

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00049 vom 31. Januar 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2005.00049

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00049 du 31 janvier 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00049 del 31 gennaio 2007

Erwägungen

E. 4

4.1. Fest steht auf Grund der Akten, dass sich die Beschwerdeführerin ein erstes Mal vom 24. Oktober 2001 bis zum 28. November 2001 in der Klinik A. aufgehalten hatte (Urk. 8/3). Die damalige Einweisung erfolgte auf Grund eines schweren Erschöpfungszustandes mit Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit, Freudlosigkeit, deutlich deprimierter Stimmungslage, Appetitlosigkeit und schweren Durchschlafstörungen, hervorgerufen durch eine seit Jahren bestehende Konfliktsituation in der Ehe (Urk. 8/16 S. 2). Die Beschwerdeführerin brach die Behandlung aber von sich aus vorzeitig ab, da sich die eheliche Situation beruhigt hatte und das Ehepaar einen Neuanfang versuchen wollte (Urk. 8/3 S. 1).

Am 6. November 2002 diagnostizierte der behandelnde Arzt Dr. C. erneut einen schweren psychischen Erschöpfungszustand, entstanden durch die langjährige massive Eheproblematik, und einen chronischen Angstzustand vor physischen Übergriffen des Ehemannes (Urk. 8/3). Im Kostengutsprachege such vom 29. November 2002 (Urk. 8/2) wies Dr. C. auf die gesundheitlich und psychisch kritische Situation der Versicherten hin und erachtete eine Hospitalisation als dringend angezeigt.

Der auf den 10. Dezember 2002 geplante Klinikeintritt wurde jedoch, da eine Kostengutsprache nicht vorlag (Urk. 8/4 und 8/5, vgl. auch Urk. 8/6), verschoben. Nachdem sich die Versicherte auf Anraten von Dr. C. in die ambulante Sprechstunde zu Dr. med. G., Facharzt für Psychiatrie, in die Klinik A. begeben hatte (Urk. 8/8), wies dieser sie zu einem stationären Aufenthalt ein. Am 10. März 2003 trat die Beschwerdeführerin in die Klinik ein, wobei ein Aufenthalt von ungefähr vier bis sechs Wochen geplant war (Urk. 8/13). Bis zum Eintritt in die Klinik hatte sich nach Angaben von Dr. C. die persönliche Situation insofern verschärft, als eine Scheidung nun von der Versicherten gewollt wurde. Unter den Ehegatten sei praktisch kein Gespräch mehr möglich gewesen, respektive ein solches habe sich auf Drohungen seitens des Ehemannes beschränkt. Dr. C. führte aus, er habe in der Vergangenheit oft erlebt, dass die Versicherte mit Heilmitteln in die Sprechstunde gekommen sei. Er habe oft unangenehme Befürchtungen vor einer eskalierenden Familiensituation abwehren müssen (Urk. 8/10). Weiter betonte Dr. C. zuhanden der Klinikleitung die angesichts der familiären Situation dringlich erscheinende Notwendigkeit einer Distanzschaffung durch eine Hospitalisation der Versicherten. Zusätzlich zum gegebenen schweren Erschöpfungszustand diagnostizierte der Arzt das Vorliegen einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Die Dringlichkeit der Spitaleinweisung betonte er auch im Kostengutsprachege such vom 7. März 2003 (Urk. 8/11), in welchem der Arzt es ablehnte, weiterhin die Verantwortung für die Gesundheit seiner Patientin zu tragen, wenn nicht

etwas geschehe, und er sodann erwähnte, es sei ihm nicht mehr wohl, bis die Versicherte tatsächlich im Spital sei (Urk. 8/11).

4.2 Zu prüfen ist, ob die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin im November 2002 respektive im März 2003 einen Aufenthalt im Spitalmilieu erforderlich machte oder die gesundheitliche Problematik mit einer ambulanten Therapie hätte angegangen werden können.

