

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00051 vom 31. Januar 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2013.00051](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2013.00051)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00051 du 31 janvier 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00051 del 31 gennaio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. November 2011 mangels Spitalbedürftigkeit ab ( Urk. 8/8/2).

Die vom Versicherten dagegen erhobene Einsprache wies die CSS mit Einspracheentscheid vom 5. April 2013 ab ( Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 des Bundes - gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs.

#### **E. 1.2**

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, 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. Wirksam ist eine medizinische Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Sie meint die einfache Tatsache der Eignung zur Zielerreichung und stellt insofern einen Teilgehalt der Zweckmässigkeit dar, welche voraussetzt, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel (Untersuchung, Behandlung, Pflege) zu erreichen (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a+b mit Hinweisen). Die Zweckmässigkeit kann in diesem Sinn umschrieben werden als „angemessene Eignung im Einzelfall“ (BGE 123 V 53 E. 2c/ bb ; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 142/03 vom 24. Juni 2004 E. 1.2).

#### **E. 1.3**

.3

Medizinische Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs.

### **E. 2**

, Urk. 7, Urk. 16 ).

### **E. 2.1**

Die CSS begründete die Ablehnung des Kostengutsprachegesuchs für die stationäre Rehabilitation in der Klinik Y.\_\_\_\_ vom 29. September bis 18. November 2011 mit der fehlenden Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers. Es hätten weder apparative noch personelle Anforderungen an die Therapie bestanden, welche eine Therapie unter Spitalbedingungen erheischten. Es fehlten Hinweise in den medizinischen Berichten, dass zur Therapie der Alkoholproblematik und der - gemäss Austrittsbericht der Klinik Y.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2011 - mittel schweren depressiven Episode eine Überwachung des Gesundheitszustandes unter stationären Bedingungen erforderlich gewesen wäre. So könnten etwa Blut- und Urinproben, eine Gesprächstherapie und die Verordnung von Medikamenten auch ambulant erfolgen. Ferner habe der Beschwerdeführer als Erwerbstätiger bereits vor dem Klinikeintritt eine Tagesstruktur gehabt.

Hinsichtlich des Alkoholkonsums sei er sowohl bei Klinikeintritt als auch während der Hospitalisation stabil gewesen, der von ihm befürchtete Rückfall sei mithin nicht eingetreten. Dass eine der weiteren aktenkundigen körperlichen Erkrankungen zur Notwendigkeit einer stationären psychosomatischen Rehabilitation geführt habe, könne mangels entsprechender Hinweise ausgeschlossen werden. Von Bedeutung sei sodann, dass der Beschwerdeführer bei Klinikeintritt keine Psychotherapie absolviert habe, und im ersten Kostengutsprachegesuch als Begründung lediglich eine „intensive Behandlungsbedürftigkeit“, nicht jedoch die „Unmöglichkeit einer ambulanten Behandlung“ angeführt worden sei. Der Vertrauensarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, sei in seiner Beurteilung vom 5. Juni 2013 denn auch zum Schluss gelangt, dass eine ambulante Behandlung möglich gewesen wäre. Es seien keine Gründe ersichtlich, weshalb die Rückfallprävention nicht auch mit ambulanten Massnahmen hätte erfolgen können. Deshalb müsse davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeiten ambulanter Behandlungsalternativen damals nicht ausgeschöpft gewesen seien. Mangels einer Spitalbedürftigkeit müsse die Wirtschaftlichkeit der durchgeführten stationären Behandlung verneint werden. Unerheblich sei deshalb der Behandlungserfolg, der die - unbestrittene - Wirksamkeit der durchgeführten stationären Behandlung betreffe. Von weiteren medizinischen Abklärungen seien keine relevanten Erkenntnisse zu erwarten; eine Verletzung der Untersuchungsmaxime liege nicht vor (Urk.).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, seine gesundheitliche Situation vor Eintritt in die Klinik Y.\_\_\_\_

