

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2008/14 vom 26. Mai 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-05-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_KV\\_2008\\_14](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2008_14)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2008/14 du 26 mai 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2008/14 del 26 maggio 2009

## **Regeste**

Art. 49 Abs. 4 KVG: Vergütung bei Spitalbedürftigkeit. Abgrenzung der Akutspitalbedürftigkeit von der Pflegebedürftigkeit. Akutspitalbedürftigkeit für eine bestimmte Dauer verneint, während der keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten war. Wiederaufleben der Akutspitalbedürftigkeit zu einem späteren, noch zu bestimmenden Zeitpunkt bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Mai 2009, KV 2008/14).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Kostenübernahme der stationären Behandlung zum Akuttarif ab dem 22. April 2008 zu Recht abgelehnt hat bzw. ab diesem Zeitpunkt nur noch für den Pflgetarif aufzukommen hat. Dabei ist zu klären, ob der Beschwerdeführer auch über den 21. April 2008 hinaus akutspitalbedürftig war.

### **E. 2**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier 16. Juli 2008) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 4 E. 1.2 und 129 V 169 E. 1, je mit Hinweis). Allfällige Veränderungen des Gesundheitszustands nach diesem Zeitpunkt sind im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zu berücksichtigen, sondern könnten allenfalls zu einer Revision Anlass geben.

### **E. 3**

3.1 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, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden (Abs. 2 lit. a) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Abs. 2 lit. e). Die versicherte Person hat sodann nur Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, wenn diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG). Diese grundlegenden Anspruchsvoraussetzungen gelten für alle KVG-Leistungen. Unter den wirksamen und zugelassenen Anwendungen hat der Arzt jene zu wählen, welche am besten geeignet ist, den angestrebten medizinischen Erfolg zu bewirken (Zweckmässigkeit), und diesen mit einem optimalen Kosten- und Nutzenverhältnis zu erzielen verspricht (Wirtschaftlichkeit). 3.2 Die Vergütung bei Spitalaufenthalt richtet

sich gemäss Art. 49 Abs. 4 Satz 1 KVG nach dem Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 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. 4 Satz 2 KVG der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung. 3.3 Nach der Rechtsprechung zu Art. 49 altAbs. 3 KVG (seit 1. Januar 2009: Art. 49 Abs. 4 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 einer für intensive Pflege und Behandlung spezialisierten und damit teureren Klinik aufhält, 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). Gleichzeitig muss sich der Leistungserbringer gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. 3.4 Für die Bestimmung des massgebenden Leistungstarifs verlangt Art. 49 Abs. 4 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).

3.4.1 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).

3.4.2 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. 4 KVG grundsätzlich gleich zu behandeln (Eugster, a.a.O., Rz. 398 mit Hinweisen). 3.4.3 Letztlich bleibt anzufügen, dass sich die Begriffe "akute Krankheit" und "Akutspitalbedürftigkeit" einerseits sowie "chronische Leiden" und "Langzeitpflegebedürftigkeit" andererseits nicht immer streng voneinander abgrenzen lassen. Insbesondere wenn es – wie vorliegend – darum geht, die Akutspitalbedürftigkeit von einer anschliessenden blossen Pflegebedürftigkeit abzugrenzen, ist dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ein gewisser Ermessensspielraum

zuzugestehen (vgl. BGE 124 V 366 E. 2c). 3.5 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). 3.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 282 E. 1a).

