

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2003.00022 vom 27. Februar 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2003.00022

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2003.00022 du 27 février 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2003.00022 del 27 febbraio 2004

Erwägungen

E. 1

1.1 Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in den Artikeln 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen.

1.2 Zum Leistungsbereich gemäss den Artikeln 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden (lit. a), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. e).

1.3 In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt - wie bereits unter der Herrschaft des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) - dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das für den Behandlungszweck erforderlich ist. Demnach haben sie dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 f. Erw. 3a+b mit Hinweisen).

Bei der Frage nach der Leistungspflicht für einen stationären Spitalaufenthalt ist das Wirtschaftlichkeitsgebot in Art. 49 Abs. 3 KVG konkretisiert. Nach Satz 1 dieser Bestimmung richtet sich die Vergütung bei Spitalaufenthalten - also bei Aufenthalten in einer Einrichtung, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (vgl. Art. 39 Abs. 1 KVG Ingress) - nach dem Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG, 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 nach Art. 49 Abs. 3 Satz 2 KVG für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung. Gemäss dieser Bestimmung vergütet der Versicherer beim Aufenthalt in einem Pflegeheim - das heisst in einer Einrichtung, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von

Langzeitpatienten und -patientinnen dient (vgl. Art. 39 Abs. 3 KVG) - die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause, wobei er mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren kann.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat festgehalten, dass die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in Art. 49 Abs. 3 KVG der Rechtsprechung entspreche, wie sie unter der Herrschaft des KUVG zur Wirtschaftlichkeit von Spitalaufenthalten entwickelt worden sei und dass diese Rechtsprechung daher auch unter dem neuen Recht weiterhin Geltung habe (vgl. BGE 124 V 364 f. Erw. 1b). Sie besagt, dass die an sich spitalbedürftige versicherte Person diejenige Heilanstalt oder Spitalabteilung zu wählen hat, in die sie vom medizinischen Standpunkt aus geht. Die Kasse hat demnach aus der Grundversicherung nicht für Mehrkosten aufzukommen, die sich daraus ergeben, dass die versicherte Person sich in eine für intensive Pflege und Behandlung spezialisierte und damit teure 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. Ebenso hat die spitalbedürftige versicherte Person nach den Grundsätzen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht mehr als die gesetzlichen beziehungsweise statistischen Leistungen zugute, wenn sie gezwungenermassen in einer teuren Klinik hospitalisiert werden muss, weil in der Heilanstalt oder in der Spitalabteilung, die vom medizinischen Standpunkt aus gesehen würde und billiger wäre, kein Bett frei ist. Ferner hat die Kasse rechtsprechungsgemäss auch nicht dafür aufzukommen, wenn eine versicherte Person trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist, weil zum Beispiel kein Platz in einem geeigneten und für die versicherte Person günstigen Pflegeheim (ohne Spitalcharakter) vorhanden ist und mithin der Spitalaufenthalt nur noch auf sozialen Überlegungen beruht (BGE 125 V 179 Erw. 1b, 124 V 364 f. Erw. 1b, je mit Hinweis auf BGE 115 V 48 f. Erw. 3b/aa).

E. 2

2.1 Der Grund dafür, dass die Versicherte im Anschluss an die primäre Heilbehandlung nicht in ein Pflegeheim, sondern in die Klinik für Geriatrie und Rehabilitation des Spitals C. verlegt worden war, hatte gemäss den Angaben im Bericht des Spitals vom 31. Juli 1998 (Urk. 10/14) darin gelegen, dass nach der Durchführung einer Tracheotomie und der Einlage einer Trachealkanüle eine Platzierung in einem Pflegeheim nicht möglich gewesen war. Auf diese Trachealkanüle für die Sicherstellung der Atmung blieb die Versicherte auch in der Folgezeit angewiesen; die Kanüle ist im Bericht des Spitals vom 8. Februar 2001 (Urk. 10/9) immer noch erwähnt, und auch im November 2002 konnte deren Entfernung gemäss einer telefonischen Angabe des behandelnden Arztes Dr. med. F. gegenüber dem Vertrauensarzt Dr. E. bis auf weiteres nicht in Betracht gezogen werden (vgl. Urk. 3/2). Im Übrigen beschränkte sich die Betreuung der Versicherten gemäss dem Bericht vom 8. Februar 2001 auf pflegerische Vorkehrungen, und diagnostische oder therapeutische Massnahmen wurden nicht durchgeführt und waren auch nicht geplant.