habe die Überwachung des Gesundheitszustands und die medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen notwendig gemacht. Wegen einer gerichtlichen Auseinandersetzung mit seiner Ex-Ehefrau über seine Unterhaltspflichten habe er damit begonnen, exzessiv Alkohol zu konsumieren, den Alkoholmissbrauch aber aus eigener Kraft nach einiger Zeit wieder einstellen können. Nach rund zwei Wochen seien psychische Symptome aufgetreten und er habe deshalb einen nahenden Rückfall befürchtet. Aufgrund seiner Ausbildung und Berufserfahrung sei er zum Schluss gelangt, dass nur eine Therapie unter Spitalbedingungen geeignet sei, einen Rückfall zu verhindern. Wichtig seien für ihn vor allem die Tagesstruktur und die Überwachung gewesen.

Sowohl sein Psychiater Dr. med.

A.\_\_\_\_ als auch die Ärzte der Klinik Y.\_\_\_\_

hätten seine Einschätzung geteilt und die Einweisung wegen der Schwere der Symptomatik, der Komorbidität, der Intensität der Behandlung, der drohenden Erwerbsunfähigkeit sowie der Notwendigkeit einer Tagesstruktur als medizinisch indiziert erachtet. Für die Spitalbedürftigkeit spreche auch, dass die Behandlung positiv verlaufen sei - wobei auch sein Leberschaden deutlich zurückgegangen sei - und dass ein Verzicht auf sämtliche Suchtmittel nur im Spitalmilieu möglich gewesen sei. Für seinen Leidensdruck und die Rückfallgefahr spreche auch, dass er den Klinikaufenthalt trotz fehlender Kostengutsprache sofort begonnen habe.

Zu beachten seien unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit auch die Folgekosten, welche entstanden wären, wenn er nicht in die Klinik Y.\_\_\_\_ eingetreten wäre und die ambulante Behandlung gescheitert wäre. Die CSS habe sodann ihre Pflicht, den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, verletzt, indem sie sich nicht wie von ihm beantragt beim Hausarzt

Dr. med. B.\_\_\_\_

nach der Notwendigkeit einer Behandlung des Alkoholabusus unter Spitalbedingungen erkundigt habe ( Urk. 1, Urk. 13).

### **E. 3.1**

Bei der Klinik Y.\_\_\_\_ handelt es sich um eine spezialisierte Rehabilitationsklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation ( Urk. 8/3 ). Der Beschwerdeführer wurde vom behandelnden Psychiater Dr. A.\_\_\_\_ gemäss Kostengutsprache gesuch vom 19. September 2011 wegen eines psychophysischen Erschöpfungszustands mit begleitendem Alkoholmissbrauch zur stationären psychosomatischen Rehabilitation eingewiesen ( Urk. 8/2 ). Der Beschwerdeführer selbst gibt an, er habe um eine stationäre Rehabilitation ersucht, da er psychische Symptome verspürt und deshalb einen Rückfall in den Alkoholmissbrauch befürchtet habe. Bei Klinikeintritt erhoben die Ärzte der Klinik Y.\_\_\_\_

Symptome einer klassischen mittelgradig depressiven Episode ohne Suizidalität ( Urk. 8/4 S. 2 f. ) . Es finden sich in den Akten aber keine Hinweise, dass bei Klinikeintritt eine medizinische Notfallsituation oder jedenfalls eine plötzlich auftretende, kurzfristig und heftig verlaufende Gesundheitsstörung im Sinne einer akuten Erkrankung, welche eine stationäre Therapie erfordert (vgl. E. 1.3.2), gegeben war. Dies und der Umstand, dass der Beschwerdeführer von seinen behandelnden Ärzten in die Klinik Y.\_\_\_\_, und nicht in ein Akutspital eingewiesen wurde ( Urk. 8/3 ), belegt, dass bei Klinikeintritt keine Spitalbedürftigkeit in einem Akutspital gegeben war (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_193/2007 vom 11. Januar 2008 E. 4).

