

LU_GERICHTE S 98 287 vom 5. Februar 1999

LU Gerichte, 1999-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_S_98_287

FR: LU_GERICHTE S 98 287 du 5 février 1999

IT: LU_GERICHTE S 98 287 del 5 febbraio 1999

Regeste

Art. 1 Abs. 1, Art. 12 Abs. 3, Art. 24, Art. 25 Abs. 2 lit. a, e und f, Art. 34 Abs. 1, Art. 39 Abs. 1, Art. 43 Abs. 1 und 2 lit. c, Art. 43 Abs. 4 Satz 1, Art. 49 Abs. 1 und 3, Art. 50, Art. 102 Abs. 2 KVG. Mit dem Verzicht einer HIV-infizierten Versicherten auf weitere Behandlung der Komplikationen des Grundleidens entfällt die Spitalbedürftigkeit, ohne dass eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen ist. | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 2

a) Das Gesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG), in Kraft seit 1. Januar 1996, regelt die soziale Krankenversicherung, die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung besteht (Art. 1 Abs. 1 KVG). Das Versicherungsverhältnis untersteht dem öffentlichen Recht. Dies galt im bisherigen Recht (Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13.6.1911, KUVG) auch für die Zusatzversicherungen, welche die Krankenkassen anboten. Auf die Zusatzversicherungen ist nach Art. 12 Abs. 3 KVG nunmehr das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anwendbar. Nach Art. 102 Abs. 2 KVG sind die Krankenkassen verpflichtet, Zusatzversicherungen innert eines Jahres nach Inkrafttreten des KVG, also bis Ende 1996, dem neuen Recht anzupassen. Bis zur Anpassung richten sich Rechte und Pflichten nach dem bisherigen Recht (Art. 102 Abs. 2 Satz 2 KVG). Diese Bestimmung bezieht sich sowohl auf das formelle als auch auf das materielle Recht, da Streitigkeiten über die Anwendung des alten Rechts im Bereich der Zusatzversicherungen gemäss neuester Rechtsprechung des Bundesgerichts in den Zuständigkeitsbereich des Sozialversicherungsrichters fallen (BGE 124 V 134). b) Mit Verfügung vom 8. August 1996 hielt die B fest, dass der Versicherten für den Aufenthalt in der Aidsklinik S ab 1. August 1996 weder ein Anspruch auf Heilanstaltsleistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch ein Anspruch aus der kombinierten Spitalversicherung, Leistungsgruppe 2, zustehe. Ab dem 1. August 1996 bestehe aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung lediglich ein Anspruch auf Leistungen im Rahmen des im Kanton Y für das Jahr 1996 geltenden Pflegekostenbeitrages von Fr. 30.- pro Tag für Aufenthalt in einem Pflegeheim. Aus der kombinierten Spitalversicherung bestehe kein Leistungsanspruch mehr, da aufgrund der reglementarischen Bestimmungen für Aufenthalte in Pflegeheimen keine Leistungen aus diesem Versicherungszweig erbracht werden könnten. Die B hat die Zusatzversicherungen erst per 1. Januar 1997, d.h. ein Jahr nach Inkrafttreten des KVG, dem neuen Recht angepasst. Gestützt auf die neueste Rechtsprechung des Bundesgerichtes (BGE 124 V 134) war sie befugt, auch im Bereich der Zusatzversicherungen (kombinierte Spitalversicherung, Leistungsgruppe 2) eine Verfügung zu erlassen. Der vorliegend eingeschlagene Rechtsmittelweg erweist sich damit als zulässig,

weshalb die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichtes sowohl für den grund- als auch den zusatzversicherten Bereich zu bejahen ist.

