

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2008/22 vom 7. September 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2008_22

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2008/22 du 7 septembre 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2008/22 del 7 settembre 2009

Regeste

Art. 49 Abs. 4 KVG: Vergütung bei Spitalbedürftigkeit. Abgrenzung der medizinischen Rehabilitationsbedürftigkeit von der Pflegebedürftigkeit. Verneinung einer medizinischen Rehabilitationsbedürftigkeit im Spital (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. September 2009, KV 2008/22).

Erwägungen

E. 1

Vorliegend umstritten ist die Höhe der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Psychiatrischen Klinik Wil ab dem 13. März 2008. Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Kostenübernahme der stationären Behandlung zum gerontopsychiatrischen Rehabilitationstarif ab dem 13. März 2008 zu Recht abgelehnt bzw. ab diesem Zeitpunkt nur noch für den Pflegetarif aufzukommen hat. Dabei ist zu klären, ob der Beschwerdeführer auch über den 12. März 2008 hinaus spitalbedürftig war.

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, 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). 2.2 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. 2.3 Nach der Rechtsprechung zu Art. 49 alt Abs. 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.

2.4 Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, d.h. einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinn ist 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 Spitalaufenthalts Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 26. August 2004 [K 53/04] i/S K., E. 2 und vom 22. August 2001 [K 180/00] i/S B., E. 1b, BGE 126 V 326 E. 2b mit Hinweisen).

2.5 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. Basel 2007, Rz. 396 mit Hinweisen).

2.5.1 Zum Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinn von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG hat sich das EVG in BGE 126 V 326 E. 2c (bestätigt u.a. im erwähnten EVG-Urteil vom 26. August 2004 E. 2, mit Hinweis auf Eugster, a.a.O., Rz. 403 ff.) geäussert. Danach besteht das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken (sowie in der Geriatrie [vgl. Eugster, a.a.O., Rz 404]) der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens. Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen, wobei letzterer Fall eine Spitalbedürftigkeit voraussetzt, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist. Massgebend für die zulässige

Dauer der stationären Rehabilitation ist, dass von den laufenden Massnahmen noch wesentliche Verbesserungen des Rehabilitationserfolgs erwartet werden dürfen (Eugster, a.a.O., Rz. 405).

2.5.2 Pflegebedürftigkeit liegt demgegenüber 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).

2.6 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).

2.7 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 (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 282 E. 1a).

E. 3

3.1 Massgebendes Kriterium für die Bejahung einer stationären Rehabilitationsbedürftigkeit ist - wie oben dargelegt - die zu erwartende wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands.

3.2 Der 55jährige Beschwerdeführer leidet unbestrittenermassen an perinataler Enzephalopathie mit mittelgradiger Intelligenzminderung (ICD-10 F71.1). Die Klassifikation in ICD-10 F71 definiert sich durch einen IQ-Bereich von 35 - 49 (bei Erwachsenen entspricht dies einem Intelligenzalter von sechs bis unter neun Jahren) mit einer deutlichen Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Dennoch können die meisten Betroffenen ein gewisses Mass an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Als Erwachsene brauchen sie in unterschiedlichem Ausmass Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit. Vom Ausmass her liegt beim Beschwerdeführer eine deutliche Verhaltensstörung vor, die eine Beobachtung oder Behandlung erfordert (vgl. C. Kessler/H.