Im Austrittsbericht vom 16. Juni 2003 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 8/17):

"1. Schwere depressive Episode mit/bei (ICD-10 F32.2)

- langjähriger psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 Z63.0)

- erlebter verbaler und körperlicher Gewaltausübung

2. Ängstlich-zwanghafte Persönlichkeitsstruktur

3. intermittierender sekundärer Alkoholabusus (ICD-10 F10.1)."

Erhoben wurde ein Erschöpfungszustand mit einer deutlich reduzierten Stimmungslage, mit Ratlosigkeit, Verzweiflung, Schuldgefühlen, Gereiztheit, Müdigkeit, Unruhe und der Angst, "nicht mehr funktionieren zu können" (Urk. 8/17 S. 2). Die Beschwerdeführerin fühlte sich kraftlos, verlor die Fähigkeit sich zu engagieren und als Versagerin und sie litt unter frühmorgentlichem Erwachen.

In der Klinik wurde die Beschwerdeführerin medikamentös mit Antidepressiva behandelt. Um zur Ruhe zu kommen, habe die Versicherte zunächst nur ein reduziertes Therapieprogramm absolviert. Durch die Distanz von zu Hause sei es zu einer Entlastung und Verbesserung des Erschöpfungszustandes gekommen, so dass sich die Versicherte vermehrt am klinikinternen Therapieangebot (Ergo- und Physiotherapie, Einzel- und Gruppengespräche) beteiligt habe. In den Einzelgesprächen sei praktisch ausschliesslich die schwere Eheproblematik Thema gewesen. Mit der Unterstützung des klinikinternen Sozialdienstes habe die Trennung der Ehegatten unter anwaltschaftlicher Mitwirkung eingeleitet werden können. Das Vollziehen der Trennung sei ein schwieriger Prozess gewesen, der bei der Beschwerdeführerin immer wieder panikartige Ängste und depressive Krisen ausgelöst habe, welche therapeutisch hätten aufgefangen werden müssen. Immer deutlicher sei bei der Versicherten eine ängstlich-zwanghafte Persönlichkeitsstruktur feststellbar geworden. So habe sie ihre Situation mit grossem Kraftaufwand unter Kontrolle zu halten versucht. Beim Auftreten von Problemen sei sie jedoch schnell überfordert gewesen. Der Verzicht auf Alkoholkonsum sei während des Klinikaufenthaltes kein Problem gewesen. Dazu beigetragen habe der schützende Rahmen der Klinik sowie die Möglichkeit, immer mit jemandem sprechen zu können. Im Verlaufe ihres Aufenthaltes hätten sich die Leberwerte vollständig normalisiert. Bei der Entlassung habe sich die Versicherte in einem deutlich verbesserten und stabilisierten Zustand befunden (Urk. 8/17 S. 3).

4.3 Dr. D. nahm im Bericht vom 31. Oktober 2003 zur Spitalbedürftigkeit Stellung (Urk. 8/26). Er vertrat dabei die Auffassung, die Alkoholproblematik habe ein grösseres Ausmass erreicht, als in den bisherigen Berichten zum Ausdruck komme. So würde das Thema Alkohol sowohl in den Berichten von Dr. C. als auch im Austrittsbericht der Klinik A. nur beiläufig erwähnt. Offensichtlich sei die

