

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00060 vom 29. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2008.00060

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00060 du 29 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00060 del 29 marzo 2010

Erwägungen

E. 3

3.1. Zur Diagnose führten die behandelnden Ärzte aus, die Beschwerdeführerin leide an einer emotional instabilen Persönlichkeit vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30), an Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sexueller und aggressiver Art bei Status nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit (ICD-10 F42.2) sowie an einer rezidivierenden depressiven Stimmung mit intermittierender Suizidalität (ICD-10 F33.1). Anamnestisch bestehe der Verdacht auf eine leichte Minderintelligenz (ICD-10 F70.1). Des Weiteren leide die Beschwerdeführerin an einer Adipositas per magna und an einem chronischen Ekzem (Urk. 9/2 S. 2, Urk. 9/7 S. 1, Urk. 9/8 S. 1).

3.2. Im ersten Kostengutsprachege such vom 10. April 2006 führten die behandelnden Ärzte aus, die Beschwerdeführerin sei nach einem Suizidversuch 1993 erstmals stationär in der Klinik behandelt worden. 2004 sei sie zum zweiten Mal stationär in die Klinik eingetreten. Damals sei auch die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeit gestellt worden. In der Folge seien weiteren stationäre Aufenthalte in der Klinik nötig gewesen. Während dieser Aufenthalte sei es zu häufigen Impulsausbrüchen mit verbaler und brachialer Aggressivität gegenüber den Mitpatienten und dem Pflegepersonal gekommen. Es sei ein depressives Zustandsbild mit Zerstörungphantasien und Suizidgedanken festzustellen gewesen. Die Beschwerdeführerin habe das Verhalten anderer Mitpatienten und des Pflegepersonals häufig als sexuellen Übergriff interpretiert. Ihre Impulsausbrüche habe sie in der Folge nicht steuern können. Im Vordergrund der Behandlung stehe die Stabilisierung der Impulskontrollstörung der Beschwerdeführerin und die Förderung der Ressourcen bei der Stressbewältigung, Erhaltung der Selbstbeobachtung und Selbstreflexion mit Erarbeitung von alternativen Verhaltensstrategien. Es sei vorgesehen, durch diese Therapiemassnahmen mit der Beschwerdeführerin ein Verhaltensmodell zu erarbeiten, mittels dem sie in die Lage versetzt werde, im Rahmen des betreuten Wohnens die damit einhergehenden Anforderungen zu bewältigen und auszuhalten (Urk. 9/2 S. 1 ff.).

3.3. Am 4. September 2006 berichteten die behandelnden Ärzte, trotz der medikamentösen psychotherapeutischen Behandlung sei bis jetzt keine wesentliche Besserung eingetreten. Zwischenzeitlich sei die Beschwerdeführerin zweimal aus der Klinik entwichen und habe polizeilich ausgeschrieben werden müssen. Am 26. Juni 2006 habe sie der betreuenden Psychologin gegenüber geäußert, sie hege gegenüber anonymen Passanten Mordgedanken. Es traten immer wieder impulsiv-gewalttätige Durchbrüche gegenüber Dritten sowie wiederkehrende Impulse zu sexuellen Handlungen gegenüber Kindern auf (Urk. 9/4 S. 1).

3.4. Am 27. April 2007 und am 29. Juni 2007 berichteten die behandelnden Ärzte, die Beschwerdeführerin befinde sich mittlerweile auf einer offenen Station der Klinik. Die bisherige neuroleptische, antidepressive und stimmungsstabilisierende Medikation und das milieu- und verhaltenstherapeutische Setting würden fortgeführt. Insgesamt wirke die Beschwerdeführerin gereizt, aggressiv und sie sei nur minimal belastbar. Die Beschwerdeführerin habe eine Tagesstruktur. Sie habe aber Mühe, am Morgen rechtzeitig aufzustehen. Morgens sei der Antrieb reduziert. Somatisch sei die Beschwerdeführerin trotz der Adipositas permagna stabil. Das langfristige Ziel sei nach wie vor, die Beschwerdeführerin in einer geeigneten Institution zu platzieren (Urk. 9/6 S. 1, Urk. 9/7 S. 2).