J. Freyberger [Hrsg.], Internationale Klassifikation neurologischer Erkrankungen, Weltgesundheitsorganisation, Bern 2001, S. 206). 3.2.1 Gemäss dem Bericht der Psychiatrischen Klinik Wil vom 29. August 2006 fanden bereits in den Jahren 1975 und 1990 stationäre Aufenthalte in dieser Institution statt (act. G 7.1.1). Genauere Angaben zu den damals getroffenen Diagnosen und Behandlungsmassnahmen liegen jedoch keine vor. Ab 2006 war der Beschwerdeführer wegen situativ bedingten, aggressiven Anpassungsschwierigkeiten (Differentialdiagnose: organische wahnhaft-episodische) mehrmals in der Psychiatrischen Klinik Wil hospitalisiert, so in den Zeiträumen vom 21. März bis 20. April 2006, im August und September 2006 (vgl. act. G 7.1.1, wobei die konkrete Dauer des Klinikaufenthalts weder aus dem Verlaufsbericht vom 29. August 2006 hervorgeht noch von der Beschwerdegegnerin festgehalten wurde), vom 27. Oktober 2006 bis 7. Februar 2007, vom 7. März bis 27. September 2007 und schliesslich ab 26. Oktober 2007. Aus diesen Hospitalisationen wird ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer ab Herbst 2006 offensichtlich eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eintrat. Dr. B.____ stellte im Bericht vom 29. August 2006 fest, dass sich nach dem letztmaligen Klinikaustritt eine tendenziell zunehmende Verwirrtheit mit ausgeprägter Schlaflosigkeit, gehäuften Einnässen in der Nacht und urinieren auf den Boden bei provozierendem Trinkverhalten von bis zu drei Litern auf einmal abends gezeigt hätten. Die Grundstimmung und das Verhalten des Beschwerdeführers seien insgesamt starken Schwankungen unterworfen gewesen, oft habe er sich traurig gezeigt, manchmal auch wütend. Eine ambulante neurologische Abklärung mittels Schädel-CT- und EEG-Untersuchung Ende Mai 2006 habe normale Befunde ergeben. Seit ca. 9. Juli 2006 habe sich eine massive Akzentuierung des aggressiven Verhaltens gezeigt. Der Beschwerdeführer habe ständig Gegenstände herumgeworfen, eine Scheibe zerschlagen, sei nachts sehr unruhig gewesen und habe sich gegenüber dem Personal provokativ verhalten. Im Verlauf der Hospitalisation sei die Medikation angepasst worden. Unter der aktuellen medikamentösen Therapie und der eng geführten Tagesplanung habe sich der Beschwerdeführer nun ruhig, angepasst und zufrieden gezeigt, womit das Behandlungsziel erreicht werden konnte. 3.2.2 Am 14. Dezember 2006 berichteten die Ärzte über den Klinikaufenthalt ab 27. Oktober 2006. Der Beschwerdeführer habe sich mehrmals tätlich und gegenüber dem Personal provokativ gezeigt, habe mit Gegenständen um sich geworfen und sei in seinen Reaktionen impulsiv und nicht vorhersehbar. Er erscheine enthemmt und parathym. Zur Behandlung sei daher ein Ausbau der neuroleptischen Medikation erfolgt. Auf Grund von Selbst- und Fremdgefährlichkeit sei eine einmalige Zwangsmedikation sowie zum Schutz und zur Reizabschirmung eine Fixation nötig geworden. Zudem habe der Amtsarzt einen Fürsorgerischen Freiheitsentzug veranlasst. Bei Erreichen einer genügenden Stabilität werde der Beschwerdeführer voraussichtlich in drei bis vier Wochen in die angestammten Verhältnisse des Wohnheims C.____ entlassen (act. G 7.1.2). 3.2.3 Mit Bericht vom 23. April 2007 (act. G 7.1.4) begründete Dr. B.____ gegenüber der Beschwerdegegnerin die Aufnahme per 7. März 2007 durch schwere, krankheitsbedingte Erregungszustände mit Selbst- und Fremdgefährdung. Differentialdiagnostisch sei eine beginnende neurodegenerative Entwicklung zu diskutieren, wie sie bei Menschen mit geistiger Behinderung immer wieder bei zunehmendem Alter zu beobachten sei. Seit dem Eintritt sei der Beschwerdeführer auf einer geschlossenen Akutstation für Patientinnen und Patienten mit schweren Verhaltensstörungen behandelt worden. Anfänglich sei es auch hier immer wieder zu Erregungs- und Unruhezuständen gekommen, so dass der Beschwerdeführer teilweise im Zimmer habe isoliert werden müssen. Im Rahmen des maniformen Syndroms