#### **E. 4**

4.1 Massgebendes Kriterium für die Bejahung der Akutspitalbedürftigkeit ist – wie oben dargelegt – die zu erwartende wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands. 4.2 Der 56jährige Beschwerdeführer leidet unbestrittenermassen seit dem jungen Erwachsenenalter an Symptomen aus dem schizophrenen Formenkreis und an Alkoholabhängigkeit. Gemäss dem Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2008 war der Beschwerdeführer bereits in den Jahren 1971 und 1985 auf Grund einer katatonen Schizophrenie sowie eines sekundären Alkoholismus bei Schizophrenie in der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ hospitalisiert. Zwischen 1985 und 2006 erfolgten zahlreiche weitere Aufenthalte in verschiedenen psychiatrischen Kliniken. Ab 2006 war der Beschwerdeführer wegen Alkoholproblemen mehrmals in der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ hospitalisiert, so in den Zeiträumen vom 24. Februar bis 14. März 2006, vom 2. bis 7. September 2007, vom 10. September bis 3. Oktober 2007 und vom 10. bis 31. Oktober 2007. Aus diesen Hospitalisationen wird ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer ab September 2007 offensichtlich eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eintrat. Dr. A.\_\_\_\_ hielt fest, dass der Beschwerdeführer infolge vermehrter Auseinandersetzungen mit der Lebenspartnerin und wegen Problemen mit Arbeitskollegen wieder öfter Alkohol konsumiert habe. Am 23. November 2007 sei er auf Grund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol) sowie wegen Verdachts auf organische Persönlichkeitsstörungen gemäss ICD-10 F07.0 in die Psychiatrische Klinik B.\_\_\_\_ eingeliefert worden. Bei seinem Eintritt sei er intoxikiert, jedoch allseits orientiert gewesen. Es hätten sich deutliche Auffassungs- und

Konzentrationsdefizite gezeigt, das Gedächtnis sei soweit prüfbar aber intakt gewesen. Hinweise auf eine Exazerbation der vorbekannten Schizophrenie hätten sich keine ergeben. Im Vordergrund seien daher zuerst eine Entzugsbehandlung, Stabilisierung und Abklärung therapeutischer Möglichkeiten im Rahmen einer begleitenden Psychopharmakotherapie sowie einer Milieu- und Aktivierungstherapie gestanden. Während eines Wochenendurlaubs habe der Beschwerdeführer erneut Alkohol konsumiert und sei dann alkoholisiert in die Klinik zurückgekehrt. Da er sich immer wieder gereizt und gering gruppenfähig präsentiert habe, was zu verbalen und fremdaggressiven Verhaltensweisen geführt habe, sei er am 21. Dezember 2007 auf eine Station für schwerkranke und instabile Patientinnen und Patienten verlegt worden. Dort habe er sich nur langsam eingelebt, sei wieder aus der Klinik entwichen und habe Alkohol konsumiert. Auf Grund von Gedächtnisstörungen seien weitere diagnostische Abklärungen eingeleitet worden, welche im Februar 2008 noch andauerten (act. G 5.1.3). Mit Schreiben vom 19. März 2008 orientierte Dr. A.