Demgemäss steht fest und wurde auch von den Parteien nicht in Frage gestellt, dass die Versicherte im strittigen Zeitraum ab dem 1. April 2002 bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids - entsprechend der Beurteilung von Dr. E. vom 19. November 2002 (vgl. Urk. 3/2) - über die Vorrichtungen im Zusammenhang mit der Atmungskanüle hinaus nicht auf medizinische Leistungen angewiesen war, die nur unter

Spitalbedingungen erbracht werden konnten und nicht ebenso gut in einem Pflegeheim hätten durchgeführt werden können. Strittig und zu präzisieren ist hingegen, ob die besonderen Anforderungen, welche die Handhabung der Trachealkanüle an die Pflegenden stellt, eine Spitalbedürftigkeit mit entsprechender Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nach dem Spitaltarif begründen.

2.2.2 Der Ehemann der Versicherten berief sich zur Begründung einer Spitalbedürftigkeit (vgl. Urk. 1 S. 3 f., Urk. 17 S. 2) im Wesentlichen auf eine telefonische Auskunft von Dr. med. G. ___ vom Stadtärztlichen Dienst X. ___ an Dr. E. ___, nach der keine Patienten und Patientinnen mit Trachealkanüle in städtische Pflegeheime aufgenommen würden (vgl. Urk. 3/2). Dem hielt die Beschwerdegegnerin die zitierte Rechtsprechung entgegen, wonach die Kasse nicht dafür einzustehen hat, wenn eine versicherte Person nur deshalb im Spital verbleiben muss, weil kein Platz in einem geeigneten Pflegeheim vorhanden ist (vgl. Urk. 2 S. 4 f., Urk. 7 S. 4 ff., Urk. 21 S. 2 f.).

Diese Rechtsprechung ist indessen auf Fälle zugeschnitten, wo an sich Pflegeheime existieren, die den konkreten medizinischen Bedürfnissen der im Spital verbleibenden versicherten Person entsprechen könnten, wo eine Unterbringung aber aus Kapazitätsgründen nicht gelingt (vgl. BGE 125 V 177 sowie das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i. S. A., B. und C. vom 29. Januar 2001, K 56/00). Anders verhält es sich hingegen dort, wo eine Unterbringung in einem Pflegeheim daran scheitert, dass es überhaupt kein Pflegeheim gibt, das zur Vornahme der konkret erforderlichen Massnahmen befähigt ist, oder wo die Existenz eines solchermassen befähigten Heimes als ganzlicher Ausnahmefall zu betrachten ist und damit auch dem Zustandekommen einer effektiven Platzierung Ausnahmecharakter zugeschrieben werden müsste (vgl. RKUV 1991 Nr. K 870, S. 166 ff., insbesondere Erw. 3a). Ist der Aufenthalt einer versicherten Person im Spital auf solche Umstände zurückzuführen, so hat die Kasse für die Kosten dieses Aufenthaltes aufzukommen, da diesfalls, wie der Ehemann der Versicherten in dieser Hinsicht zutreffend bemerken liess (vgl. Urk. 1 S. 4), keine zweckmässige Alternative zur Betreuung im Spital vorhanden ist.

Wie es sich mit dem Vorhandensein einer zweckmässigen Alternative im vorliegenden konkreten Fall verhält, kann allerdings aufgrund der vorhandenen Unterlagen, auch unter Berücksichtigung der erwähnten Angaben von Dr. G. ___ und der Beurteilung von Dr. E. ___, noch nicht abschliessend beurteilt werden. Wohl nehmen gemäss Dr. G. ___ die öffentlichen Pflegeheime in der Stadt X. ___ offenbar keine Patienten und Patientinnen auf, die zum Atmen eine Trachealkanüle benötigen, hingegen fehlen Angaben darüber, ob allenfalls ausserhalb der Stadt Pflegeheime oder insbesondere auch Krankenheimabteilungen in Spitälern existieren, welche für die spezialisierte Pflege der Versicherten befähigt wären. Wäre dies der Fall, so müsste ein Übertritt in ein entfernter liegendes geeignetes Heim als zumutbar erachtet und die Spitalbedürftigkeit verneint werden. Allein aus dem Hinweis im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 4) und im Schreiben an Dr. D. ___ vom 12. April 2002 (Urk. 8/2) auf eine mögliche Verlegung der Versicherten in das private Pflegeheim H. ___ in X. ___ kann jedoch noch nicht auf eine fehlende Spitalbedürftigkeit geschlossen werden, da den Akten nicht entnommen werden kann, auf welchen Informationen dieser Hinweis beruht, und sich auch nicht beurteilen lässt, ob es sich bei jenem Pflegeplatz um einen absoluten Ausnahmefall im Sinne der erwähnten Rechtsprechung handelt. Die

Beschwerdegegnerin wird daher im Sinne der vorstehenden Erwägungen noch näher Abklärungen zu treffen haben.