seien in diesem Zusammenhang auch die anfänglich sehr ausgeprägten Schlafstörungen zu erwähnen. Bedingt durch die psychiatrische Erkrankung und die anfangs notwendigerweise hoch dosierte sedierende Medikation sei der Beschwerdeführer engmaschig überwacht worden und in allen Belangen des täglichen Lebens vollständig auf pflegerische Hilfe angewiesen gewesen. Entsprechend der täglichen ärztlichen Einschätzung habe die Medikation langsam reduziert werden können. Obgleich sich der Beschwerdeführer insgesamt insbesondere in seinen sozialen Kompetenzen bereits deutlich verbessert habe, klinge das Störungsbild nur langsam ab. Nachdem es im letzten Jahr nach drei mehrwöchigen stationären akutpsychiatrischen Behandlungen nach der Entlassung ins Heim sehr schnell zu einer erneuten Dekompensation gekommen sei, sei angesichts der derzeit ähnlich gelagerten Problematik nach wie vor von einer ausgeprägten Fragilität auszugehen. Mit Blick auf die häufigen Rehospitalisierungen werde versucht, das Ziel einer Rückverlegung ins Behindertenheim durch eine nachhaltigere Stabilisierung zu erreichen. Eine solche würde jedoch durch eine übereilte Entlassung als gefährdet erscheinen.

3.2.4 Am 24. Juli 2007 (act. G 7.1.5) hielt Dr. B. ___ fest, dass sich der Beschwerdeführer seit dem letzten Verlaufsbericht immer wieder laut und angespannt gezeigt habe und es zu Tötlichkeiten gegenüber Mitpatienten gekommen sei. Sein sprunghaftes Denken sowie sein Antrieb, seine Logorrhoe hätten sich zunehmend zurückgebildet. Auch seine sexuelle Enthemmtheit und Distanzlosigkeit hätten abgenommen. Er benötige weiterhin eine hoch strukturierte fachpsychiatrische ärztliche und pflegerische Betreuung, die in der nötigen Intensität nur im Rahmen einer akutstationären Behandlung gewährleistet werden könne. Das Ziel bleibe weiterhin eine stabile und dauerhafte Heimplatzierung. Daher seien in den nächsten Wochen kurzzeitige "Belastungserprobungen" im Heim sowie im engen Kontakt mit den dortigen Fach- und Bezugspersonen die Entwicklung geeigneter Tagesstrukturen geplant. Nach einer Stabilisierung des Beschwerdeführers mit erfolgreicher Belastungserprobung wurde er am 27. September 2007 aus der Klinik entlassen (act. G 7.1.6). Bereits einen Monat später erfolgte jedoch der nächste Eintritt wegen angespannten aggressiven Verhaltens mit Tötlichkeiten (act. G 7.1.8).

3.2.5 Dr. B. ___ orientierte am 6. Dezember 2007 (act. G 7.1.8) über ein maniformes Zustandsbild mit erniedrigter Frustrationstoleranz und gesteigerter Impulshaftigkeit. Es bestünden zur Zeit deutliche Hinweise auf Fremdgefährdung. Eine Selbstgefährdung im Sinn von Fehlbeurteilungen und Fehlhandlungen sei ebenfalls vorhanden. Der Beschwerdeführer könne nicht für sich selber sorgen, sondern benötige ständige Betreuung. Auf Grund der Vorgeschichte liege bei insgesamt progredientem prozesshaftem Geschehen ein komplizierter und komplikationsträchtiger Verlauf vor. Die medikamentöse Einstellung des anhaltend instabilen Beschwerdeführers sei unzureichend und der pharmakologische Zugang (Neuroleptika, Moodstabilizer, Anxiolytika, Sedative) erfordere grosse Vorsicht und Geduld. Grundsätzlich werde eine Stabilisierung für möglich gehalten, es sei aber von einer mehrmonatigen akutstationären Behandlungsbedürftigkeit auszugehen.

3.2.6 Bezüglich der Therapieziele und dem Anschlussprogramm nach einer Entlassung befanden die Klinikärzte im Verlaufsbericht vom 31. Januar 2008 (act. G 7.1.10) eine relative Stabilisierung bis Februar 2008 als realistisch und eine Umgruppierung in einen reduzierten gerontopsychiatrischen Rehabilitationstarif dann als möglich. Sie sahen mittelfristig eine Heimplatzierung in einem für geistig Behinderte geeigneten Fördermilieu als realistisch und strebten diese für Ende 2008 an. In der Zwischenzeit sollte im Rahmen einer rehabilitativ orientierten Klinikbehandlung mit akuten ärztlichen und fachpflegerischen Interventionen

ohne Milieuwechsel eine stützende und fördernde Tagesstruktur erarbeitet werden, um die medikamentös initiierte Stabilisierung längerfristig zu festigen. Dies sei nach den bisherigen Erfahrungen nur in der therapeutischen Intensität einer längerfristigen stationären Klinikbehandlung möglich.