\_\_\_\_ die Beschwerdegegnerin über den Abschluss der diagnostischen Abklärungen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich unter einem sehr eng strukturierten Rahmen stabilisiert. Um die Belastbarkeit weiter auszuloten, werde er nun stufenweise in ein Therapieprogramm eingebunden. Diese Massnahmen seien in den nächsten Wochen unbedingt weiterhin im stationären Rahmen durchzuführen, damit er später wieder ausserhalb der Klinik im geschützten Rahmen arbeiten könne. 4.3 Der Vertrauensarzt Dr. F.\_\_\_\_ befand im Bericht vom 19. Mai 2008, dass seit dem Klinikeintritt am 23. November 2007 genügend Zeit vergangen sei, während der sowohl die nötige Behandlung hätte durchgeführt, als auch die nötigen Abklärungen hätten vorgenommen werden können. Die Bemühungen der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ seien demnach nicht genügend speditiv vorangetrieben worden. Ausserdem habe der Behandlungsverlauf gezeigt, dass der Beschwerdeführer ohnehin nicht integrationsfähig sei, nachdem er aus der Klinik entwichen und wiederum Alkohol konsumiert habe. Lediglich im strikte strukturierten und geschlossenen Rahmen geschehe solches offensichtlich nicht, doch bleibe natürlich die Frage offen, was geschehen werde, wenn sich der Beschwerdeführer wieder ausserhalb eines geschlossenen Rahmens werde aufhalten können. In Anbetracht der Vorgeschichte, der gehäuften Hospitalisationen sowie des geistigen Abbaus, welcher im Bericht vom 13. Februar 2008 als Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsstörung erwähnt worden sei, werde der Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder rückfällig werden und erneut Alkohol konsumieren, so dass er wohl auch wieder rehospitalisiert werden würde. Schliesslich sei unklar, weshalb der Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsstörung in der Zwischenzeit nicht entweder habe verifiziert oder wiederlegt werden können. Unter diesen Gesichtspunkten bestehe keine Möglichkeit, weiterhin eine Akutspitaltaxe zu gewähren. Dabei sei sowieso fraglich, was mit einer Akutspitaltaxe überhaupt noch erreicht werden sollte. Das Krankheitsbild des Beschwerdeführers sei chronisch und die Rückfallgefahr in den Alkoholmissbrauch offensichtlich sehr gross, da der Beschwerdeführer sogar während des Klinikaufenthalts mehrfach rückfällig geworden sei. Auf Grund dieser Aspekte komme nur eine Instanz in Frage, wo der Beschwerdeführer in einem mehr oder weniger geschlossenen Rahmen aufgehoben sein werde, ohne dass dafür aber Krankenkassenleistungen angemessen erscheinen würden. Aus vertrauensärztlicher Sicht würden sich daher lediglich noch Leistungen für eine Chronisch-Kranken-Taxe à Fr. 85.-- rechtfertigen. 4.4 In der Einsprache vom 16. Juni 2008 legte Dr. A.\_\_\_\_ die Diagnosen neu fest. Er beurteilte das vorliegende Krankheitsbild als schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10

