

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2007/17 vom 29. Juli 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-07-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2007_17

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2007/17 du 29 juillet 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2007/17 del 29 luglio 2008

Regeste

Art. 49 Abs. 3 KVG: Vergütung bei Spitalbedürftigkeit. Abgrenzung der Akutspitalbedürftigkeit von der Pflegebedürftigkeit. Akutspitalbedürftigkeit bei psychisch schwer kranker Frau mangels wesentlicher Verbesserung des Gesundheitszustands verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Juli 2008, KV 2007/17).

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten der stationären Behandlung zum Akuttarif ab dem 1. November 2007 zu Recht abgelehnt bzw. ab diesem Zeitpunkt nur noch für den Pflegetarif aufzukommen hat. Zu klären ist, ob die Beschwerdeführerin akutspitalbedürftig ist.

E. 2

2.1 Gemäss Art. 25 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 (Abs. 1). Diese Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden (Abs. 2 lit. a) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Abs. 2 lit. e). Die Vergütung bei Spitalaufenthalt richtet sich gemäss Art. 49 Abs. 3 Satz 1 KVG nach dem Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG, solange die versicherte Person 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 gemäss Art. 49 Abs. 3 Satz 2 KVG der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung. 2.2 Nach der Rechtsprechung zu Art. 49 Abs. 3 KVG hat die spitalbedürftige versicherte Person diejenige Spitalabteilung oder Heilanstalt zu wählen, in die sie vom medizinischen Standpunkt aus gehört. So hat die Kasse aus der Grundversicherung nicht für Mehrkosten aufzukommen, die sich daraus ergeben, dass sich die versicherte Person in eine für intensive Pflege und Behandlung spezialisierte und damit teurere Klinik begibt, obwohl sie einer solchen Behandlung nicht bedarf und ebenso gut in einer einfacher eingerichteten und daher weniger kostspieligen Heilanstalt sachgerecht hätte behandelt werden können (BGE 124 V 364 Erw. 1b mit Hinweisen). 2.3 Für die Bestimmung des massgebenden Leistungstarifs verlangt Art. 49 Abs. 3 KVG die Unterscheidung zwischen Akutspital- oder Rehabilitationsbedürftigkeit im Spitalmilieu

einerseits und Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Einrichtung für Langzeitpflege andererseits. Es kann dafür auch das Begriffspaar von Behandlungs- und Pflegefall verwendet werden (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, Rz. 396 mit Hinweisen).

2.3.1 Akutspitalbedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn eine plötzlich auftretende, meist kurzfristig und heftig verlaufende Gesundheitsstörung eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordert. Das KVG nennt keine zeitliche Grenze, ab welcher bei länger dauernder Krankheit die Akutphase als abgeschlossen zu betrachten 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 erwartet werden kann. Unter dieser Voraussetzung kann das Merkmal der Kurzfristigkeit einer Akuterkrankung im Einzelfall Ausnahmen erfahren. So kann namentlich auch eine längere stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik noch den Charakter einer Akutbehandlung haben (Eugster, a.a.O., Rz. 269 f. mit Hinweisen).

2.3.2 Pflegebedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn die Gesundheitsstörung chronisch, also von langer Dauer und meist langsamer Entwicklung ist. 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. Das KVG verwendet den Begriff der chronischkranken Person nicht, sondern stellt die Behandlung von Langzeit- oder Pflegeheimpatientinnen und -patienten den akutspitalbedürftigen Personen gegenüber (vgl. Art. 39 Abs 3 KVG). Personen mit psychischen und solche mit somatischen Dauererkrankungen sind im Rahmen von Art. 49 Abs. 3 KVG grundsätzlich gleich zu behandeln (Eugster, a.a.O., Rz. 398 mit Hinweisen).