3.3 Nach der Leistungsherabsetzung durch die Beschwerdegegnerin begründete Dr. B.____ die Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers damit, dass sie medizinisch geboten und ökonomisch vertretbar sei, da so das Risiko von wahrscheinlichen psychiatrischen und somatischen Sekundärkomplikationen und entsprechenden Folgekosten reduziert werden könne. So habe sich der Zustand im Rahmen der stationären Behandlung unter Adaptation und sicherer Verabreichung der Medikation sowie durch die den Tageslauf konsequent strukturierende, psychiatrische Behandlungspflege im geschlossenen Setting weiter stabilisiert. Bei einem Anhalten der positiven Erfahrungen wolle man die aktuelle Medikation beibehalten oder noch weiter vereinfachen. Insbesondere würde es als vorteilhaft betrachtet, wenn das kognitionseinschränkende Diazepam weiter abgebaut werden könnte. Die hochgradige Vulnerabilität und Irritierbarkeit des Patienten, welche weiterhin fortbeständen, seien nur innerhalb des Klinikaufenthalts in ihren gefährdenden Auswirkungen einigermaßen kompensierbar (act. G 7.1.13). Darauf, worin die gefährlichen Auswirkungen konkret bestanden oder wie sich die möglichen Sekundärkomplikationen auswirken würden, ging Dr. B.____ im letzten Bericht allerdings nicht weiter ein. Dazu gezählt werden kann wohl der neu diagnostizierte Tremor am ganzen Körper, welcher allenfalls durch die Medikation verstärkt werde. Auch dem Verlaufsbericht vom 6. Dezember 2007 ist zu entnehmen, dass die medikamentöse Einstellung nebenwirkungsträchtig sei. So sei der Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt - jedoch nicht mehr im Zeitpunkt der Leistungsherabsetzung - durch vermehrte extrapyramidale Bewegungsstörungen auch somatisch gefährdet gewesen (Dysphagie mit Aspirationsgefahr, Sturzgefahr, vegetative Dysregulation bei erhöhtem Muskeltonus). Weiter wird im Januarbericht festgehalten, dass die psychiatrische Störung neben der geistigen Behinderung nosologisch einen eigenen, komplizierenden und den Beschwerdeführer auch somatisch akut gefährdenden Stellenwert mit akuter stationärer Behandlungsbedürftigkeit erhalten habe (act G 7.1.10). Dr. A.____ nahm dazu keine Stellung. Dennoch weist der von Dr. B.____ für den Zeitpunkt der Leistungsherabsetzung beschriebene Gesundheitszustand generell betrachtet noch nicht auf eine Spitalbedürftigkeit hin. Entsprechende Instabilitäten und Medikationsrisiken dürften allgemein wohl auch bei psychisch kranken Dauerpatienten und -patientinnen eines Pflegeheims vorkommen.

3.4 Im Gegensatz zu Dr. A.____, welcher beim Beschwerdeführer mit der Kurzbegründung, dass dieser ein chronischkranker Patient sei, ausschliesslich noch eine Pflegebedürftigkeit feststellen konnte, sahen die behandelnden Ärzte in der aktuellen Klinikbehandlung die einzige Möglichkeit, der Gefahr einer dauerhaft akuten schweren Instabilität zu begegnen, eine langfristige Unterbringung in einer geschlossenen Klinikstation zu umgehen und somit dem Beschwerdeführer noch einmal die Chance auf ein zu Hause in einer behinderungsgerechten Heimpflege zu ermöglichen (act. G 7.1.13). Damit wäre die geltend gemachte Spitalbedürftigkeit 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 Spitalbedürftigkeit zu begründen vermag. Den Ausführungen von Dr. B.____ lässt sich jedoch nicht entnehmen, welche konkreten Behandlungsformen die fachlichen Kapazitäten des Pflegeheimpersonals überstiegen hätten bzw. weshalb die ärztlichen Kontrollen sowie die medikamentöse Einstellung zwingend nicht auch ambulant hätten durchgeführt werden können. Dass speziell die

fachpsychiatrische Pflege unter milieutherapeutischen, ergotherapeutischen, aktivierungstherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten arbeite (vgl. act. G 7.1.4), liefert insofern auch keinen überzeugenden Grund. Zudem konnte bereits bei den Hospitalisationen ab Oktober 2006 nicht mehr von zwischenzeitlichen Behandlungserfolgen gesprochen werden, nachdem der Beschwerdeführer zwischen den drei letzten Klinikaufenthalten jeweils nur noch je für einen Monat ins Wohnheim zurückkehren konnte.

