



Fall-Nr.: KSCHG 2008/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: Schiedsgericht - Prozesse Versicherer / Leistungserbringer
Publikationsdatum: 29.04.2020
Entscheiddatum: 22.04.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 22.04.2009

Art. 32 Abs. 1 KVG, Art. 56 Abs. 1 KVG; Art. 11 der bis Ende 2007 in Kraft gestandenen Taxordnung der kantonalen Psychiatrischen Dienste und der Geriatriischen Klinik am Bürgerspital St. Gallen. Auch ein Spitalaufenthalt zur Rehabilitation muss die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen. Die Befristung der Kostengutsprache für solche Aufenthalte auf vorliegend 14 Tage ist ein geeignetes Mittel zur Gewährleistung der Erfüllung dieser Kriterien. Spitalbedürftigkeit für mehr als zwei Wochen vorliegend mangels medizinischer Indikation verneint, obwohl die Versicherte 79-jährig und alleinstehend war. Art. 98 Abs. 1 VRP Die unterliegende Klinik muss der obsiegenden Versicherung eine Parteientschädigung bezahlen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. April 2009, KSCHG 2008/2).

Präsident Martin Rutishauser, Schiedsrichterinnen Daniela Ittensohn und Traudi Reimann-Forstner, Schiedsrichter Josef Hoppler und Jürg Zwahlen;
Gerichtsschreiberin Miriam Lendfers

Entscheid vom 22. April 2009

In Sachen

Ortsbürgergemeinde

Klägerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, St. Leonhard-Strasse 20,
Postfach, 9001 St. Gallen,



St.Galler Gerichte

gegen

CSS Kranken-Versicherung AG, Rösslimattstrasse 40, Postfach 2568, 6002 Luzern,

Beklagte,

betreffend

Forderung i/S H.____

Sachverhalt:

A.

A.a Die bei der CSS Kranken-Versicherung AG obligatorisch krankenversicherte H.____, Jahrgang 1927, befand sich im Anschluss an eine im Kantonsspital St. Gallen durchgeführte Operation vom 16. November 2007 bis 6. Dezember 2007 in der Geriatrischen Klinik. Die Krankenversicherung erteilte am 21. November 2007 Kostengutsprache für den Aufenthalt vom 16. bis 29. November 2007 (kläg.act. 3).

A.b Mit Schreiben vom 27. November 2007 ersuchte die Patientenadministration der Geriatrischen Klinik die Krankenversicherung um Verlängerung der Kostengutsprache ab 30. November 2007. Sie wies darauf hin, dass ein Bericht an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung folge (kläg.act. 4). Der Oberarzt der Geriatrischen Klinik erstellte diesen Bericht am 30. November 2007. Die Versicherte habe sich von der Operation sehr gut erholt. Im Rahmen der postoperativen Nachsorge sei allerdings noch eine Knochenmarkpunktion geplant, die in der kommenden Woche stattfinden werde. Man bitte daher um Verlängerung der Kostengutsprache für maximal weitere sieben Tage (bekl.act. 5). Der vertrauensärztliche Dienst der Krankenversicherung teilte dem Oberarzt der Geriatrischen Klinik mit Schreiben vom 3. Dezember 2007 mit, er empfehle der Versicherung die Ablehnung der Kostengutsprache, weil die Knochenmarkpunktion auch ambulant bzw. tagesstationär durchgeführt werden könne (bekl.act. 1). Mit Schreiben vom 4. Dezember 2007 verweigerte die Versicherung gegenüber der Geriatrischen Klinik die Kostengutsprache (bekl.act. 3). Ein



Wiedererwägungsgesuch der Klinik vom 19. Dezember 2007 (kläg.act. 5) wies die Versicherung erneut ab (vgl. bekl.act. 2).

B.