### **E. 3.2**

Nach eigenen Angaben begann der Beschwerdeführer aufgrund einer Auseinandersetzung mit seiner Ex-Ehefrau etwa zwei Monate vor Klinikeintritt, exzessiv Alkohol zu konsumieren, konnte den Alkoholmissbrauch aber aus eigener Kraft nach einiger Zeit wieder einstellen. Rund zwei Wochen später traten wieder psychische Symptome auf; er fürchtete deshalb einen nahenden Rückfall und veranlasste die Klinikeinweisung ( Urk. 1 S. 4 f., Urk. 8/4 S. 2, Urk. 13 S. 3 ).

Aus den Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. A.\_\_\_\_ im Kostengutsprache gesuch vom 19. September 2011 ( Urk. 8/2 S. 4 ) sowie denjenigen des Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_

( Urk. 8/8/8-12 , Urk. 8/8/17) geht hervor, dass der Beschwerdeführer in den Monaten vor dem Klinikeintritt weder wegen depressiver Symptome noch wegen Alkoholmissbrauchs ärztlich behandelt wurde , ins besondere erfolgte keine Psychotherapie ( Urk. 8/4 S. 2) . Er besuchte Dr. A.\_\_\_\_

am 19. September 2011 , um die Klinikeinweisung zu erreichen , und sah seinen behandelnden Psychiater vor Klinikeintritt am 29. September 2011 noch zwei Mal ( Urk. 8/1 S. 3), wobei ihn dieser Arzt zu 100 %

krank schrieb ( Urk. 8/2 S. 4 , Urk. 8/4 S. 2 ). Aus dem Austrittsbericht der Klinik Y.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2011 geht hervor, dass der Beschwerdeführer bei Klinikeintritt Medikamente gegen die Depression sowie den Alkoholmissbrauch einnahm ( Urk. 8/4 S. 2 und 4).

Es steht somit nicht fest, dass

im relevanten Zeitraum eine eigentliche Krankheitsbehandlung stattgefunden hatte , die bei Klinikeintritt abgeschlossen war. Wird diese Frage verneint, bestand bei Klinikeintritt kein Anlass für eine psychosomatische Rehabilitation , da eine solche definitionsgemäss an eine eigentliche Krankheitsbehandlung anschliesst

(vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_824/2007 vom 3. April 2008, E 3.3.1 , sowie vorstehend E. 1.3.3 ) .

### **E. 3.3.1**

Selbst wenn die im Streit stehende Behandlung als medizinische Rehabilitation qualifiziert würde , war bei Klinikeintritt jedenfalls keine Spitalbedürftigkeit gegeben .

Der Vertrauensarzt der CSS, Dr. Z.\_\_\_\_ , schloss in seiner Stellungnahme vom 5. Juni 2013 aus den ihm von den behandelnden Ärzten eingereichten Berichten, dass aufgrund des dort dokumentierten Fehlschlägertremors nach erhöhtem Alkoholkonsum zwar Hinweise auf einen leichten Alkoholentzug bestünden, welcher aber keine Spitalbedürftigkeit begründen könne. Anhaltspunkte für eine andere somatische Problematik, die für die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation spreche, fehlten

in den ärztlichen Unterlagen . Der behandelnde Psychiater Dr. A.\_\_\_\_ habe nicht begründet, weshalb eine stationäre Rehabilitation indiziert gewesen sei. Die im Austrittsbericht der Klinik Y.\_\_\_\_ dokumentierten depressiven Symptome, welche nur knapp die Kriterien für eine mittelschwere depressive Episode erfüllten, und der Umstand, dass die Depression vor Klinikeintritt nicht therapiert worden sei, sprächen eindeutig gegen einen Schweregrad der Erkrankung, welcher eine stationäre Massnahme erfordere. Die Behandlung solcher Symptome erfolge normalerweise mittels ambulanter Psychotherapie, wobei diese Behandlungsmöglichkeit bisher nicht ausreichend ausgeschöpft worden sei; vor dem Klinikeintritt hätten nämlich erst drei Sitzungen bei Dr. A.\_\_\_\_ stattgefunden, und nach dem Aufenthalt sei die psychiatrische Behandlung nicht wieder aufgenommen worden. Deshalb sei die Notwendigkeit einer stationären psychosomatischen Behandlung nicht ausgewiesen ( Urk. 8/1).