F25.1), bei familienanamnestischer Vorbelastung beider Elternteile mit endogenen Erkrankungen (ICD-10 Z81.8) und nicht wie früher als katatone Schizophrenie. Ausserdem machte er Störungen durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom ICD-10 F10.2), Störungen durch Sedativa (Abhängigkeitssyndrom ICD-10 F13.2) sowie Probleme in der Beziehung (ICD-10 Z63.0) für den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verantwortlich. Unter zunehmender Belastung habe sich sein Zustand in den letzten Wochen erneut verschlechtert. Er sei zunehmend aggressiver geworden, habe alles auf sich bezogen, sich nicht mehr an Abmachungen gehalten, erneut Alkoholprobleme gehabt und sei akut suizidal geworden. Am 10. Juni 2008 sei er nach einem Gespräch verschwunden. Nachdem ihn die Polizei gleichentags zurückgebracht habe, sei er zur Reizabschirmung und zum eigenen Schutz massiv sediert, isoliert und fixiert worden. Bis zu jenem Zeitpunkt habe keine genügende Stabilität des Gesundheitszustands erreicht werden können. Nach der eingeleiteten Akutbehandlung mit medikamentöser neuroleptischer Neueinstellung sei die integriert psychiatrische Behandlung mit Weiterführen/Anpassen der Medikation, mit regelmässigen stützenden Arztgesprächen und soziomilieutherapeutischen Massnahmen unter Einbezug des Umfelds sowohl am geschützten Arbeitsplatz als auch in der Wohnung wieder aufgenommen worden, damit für den Beschwerdeführer zu einem späteren Zeitpunkt ein Leben ausserhalb der Klinik wieder möglich sei. Bis dahin könne er wegen seiner psychischen Störungen, seinem subjektiven Leiden und der objektiv festzustellenden schweren Verhaltensauffälligkeiten nicht ausserhalb einer akutpsychiatrischen Station in einer Psychiatrischen Klinik behandelt und gepflegt werden. 4.5 Am 23. September 2008 (act. G 5.1.14) nahm Dr. F. \_\_\_ zur neuen Diagnose Stellung. Er hielt die Unterscheidung zwischen einer katatonen Schizophrenie und einer schizoaffektiven Störung für willkürlich, da der Begriff "schizo"affektive Störung auch eine schizophrene Symptomatik beinhalte, welche beim Beschwerdeführer jahrzehntelang vorbestehend sei. Heute sei eine schizophrene Symptomatik nicht aktuell, sondern viel eher eine depressive Symptomatik. Dabei sei die Diagnose, sei es eine schizoaffektive Störung, sei es eine schizophrene Erkrankung, als jahrzehntelang chronifiziert zu betrachten. Eine Änderung der Diagnose ergebe sich diesbezüglich nicht. Was jedoch die Abklärungen bezüglich des Verdachts auf eine organische Persönlichkeitsstörung ergeben habe, bleibe in der Beurteilung von Dr. A. \_\_\_ unerwähnt. Diese Verdachtsdiagnose dürfe nicht einfach verdrängt, sondern müsse adäquat diskutiert werden. Die Alkoholproblematik sowie das schizoaffektive oder schizophrene Krankheitsbild seien hochgradig chronifizierte psychiatrische Krankheitsbilder, welche eine Akuthospitalisation nicht mehr rechtfertigen würden. Sie könnten nicht mehr so weitgehend beeinflusst werden, dass von einer Heilung ausgegangen werden könne. Diese Krankheitsbilder würden wohl auch im weiteren Leben des Beschwerdeführers eine wesentliche Rolle spielen, ohne dass mit einer lang dauernden Akuthospitalisation nach jahrzehntelangem Bestehen eine Besserung bzw. Heilung zu erwarten sei. In Anbetracht der Chronifizierung des aktuellen Krankheitsbildes sei eine Akutspitalbedürftigkeit nicht mehr erfüllt, sondern es liege ausschliesslich eine Pflegebedürftigkeit vor.