3.5. Im Bericht vom 27. November 2007 führten die behandelnden Ärzte aus, in den letzten Wochen sei deutlich geworden, dass nebst der Störung der Impulskontrolle eine floride psychotische Symptomatik vorliege. Aufgrund der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, der Sinnesstörungen und der Zwangsgedanken gerate die Beschwerdeführerin immer wieder in erhebliche Dysphorien und gereizte Zustände, die sich in Form von Impulsdurchbrüchen bemerkbar machten. Aufgrund der Minderbegabung sei es besonders schwierig, die Beschwerdeführerin hinsichtlich Stressbewältigung, Erhaltung der Selbstreflexion und Erarbeitung von alternativen Verhaltensstrategien zu fördern. Gleichwohl werde milieu- und verhaltenstherapeutisch versucht, in einem festgelegten Handlungsrahmen die Handlungsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin zu verbessern. Die Dauer stationärer Behandlung sei zur Zeit nicht abschätzbar und eine prognostische Einschätzung sei nicht möglich (Urk. 9/8 S. 1 f.).

3.6. Im Bericht vom 3. Juli 2008 führten die behandelnden Ärzte des Psychiatrie-Zentrums B. aus, die Beschwerdeführerin habe inzwischen gelernt, an ihren Kompetenzen im Umgang mit ihren Gefühlen und zwischenmenschlichen Kommunikationsfertigkeiten zu arbeiten. Die Beschwerdeführerin habe von der psychotherapeutischen Behandlung durch eine Frau profitieren können. Seit Beginn dieser Behandlung sei es zu keinen Auffälligkeiten mehr gekommen. Die Beschwerdeführerin zeige eine Einsichtsfähigkeit mit emotionaler Nachwirkung. Seit September 2007 werde lediglich noch die Pflorgetaxe vergütet. Der Befundverlauf mache indessen deutlich, dass die reine psychiatrische Pflege zu keiner Veränderung der Problematik führe (Urk. 5 S. 1 f.).

3.7. Dr. C., Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, führte in der Stellungnahme vom 17. Januar 2008 aus, die Beschwerdeführerin leide unter Zwangsgedanken und Sinnestäuschungen. Vom Affekt her imponiere die Beschwerdeführerin dysphorisch gereizt, ängstlich, innerlich unruhig und gespannt. In anderen Phasen imponiere die Beschwerdeführerin depressiv. Nützlich sei nach Angaben der behandelnden Ärzte eine strikt geführte, tragende Therapie mit milieuthérapeutischen Schwerpunkten. Als Behandlungsziel seien die medikamentöse Umstellung, die weitere psychische Stabilisierung und das Suchen nach einer betreuten Wohnform genannt worden. Aus vertrauensärztlicher Sicht stehe es ausser Frage, dass die Beschwerdeführerin über längere Zeit akutspitalbedürftig gewesen sei. Des Weiteren müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin weiterhin im stationären Rahmen behandelt werden müsse. Seit Oktober 2007 sollte diese Behandlung auf einer geeigneten psychiatrischen Langzeit- respektive Pflegestation im geschützten oder geschlossenen Rahmen mit fachärztlicher Behandlung und

psychiatrischem Personal durchgeführt werden (Urk. 9/11).

3.8 Am 28. März 2008 führte Vertrauensarzt Dr. med. D. ____, Facharzt für Allgemeinmedizin, aus, die Beschwerdeführerin sei seit nunmehr eineinhalb Jahren hospitalisiert. An der Gesamtprognose habe sich seither nichts geändert. Im Rahmen der instabilen klinischen Situation mit Impulsdurchbrüchen aggressiver und teilweise autoaggressiver Art fluktuieren der Zustand seit März 2006 auf einem tiefen Niveau. Die von den behandelnden Ärzten des Psychiatrie Zentrums B. ____, im Gesuch vom 30. Januar 2008 (vgl. Urk. 9/13) erwähnte schwere psychische Dekompensation und die aktuelle Selbstgefährdung seien angesichts der Grunddiagnose nicht ungewöhnlich und müssten im Rahmen des natürlichen Verlaufs dieser schweren Erkrankung gesehen werden. Die Beschwerdeführerin befinde sich insgesamt gesehen in einem nicht mehr besserungsfähigen Zustand mit gleichbleibend schlechter Prognose. Sie benötige weiterhin einen stabilen und geschützten stationären Rahmen in einer Institution mit fachkundiger Betreuung. Eine Spitalbedürftigkeit bestehe jedoch nicht mehr (Urk. 9/14 S. 1).

4. Am 28. März 2008

4.1 Aktenkundig und unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren an einer gravierenden psychischen Krankheit, das heisst an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sexueller und aggressiver Art und an rezidivierenden depressiven Störungen mit intermittierender Suizidalität leidet. Des Weiteren besteht der Verdacht auf eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit Dissoziationen kombiniert mit psychotischem Erleben und der Verdacht auf eine Minderintelligenz. Dies belegen insbesondere die verschiedenen Berichte der behandelnden Ärzte.