B.a Mit Klage vom 3. Oktober 2008 beantragt Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf in Vertretung der Ortsbürgergemeinde, die Versicherung sei zu verpflichten, der Klägerin den Betrag von Fr. 3'993.10 zuzüglich Zins zu 5% seit 1. Dezember 2007 zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Die st. gallische Taxordnung der Kantonalen Psychiatrischen Dienste und der Geriatrischen Klinik sehe grundsätzlich keine Befristung der Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation vor. Ein Verlängerungsgesuch sei erst vor Ablauf von 60 bzw. 50 Tagen zu machen. Dies bedeute, dass die erste Kostengutsprache mindestens für 50 bis 60 Tage zu erteilen sei. Gesetzlich vorgesehen und einzig entscheidend sei, dass die Rehabilitation wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müsse. Soweit dies der Fall sei, dürfe eine Kostengutsprache weder verweigert noch befristet werden. Die ursprüngliche Befristung der Kostengutsprache bis 29. November 2007 habe daher keine Wirkung. Selbst wenn eine Befristung zulässig wäre, habe es die Beklagte versäumt, auf das Verlängerungsgesuch vom 27. November 2007 umgehend zu reagieren. Die Kostenverweigerung sei bei der Klinik erst am 6. Dezember 2007 eingegangen. Bis zu diesem Datum habe sie darauf vertrauen können, dass dem Verlängerungsgesuch entsprochen werde. Bei dieser Ausgangslage hätten keine Veranlassung und auch keine rechtliche Möglichkeit bestanden, die Leistungspflicht zu verweigern. Der Betrag von Fr. 3'993.10 sei ab 1. Dezember 2007 mit 5% zu verzinsen (act. G 1).

B.b Die Beklagte beantragt mit Klageantwort vom 28. November 2008 Abweisung der Klage, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Ihr vertrauensärztlicher Dienst habe dem Oberarzt der Klinik mit Telefonat und Schreiben vom 3. Dezember 2007 mitgeteilt, dass eine Kostengutsprache für die Verlängerung des stationären Aufenthalts nicht erteilt werden könne. Es treffe nicht zu, dass eine Kostengutsprache nur befristet erteilt werden dürfe. Die Dauer eines Aufenthalts müsse auf das erforderliche Mass begrenzt werden können. Es müsse stets möglich sein, eine anerkannte Spitalbedürftigkeit prospektiv oder während des Aufenthalts selbst laufend zu kontrollieren. Eine Beschränkung der Dauer der Zahlungszusicherung, die später gestützt auf die vom



behandelnden Arzt erteilten Auskünfte verlängert werden könne, bilde daher ein angemessenes Mittel zur Gewährleistung der medizinischen Rechtfertigung eines längeren Spitalaufenthalts. Aus dem Wortlaut des von der Klägerin zitierten Art. 7 Abs. 5 der Taxordnung gehe einzig hervor, dass in Fällen, in denen eine Spitalbedürftigkeit länger als 50 bzw. 60 Tage andauere, der Leistungserbringer unaufgefordert die weitere Spitalbedürftigkeit mitzuteilen habe. Hier gehe es insbesondere darum, dass der Leistungserbringer dem Versicherer bei langer Dauer eines Spitalaufenthalts die benötigten Informationen liefere, ohne dazu aufgefordert werden zu müssen. Dies schliesse nicht aus, dass eine erste Kostengutsprache befristet erteilt werden könne. Im Übrigen habe die Beklagte in keiner Weise versäumt, auf das Verlängerungsgesuch zu reagieren. Die Beurteilung habe erst nach Eintreffen des ärztlichen Berichts vom 30. November 2007 an den Vertrauensarzt vorgenommen werden können. Dieser sei der Beklagten vermutlich am 1. Dezember 2007, somit an einem Samstag und nach Ablauf der ursprünglich erteilten Kostengutsprache, zugegangen. Der Oberarzt der Klinik sei am Montag, 3. Dezember 2007, telefonisch und schriftlich über die Kostenverweigerung orientiert worden. Zu behaupten, die Beklagte habe es versäumt, auf das Verlängerungsgesuch zu reagieren, erweise sich geradezu als kühn. Zudem hätte die Klägerin die Möglichkeit gehabt, das Verlängerungsgesuch früher als erst mit Ablauf der gewährten Kostengutsprache zu stellen, zumal die weiteren geplanten medizinischen Massnahmen (u.a. Knochenmarkpunktion) bereits mit Schreiben vom 20. November 2007 vorgesehen gewesen seien. Überdies hätten die behandelnden Ärzte nicht darauf vertrauen können und dürfen, dass dem Verlängerungsgesuch tatsächlich stattgegeben werde, zumal in medizinischer Hinsicht keine Indikation für eine Verlängerung der stationären Rehabilitation bestanden habe.