2.4 Bei Patientinnen und Patienten mit Daueraufenthalt in psychiatrischen Kliniken ist der massgebende Leistungstarif nach den Regeln zu bemessen, wie sie in Art. 50 KVG für Versicherte in Pflegeheimen vorgesehen sind. Entscheidend für die Abgrenzung im Zusammenhang mit stationären Leistungen ist die Frage, ob es möglich ist, die versicherte Person in einer Einrichtung für Langzeitpatienten medizinisch und pflegerisch ausreichend und zweckmässig zu versorgen (Eugster, a.a.O., Rz. 272 und 398 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin leidet unbestrittenermassen seit Jahren an einer schweren schubweise auftretenden psychischen Erkrankung. Bereits am 16. November 2005 hat die Gutachterin, Dr. med. B.____ (act. G 5.1; VB 3), von einem chronifizierten Krankheitsbild gesprochen. Auch sei nicht mehr mit einer durchschlagenden Besserung zu rechnen, da die Krankheit mit zunehmendem Residuum eher schwerer werde. Die Behandlung bezweckte denn auch eine Stabilisierung des Zustandsbilds (act. G 5.1; VB 6). Seither konnte die angestrebte Stabilisierung nicht erreicht werden und insgesamt vier Heimplatzierungsversuche sind bereits in der Anfangsphase mit nachfolgender massiver Verschlechterung des Gesundheitszustands gescheitert. Die Fachärzte Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____ weisen in ihrem Bericht vom 27. Dezember 2007 (Ergänzung zur Eingabe der Beschwerdeführerin, act. G 3) auf den sehr instabilen Krankheitsverlauf mit abrupt wechselnden Gemütszuständen hin und halten fest, dass trotz mehrmaliger Anpassung der Medikation keine ausreichende Stabilität erreicht werden konnte. Die Patientin erleide immer wieder Durchbrüche mit psychotischen Ängsten, imperativen Stimmen, depressiven Stimmungen mit akuter Suizidalität und aggressiven Erregungszuständen, bei denen sie sich

ihren Kopf auf den Boden oder an die Wand schlage und sich so Verletzungen zuführe. Die Patientin sei zudem nicht in der Lage, eine einfache Tagesstruktur durchgängig einzuhalten. Daher benötige sie weiterhin eine integrierte stationäre psychiatrische Behandlung mit klaren Strukturvorgaben. Während Dr. D. ___ am 14. Mai 2007 aufgrund des damaligen Krankheitsverlaufs mit einer schlechten Prognose rechnete (act. G 5.1; VB 6), war die Einschätzung laut Bericht vom 27. Dezember 2007 (act. G 3) positiver. Der Verlauf und insbesondere der Aufenthalt auf der zuständigen Station seit dem 25. Juli 2005 zeige Perspektiven für eine Verbesserung des Gesundheitszustands auf (beispielsweise in der Abnahme der aggressiven und vor allem tätlichen Durchbrüche gegenüber Pflegepersonal oder in der Abnahme der Isolationszeiten). Gleichzeitig ist dem Bericht zu entnehmen, dass die Versicherte trotz dieser prognostizierten Verbesserungen in absehbarer Zeit nicht ausserhalb einer akutpsychiatrischen Station einer psychiatrischen Klinik behandelt und gepflegt und somit in einer Pflegeeinrichtung medizinisch und pflegerisch nicht ausreichend und zweckmässig versorgt werden könne. Zu einem späteren Zeitpunkt sei ein Leben ausserhalb der Klinik möglich, zum Beispiel in einem kleinen, gut strukturierten und übersichtlichen Wohnheim mit psychiatrisch gut geschultem Personal. Konkrete Austrittsvorbereitungen könnten jedoch erst nach einer Phase der Stabilisierung eingeleitet werden. Die Einschätzung des Arztes, wonach sich Perspektiven für eine Verbesserung abzeichnen, werden in zeitlicher Hinsicht durch die Aussage relativiert, die Beschwerdeführerin könne in absehbarer Zeit nicht ausserhalb der Akutabteilung behandelt werden. Damit ist zumindest von einem langwierigen Stabilisierungsprozess auszugehen.