E. 3

Streitig ist vorliegend einmal eine Frage aus dem Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Hierüber hat die B korrekterweise eine Verfügung erlassen. Auch der Rechtsmittelweg untersteht für diesen Bereich dem öffentlichen Recht, sodass die Anfechtung der Verfügung vom 8. August 1996 mittels Einsprache und der Einspracheentscheid vom 18. November 1997 formell richtig ergangen ist. Zu prüfen ist deshalb vorliegend die materielle Streitfrage, ob die B für den Aufenthalt der Versicherten in der Aidsklinik S vom 1. August 1996 bis 3. November 1996 aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen nach Spital- oder aber Pflorgetarif zu erbringen hat.

a) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG umfassen diese Leistungen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine andern Kosten als diejenigen für die Leistungen nach Art. 25-33 KVG übernehmen. Die Leistungserbringer erstellen nach Art. 43 Abs. 1 KVG ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen. Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann pauschale Vergütungen vorsehen (Art. 43 Abs. 2 lit. c KVG). Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 Satz 1 KVG). Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1 KVG) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen, welche für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung (Art. 49 Abs. 1 KVG) decken. Bei Spitalaufenthalt richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif gemäss den Absätzen 1 und 2, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf (Art. 49 Abs. 3 KVG). Nach Art. 50 KVG vergütet der Versicherer beim Aufenthalt in einem Pflegeheim die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause.

b) Pflegeheime sind Einrichtungen, die Langzeitpatienten zur Pflege, medizinischer Betreuung und Rehabilitation aufnehmen. Während die Pflegemassnahmen gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG zu Lasten der Krankenversicherung gehen, müssen die «Hotelkosten» vom Patienten getragen werden. Dies ergibt sich aus Art. 25 Abs. 2 KVG. Diese Bestimmung sieht nur die Übernahme der Kosten des Aufenthaltes in der allgemeinen Abteilung des Spitals und in einer teilstationären Einrichtung vor, nicht aber die Kosten des Aufenthaltes in Pflegeheimen (Art. 25 Abs. 2 lit. e und f KVG; vgl. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 70). Die Abgrenzung des Spitals gegen das Pflegeheim ist schwierig, praktisch aber bedeutsam, da die Krankenversicherung die Unterkunft und Verpflegung in Pflegeheimen nicht zu übernehmen hat. Der Aufenthalt im Spital ist nur solange erforderlich, als die Krankheit «unter Spitalbedingungen», im