B.c Die Klägerin lässt in der Replik vom 7. Januar 2009 an ihrem Antrag festhalten. Man bestreite mit Nichtwissen, dass am 3. Dezember 2007 ein Telefonat zwischen dem vertrauensärztlichen Dienst der Beklagten und dem Oberarzt der Klinik stattgefunden habe. Am 6. Dezember 2007 sei lediglich bei der Patientenadministration ein Schreiben des vertrauensärztlichen Dienstes eingegangen. Die Beklagte befristete Kostengutsprachen generell auf 14 Tage, ohne die konkreten Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen. Deshalb werde eine Edition aller Kostengutsprachen der Beklagten für die Klägerin der Jahre 2007 und 2008 anbegehrt. Die Bearbeitung aller Gesuche bereits nach 14 Tagen stelle einen unverhältnismässigen und unzumutbaren



administrativen Aufwand für die Klägerin dar. Der ärztliche Bericht betreffend Kostengutspracheverlängerung sei am 30. November 2007 an die Beklagte gefaxt worden. Der Beklagten sei demnach genügend Zeit geblieben, um das Verlängerungsgesuch bis zum Ablauf der ursprünglichen Kostengutsprache zu bearbeiten und zu beantworten. Aus der fehlenden Rückmeldung habe die Klägerin schliessen dürfen, dass das Verlängerungsgesuch gutgeheissen werde. Die Klägerin sei in ihrem berechtigten Vertrauen zu schützen. Die Versicherte habe sich von der Operation zwar gut erholt, dies sei jedoch keine konkrete Aussage dazu, ob sie bereits fähig sei, ihren Alltag alleine zuhause zu bewältigen. Die Knochenmarkpunktion sei eine nötige Abklärung gewesen, die nicht isoliert betrachtet werden könne, sondern dem Einzelfall gerecht werden müsse (act. G 11).

B.d In der Duplik vom 23. Januar 2009 hält die Beklagte an ihrem Abweisungsantrag fest. Es treffe nicht zu, dass die Beklagte in sämtlichen Fällen erste Kostengutsprachen im Umfang von 14 Tagen erteile, ohne dabei den Einzelfall zu berücksichtigen. Dennoch sei nie auszuschliessen, dass aufgrund von Erfahrungswerten bei bestimmten Diagnosen in einem ersten Schritt Kostengutsprachen in gleichem bzw. ähnlichem Umfang erteilt würden. Eine Spitalbedürftigkeit sei nicht aus der Tatsache abzuleiten, dass sich eine Person in einem Spital aufhalte resp. es dieser nicht möglich sei, ihren Alltag allein zu bewältigen. Die im Rahmen des stationären Aufenthalts bei der Versicherten behandelte Krankheit sei im Zeitpunkt des Gesuchs um Verlängerung der Kostengutsprache offenkundig ausgeheilt gewesen; weitere medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit der Rehabilitation seien weder vorgenommen noch in die Wege geleitet worden. So seien vielmehr offensichtlich eine allgemein Kräftigung und Mobilisation im Vordergrund gestanden, die die Voraussetzungen für die Bejahung der Spitalbedürftigkeit der Versicherten nicht erfüllten (act. G 13).

B.e Auf weitere Vorbringen der Parteien wird – sofern entscheidwesentlich – im Rahmen der Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.



1.1 Gemäss Art. 89 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) werden Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht entschieden (Abs. 1). In den Zuständigkeitsbereich des Schiedsgerichts fällt somit auch die Frage, welche Vergütung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung richtigerweise geschuldet ist bzw. welche Leistungen der Krankenversicherer im System des Tiers payant dem Leistungserbringer zu vergüten hat. Selbst im System des Tiers garant wäre das Schiedsgericht für Leistungsstreitigkeiten zuständig, wobei die versicherte Person diesfalls durch ihren Versicherer auf dessen Kosten zu vertreten wäre (Art. 89 Abs. 3 KVG).

