiben vom 5. Februar 2009 lehnte die ... die Verlängerung ab und erteilte eine Kostengutsprache für die Pflorgetaxe vom 1. Januar bis am 31. März 2009. Mit Schreiben vom 16. Februar 2009 beantragte Dr. med. ... bei der Vormundschaftsbehörde die Entlassung der Versicherten aus der Klinik; ein Verbleib der Versicherten in der Klinik ... sei medizinisch nicht mehr indiziert. Mit Verfügung vom 26. Februar 2009 hob die Vormundschaftsbehörde ... den FFE auf, und am 27. Februar 2009 wurde die Versicherte aus der Klinik entlassen. Bis am 19. Mai 2009 wurde sie ambulant in der Tagesklinik der psychiatrischen Dienste in ... behandelt.

### **E. 5**

Mit Verfügung vom 15. April 2009 bestätigte die ... ihre im Schreiben vom 5. Februar 2009 geäusserte Auffassung. Sie stützte sich auf eine Beurteilung von Dr. med. ... vom 23. März 2009, gemäss welcher in Anbetracht des chronischen Alkoholismus ausschliesslich eine Unterbringung in einer Institution in Frage komme, wo die Versicherte keinen Alkohol trinken könne, wofür aber keine Akuthospitalisation erforderlich sei. Gegen diese Verfügung liess die Versicherte Einsprache erheben.

### **E. 6**

Am 9. Juli 2009 verstarb die Versicherte. Ihre Tochter ... trat als Alleinerbin in ihre Rechtsstellung und in das laufende Verfahren ein.

### **E. 7**

Mit Verfügung vom 26. August 2009 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine ganze IV-Rente von Juli 2008 bis Juli 2009 zu.

### **E. 8**

Am 2. Februar 2010 entschied die ..., die rückwirkende Leistungseinstellung sei nicht rechtmässig; sie hiess die Einsprache teilweise gut und erteilte für die Dauer vom 1. Januar bis 5. Februar 2009 Gutsprache für die Kosten der allgemeinen Abteilung, ab dem 6. Februar 2008 für die Pflgetaxe.

### **E. 9**

Gegen diesen Entscheid liess ... am 2. März 2010 Beschwerde ans Verwaltungsgericht erheben. Sie beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, Kostengutsprache vom 1. Januar 2009 bis zum 27. Februar 2009 für die allgemeine Abteilung zu gewähren. Sie machte geltend, die Akutspitalbedürftigkeit ihrer Mutter habe aufgrund der Depression bis zum Austritt aus der Klinik am 27. Februar 2009 vorgelegen. Aber selbst wenn man annehme, die Akutspitalbedürftigkeit sei ab dem 5. Februar 2009 nicht mehr gegeben gewesen, so wäre gestützt auf die Rechtsprechung eine Übergangsfrist von einem Monat angemessen.

### **E. 10**

Die ... beantragte die Abweisung der Beschwerde. Bereits dem Kostenverlängerungsgesuch vom 22. Dezember 2008 sei zu entnehmen, dass es beim Aufenthalt in der Klinik nicht mehr um eine Akuthospitalisation gegangen sei, sondern lediglich um den Nachweis der von der IV-Stelle geforderten sechsmonatigen Alkoholabstinenz. Die Beurteilung von Dr. med. ... sei überzeugend. Mitte Februar habe denn auch die Klinik ... selber festgehalten, es liege keine Akutspitalbedürftigkeit mehr vor. Eine Übergangsfrist sei nicht gerechtfertigt, weil die Versicherte nicht umplatziert werden müssen. In einem zweiten Schriftenwechsel erhielten die Parteien die Gelegenheit, sich nochmals zu äussern. Auf diese Ausführungen wird soweit erforderlich in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Anfechtungsobjekt ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 2. Februar 2010. Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin für die Behandlung der Versicherten in der Klinik ... in der Zeit vom 6. bis zum 27. Februar 2009 die Taxe für die allgemeine Abteilung oder nur die Pflgetaxe zu bezahlen hat. 2. Gemäss Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Diese Leistungen umfassen unter anderem den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Bei Spitalaufenthalten hat der Versicherer gemäss Art. 49 Abs. 4 KVG den Spitaltarif zu vergüten, solange die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Pflegeheimtarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist Spitalbedürftigkeit einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf

einen Behandlungserfolg besteht (BGE 126 V 323 E. 2b; Urteil 9C\_369/2009 vom 18. September 2009). Akutspitalbedürftig sind in der Regel plötzlich auftretende, meist kurzfristig 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. Pflegebedürftigkeit ist demgegenüber in der Regel bei chronischen, also langandauernden Gesundheitsstörungen mit

meist langsamer Entwicklung gegeben. Es handelt sich demgemäss um Dauerleiden, bei denen nicht die medizinische Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Eine allenfalls notwendige ärztliche Behandlung ist ambulant durchführbar, während die Pflege nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung ist, sondern dazu dient, die Folgen der Hilflosigkeit auszugleichen (Urteil 9C\_447/2010 vom 18. August 2010). 3. a) Zur Beurteilung der Frage, bis zu welchem Zeitpunkt bei einer Patientin Spitalbedürftigkeit vorliegt, ist das Verwaltungsgericht auf die Angaben ärztlicher und psychiatrischer Experten angewiesen. Bei der Beurteilung der ärztlichen Einschätzungen ist nach der Praxis des Bundesgerichts zu beachten, dass sich die Begriffe "akute Krankheit" und "Akutspitalbedürftigkeit" einerseits sowie "chronische Leiden" und "Langzeitpflegebedürftigkeit" andererseits nicht streng voneinander abgrenzen lassen, so dass dem behandelnden Arzt ein gewisser Ermessensspielraum zuzugestehen ist (BGE 124 V 362 E. 2.c). b) Zur Verfügung steht im vorliegenden Fall einerseits die Beurteilung der behandelnden Ärztin, Dr. med. ... Diese diagnostizierte in ihrem Schreiben vom 22. Dezember 2008 erstens eine mittelgradige depressive Episode, rezidivierend, zweitens eine Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, und drittens Alleinleben und dadurch Vereinsamung. Sie erklärte, die depressive Episode sei mit einer Alkoholabhängigkeit kombiniert. Der Alkohol lindere die depressiven Symptome und die Vereinsamung. Die Patientin sei angemeldet für eine IV-Berentung, müsse dafür aber eine sechsmonatige Alkoholabstinenz nachweisen. Es scheine, dass dies nur in schützender Umgebung möglich sei. Bisher seien ein qualifizierter medikamentös gestützter Alkoholentzug, eine kombinierte antidepressive Therapie mit Anafranil und Trimin sowie therapeutische Einzelgespräche durchgeführt worden. Ziel sei der Nachweis einer insgesamt sechsmonatigen Alkoholabstinenz für eine IV-Abklärung und Berentung. Das Behandlungskonzept umfasse psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie, Informationssitzungen zur Sucht, Training emotionaler Kompetenzen, Bewegung bei Bedarf, Musiktherapie und eine kombinierte

antidepressive Therapie mit Anafranil und Trimin. Naltrexin werde als Anticraving-Mittel eingesetzt. Insgesamt müsse eine Hospitalisation von drei Monaten, das heisst von anfangs Dezember 2008 bis Ende Februar 2009 angestrebt werden. Mit Schreiben vom 16. Februar 2009 beantragte Dr. med. ... bei der Vormundschaftsbehörde die Entlassung der Versicherten aus der Klinik, ein Verbleib der Versicherten in der Klinik ... sei medizinisch nicht mehr indiziert. c) Zur Verfügung steht andererseits die Beurteilung von Dr. med. ..., Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser gab mit Schreiben vom 30. Januar 2009 an, es liege ein chronisches Alkoholproblem vor, auch wenn noch eine mittelgradige

depressive Episode vorhanden sein möge. Die Versicherte leide seit Jahrzehnten an einer schweren Alkoholabhängigkeit, das Krankheitsbild sei chronifiziert und Akutspitalleistungen vermöchten an diesem Krankheitsbild nichts zu ändern. Mit Schreiben vom 23. März 2009 ergänzte Dr. med. ..., in Anbetracht des chronischen Alkoholismus, welcher einem chronischen psychiatrischen Krankheitsbild entspreche, komme ausschliesslich eine Unterbringung in einer Institution in Frage, wo die Versicherte keinen Alkohol trinken könne, wofür aber keine Akuthospitalisation erforderlich sei. Es gehe vorliegend um ein Aufbewahren der Versicherten aufgrund der Forderung der IV nach einer sechsmonatigen Alkoholabstinenz. 4. a) Widersprechen sich wie vorliegend die Angaben der involvierten Ärzte und Ärztinnen, so hat das Gericht die Arztberichte auf ihren Beweiswert hin zu untersuchen. Dabei ist nach der Praxis des Bundesgerichts entscheidend, ob der Bericht 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 des Experten begründet sind (BGE 134 V 231, 125 V 351).