«Spitalmilieu», behandelt werden muss (vgl. Maurer, a.a.O., S. 71, mit Hinweis auf BGE 115 V 48 und 120 V 200 und dem Vermerk, dass diese unter dem bisherigen KUVG entwickelte Rechtsprechung auch für das neue KVG massgebend sei; vgl. ferner SVR 1998 KV Nr. 22 S. 73). Nach Art. 49 Abs. 3 KVG richtet sich die Verfügung bei Spitalaufenthalt nach dem Spitaltarif, solange der Patient oder 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 Tarif nach Artikel 50 KVG zur Anwendung. c) Wenn der Patient nicht mehr spitalbedürftig ist, also nicht mehr im «Spitalmilieu» behandelt werden muss, aber weiterhin auf unbestimmte Zeit pflegebedürftig ist, wird er oft in ein Pflegeheim verlegt. Falls in einem geeigneten Pflegeheim gerade kein Platz frei ist, wird der Patient auf eine Warteliste gesetzt und bleibt meistens weiterhin im Spital. Nach bisheriger EVG-Rechtsprechung zum KUVG war die Krankenkasse noch während einer Anpassungszeit von etwa einem Monat leistungspflichtig (Maurer, a.a.O., S. 89 mit Hinweis auf BGE 115 V 38, 48 und 52 Erw. 3d; RKUV 1991 S. 4). Nach Maurer (a.a.O., S. 89) wird diese Praxis nun durch die zwingende Regelung in Abs. 3 von Art. 49 KVG ersetzt. Danach ist der Spitaltarif nur anzuwenden, «solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf». Wenn diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt ist, so gilt für den Spitalaufenthalt der Tarif für das Pflegeheim nach Art. 50 KVG. Eine Anpassungszeit entfällt deshalb (Maurer, a.a.O., S. 89). In einem nicht publizierten Entscheid vom 26. November 1998 i. S. E.H. gegen K. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) indessen - entgegen Maurer - an der bisherigen Praxis festgehalten, wonach für den Übertritt vom Akutspital in ein Pflegeheim oder eine Pflegeabteilung eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen sei. Das EVG führte hierzu aus, dass sich die Begriffe «akute Krankheit» und «Akutspitalbedürftigkeit» einerseits sowie «chronische Leiden» und «Langzeitpflegebedürftigkeit» andererseits nicht streng voneinander abgrenzen liessen (mit Hinweis auf BBl 1992 I 167). Insbesondere wenn es darum gehe, die Akutspitalbedürftigkeit von einer anschliessenden blossen Pflegebedürftigkeit abzugrenzen, sei dem behandelnden Arzt ein gewisser Ermessensspielraum zuzugestehen. Im konkreten Fall ging es um hochbetagte Beschwerdeführerinnen, die an ausgeprägten psychoorganischen Syndromen bei allgemeiner Arteriosklerose sowie an Polyarthrose litten, welche bereits vor Eintritt des Notfalls zu erheblichen Beeinträchtigungen des Allgemeinzustandes geführt hatten. Ein Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel hatte zu einer zusätzlichen Schwächung des Gesamtbefindens geführt, welche mit der blossen Beseitigung des Nahrungs- und Flüssigkeitsdefizits nicht behoben war. Aufgrund ihres prekären Allgemeinzustandes hatten die Beschwerdeführerinnen darüber hinaus gezielter Massnahmen zur Rekonvaleszenz, verbunden mit einer aktivitätsfördernden Behandlung, bedurft. Dabei ging es darum, den Gesundheitszustand so weit zu verbessern, dass die Verlegung in ein Chronischkrankenheim umgangen und die Beschwerdeführerinnen nach Hause hatten entlassen werden können, was in der Folge auch erreicht werden können. Dass die erforderlichen Rehabilitationsbehandlungen noch unter den spezifischen Betreuungs- und Überwachungsbedingungen eines Akutspitals erfolgt waren, erschien dem EVG unter den besonderen medizinischen Umständen des Falles für eine begrenzte Übergangszeit von drei bis vier Wochen als begründet. d) Zur Frage der Spitalbedürftigkeit ist für den hier zu beurteilenden Fall Folgendes festzuhalten: Im Zwischenbericht an den Vertrauensärztlichen