Versicherte aber schwer alkoholabhängig gewesen und die Sucht habe sich auch nach dem ersten Klinikaufenthalt nicht zurückgebildet, weshalb bei beiden Klinikaufenthalten ausgeprägte Erhöhungen der Leberenzyme nachweisbar gewesen seien. Es ergebe sich aus den Unterlagen, dass die Beschwerdeführerin vor der zweiten Hospitalisation tatsächlich drei Flaschen Weisswein zu sieben Deziliter getrunken habe, doch sei die Sucht offenbar während der Klinikaufenthalte nicht speziell behandelt worden, sondern habe man das Augenmerk nur auf die einseitig von der Versicherten geschilderte Eheproblematik ausgerichtet (Urk. 8/26 S. 2). Im Weiteren vermutete Dr. D.____, dass vor allem auch religiöse Einflüsse Motivation für die Hospitalisation gewesen seien. Sodann äußerte Dr. D.____ daran Kritik, dass die Beschwerdeführerin nach der Klinikentlassung das Medikament Remeron in einer Dosis von 30mg zur Weiterbehandlung erhalten habe, welches lediglich eine geringfügige antidepressive Medikation darstelle und daher Zweifel an der Notwendigkeit einer stationären Behandlung aufkommen lasse. Schliesslich wies Dr. D.____ darauf hin, dass die Klinik A.____ zur Durchführung einer stationären Suchttherapie nicht geeignet sei (Urk. 8/26 S. 3).

4.4 Die Beschwerdeführerin befand sich bei der Anmeldung für den vorliegend strittigen Aufenthalt in der Klinik im November 2002 gemäss dem sie behandelnden Arzt und auch den behandelnden Ärzten in der Klinik in einem schweren psychischen Erschöpfungszustand, begleitet von einem Alkoholproblem. Es ist den Akten zu entnehmen, dass sie sich völlig kraftlos, müde und in ihrer Stimmung niedergeschlagen fühlte. Trotz Ratlosigkeit, Verzweiflung, belastet mit Schuldgefühlen und Ängsten wollte sie funktionieren und befürchtete zunehmend, dass ihr das nicht mehr gelingen würde. Die von den Ärzten gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode entsprechend ICD-10 F.32 kann dabei ohne weiteres auch einen übermässigen Alkoholkonsum mitumfassen.

Dr. D.____ dagegen zweifelt diese Diagnose an, indem er die Alkoholproblematik als eigentliches Problem im Vordergrund sieht, die zudem seiner Ansicht nach in der Klinik nicht adäquat behandelt wurde.

Dieser ganz anderen Einschätzung des nicht behandelnden, nur die Aktenlage beurteilenden Facharztes kann jedoch nicht gefolgt werden. Wie die behandelnden Ärzte der Klinik in ihrer Stellungnahme vom 29. November 2004 darlegten, bestand zwar vor dem Klinikeintritt ein exzessiver Alkoholkonsum, der jedoch zeitlich begrenzt war. Wie die Ärzte einleuchtend und glaubhaft berichteten, sei es zu keiner relevanten Entzugssymptomatik gekommen, was jedoch - wenn es sich um ein eigenständiges Alkoholabhängigkeitssyndrom gehandelt hätte - ein wesentliches Kriterium gewesen wäre. Die Versicherte habe in der Klinik keinerlei Anstrengungen unternommen, sich Alkohol zu beschaffen oder nur schon Alkohol zu konsumieren. Klinische und laborchemische Zeichen einer anhaltenden Alkoholabhängigkeit hätten nicht bestanden. Sodann hätten hinsichtlich der Menge des Alkoholkonsums widersprüchliche Angaben bestanden, nämlich zwischen 1 Liter und 3 x 0,7 Litern (Urk. 8/24 S. 2; vgl. Urk. 8/17 Anhang).

Den auf den eigenen Beobachtungen im klinischen Alltag beruhenden Schlussfolgerungen ist der Vorzug zu geben vor den mutmasslich ausgesprochenen Zweifeln von Dr. D.____, einzig ermittelt auf Grund von - seiner Ansicht nach - hoch pathologischen Laborwerten. Tatsache ist jedoch, dass sich nach dem Klinikaufenthalt die Leberparameter gemäss der ärztlichen Darlegung vollständig normalisiert hatten (Urk. 8/17 S. 3). Die

Alkoholproblematik ist daher als reaktives Geschehen im Rahmen der vor Klinikeintritt eingetretenen schweren psychischen Dekompensation zu erklären und vermag die Hauptdiagnose nicht in Frage zu stellen (Urk. 8/24).