1.2 Vorliegend haben die Klägerin und die Beklagte in Anwendung von Art. 42 Abs. 2 KVG und in Abweichung von Art. 42 Abs. 1 KVG das System des Tiers payant vereinbart (Art. 9 des Vertrags vom 31. Januar 2005 zwischen dem Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen und santésuisse betreffend Behandlungen, welche stationär in der allgemeinen Abteilung der Geriatrischen Klinik des Bürgerspitals St. Gallen erfolgen [ABI 2005 Nr. 9, S. 459]). Die vorliegende Leistungsstreitigkeit fällt somit gestützt auf Art. 89 Abs. 1 KVG in die Zuständigkeit des Schiedsgerichts KVG.

1.3 Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt (Art. 89 Abs. 2 KVG). Der Kanton bezeichnet das Schiedsgericht. Es setzt sich zusammen aus einer neutralen Person, die den Vorsitz innehat, und aus je einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer in gleicher Zahl. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen; dieses wird durch je einen Vertreter oder eine Vertreterin der Beteiligten ergänzt (Abs. 4). Der Kanton regelt das Verfahren; dieses muss einfach und rasch sein. Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Abs. 5). Nicht zu beachten ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), da dieses aufgrund der Ausnahmebestimmung von Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG auf das Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht ausdrücklich keine Anwendung findet. Massgebend für den vorliegenden Prozess sind damit neben den Bestimmungen des KVG ausschliesslich



St.Galler Gerichte

die kantonalrechtlichen Verfahrensvorschriften und dabei insbesondere die Bestimmungen über die öffentlich-rechtliche Klage gemäss Art. 65 ff. des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; sGS 951.1). In Ausführung von Art. 89 Abs. 4 KVG hat der Kanton St. Gallen das Versicherungsgericht als Schiedsgericht bezeichnet (Art. 5 des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung, sGS 331.11) sowie seine Organisation in den Art. 10 bis 12 der Verordnung über die Organisation des Versicherungsgerichts (VVsG; sGS 941.114) festgelegt.

1.4 Wenn Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG die Bestimmungen des ATSG für das Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht als nicht anwendbar erklärt, heisst das nicht, dass diese Bestimmungen auch für die Beurteilung von Rechtsverhältnissen zwischen Versicherern, Versicherten und Leistungserbringern, die aufgrund der gesetzlichen Ordnung gegebenenfalls durch ein kantonales Schiedsgericht zu beurteilen sind, nicht gelten. Ganz im Gegenteil finden die Vorschriften des ATSG grundsätzlich auch auf diese Rechtsverhältnisse Anwendung, wenn nicht eine Ausnahmebestimmung im betreffenden Spezialgesetz eine entsprechende Ausnahme ausdrücklich vorsieht. Insbesondere gilt dies, wenn es darum geht, Grundsätze, Begriffe und Institute des Sozialversicherungsrecht richtig zu verstehen bzw. anzuwenden (vgl. dazu Art. 1 lit. a und b ATSG sowie den Entscheid KSCHG 2004/6 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen als Schiedsgericht vom 22. Dezember 2005, Erw. 5a).

1.5 Im vorliegenden Fall kommt der Tarif des Kantons St. Gallen zur Anwendung. Zudem liegt die ständige Einrichtung der Klägerin im Kantonsgebiet. Die Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen als Schiedsgericht ist somit grundsätzlich gegeben.

1.6 Streitig und im vorliegenden Verfahren zu überprüfen ist die Pflicht zur Übernahme der während des stationären Aufenthalts der Versicherten vom 30. November bis 6. Dezember 2007 bei der Klägerin angefallenen Kosten durch die Beklagte. Zu beachten ist allerdings, dass in der Grundversicherung lediglich die Übernahme der Kosten in der allgemeinen Abteilung eines Spitals in Frage kommt (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Die Rechnung der Klägerin vom 9. Januar 2008 für den erwähnten Zeitraum, die den eingeklagten Betrag ausweist, bezieht sich jedoch auf die Unterbringung in der