b) Einig sind sich Dr. med. ... und Dr. med. ... darin, dass die Depression und die von ihr hervorgerufene Suizidalität zu Beginn des Klinikaufenthalts im Dezember 2008 im Vordergrund standen, und dass im Laufe der Zeit die Behandlung der Alkoholkrankheit immer grösseres Gewicht erlangte. Entgegen der Ansicht der Parteien ist indessen nicht entscheidend, ob in der streitigen Zeit vom 6. bis zum 27. Februar 2009 die Behandlung der Depression oder die Behandlung der Alkoholkrankheit im Vordergrund stand. Dies, weil grundsätzlich beide Krankheiten je nach Ausprägung sowohl Spital- als auch Pflegebedürftigkeit begründen können (Verwaltungsgerichtsurteil S 04 141). c) Den Berichten von Dr. med. ... ist nur beschränkte Beweiskraft beizumessen. Dr. med. ... nimmt an, die Alkoholkrankheit der Versicherten sei schwer gewesen und habe seit 10 bis 15 Jahren bestanden. Diese Annahme ist falsch. Im Austrittsbericht der Klinik ... vom 6. Juni 2008, also nur rund 1 ½ Jahre vor der Beurteilung durch Dr. med. ..., diagnostizierte Dr. med. ... noch keine Alkoholabhängigkeit (ICD F10.2) sondern nur "Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch" (ICD F10.1), und in früheren ärztlichen Berichten sind gar keine Probleme mit Alkohol erwähnt. Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. ..., gab denn auch erst im November 2008 an, neu habe sich ein Alkoholabusus manifestiert. Dr. med. ... Einschätzung, die Alkoholkrankheit liege seit langem vor und sei deshalb chronifiziert, trifft somit nicht zu. Vielmehr ist mit Dr. med. ... davon auszugehen, dass die erst vor relativ kurzer Zeit aufgetretenen Phasen übermässigen Alkoholkonsums stets Begleiterscheinungen der vorbestehenden Depression waren. Diese aktenkundig seit 10 bis 15 Jahren bestehende Depression zieht Dr. med. ... zu Unrecht kaum in Betracht. d) Der Beurteilung von Dr. med. ... kann voller Beweiswert beigemessen werden. Dr. med. ... war als behandelnde Ärztin mit der Problematik der Versicherten gut vertraut. Ihre Diagnose und ihr Behandlungskonzept leuchten ein und stehen in einem nachvollziehbaren Zusammenhang mit den früheren ärztlichen Unterlagen. Dr. med. ... ging davon aus, dass die Gesundheit der Versicherten sowohl im Bezug auf die Depression als auch

im Bezug auf die Alkoholkrankheit durch eine Behandlung wesentlich verbessert werden konnte. Dementsprechend erhielt die Versicherte eine kombinierte Therapie gegen Depression und Alkoholabhängigkeit mit Medikamenten, psychotherapeutischer Einzel- und Gruppentherapie, Training emotionaler Kompetenzen sowie Bewegungs- und

Musiktherapie. Diese Behandlungen rechtfertigen den Aufenthalt in der Klinik; angesichts der Suizidgefahr und der psychischen Probleme war eine stationäre Alkoholentzugstherapie angezeigt. Ziel der Behandlung war die Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Zustandes, und die Unterstützung der Versicherten in der schwierigen Phase nach dem medikamentös gestützten Alkoholentzug. Diese unmittelbaren Therapieziele werden von Dr. med. ... zwar nicht explizit erwähnt, sie ergeben sich aber aus dem Zusammenhang. Dr. med. ... Annahme, es sei nur darum gegangen, die Versicherte am Trinken von Alkohol zu hindern, trifft klarerweise nicht zu. Zwar nennt Dr. med. ... den Nachweis der von der IV verlangten sechsmonatigen Abstinenz als Ziel der Behandlung. Entgegen der Ansicht von Dr. med. ... ist damit aber nicht das unmittelbare Ziel der Behandlung gemeint, sondern das von der Versicherten auf Veranlassung der IV-Stelle angestrebte Fernziel.