## **E. 5**

5.1 Im Fall des Beschwerdeführers ist seit vielen Jahren von einem chronischen Zustandsbild auszugehen. Ein solches schliesst eine Akutspitalbedürftigkeit zwar nicht grundsätzlich aus. Auch bei Vorliegen eines chronischen Zustandsbildes kann eine Spitalbedürftigkeit eintreten. Für psychische Dauerpatienten gelten aber prinzipiell die Regeln für Pflegeheimpatienten, auch wenn deren Gesundheitszustand Schwankungen

unterworfen ist. Anders verhält es sich indessen, wenn eine schubweise Verschlimmerung des Leidens vorübergehend wieder eine Akutspitalbedürftigkeit bewirkt. Massgebend ist, ob der Patient bzw. die Patientin der Behandlung und Pflege auf der Akutabteilung bedarf (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 20. Oktober 2006 [K 20/06] i/S Z., E. 3.1, 3.3.2). Dabei ist die Erwartung eines Abklingens der Krankheitssymptome nicht in Bezug auf die anerkanntermassen bestehende chronische Krankheit zu beurteilen, sondern bezüglich der vorübergehenden Verschlimmerung.

5.2 Das Krankheitsbild einer chronifizierten Schizophrenie führt für sich allein selbst in fortgeschrittenem Stadium nicht zu einer Akutspitalbedürftigkeit. Das gilt grundsätzlich auch für den Fall, dass eine regelmässige Überwachung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder zwecks Medikamenteneinnahme notwendig ist (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2005 [K 44/05] i/S E., E. 2.2; Urteil K 20/06, E. 3.1), da solche Massnahmen auch in Pflegeheimen erbracht werden können (vgl. BESA-Leistungskatalog: insbesondere Ziff. 8 ["Gesundheits- und Behandlungspflege"] und Ziff. 9 ["Psychiatrische Leistungen I - Zeitliche und örtliche Orientierung"]). Spitalbedürftigkeit liegt demgegenüber vor, solange von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann (Urteil K 20/06, E. 3.1). Vorliegend ergibt sich aus den ärztlichen Berichten, dass sich beim Eintritt des Beschwerdeführers in die Psychiatrische Klinik B.\_\_\_\_ keine Hinweise auf Befürchtungen oder Zwänge, Halluzinationen oder Sinnestäuschungen zeigten. Der Beschwerdeführer war jedoch moros, gereizt und von einer deutlichen inneren Unruhe geprägt. Im Vordergrund stand daher vorerst die Behandlung des Alkoholmissbrauchs. Erst im sehr eng strukturierten Rahmen liess sich der Zustand des Beschwerdeführers bis zum März 2008 stabilisieren, wobei Dr. F.\_\_\_\_ die Vermutung aufwarf, dass der Beschwerdeführer in dieser Zeit auch keinen Alkohol konsumieren konnte. Die im Brief von Dr. A.\_\_\_\_ vom 19. März 2008 ersuchte weitere Kostengutsprache während der "nächsten Wochen" zur Auslotung der Belastbarkeit wurde von der Beschwerdegegnerin denn auch bis 21. April 2008 bewilligt. Erst mit der Diagnose einer schizoaffektiven Störung vom Juni 2008, welche sich gegenwärtig durch Depression (ICD-10 F25.1) auswirke, rückte das schizophrene Krankheitsbild wieder mehr in den Vordergrund. Als eine schizoaffektive Störung oder Psychose gilt die Diagnose, wenn eine Erkrankung gleichzeitig oder nur wenige Tage getrennt sowohl eindeutige schizophrene als auch affektive (manische oder depressive) Symptome zeigt (Dorsch, Psychologisches Wörterbuch, 14. Aufl. Bern 2004, S. 828). Gemäss Dr. A.\_\_\_\_ zeigte sich das Krankheitsbild beim Beschwerdeführer darin, dass er zunehmend aggressiver wurde, alles auf sich bezog, sich nicht an Abmachungen hielt und erneut Alkoholprobleme hatte. Zudem sei eine akute Suizidalität hinzugekommen (vgl. act. G 5.1.11).

5.3 Die therapeutischen Ansätze bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit sind psychologischer und somatischer Art. Grundsätzlich finden in der ambulanten und stationären Suchttherapie vor allem die Breitbandtherapie (Kombination verschiedener Behandlungsmethoden) und soziotherapeutische Massnahmen Verwendung (Dorsch, a.a.O., S. 26 f.). Über die vorliegend konkret durchgeführten Behandlungen sowie den genauen Zeitpunkt der Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nach dem 21. April 2008 geben das Kurzschreiben vom 19. März 2008 sowie die Einsprache von Dr. A.\_\_\_\_ nur spärlich Auskunft. Angegeben wird, dass sich der Gesundheitszustand erst in den "letzten Wochen" vor Mitte Juni 2008 während des Therapieprogramms zur Belastungsauslotung verschlechtert habe, weshalb ab 22. April 2008 weiterhin von einem relativ stabilen