4.2 Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts besteht bei einer chronifizierten Schizophrenie, selbst in fortgeschrittenem Stadium, für sich allein keine Akutspitalbedürftigkeit. Das gilt auch dann, wenn als Folge der Erkrankung eine regelmässige Überwachung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder zwecks Medikamenteneinnahme notwendig ist. Solche Massnahmen können auch in Pflegeheimen erbracht werden (Urteil E. vom 20. Oktober 2005, K 44/05, Erw. 2.2).

4.3 Vorliegend rechtfertigt sich dieselbe Beurteilung. Dass die chronische psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin als solche eine dauernde Hospitalisation nötig macht, geht aus den Akten nicht hervor. Der von der Beschwerdeführerin phasenweise ausgehenden Eigen- (Suizidalität) und Fremdgefährdung (impulsiv-gewalttätige Durchbrüche gegenüber Dritten sowie wiederkehrende Impulse zu sexuellen Handlungen gegenüber Kindern) kann auch in einem Pflegeheim wirksam begegnet werden. Auch nach vertrauensärztlicher Beurteilung bedarf die Beschwerdeführerin in erster Linie der Betreuung in einer geschlossenen Einrichtung. Zusätzlich ist ein gewisses therapeutisches Setting nötig, das der Aufrechterhaltung der erreichten Stabilisierung der Beschwerdeführerin dient. Inwiefern diesen Erfordernissen ausschliesslich im Rahmen einer Akutspitalbehandlung nachgekommen werden kann, legten die behandelnden Ärzte nicht dar. Überzeugender ist diesbezüglich die vertrauensärztliche Beurteilung, gemäss der die Beschwerdeführerin auf einer geeigneten psychiatrischen Langzeit- respektive Pflegestation im geschützten beziehungsweise geschlossenen Rahmen mit fachärztlicher Behandlung und

psychiatrischem Personal unterzubringen ist. Zutreffend wies die Beschwerdeführerin darauf hin, dass Dr. D. ___ kein Fachpsychiater sei. Es gilt aber zu beachten, dass seine Beurteilung sachlich überzeugend und mit den Darlegungen von Dr. C. ___, einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Übereinstimmung steht.

4.4. Im Bericht vom 3. Juli 2008 hoben die behandelnden Ärzte eine im Jahresverlauf eingetretene, leicht positive Entwicklung hervor (Urk. 5 S. 2). Dieser gingen etliche stationäre Interventionen in der Vergangenheit und die seit März 2006 ununterbrochen andauernde stationäre Behandlung voraus. Die Prognose ist ungewiss. Von der Aussicht auf eine namhafte Besserung kann bei dieser Sachlage nicht gesprochen werden. Eine solche Aussicht bestand bereits im Zeitpunkt der Leistungseinstellung im Herbst 2007 nicht. Gemäss der bundesgerichtlichen Praxis begründet eine gewisse Chance auf Besserung respektive auf eine positive Entwicklung in nur gemässiger Form im Rahmen eines chronischen Krankheitsverlaufs keine Akutspitalbedürftigkeit (Urteil E. vom 20. Oktober 2005, K 44/05, Erw. 3.2.1). Die Aussichten auf eine Verbesserung des Zustandes müssen vielmehr konkret und von einer gewissen Erheblichkeit sein.

4.5. Die Spitalbedürftigkeit erachtet die Beschwerdeführerin auch deshalb als gegeben, weil damit ein späterer Übertritt ins betreute Wohnen am ehesten ermöglicht werde. Auch diesbezüglich gilt das in vorstehender Erwägung 4.4 Gesagte. Mit einer namhaften Verbesserung der gesundheitlichen Situation kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr gerechnet werden. Trotz der jahrelangen stationären Behandlung war bis jetzt der Übertritt in eine betreute Wohnform nicht möglich.

4.6. Zusammenfassend ergibt sich, dass aufgrund der Chronifizierung der Erkrankung der Beschwerdeführerin sowie aufgrund des Umstandes, dass die Spitalbehandlung im Sommer 2007 mehr als ein Jahr andauert hatte, ohne dass eine namhafte Besserung eingetreten war oder eine solche in Aussicht stand, eine Akutspitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben war. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Akutspitalbedürftigkeit per Ende Juli 2007 nicht mehr als gegeben erachtete. Indem die Beschwerdegegnerin bis Ende September 2007 die Kosten für die Akutbehandlung tatsächlich deckte, beachtete sie hinreichend die praxismässig zu gewöhnende Übergangszeit (vgl. Eugster, a.a.O., S. 529 Rz 399).

Da der Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist, ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Hans Stäni
 - CSS Kranken-Versicherung AG
 - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während

folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.