### **E. 3.3.2**

Was der Beschwerdeführer dagegen einwendet, überzeugt nicht.

Dr. A.\_\_\_\_ wies im Kostengutsprachege such zwar auf eine intensive Behandlungsbedürftigkeit hin, begründete aber nicht, weshalb die Behandlung nicht auch ambulant

hätte erfolgen können, sondern kreuzte das Kästchen „Unmöglichkeit einer ambulanten Behandlung“ auf dem Kostengutsprachege such eben gerade nicht an ( Urk. 8/2 S. 3).

Die äusserst knappe Begründung der Ärzte der Klinik Y.\_\_\_\_ in ihrem erneuten Kostengutsprachege such vom 30. September 2011, wonach insbesondere die Intensität der notwendigen multimodalen Behandlung, die Schwere der Symptomatik, eine relevante somatische Komorbidität und die ausgeschöpfte somatische Behandlung die stationäre Rehabilitation erfordert hätten, überzeugt Angesichts der Ausführungen von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht. Dabei ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2013 vom 12. Dezember 2013 E. 4.2 mit Hinweis).

Sodann ist die Vermutung des Beschwerdeführers, dass er ohne Überwachung im stationären Rahmen einen Rückfall in den Alkoholmissbrauch erlitten hätte, spekulativ und durch nichts bewiesen, war er diesbezüglich doch sowohl vor als auch während und nach dem Rehabilitationsaufenthalt stabil. Zu bedenken ist auch, dass der Beschwerdeführer seinen rund zwei Monate vor dem Klinik - aufenthalt wegen des Konflikts mit der Ex-Frau aufgetretenen Alkohol - missbrauch weitgehend aus eigener Kraft wieder einstellen konnte ( Urk. 1 S. 4 f. und 9). Weshalb die Gefahr eines Rückfalls

unter diesen Umständen nicht zunächst intensiv ambulant, sondern gleich stationär therapiert werden musste, um eine zweckmässige Behandlung zu ermöglichen, ist nicht nachvollziehbar.

Eine sinnvolle Tagesstrukturierung kann sodann auch in einem ambulanten Behandlungssetting erarbeitet und gewährleistet werden, zumal der Beschwerdeführer bei Klinikeintritt grundsätzlich erwerbstätig war und in einer stabilen Beziehung lebte ( Urk. 8/2 S. 4).

Der blosse Umstand, dass eine stationäre Therapie rückwirkend erfolgreich war, kann sodann nach der Rechtsprechung keine Spitalbedürftigkeit begründen (vorstehend E. 1.3.1)

Nicht nachvollziehbar ist sodann der Vorwurf des Beschwerdeführers, die CSS habe im Zusammenhang mit ihrer Anfrage beim Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_

die Untersuchungsmaxime beziehungsweise ihre Abklärungspflicht verletzt. Die CSS erkundigte sich am 27. Juli 2012 schriftlich beim Hausarzt nach dem gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers vor Klinikeintritt ab Juli 2011 ( Urk. 8/8/17), und Dr. B.\_\_\_\_ beantwortete dieses Schreiben am 13. September 2012 und reichte die ihm bekannten, den relevanten Zeitraum betreffenden ärztlichen Befundberichte ein ( Urk. 8/6-8). Deshalb und aufgrund der für die Beurteilung des streitigen Anspruchs hinreichenden Aktenlage war die CSS nicht verpflichtet, bei Dr. B.\_\_\_\_ weitere Erkundigungen anzustellen.

### **E. 3.3.3**

Aufgrund des Gesagten ist die für die Übernahme der streitigen stationären Rehabilitation in der Klinik Y.\_\_\_\_

erforderliche Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers bei Klinikeintritt nicht ausgewiesen.

### **E. 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

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