

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2008/1 vom 29. Juli 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-07-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2008_1

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2008/1 du 29 juillet 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2008/1 del 29 luglio 2008

Regeste

Art. 49 Abs. 3 KVG. Leistungen der Krankenversicherung. Abgrenzung Akutspitalbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit. Akutspitalbedürftigkeit verneint, da eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands nicht zu erwarten ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Juli 2008, KV 2008/1).

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 20. September 2007 zu Recht ablehnt bzw. ab diesem Zeitpunkt nur noch für den Pflorgetarif aufzukommen hat. Zu beantworten ist die Frage, ob der Beschwerdeführer 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).

Solange die versicherte Person nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf, richtet sich die Vergütung bei Spitalaufenthalt gemäss Art. 49 Abs. 3 Satz 1 KVG nach dem Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 KVG).

2.2 Nach der Rechtsprechung zu Art. 49 Abs. 3 KVG hat die an sich spitalbedürftige versicherte Person diejenige Heilanstalt oder Spitalabteilung 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 E. 1b mit Hinweisen). 2.3 Zwecks Bestimmung des massgebenden Leistungstarifs verlangt Art. 49 Abs. 3 KVG die Unterscheidung zwischen Akutspitalbedürftigkeit 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 Massgebendes Kriterium für die Bejahung der Akutspitalbedürftigkeit ist – wie oben dargelegt – die zu erwartende wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands.

3.1.1 Laut dem ärztlichen Bericht der Psychiatrischen Klinik Wil vom 10. August 2007 hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach einer Aufdosierung der Medikation innerhalb der letzten Monate langsam verbessert und seit Mitte Juni 2007 könne er wieder Therapien ausserhalb der Station besuchen. Aufgrund der Affektlabilität, der kognitiven Störungen mit verminderter Strukturierung des Denkens und Handelns in Kombination mit der deutlichen Antriebssteigerung seien ein strukturierendes Behandlungsmilieu, eine engmaschige Anleitung und Kontrolle, klärende und stützende Arztgespräche sowie eine ständige Adaption der Medikation erforderlich. Bis dato habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers noch nicht stabilisiert. Mit der Therapie werde daher eine affektive Stabilisierung und eine Normalisierung des Antriebs angestrebt, so dass der Versicherte in der Selbstpflege und Alltagsgestaltung wieder möglichst selbständig werde und in einer geschützten Umgebung, beispielsweise einer betreuten Wohngemeinschaft, einer regelmässigen Beschäftigung nachgehen könne. Oberarzt Dr. med. A.____ geht davon aus, dass eine weitere Verbesserung des psychischen

und somatischen Zustands erreichbar sei und er hofft, einen einigermaßen stabilen Verlauf sowie eine gute Lebensqualität für den Beschwerdeführer erreichen zu können (act. G 3.1; VB 2). Zur Erreichung dieses Ziels werde mit einem weiteren Klinikaufenthalt von mehreren Monaten gerechnet. Demgegenüber spricht die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine massgebliche Verbesserung des gesundheitlichen Zustands ab. In ihrem Einspracheentscheid macht sie mit Bezug auf den erwähnten Bericht geltend, es sei von einer chronischen Krankheit auszugehen. Mit dem Abklingen der Symptomatik sei vorderhand nicht zu rechnen, weshalb der Pflegestatus erreicht sei und die pflegerische Betreuung somit klar im Vordergrund stehe (act. G 1.1). Dem Arztbericht ist zu entnehmen, dass Defizite in der verbalen Merk- und Lernfähigkeit und ein ungeordnetes und sprunghaftes Denken während des Behandlungsverlaufs bestehen blieben. Angesichts der langjährigen, sehr instabilen psychischen Krankheit werde längerfristig mit weiteren Schwankungen des Antriebs und der affektiven Verfassung gerechnet, sodass wahrscheinlich auch künftig wiederholt Klinikaufenthalte notwendig sein würden. Den Akten sind keine fassbaren oder nachvollziehbaren Anhaltspunkte für eine absehbare wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands zu entnehmen. Aufgrund der bestehenden Defizite und des bisherigen jahrelangen instabilen Krankheitsverlaufs ist vielmehr nicht mit dem Abklingen der psychiatrischen Symptomatik zu rechnen. Demnach ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die für die Bejahung der Akutspitalbedürftigkeit erforderliche Voraussetzung der zu erwartenden wesentlichen Verbesserung nicht erfüllt ist. Vorliegend kann von einem chronischen Zustandsbild resp. Dauerleiden ausgegangen werden, für dessen Behandlung keine Akutspitalbedürftigkeit mehr ausgewiesen ist. Nicht die medizinische Behandlung steht im Vordergrund, sondern die pflegerische Betreuung.