Dienst der B vom 12. April 1996 hielt Dr. med. D, ärztlicher Leiter der Aidsklinik S, folgende Diagnose fest: HIV-Infektion CDC Stadium B3 mit oraler Leukoplakie, rezidivierender Soorstomatitis und schwerer zellulärer Immunschwäche; rezidivierende epileptiforme Anfälle, Campylobacter jejuni-Infektion, Hepatopathie bei Status nach Hepatitis B. Die Patientin weist mit praktisch nicht mehr nachweisbaren Helferzellen eine vollständige zelluläre Immunschwäche auf. Bedrohliche infektiöse Komplikationen seien bisher trotzdem nicht aufgetreten. Derzeit sei allerdings eine Campylobacter jejuni-Infektion zu behandeln, die sich gegenüber den gängigen Antibiotika als resistent erweise und als v.a. epidemiologisches Problem Augenmerk verlange. Nebst epileptiformen Krämpfen, die mit Carbamazepintherapie gut zu behandeln seien, träten auch neurologische Ausfallsymptome (Diplopien, Gangstörungen, Koordinationsprobleme) auf. Diese Symptome seien jetzt in den Hintergrund getreten, so dass diesbezüglich keine weiteren Abklärungen vorgenommen worden seien. Differentialdiagnostisch sei an eine Neuropathie oder eine (CT-grafisch nicht unbedingt objektivierbare) HIV-assoziierte Enzephalopathie zu denken. Mit der seit längerem bestehenden Gehunfähigkeit infolge allgemeiner Schwäche sei die Patientin jedoch sicher weiterhin auf institutionelle Pflege angewiesen. Dr. med. D führte in seinem Schreiben vom 26. Juni 1996 weiter aus, dass im weiteren Krankheitsverlauf der Versicherten Durchfälle im Vordergrund stünden, für die aufgrund der mittlerweile erfolgten Abklärungen keine andern Erreger verantwortlich gemacht werden könnten als der immer wieder festgestellte Campylobakter Jejuni. Therapieversuche mit verschiedenen Antibiotikakombinationen hätten klinisch keine Besserung gebracht. Der Effekt symptomatischer Massnahmen sei wechselnd. Die Patientin sei durch diese Durchfälle sehr geschwächt. Die Versicherte habe sich in letzter Zeit eingehend mit der Prognose ihrer Krankheit befasst und sich entschieden, dass im Falle weiterer Komplikationen keine medizinischen Massnahmen getroffen werden sollten. Sie habe aus diesem Grunde auch auf die übliche Prophylaxe gegen Pneumozystose und Toxoplasmose verzichtet. Die in letzter Zeit wieder häufiger gewordenen neurologischen Probleme (Ataxie, Diplopien, Kopfschmerzen) seien deshalb nicht weiter abgeklärt worden. Es müsse festgestellt werden, dass sich sowohl der körperliche als auch der psychische Zustand der Patientin im Laufe der letzten 2-3 Monate verschlechtert habe. Am 27. August 1996 erstattete Dr. med. D der B erneut Bericht und stellte die ärztliche Situation wie folgt dar: HIV-Infektion CDC Stadium C3 mit schwerer zellulärer Immunschwäche (CD4 Lymphozyten 4/ μ l), HIV-assoziierte Enzephalopathie mit Status nach epileptiformen Anfällen, Diplopien, Ataxie, Status nach rezidivierender Soorstomatitis, rezidivierende Candidose der Vagina, Status nach rezidivierender Herpes zoster, Status nach bakterieller Pneumonie, therapierefraktäre, zum Teil hämorrhagische Enteritis bei antibiotikaresistenter Campylobakter jejuni-Infektion. Medizinisch beinhalte die Betreuung der Patientin derzeit die symptomatische Behandlung der Diarrhöe mit Opioiden, eine antiepileptische Therapie, die gelegentliche Blutspiegelungen erfordere, sowie intermittierend Behandlungen von gynäkologischen und urologischen Infekten. Pflegerische Hilfestellungen beim Transfer vom und in den Rollstuhl seien nötig. Wegen gewissen Inkontinenzerscheinungen und häufiger Diarrhöe sei die Pflege im hygienischen Bereich aufwendig (mehrmaliges Waschen pro Tag, die Patientin brauche Vorlagen). Wegen des spitalhygienisch nicht unbedenklichen therapieresistenten Diarrhoekeims (Campylobakter jejuni) müsse für die Patientin auch eine separate Toilette reserviert werden. Mit Schreiben vom 16. September 1996 an den Regierungsrat des Kantons Y hielt Dr. med. D sodann fest, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten infolge ihrer Krankheit seit dem Eintritt in die