Wenn Dr. D. ___ im Weiteren Zweifel am Schweregrad der depressiven Episode äusserte (Urk. 8/26 S. 2), so ist ihm zu entgegnen, dass diese Einstufung ein Stück weit im Ermessen der Ärzte liegt, das jedoch nachvollziehbar sein muss. Gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, 4. Auflage, S. 141) ist die Differenzierung zwischen einer leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episode auf einer komplexen klinischen Beurteilung vorzunehmen, die Anzahl, Art und Schwere der vorliegenden Symptome zu berücksichtigen hat. Wie sich aus den ärztlichen Berichten ergibt, lagen bei der Beschwerdeführerin die charakteristischen Symptome wie gedrückte Stimmung, Ratlosigkeit, Verzweiflung, Schuldgefühle, aber auch Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Gereiztheit als Folge der Schlafstörungen in Form von frühmorgentlichem Aufwachen sowie Mühseligkeit und Angst, den Alltag nicht mehr bewältigen, nicht mehr funktionieren zu können, über mehrere Monate vor (Urk. 8/17 S. 2; vgl. auch Urk. 8/3 und 8/16 S. 2). Daneben berichtete Dr. C. ___, die Beschwerdeführerin habe vor dem Eintritt in die Klinik kaum mehr die Kraft gehabt, ausserhäusliche Putzarbeiten, die ihr Einkommen sicherten, anzunehmen (Urk. 8/3).

Damit lagen bei der Beschwerdeführerin allein auf Grund der Art der dargelegten Empfindungen die typischen Symptome einer Depression vor (nämlich gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Verminderung des Antriebes, Müdigkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl, eine gewisse Agitiertheit, Schlafstörungen, Mühseligkeit) und zwar sicher im Ausmass eines mittelschweren Grades (ICD-10 F32.1, S. 142), wobei auch noch der Alkoholkonsum eskalierte. Wenn nun die behandelnden Ärzte auf Grund des Ausmasses des sich ihnen zeigenden klinischen Bildes gar auf eine schwere Depression schlossen, ist das nachvollziehbar und so zu übernehmen.

Tatsache ist sodann, dass der Hintergrund dieses Zustandes die anhaltende schwierige eheliche Situation zu Hause war, aus der die Beschwerdeführerin nicht ohne Hilfe zu entkommen vermochte. Die nachbehandelnde Ärztin Dr. E. ___ bestärkte in ihrem Bericht vom 29. November 2004 die Verarbeitung von wiederholten körperlichen und seelischen Verletzungen der Beschwerdeführerin durch den Ehemann (Urk. 8/27). Aus dem heraus ist auch zu verstehen, dass die Ehe-Thematik hauptsächlichlicher Gesprächsinhalt der psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik war und nicht der Alkoholmissbrauch, der - wie gezeigt wurde - nur eine weitere Folge dieser Krise und nicht deren Ursprung und zudem relativ einfach zu behandeln war.

Die Frage, ob eine schwere Depression zunächst mit einer ambulanten Therapie mit Medikamenten und einer Psychotherapie angegangen werden muss, lässt sich nicht generell beantworten. Vorliegend ist jedoch für eine adäquate Behandlung der Krankheit der Versicherten auf Grund der unheilvollen Verknüpfung zwischen der Depression und den Mühseligkeiten vor dem Ehemann - genährt immer wieder im und durch das Zusammenleben mit diesem - mit dem sekundären Alkoholmissbrauch von der Notwendigkeit der ärztlichen Trennung der Versicherten von ihrem Ehemann und damit von der stationären Behandlung auszugehen. Offenbar war Dr. D. ___ grundsätzlich auch dieser Meinung, führte er doch aus, er habe wegen der Alkoholproblematik Zweifel an der ambulanten Behandelbarkeit des Zustandes der Beschwerdeführerin, doch erachte er die Klinik A. ___ nicht als die geeignete Klinik, um eine stationäre Suchttherapie

durchzuführen (Urk. 8/26 S. 3). Wie gezeigt wurde, ist der Alkoholexzess als Folge der Krise und nicht als eigenständiges Suchtgeschehen anzusehen. Eine eigentliche Suchttherapie war nicht notwendig, vielmehr konnte der Alkoholexzess bei der Behandlung des im Vordergrund stehenden psychischen Grundleidens gut aufgefangen und gestoppt werden. Damit entfällt dieses Argument gegen die stationäre Behandlung der Versicherten in der Klinik A.____.