Gesundheitszustand ausgegangen werden kann. Die Alkoholproblematik sowie die geschilderten Verhaltensstörungen weisen grundsätzlich betrachtet noch nicht auf eine Spitalbedürftigkeit hin. Entsprechende Verhaltensweisen dürften wohl allgemein auch bei psychisch kranken Dauerpatienten und -patientinnen eines Pflegeheims vorkommen. Zugleich lassen die von Dr. A. \_\_\_ erwähnten Behandlungsmassnahmen generell keine Inhalte erkennen, die nicht auch im Rahmen eines Pflegeheimaufenthalts gewährleistet werden könnten. Vielmehr bilden sie auch Bestandteil des in Pflegeheimen vorhandenen Angebots (vgl. BESA-Modul Ziff. 8 ["Gesundheits- und Behandlungspflege"], Ziff. 9 [Psychogeriatrische Leistungen I – Zeitliche und örtliche Orientierung]). Damit hätten die erforderlichen Anleitungen, Kontrollen und Tagesstrukturen sowie die Begleitung, Unterstützung und Überwachung der langfristigen Alkoholabstinenz grundsätzlich nach dem 21. April 2008 auch durch das qualifizierte Fachpersonal eines Pflegeheims oder in einer geeigneten Langzeitstation erfolgen können. 5.4 Zu beachten ist schliesslich, dass aus den ärztlichen Berichten für den Behandlungszeitraum vom 23. November 2007 bis mindestens 19. März 2008 das Vorhandensein von Suizidalität oder Fremdgefährdung nicht hervorgeht (vgl. act. G 5.1.3 und 5.1.5). Daraus lässt sich schliessen, dass sich ein solches erst im Juni 2008 zeigte (vgl. act. G. 5.1.11). Dieser Aspekt spricht für die Zeit ab 22. April 2008 wiederum gegen eine Akutspitalbedürftigkeit. 5.5 Dr. A. \_\_\_ hielt als Behandlungsziel eine Verbesserung des Gesundheitszustands insoweit für möglich, als der Beschwerdeführer in seine Wohnung zurückkehren und die Arbeit im geschützten Rahmen wieder aufnehmen sollte, was v.a. auf Grund der Therapien nur im Rahmen eines Akutspitals erfolgen könne. Die geltend gemachte Spitalbedürftigkeit wäre damit offensichtlich in der Intensität der Massnahmen zu sehen. Diese stellt neben der Form der Anwendungen dem Grundsatz nach durchaus eine Komponente dar, die im Einzelfall eine Akutspitalbedürftigkeit zu begründen vermag. Den Ausführungen von Dr. A. \_\_\_ lässt sich jedoch nicht entnehmen, dass die durchgeführte Gesprächs- und Therapieführung die fachlichen Kapazitäten des Pflegeheimpersonals überstiegen hätten bzw. die ärztlichen Gespräche zwingend nicht auch ausserhalb eines Pflegeheimbetriebs hätten durchgeführt werden können. Zudem konnte bereits bei den Hospitalisationen ab September 2007 nicht mehr von zwischenzeitlichen Behandlungserfolgen gesprochen werden, nachdem die Perioden zwischen den Klinikaufhalten jeweils lediglich noch ein paar Tage gedauert hatten. Damit war beim Beschwerdeführer direkt nach dem 21. April 2008 keine Spitalbedürftigkeit mehr gegeben. 5.6 Nach dem Verschwinden des Beschwerdeführers am 10. Juni 2008 musste er polizeilich in die Klinik zurückgebracht werden. Gemäss Replik von Dr. A. \_\_\_ vom 9. Oktober 2008 (act. G 7) wurde anschliessend auf Grund anhaltender Verweigerung der Kooperation und dringender Behandlungsbedürftigkeit wegen seines paranoid psychotischen und suizidalen Zustands gestützt auf den FFE eine Zwangsbehandlung notwendig. Es erfolgte eine medikamentöse Sedierung, Isolierung und zeitweise Fixierung sowie eine medikamentöse neuroleptische Neueinstellung. Danach wurde die integriert psychiatrische Behandlung mit Weiterführen/Anpassen der Medikation, stützenden Arztgesprächen und soziomilieutherapeutischen Massnahmen unter Einbezug des Umfelds sowohl am geschützten Arbeitsplatz als auch in seiner Wohnung wieder aufgenommen (act. G 5.1.11). Wie dieser Sachverhalt aufzeigt, hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers somit spätestens am 10. Juni 2008 derart verschlechtert, dass die Voraussetzungen für eine Spitalbehandlung erneut gegeben waren. Einzig die Aussage von Dr. A. \_\_\_ vom 16. Juni 2008 (vgl. act. G 5.1.11), dass die Verschlechterung "in den letzten Wochen" stattgefunden habe, genügt nicht, um den

genauen Eintritt dieser Verschlechterung feststellen zu können. Folglich ist der Einspracheentscheid vom 16. Juli 2008 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den massgebenden Zeitpunkt des Eintritts der gesundheitlichen Verschlechterung sowie die Dauer dieses Zustands und damit ihrer Leistungspflicht auf Grund von Verlaufsprotokollen der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ eruieren und darüber neu verfügen kann.