2.3. Für den Fall, dass die Spitalbedürftigkeit aufgrund der Ergebnisse der genannten Abklärungen zu verneinen wäre, ist auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts hinzuweisen, wonach der versicherten Person für den Übertritt vom Akutspital in ein Pflegeheim oder in eine Pflegeabteilung eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen ist (BGE 124 V 367 Erw. 2c mit Hinweisen), die sich praxisgemäss in der Grössenordnung von etwa einem Monat bewegt (vgl. BGE 115 V 54 Erw. 3d mit Hinweisen). In den vorhandenen Akten ist die Absicht der Beschwerdegegnerin, den Beitrag an die Betreuungskosten auf die Höhe des Pflegeheimtarifs zu reduzieren, erstmals in deren Schreiben an das Spital C.____ vom 12. März 2002 erwähnt (Urk. 10/6), und die Angehörigen der Versicherten führten in einem Schreiben an Dr. D.____ vom 15. April 2002 (Urk. 10/4) aus, dass sie durch eine Orientierungskopie des Antwortschreibens des Arztes vom 25. März 2002 an die Beschwerdegegnerin (Urk. 10/5) von dieser Absicht erfahren hätten. Demgegenüber ist in der Verfügung vom 17. Mai 2002 davon die Rede, dass die Bestrebungen zur Beitragsreduktion bereits im Herbst 2001 ihren Anfang genommen hätten (vgl. Urk. 3/1 S. 1), wobei jedoch nicht bekannt ist, wieweit die Angehörigen der Versicherten damals bereits involviert waren. Ausserdem scheint der definitive Entschluss der Beschwerdegegnerin, die bisherige Vereinbarung nicht mehr zu verlängern, nicht von Anfang an festgestanden zu haben, denn Dr. D.____ sprach im Schreiben vom 25. März 2002 davon, dass im November 2001 Gespräche zwischen dem Spital und der Beschwerdegegnerin in Aussicht genommen worden seien (vgl. Urk. 10/5 S. 1). Sollte den Angehörigen der Versicherten somit der definitive Entscheid der Beschwerdegegnerin zur Beitragsreduktion erst Ende März 2002 bekannt gegeben worden sein, so erschiene die bereits per Anfang April 2002 vorgenommene Herabsetzung des bisher vereinbarten Beitrags von Fr. 135.-- als verfrüht. Dies gilt umso mehr, als die Beschwerdegegnerin im vorangegangenen Jahr ihre Zusicherung zur Verlängerung der besagten Vereinbarung erst im Frühjahr abgegeben hatte (vgl. Urk. 10/7). Aufgrund der Tatsache allein, dass die Zusicherung einer weiteren Verlängerung für das Jahr 2002 bis Ende März 2002 ausgeblieben war, mussten somit die Angehörigen der Versicherten noch nicht ohne weiteres damit rechnen, dass eine solche Verlängerung nicht mehr zustandekommen würde und sie nach einer neuen Lösung zu suchen hätten. Im Falle der Verneinung der Spitalbedürftigkeit hätte die Beschwerdegegnerin daher im Lichte dieser Erwägungen zu prüfen, ob eine Weitergewährung der bisherigen höheren Beiträge für die Dauer einer den dargelegten Umständen angemessenen Übergangsfrist gerechtfertigt wäre.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ferner ist die Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass die Zürcher Krankenhäuser seit dem 1. Januar 2001 in der BESA-Stufe 4 neben der Pauschale von Fr. 70.-- eine weitere Teilpauschale von Fr. 20.-- für zusätzliche Pflichtleistungen in Rechnung stellen können (vgl. die Publikation "Tagestaxen in Heilanstalten" des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen, santésuisse). Diesen Umstand hätte sie für den Fall der fehlenden Spitalbedürftigkeit bei der Festsetzung der nach Pflegeheimtarif geschuldeten Leistungen noch zu berücksichtigen.

2.4. Damit ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin

zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu verfähre.

3. Nach Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festgesetzten Ersatz der Parteikosten, die nach dem zu beurteilenden Sachverhalt beziehungsweise nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (Art. 34 GSVGer sowie Art. 8 und 9 der Verordnung über die sozialversicherungsgerichtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigungen) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und zum anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung gilt rechtsprechungsgemäss als Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführerin steht daher eine Prozessentschädigung zu, die ermessensweise auf Fr. 1'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Februar 2003 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsdienst für Behinderte
- Helsana Versicherungen AG
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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