Dass mit Hilfe der in der Klinik durchgeführten medikamentösen und anderen Therapien, wie Ergo- und Physiotherapie, Einzel- und Gruppengesprächen eine Beruhigung der Situation herbeigeführt werden konnte, lässt auf eine gemessen am gesundheitlichen Befinden der Beschwerdeführerin bei ihrem Klinikeintritt durchaus adäquate Behandlung schliessen, so dass nicht von Unwirksamkeit und Unzweckmässigkeit der Behandlung gesprochen werden kann. Auch dass religiöse Aspekte ein Hauptgrund für die Hospitalisierung gewesen wären, ist nicht erstellt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass angesichts der gesundheitlichen Situation und der gesamten Umstände hinsichtlich der Wohnsituation eine rasche distanzierende Intervention, wie sie ärztlich angestrebt wurde, angezeigt war. Durch den Klinikaufenthalt stabilisierte sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin; das Alkoholproblem wurde überwunden und sie konnte in einem deutlich gebesserten Zustand entlassen werden. Seit dem 8. Juli 2003 steht die Versicherte nun in ständiger fachpsychiatrischer Behandlung bei Dr. E.____ (Urk. 8/27) und strebt auch eine Lösung der Eheproblematik an (vgl. Urk. 1 S. 1, 8/2+3, 8/5, 8/7+8 und 8/27 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ist die Spitalbedürftigkeit vorliegend aus medizinischen und persönlichen Gründen zu bejahen, so hat die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung nicht nur für diejenigen Kosten aufzukommen, welche auch im Rahmen einer ambulanten Behandlung angefallen wären. Gemäss den Ausführungen im Einspracheentscheid vom 27. April 2005 hat die Beschwerdegegnerin bislang nur Kosten für die während des stationären Aufenthaltes durchgeführten Massnahmen der Diagnose und Therapie einschliesslich der Medikamente im Betrag von Fr. 5'415.55 anerkannt (Urk. 2 S. 9).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Die Vergütung der Leistungen nach Art. 25 KVG erfolgt nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Diese werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde (Kantonsregierung oder Bundesrat) festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 Satz 1 KVG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Versicherten können laut Art. 41 KVG unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen (Abs. 1 Satz 1). Für die Kostenübernahme bei stationärer Behandlung gilt folgende Regelung: Der Versicherer muss die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Abs. 1 Satz 3). Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt (Abs. 2 Satz 1). Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach

Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG aufgeführten ausserkantonalen Spital angeboten werden (Abs. 2 Satz 2 lit. b).

5.2. Bei der Wahl der Klinik A. in B., welche auf der Spitalliste des Kantons H. als Privatklinik nicht aber auf derjenigen des Kantons Z. aufgeführt ist, waren keine medizinischen Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 2 Satz 1 KVG ausschlaggebend. Demnach hat die Beschwerdegegnerin die Kosten nach dem Tarif zu übernehmen, der im Kanton Z. gilt.

Zur Festsetzung ihrer Leistungspflicht in betraglicher Hinsicht ist die Sache daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Gestützt auf diese Kriterien ist die Prozessentschädigung nach richterlichem Ermessen auf Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 27. April 2005 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin für den stationären Aufenthalt in der Klinik A., B., vom 10. März bis zum 24. Mai 2003 leistungspflichtig ist, und die Sache wird zur betraglichen Festsetzung der Leistungspflicht im Sinne von Erw. 5 an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Doris Farner-Schmidhauser
- Helsana Versicherungen AG
- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 und 100 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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