Aidsklinik S am 14. Februar 1996 verschlechtert habe. Die Patientin habe massiv an Gewicht verloren und leide an einer ausgeprägten Muskelschwäche mit der Folge praktischer Gehunfähigkeit und zeige auch neurologische Störungen (Koordinationsprobleme, Doppelbilder). Wegen einer vorbestehenden Epilepsie sei sie dauernd auf eine medikamentöse Anfallprophylaxe angewiesen. Sie leide als Folge der Immunschwäche an einer medikamentenresistenten Darminfektion mit chronischen Durchfällen. Dies erfordere besondere Vorsichtsmassnahmen seitens der Institution. Die Betreuung der Patientin sei zeit- und personalintensiv. Die verschiedenen Aspekte in der Betreuung dieser Patientin erforderten ein koordiniertes Zusammenarbeiten im Team, da insbesondere auch medizinische und psychosoziale Sachkenntnis erforderlich sei. Diese Betreuung könne in einem Pflegeheim nicht gewährleistet werden. Mit Schreiben vom 24. Juli 1997 nahm Dr. med. E, Vertrauensarzt der B, Stellung. Er führte u.a. aus, dass für die Beurteilung der Frage, ob die Spitalbedürftigkeit der Versicherten in der Zeit vom 1. August 1996 bis 3. November 1996 zu bejahen oder zu verneinen sei, als einzige Unterlage auf das Verlängerungsgesuch von Dr. med. D vom 26. Juni 1996 abgestellt werden könne, aus welchem klar hervorgehe, dass die Versicherte künftig auf aktive und prophylaktische Behandlungen verzichte. Mit anderen Worten würden die ärztlichen und therapeutischen Massnahmen in den Hintergrund und die pflegerischen Massnahmen in den Vordergrund treten. Diese Konstellation sei typisch für das Patientengut von Chroniker-Abteilungen und Pflegeheimen, nicht aber für Akutspitäler. Mit dem Verzicht der Versicherten auf weitere Behandlung der Komplikationen des Grundleidens entfalle die Spitalbedürftigkeit. Die Versicherte müsse deshalb als rein pflegebedürftig eingestuft werden, wenn auch die Verlegung in ein klassisches Pflegeheim unverantwortbar und mit grossen Schwierigkeiten verbunden gewesen wäre. e) Für die Beurteilung der Frage der Spitalbedürftigkeit ist vorliegend das Schreiben von Dr. med. D vom 26. Juni 1996 entscheidend. Daraus geht klar hervor, dass sich die Versicherte entschieden hatte, im Falle weiterer Komplikationen keine medizinischen Massnahmen durchführen zu lassen und deshalb auch auf weitere Abklärungen der neurologischen Probleme verzichtete. Zudem wurde die Prophylaxe gegen Infektionen von Pneumozystose und Toxoplasmose sistiert. Damit steht fest, dass die Spitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben war und die nötige Pflege auch in einem Pflegeheim erbracht werden konnte, werden doch auch in einem Pflegeheim die Patienten ärztlich betreut. Mit dem Verzicht auf die Prophylaxe, auf die Therapie allfälliger Komplikationen des Grundleidens und auf weitere Abklärungen der neurologischen Problematik entfällt die Spitalbedürftigkeit der Versicherten. Denn der Aufenthalt im Spital ist nur solange gerechtfertigt, als die Krankheit «unter Spitalbedingungen» behandelt werden muss (vgl. Maurer, a.a.O., S. 71). Die Einrichtungen Spital und Pflegeheim unterscheiden sich nämlich hinsichtlich Behandlung und Ziel. Während die Behandlung in einem Spital darauf ausgerichtet ist, den Gesundheitszustand zu verbessern, dient die Behandlung im Pflegeheim - mangels Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustandes - der Pflege und medizinischen Betreuung von Langzeitpatienten (vgl. SVR 1/1995, Regeste zu KV Nr. 38 S. 121). Unter diesen Umständen ist die Spitalbedürftigkeit der Versicherten für die Zeit vom 1. August 1996 bis 3. November 1996 zu verneinen. Die Beschwerdegegnerin leitete demnach zu Recht ab, dass keine akute Spitalbedürftigkeit der Versicherten mehr gegeben war, nachdem gemäss medizinischer Indikation und dem Wunsch der Versicherten keine Behandlung mehr beansprucht wurde, welche lediglich im Rahmen eines Spitals angeboten wird. f) Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder den Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter

Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, S. 47, Rz 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2. Aufl., Bern 1983, S. 274; Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4. Aufl., S. 135; Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Diss. Genf 1991, S. 63; vgl. auch BGE 122 II 469 Erw. 4a, 122 III 223 Erw. 3c, 120 Ib 229 Erw. 2b, 119 II 117 Erw. 4c, 119 V 344 Erw. 3c mit Hinweis). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 4 Abs. 1 BV (BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d, 119 V 344 Erw. 3c mit Hinweisen). Eine Einvernahme von Dr. med. D als Zeuge änderte nichts daran, dass die Versicherte auf die weiteren Behandlungen ihres Grundleidens verzichtet hat und diese in der Folge auch nicht mehr durchgeführt wurde, weshalb die Spitalbedürftigkeit zu verneinen ist. Zudem ist der Standpunkt von Dr. med. D in mehreren Schreiben dokumentiert. Auf seine Einvernahme kann deshalb verzichtet werden. Auch der Umstand, dass seitens der Fürsorgebehörde Z für die Versicherte kein Heimplatz gefunden werden konnte, vermag nichts daran zu ändern, dass die B mangels Spitalbedürftigkeit nicht für den Aufenthalt in der Aidsklinik S aufzukommen hat. Ob allenfalls eine Kostenbeteiligung durch die Gemeinde Z in Frage steht, ist im vorliegenden Verfahren nicht zu beurteilen. Nicht durchzudringen vermag die Beschwerdeführerin auch mit ihren Ausführungen, der Verzicht auf die Heilbehandlung habe nichts mit der Spitalbedürftigkeit der Versicherten zu tun. Infolge der unterschiedlichen Zielsetzung eines Spitals und eines Pflegeheimes entfällt nämlich mit einem solchen Verzicht die Indikation für einen Aufenthalt in einem Spital. Dies unabhängig davon, welche Grunderkrankung dem Leiden zu Grunde liegt. Auch aus dem Umstand, dass sich die Versicherte, die geistig bei vollem Bewusstsein war, mit ihren 32 Jahren wohl schlecht in ein Pflegeheim mit hoher Altersstruktur integrieren liesse, kann vorliegend nicht dazu führen, dass die Spitalbedürftigkeit bejaht wird. Schliesslich führt auch die neueste Rechtsprechung des EVG (vgl. vorn Erw. 3c), wonach - entgegen Maurer - für den Übertritt vom Akutspital in ein Pflegeheim oder eine Pflegeabteilung eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen ist, zu keinem anderen Ergebnis. Aus dem Schreiben von Dr. D vom 26. Juni 1996 geht, anders als im dort zur beurteilenden Fall, hervor, dass A sich für den Fall weiterer Komplikationen dafür entschieden hatte, keine medizinischen Massnahmen mehr durchführen zu lassen. Zudem wurde die Prophylaxe gegen Infektionen von Pneumozystose und Toxoplasmose sistiert. Mit dem Zeitpunkt des Verzichts auf weitere Behandlung der Komplikationen des Grundleidens entfällt deshalb die Spitalbedürftigkeit, ohne dass eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen ist. Im Übrigen ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für den Aufenthalt in der Aidsklinik S, erst per 1. August 1996 eingestellt hat. Aus dem Schreiben von Dr. D vom 26. Juni 1996 erhellt, dass der Behandlungs- und Prophylaxeverzicht bereits auf diesen Zeitpunkt hin wirksam geworden ist. Somit wurden vorliegend, nach dem Dahinfallen der Spitalbedürftigkeit, bereits während einer Anpassungszeit von mehr als vier Wochen Leistungen aus der obligatorischen Krankenversicherung für den Aufenthalt der Versicherten in der Aidsklinik S erbracht. Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass der Versicherten für die Zeit vom 1. August 1996 bis 3. November 1996 aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mangels Spitalbedürftigkeit kein Anspruch auf Leistungen für den Aufenthalt in der Aidsklinik S zukommt. Hingegen besteht ein Anspruch auf Leistungen im Rahmen des im

Kanton Y für das Jahr 1996 geltenden Pflegekostenbeitrages von Fr. 30.- pro Tag für den Aufenthalt in einem Pflegeheim.