#### **E. 6**

Für den Übertritt vom Akutspital in ein Pflegeheim oder eine Pflegeabteilung ist eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen ( BGE 124 V 367 , Urteil des EVG vom 14. April 2005 [K 157/04] i/S A.,E. 2.3.). Rechtsprechungsgemäss wurde wiederholt eine Übergangszeit von dreissig Tagen als rechtens erachtet (BGE 124 V 367, 115 V 53 f., Urteil K 20/06, E. 4.1). Diese ist vorliegend berücksichtigt worden. Gemäss dem Schreiben der Concordia vom 27. Februar 2008 war die Psychiatrische Klinik B.\_\_\_\_ informiert, dass sie nicht ohne Weiteres von einer Verlängerung der Kostenübernahme über den 25. März 2008 hinaus ausgehen konnte und rechtzeitig einen ausführlichen ärztlichen Verlaufsbericht mit entsprechender Begründung einzureichen hatte. Indem die Klinik somit am 19. März 2008 ein Gesuch zur weiteren Übernahme des Spitaltarifs stellte und ihr die Concordia dies abschliessend bis 21. April 2008 bewilligte, wurde die Übergangsfrist angemessen gewahrt.

#### **E. 7**

Auf Grund dieser Ausführungen war die Notwendigkeit eines Aufenthalts im Akutspital nach dem 21. April 2008 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht mehr gegeben, auch wenn der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiterhin gewissen Schwankungen unterworfen war. Demgegenüber führte die Verschlechterung seines Zustands spätestens ab dem 10. Juni 2008 zu einer erneuten Akutspitalbedürftigkeit. Wann diese jedoch konkret eingetreten ist und wie lange sie dauerte, ist anhand von Verlaufsprotokollen durch die Beschwerdegegnerin zu eruieren. Folglich ist der Einspracheentscheid vom 16. Juli 2008 in dem Sinn aufzuheben, als die Sache zur Prüfung und Festlegung ihrer neuen Leistungsdauer an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Für diese Dauer hat sie den Akutspitaltarif gemäss Art. 49 KVG zu erbringen.

#### **E. 8**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 16. Juli 2008 teilweise gutzuheissen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Grundsätzlich wird den am Verfahren Beteiligten eine Parteientschädigung nach Obsiegen und Unterliegen auferlegt (Art. 98 bis VRP/SG). Vorliegend obsiegt der Beschwerdeführer nur zum Teil. Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 126 V 11 E. 2 mit Verweis auf die nicht publizierte E. 7 in BGE 122 V 230) kann auch ein Arzt als qualifizierter Rechtsvertreter gegenüber dem Gericht die Interessen einer Partei wahrnehmen. Dass die Rechtsvertretung durch Dr. A.\_\_\_\_ vorliegend als qualifiziert zu betrachten ist, lässt sich nicht bestreiten. Vorliegend deutet jedoch nichts auf eine Entgeltlichkeit des Vertretungsverhältnisses hin; vielmehr lässt insbesondere die Vollmacht (act. G 1.1) auf Unentgeltlichkeit schliessen. Zudem wird aus der Vollmacht ein beträchtliches Eigeninteresse der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ erkennbar, weshalb der Anspruch auf eine Parteientschädigung entfällt. Desgleichen steht auch der Concordia, als einer mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Institution, keine Parteientschädigung zu (vgl. BGE 128 V 133 f. E. 5b). Demgemäss hat

das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 16. Juli 2008 teilweise gutgeheissen und die Sache im Sinn der Erwägungen zur materiellen Beurteilung und zur entsprechenden Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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