Dementsprechend hat Dr. med. ... ja auch bloss einen drei- und nicht einen sechsmonatigen Klinikaufenthalt befürwortet. e) Dr. med. ... gab mit Schreiben vom 16. Februar 2009 gegenüber der Vormundschaftsbehörde an, ein Verbleib der Versicherten in der Klinik ... sei medizinisch nicht mehr indiziert. Gestützt auf diese Beurteilung ist die Spitalbedürftigkeit zu bejahen bis am 16. Februar 2009. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist nicht davon auszugehen, dass Dr. med. ... bloss aus Resignation über die verweigerte Kostengutsprache so entschieden hatte, läge darin doch ein massiver Verstoss gegen ihre beruflichen Pflichten. Vielmehr ist anzunehmen, dass Dr. med. ... zum Schluss gekommen war, dass bereits nach rund 5/6 der ursprünglich geplanten Zeit ein befriedigender Behandlungserfolg erreicht war, und dass die weitere Behandlung ambulant erfolgen könne.

f) Somit ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin für die Zeit vom 6. bis am 16. Februar 2009 zu Unrecht die Ausrichtung der Taxe für die allgemeine Abteilung verweigert hat; in dieser Zeit ist die Spitalbedürftigkeit gestützt auf die Beurteilung der behandelnden Ärztin Dr. med. ... zu bejahen. Für die Zeit vom 17. Februar 2009 bis zum Austritt aus der Klinik am 27. Februar 2009 lag hingegen nur noch eine Pflegebedürftigkeit vor, so dass diesbezüglich die Ausrichtung der Pflorgetaxe rechtmässig ist. 5. Die Beschwerdeführerin macht geltend, nach der Verweigerung der Kostengutsprache hätte eine Übergangsfrist eingeräumt werden müssen. Dem kann nicht gefolgt werden. Nach der Praxis des Bundesgerichts ist für den Übertritt von einem Akutspital in ein Pflegeheim oder in eine Pflegeabteilung eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen (BGE 115 V 38, 124 V 367, Urteil 9C\_447/2010 vom 18. August 2010). Diese Praxis beruht auf Überlegungen des Vertrauensschutzes; sie soll der betroffenen Person ermöglichen, die für die Umplatzierung nötigen Dispositionen zu treffen. Nur unter ganz besonderen Umständen kann ausnahmsweise auch bei einem Austritt nach Hause eine kurze Anpassungszeit angebracht sein. In BGE 124 V 362 bejahte das Bundesgericht das Vorliegen besonderer Umstände; es ging in diesem Fall um zwei hoch betagte Patientinnen, deren Allgemeinzustand nach der Behebung des akuten medizinischen Problems noch relativ schlecht war, und deren Gesundheitszustand im Akutspital so weit verbessert wurde, dass die Verlegung in ein Chronischkrankenheim umgangen werden konnte. Im vorliegenden Fall trat die Versicherte aus der Klinik ... nach Hause aus. Eine Übergangsfrist wäre nach der Rechtsprechung somit nur einzuräumen, wenn vergleichbare Umstände wie in BGE 124 V 362 vorliegen würden, was offensichtlich nicht der Fall ist. Gemäss Eugster liegt dann Spitalbedürftigkeit aus persönlichen Gründen vor (Eugster, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. A., 2007, S. 529, Rz 399). 6. Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, die Übergangsfrist (vgl. 5.) sei insbesondere in Fällen einzuräumen, wenn die Versicherte wie

vorliegend wegen des FFE kein Wahlrecht über den Aufenthalt und seine Dauer habe.