E. 4

Zu prüfen ist ferner, ob die B für den Aufenthalt der Versicherten in der Aidsklinik S vom 1. August 1996 bis 3. November 1996 aus der kombinierten Spitalversicherung, Leistungsgruppe 2, Leistungen nach Spital- oder Pflorgetarif zu erbringen hat. Diese Frage beurteilt sich gestützt auf Art. 102 Abs. 2 KVG nach altem Recht. Aus dem Reglement der B betreffend die kombinierte Spitalversicherung erhellt, dass die B im Rahmen dieser Versicherungsdeckung nur die Kosten für wissenschaftlich anerkannte Behandlungen in einer Heilanstalt bei ärztlich angeordneten, medizinisch notwendigen Heilanstaltsaufenthalten übernimmt (Art. 5.1 des Reglements über die Kombinierte Spitalversicherung in der Fassung vom 1.1.1995). Die Anerkennung einer Anstalt als Heilanstalt und die Tatsache des Aufenthaltes darin begründen noch keinen Anspruch auf die gesetzlichen oder statutarischen Leistungen der Krankenkasse. Die Differenzierung zwischen Akutspitalern, Chronischkrankenhäusern und Pflegeheimen mit spitalmässiger Einrichtung ist nämlich eine Tarifsache und berührt den Heilanstaltsbegriff als solchen nicht (vgl. BGE 107 V 38ff.). Die Krankenkassen sind für jeden sachlich notwendigen Heilanstaltsaufenthalt leistungspflichtig, was einerseits der Fall sein kann, wenn eine Krankheit vorliegt, welche eine Heilanstaltsbehandlung erfordert oder wenn der Heilanstaltsaufenthalt sachlich notwendig ist, d.h. mit andern Worten wenn ein Aufenthalt im «Spitalmilieu» erforderlich ist (vgl. BGE 115 V 48 und 120 V 206 Erw. 6a). Gemäss Rechtsprechung ist der Begriff der Akutspitalbedürftigkeit nach altem (bis 31.12.95) und neuem (ab 1.1.1996) geltendem Recht grundsätzlich derselbe (SVR 1998 KV Nr. 22 S. 73). Die hierzu ergangene Rechtsprechung (BGE 115 V 48ff. und 120 V 206 Erw. 6a) gilt somit sowohl für die Beurteilung der Spitalbedürftigkeit nach altem und neuem Recht. Vorliegend wurde bereits in Erwägung 3, insbesondere lit. e zur Spitalbedürftigkeit der Versicherten Stellung genommen. Auf diese Ausführungen kann, um Wiederholungen zu vermeiden, verwiesen werden. Als Folge des Behandlungsverzichts der Versicherten ist unter diesen Umständen die Spitalbedürftigkeit für die Zeit vom 1. August 1996 bis 3. November 1996 zu verneinen. Damit entfällt der Anspruch auf Leistungen aus der kombinierten Spitalversicherung, Leistungsgruppe 2.

E. 5

Zu prüfen bleibt, ob für die Zeit vom 1. August 1996 bis 3. November 1996 ein Anspruch aus der kombinierten Spitalversicherung, Leistungsgruppe 2, für Aufenthalt im Pflegeheim besteht. Aus dem Reglement der B betreffend die kombinierte Spitalversicherung geht hervor, dass kein Anspruch auf Leistungen aus der kombinierten Spitalversicherung besteht bei Aufenthalt in Chronischkrankenhäusern oder Spitalabteilungen für solche Patienten, ferner nicht, wenn sich ein Chronischkranker in einem Akutspital aufhält. Die Abgrenzung erfolgt aufgrund medizinischer Abklärungen (Art. 5.8 lit. a des Reglementes). Aus diesem Grunde stehen der Versicherten aus der kombinierten Spitalversicherung auch diesbezüglich keine Leistungen zu.

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