3.2 Der Verlaufs- und Pflegebericht für die Monate August bis Oktober 2007 (act. G 15) bestätigt, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erheblichen Schwankungen unterworfen ist. Auch wenn nicht jeder Kliniktag dokumentiert ist, ergeben die einzelnen Eintragungen ein Gesamtbild. Zum einen wird ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin regelmässig die Reservemedikation benötigt resp. diese ausschöpft. Zum andern zeigt sich, dass sich das Befinden plötzlich ändert: Tage, an denen sich die Beschwerdeführerin in der Therapie "psychisch-kognitiv flexibel" verhält, sie zu konstruktiver Auseinandersetzung in der Lage ist und die Klinik stundenweise oder für Tagesurlaube verlassen kann, wechseln mit solchen, an denen sie als "emotional instabil, nervös, umtriebig oder Stimmen hörend" beschrieben wird. Ein erneuter Versuch für eine Umplatzierung hat sich wiederum als schwierig erwiesen. Eine positive Entwicklung während der drei Berichtsmonate ist nicht erkennbar. Laut Stellungnahme des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin bestätige der Verlaufsbericht eindrücklich, dass nicht von einem stationären Zustandsbild auszugehen sei. Der Krankheitsverlauf sei zeitweise äusserst günstig, aber auch von erheblichen Rückschlägen geprägt, die eine intensive medizinische Betreuung verlangen. Der Umstand, dass sich die Probleme medikamentös nur unbefriedigend behandeln lassen und die Medikation stetig angepasst werden müsste, schliesse eine adäquate Behandlung in einem Pflegeheim aus. Diese Argumentation vermag nicht zu überzeugen. Die Beschwerdegegnerin weist in ihrer Beschwerdeantwort richtigerweise darauf hin, dass die erforderliche Medikamenteneinnahme grundsätzlich auch im Rahmen eines Pflegeheimaufenthalts gewährleistet werden könne. Dies gilt auch für den Fall, dass die Verabreichung der Präparate mit einigem Aufwand verbunden ist (vgl. BESA-Leistungskatalog), denn gemäss gesetzlichem Auftrag (Art. 39 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 KVG) haben Pflegeheime über qualifiziertes Personal zu verfügen (Urteil EVG K 20/06 Erw. 3.3.2 vom 20. Oktober 2006). Die Medikamenteneinstellung macht demnach für sich allein noch keine Akutabteilung erforderlich. Da diese ärztlichen Leistungen grundsätzlich

auch ambulant erfolgen können, ohne dass dafür ein stationärer Aufenthalt in einem Akutspital notwendig ist (Urteil EVG K 44/05 Erw. 2.3 vom 20. Oktober 2005), sind sie umso mehr auch in einer stationären Pflegeeinrichtung gewährleistet. Ebenso begründet eine intensiv anleitende Betreuung durch Bezugspersonen allein noch keine Akutspitalbedürftigkeit. 3.3 Bezüglich des ergänzenden ärztlichen Berichts vom 7. Juli 2008 zum Krankheitsverlauf ab Ende Dezember 2007 ist festzuhalten, dass für die richterliche Beurteilung grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses des strittigen Einspracheentscheids vom 3. Dezember 2007 massgebend sind. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids zu beeinflussen (vgl. BGE 131 V 243 Erw. 2.1; BGE 121 V 366 Erw. 1b mit Hinweisen, RKUV 2001 Nr. U 419 S. 101 Erw. 2a). Laut Bericht soll sich der Gesundheitszustand nach einem günstigen Verlauf ohne erkennbaren äusseren Grund allmählich verschlechtert haben, bis sich die Versicherte unter dem Eindruck kommandierender Stimmen im Juni 2008 vergiftete (act. G 18.1). Der Bericht bestätigt den schubweisen Verlauf der Krankheit und den psychisch instabilen Zustand der Beschwerdeführerin zweifelsfrei. Selbst bei Berücksichtigung dieses Berichts sind ihm aber keine neuen Aspekte zu entnehmen, die die Würdigung des Sachverhalts und die Beurteilung des Einspracheentscheids beeinflussen.

E. 4

4.1 Massgebendes Kriterium für die Bejahung der Akuttaxe ist – wie in Erw. 2.3.1 dargelegt – eine zu erwartende wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands. Angesichts des langjährigen schubweisen Krankheitsverlaufs und insbesondere der anhaltenden medikamentös nicht beherrschbaren Symptomatik ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt zu erachten, dass vorliegend kein akutes, sondern ein chronisches Leiden vorliegt. Somit ist mangels der zu erwartenden wesentlichen Verbesserung von einem Dauerleiden auszugehen, bei dem die Pflege im Vordergrund steht. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht für die Übernahme der Akuttaxe ab dem 1. November 2007 daher zu Recht verneint und ab diesem Datum lediglich noch Kostengutsprache für die Pflorgetaxe analog Pflegeheimtarif erteilt. Dem steht nicht entgegen, dass die Beschwerdeführerin im Fall einer schubweisen Gesundheitsverschlechterung für eine gewisse Zeit wieder auf die Akutabteilung verlegt werden kann, und die Beschwerdegegnerin dafür gemäss Art. 49 KVG dann auch den Akuttarif zu übernehmen hat. 4.2 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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