3.5 Beim Beschwerdeführer ist seit ca. zwei Jahren von einem chronischen Zustandsbild auszugehen. Ein solches schliesst eine Spitalbedürftigkeit zwar nicht grundsätzlich aus. Auch bei Vorliegen eines chronischen Zustandsbilds 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 Spitalbedürftigkeit bewirkt (Eugster, a.a.O., Rz. 398 und EVG-Urteil vom 20. Oktober 2006 [K 20/06] i/S Z., E. 3.1). Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung wurde eine Akutspitalbedürftigkeit sogar bei einer chronifizierten Schizophrenie für sich allein selbst in fortgeschrittenem Stadium grundsätzlich nicht bejaht. Dies auch für den Fall, dass eine regelmässige Überwachung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder zwecks Medikamenteneinnahme notwendig sei, da solche Massnahmen auch in Pflegeheimen erbracht werden könnten (vgl. BESA-Leistungskatalog: insbesondere Ziff. 8 ["Gesundheits- und Behandlungspflege"] und Ziff. 9 ["Psychiatrische Leistungen I - Zeitliche und örtliche Orientierung"]) (EVG-Urteile vom 20. Oktober 2005 [K 44/05] i/S E., E. 2.2 und 20. Oktober 2006 [K 20/06] i/S Z., E. 3.1). Vorliegend wiesen die Ärzte mehrfach auf eine mögliche neurodegenerative Entwicklung hin, welche bei geistig behinderten Personen mit zunehmendem Alter oft zu beobachten sei (vgl. act. G 7.1.4, G 7.1.5, G 7.1.10 und G 7.1.11). Medizinische Massnahmen, um einer solchen Entwicklungstendenz entgegenzuwirken, sind den Akten jedoch nicht zu entnehmen. Schliesslich ergibt sich aus den ärztlichen Angaben insgesamt nicht, dass zur Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens des Beschwerdeführers ein Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik Wil über den 12. März 2008 hinaus erforderlich war.

3.6 Ausserdem kann Dr. B.____ auch insofern nicht gefolgt werden, als er eine Anwendung des Rehabilitationstarifs durch den geringeren administrativen Aufwand im Vergleich zur Pflorgetaxe begründet. Während bei Heimpatienten die Leistung notwendiger Behandlungen neben den krankenkassenpflichtigen Pflegekosten separat verrechnet werden müssen, vereinfacht der Rehabilitationstarif zwar die Kostenverlegung dadurch, dass mit ihm die fachpsychiatrische stationäre Behandlungspflege, die Medikation, die Labordiagnostik, die regelmässigen ärztlichen Visiten sowie weitere externe ambulante ärztliche Diagnostik und Behandlung abgegolten werden. Der Rehabilitationstarif Nr. 101.11 gemäss dem Anhang zur Taxordnung der kantonalen Psychiatrischen Dienste (sGS 321.62) wird aber lediglich solange gewährt als die versicherte Person der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf (Art. 49 Abs. 4 KVG). Damit wird einzig an den Gesundheitszustand des Versicherten angeknüpft und nicht daran, ob eine separate Verrechnung mit zusätzlichem Zeitaufwand verbunden ist. Im Übrigen ist weder belegt noch wird geltend gemacht, dass die täglichen Durchschnittskosten der separat verrechneten notwendigen Leistungen vorliegend die Höhe der Rehabilitationstaxe erreichen.

3.7 Damit war beim Beschwerdeführer auf Grund der Stabilisierung des Gesundheitszustands per Ende Februar / Anfang März 2008 über den 12. März 2008 hinaus keine Spitalbedürftigkeit im Sinn einer

medizinischen Rehabilitation mehr gegeben.

E. 4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit über den 12. März 2008 hinaus keine hinreichenden Gründe für eine Bejahung der Rehabilitationsbedürftigkeit unter Spitalbedingungen mehr gegeben waren. Dies obgleich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiterhin gewissen Schwankungen unterworfen war und dieser bestimmten, über die reinen Pflegemassnahmen hinausgehenden Behandlungen bedurfte.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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.