3.1.2 Die Beschwerdegegnerin weist in ihrem Einspracheentscheid richtigerweise darauf hin, dass die erforderliche Medikamenteneinnahme grundsätzlich auch im Rahmen eines Pflegeheimaufenthalts gewährleistet werden könne. Pflegeheime haben gemäss gesetzlichem Auftrag (Art. 39 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 KVG) über erforderliches Fachpersonal zu verfügen (Urteil EVG K 20/06 E. 3.3.2 vom 20. Oktober 2006). Selbst die durch die zusätzliche somatische Erkrankung erschwerte Medikamenteneinstellung macht keine Akutabteilung erforderlich. Diese ärztlichen Leistungen können grundsätzlich auch ambulant – oder in einem Pflegeheim – erbracht werden, ohne dass dafür ein stationärer Aufenthalt in einem Akutspital notwendig ist (Urteil EVG K 44/05 E. 2.3 vom 20. Oktober 2005). Die erforderlichen Anleitungen, Kontrollen und Tagesstrukturierungen können auch durch das qualifizierte Fachpersonal eines Pflegeheims oder einer geeigneten Langzeitstation erfolgen, ebenso die Begleitung, Unterstützung und Überwachung der langfristigen Alkoholabstinenz. Zu beachten ist zudem, dass beim Beschwerdeführer weder eine Suizidalität noch eine Fremdgefährdung vorliegen (act. G 3.1; VB 2), die eine Akutspitalbedürftigkeit begründen könnten. Es ist nicht ersichtlich, warum der Beschwerdeführer nicht ebenso gut in einem Pflegeheim oder einer langzeitpsychiatrischen Abteilung medizinisch und pflegerisch sowohl ausreichend als auch zweckmässig versorgt werden könnte.

3.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine hinreichenden Gründe für die Bejahung der Akutspitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers vorliegen. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Leistungspflicht für die Übernahme der Akuttaxe ab dem 20. September 2007 zu Recht verneint und ab diesem Datum Kostengutsprache nur noch für die Pflegetaxe analog Pflegeheimtarif erteilt. Dem steht nicht entgegen, dass der

Beschwerdeführer 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.

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer wendet ein, die Krankheitssituation werde von den behandelnden Ärzten einerseits und den beurteilenden Instanzen der CSS andererseits unterschiedlich eingeschätzt. Er rügt, der Rechtsdienst der Kasse entscheide nicht neutral, sondern im Interesse der Kasse (act. G 1). 4.2 Art. 52 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) räumt der Beschwerdegegnerin als verfügende Stelle die Befugnis ein, über Einsprachen des Versicherten zu entscheiden. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben auch Versicherungsträger die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass der Versicherungsträger alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). 4.3 Nach dem Gesagten und aufgrund der Aktenlage besteht kein Anlass, am gesetzeskonformen Verhalten der Beschwerdegegnerin zu zweifeln. Anhaltspunkte, wonach sie bzw. ihr Rechtsdienst die ärztlichen Berichte der Psychiatrischen Klinik Wil nicht pflichtgemäss gewürdigt hätte, sind den Akten nicht zu entnehmen. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erscheint unbegründet.

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer verlangt vom Versicherungsgericht die Anforderung der entsprechenden ärztlichen Berichte. 5.2 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehendem Ergebnis nichts mehr ändern, ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Urteil EVG I 769/04 E. 3 vom 27. April 2005 mit Hinweisen). 5.3 Gemäss Aktenlage ist der ärztliche Bericht vom 10. August 2007 massgebend, auf den sich der Einspracheentscheid vom 22. Januar 2008 stützt. Angesichts der langjährigen instabilen psychischen Krankheit ist nicht davon auszugehen, dass ein zu einem späteren Zeitpunkt erstellter Bericht Anlass zu anderslautenden Prognosen und Schlussfolgerungen gäbe. Damit kann von weiteren Abklärungsmassnahmen abgesehen werden, da von ihnen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind.

E. 6

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.