Sie bezieht sich dabei auf das Bundesgerichtsurteil K 142/04 vom 23. Mai 2006. In diesem Entscheid wurde bei einem Versicherten, der durch einen Gerichtsentscheid in eine Heilanstalt eingewiesen worden war, die Leistungspflicht des Krankenversicherers im Grundsatz bejaht. Zur Frage der Übergangsfrist enthält der Entscheid aber entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin keinerlei Angaben, so dass sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann. Art. 49 Abs. 4 KVG macht die Anwendung des Spitaltarifs allein von der medizinischen Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital abhängig; beim Fehlen dieser Indikation kommt zwingend der Tarif für das Pflegeheim nach Art. 50 KVG zur Anwendung (BGE 124 V 362 E. 2.b). Entsprechend besteht auch bei einer Einweisung durch FFE nur solange die Pflicht, die Spitaltaxe zu entschädigen, wie die Versicherte spitalbedürftig ist. Verbleibt die Versicherte infolge FFE länger als medizinisch notwendig in einer psychiatrischen Klinik, so können die dadurch entstehenden Kosten nicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung überbunden werden. 7. Zusammenfassend ergibt sich, dass für die Zeit vom 1. Januar bis am 16. Februar 2009 die Spitaltaxe und für die Zeit vom 17. bis am 27. Februar 2009 die Pflorgetaxe auszurichten ist. Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als nicht rechtmässig, und die dagegen erhobene Beschwerde ist teilweise gutzuheissen. 8. Gerichtskosten werden keine erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungsstreitigkeiten gemäss Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) grundsätzlich kostenlos ist. 9. a) Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten für das Verfahren vor Verwaltungsgericht. b) Gemäss Art. 52 Abs. 3 ATSG wird im Einspracheverfahren in der Regel keine Parteientschädigung ausgerichtet. Anspruch auf eine Parteientschädigung hat nach der Rechtsprechung nur eine Einsprecherin, die im Falle des

Unterliegens die unentgeltliche Verbeiständung gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG beanspruchen könnte (BGE 130 V 570 E. 2.2; Urteil 9C\_370/2010 vom 12. August 2010). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin zur Recht angenommen, die Voraussetzung der Bedürftigkeit sei weder bei der Versicherten noch bei ihrer Tochter (die infolge des Todes der Versicherten während laufendem Einspracheverfahren in deren Rechtsstellung eintrat) erfüllt. In den Akten finden sich keinerlei Hinweise auf Bedürftigkeit, und es wird nie geltend gemacht, die Voraussetzungen für die unentgeltliche Verbeiständung seien erfüllt. Bisher hat das Bundesgericht offen gelassen, ob im Rahmen von Art. 52 Abs. 3 ATSG bei Vorliegen besonderer Umstände, etwa besonderer Aufwendungen und Schwierigkeiten, die Zusprechung einer Parteientschädigung in Betracht fällt (BGE 130 V 570 E. 2.3.2; Urteil 9C\_370/2010 vom 12. August 2010). Diese Frage kann hier ebenfalls offen gelassen werden. Der Rechtsvertreter hatte im Einspracheverfahren keine übermässigen Aufwendungen zu tätigen, da der Fall weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht aussergewöhnliche Schwierigkeiten bot. c) Gemäss Honorarnote hat der Rechtsvertreter für das Beschwerdeverfahren vor Verwaltungsgericht 20 Stunden und 35 Minuten aufgewendet. Diese Arbeitszeit stellt er mit einem Stundenansatz von Fr. 220.-- in Rechnung, was einen Betrag von Fr. 4'528.35 ergibt. Addiert man dazu die Kleinspesenpauschale (4%) im Betrag von 181.10 und das Porto von Fr. 5.--, so ergibt sich eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'714.45. Für die übrigen auf der Honorarnote ausgewiesenen Kosten für Tätigkeiten im Rahmen des Verwaltungs- und

Einspracheverfahrens kann wie dargelegt keine Parteienschädigung zugesprochen werden. Demnach erkennt das Gericht: 1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und der angefochtene Entscheid wird aufgehoben.

2. Die ... wird verpflichtet, für die Zeit vom 1. Januar 2009 bis am 16. Februar 2009 die Spitaltaxe und für die Zeit vom 17. Februar 2009 bis am 27. Februar 2009 die Pflögetaxe auszurichten. 3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 4. Die ... wird verpflichtet, ... eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 4'714.45 zu bezahlen. Die dagegen an das Bundesgericht erhobene Beschwerde wurde am 20. Mai 2011 abgewiesen (9C\_178/2011).

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