St.Galler Gerichte

halbprivaten Abteilung und weist eine Tagestaxe von Fr. 425.- aus (kläg.act. 6). Gemäss dem Vertrag zwischen dem Gesundheitsdepartement und santésuisse betreffend die allgemeine Abteilung der Geriatriischen Klinik beläuft sich die Tagesvollpauschale auf Fr. 210.- (Art. 7 Abs. 2 des Vertrags; kläg.act. 1; vgl. auch Ziff. 111.11 des Anhangs der bis Ende 2007 in Kraft gestandenen, vorliegend anwendbaren Taxordnung der kantonalen Psychiatrischen Dienste und der Geriatriischen Klinik am Bürgerspital [sGS 321.62, nachfolgend: TO]). Eine Leistungspflicht nach VVG kann vom Schiedsgericht nicht überprüft werden; für die entsprechende Klage wäre aufgrund des geringen Streitwerts der Kreisgerichtspräsident zuständig (Art. 7 lit. a ZPG/SG; sGS 961.2). Entsprechend kann auf die vorliegende Klage nicht vollständig eingetreten werden. Weitere Abklärungen zum Umfang der in Frage kommenden Versicherungsdeckung gemäss KVG können jedoch unterbleiben, wie nachfolgend zu zeigen ist.

1.7 Die der eingeklagten Forderungssumme zugrundeliegende Schuld entstand zwischen dem 30. November 2007 und dem 6. Dezember 2007 und wäre gemäss Art. 10 Abs. 1 TO innert 45 Tagen zu begleichen gewesen. Die Klageerhebung erfolgte innert der Verjährungsfrist von fünf Jahren nach Fälligkeit (vgl. Art. 128 Ziff. 3 OR) und damit rechtzeitig.

2.

Leistungserbringerin ist die Geriatriische Klinik . Diese ist Teil des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinde, die als Gemeinde im Sinn des st. gallischen Gemeindegesetzes gilt (Art. 1 Abs. 2 lit. c Gemeindegesetz; sGS 151.2). Als öffentlich-rechtliche Körperschaft ist die Klägerin eine juristische Person im Sinn von Art. 52 Abs. 2 ZGB und als solche rechtsfähig (Art. 53 ZGB) und damit auch prozessfähig (vgl. Art. 9 Abs. 1 VRP), zumal die unentbehrlichen Organe bestellt sind (vgl. Art. 3 der Gemeindeordnung der Ortsbürgergemeinde St. Gallen vom 15. April 1988; Cavelti/Vögeli, Verwaltungsgerichtsbarkeit im Kanton St. Gallen – dargestellt an den Verfahren vor dem Verwaltungsgericht, St. Gallen 2003, S. 181, Rz. 337). Sie kann folglich im vorliegenden Verfahren als Klägerin auftreten.

3.



3.1 Die Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) nennt im Anhang 1 unter anderem Leistungen, deren Kosten nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden (vgl. Art. 1 KLV). Gemäss Ziff. 11 des Anhangs ist die stationäre Rehabilitation nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder Vertrauensärztin zu übernehmen.

3.2 Gestützt auf einen entsprechenden Auftrag des kantonalen Gesetzgebers (Art. 36 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes, sGS 311.1) erliess die Regierung am 9. September 2003 die Taxordnung der kantonalen Psychiatrischen Dienste und der Geriatrischen Klinik am Bürgerspital St. Gallen (sGS 321.62, nachfolgend: TO). Diese stand bis Ende 2007 in Kraft und wurde per 1. Januar 2008 aufgespaltet in die Taxordnung der kantonalen Psychiatrischen Dienste (vgl. den VIII. Nachtrag zur Taxordnung der kantonalen Psychiatrischen Dienste und der Geriatrischen Klinik vom 22. Januar 2008 [ABI 2008, 368 ff.]) und die vom Bürgerrat der Ortsbürgergemeinde am 1. Juli 2008 erlassene, inhaltlich weitgehend identische Taxordnung der Geriatrischen Klinik. Da vorliegend die Kostenübernahme für einen Aufenthalt vom November und Dezember 2007 zu beurteilen ist, gelangt die bis Ende 2007 in Kraft gestandene gemeinsame Fassung der Taxordnung zur Anwendung.

3.3 Gemäss Art. 11 Abs. 1 TO meldet die Geriatrische Klinik dem Krankenversicherer umgehend den Eintritt von stationären Patientinnen und Patienten auf der Allgemeinen Abteilung. Besteht kein Leistungsanspruch, meldet dies der Krankenversicherer umgehend der Klinik. Die Geriatrische Klinik teilt dem Krankenversicherer vor Ablauf von 60 Tagen Aufenthalt unaufgefordert und begründet mit, ob und wie lange die Spitalbedürftigkeit einer Patientin oder eines Patienten voraussichtlich andauern wird (Art. 11 Abs. 4 TO). Nach Art. 7 Abs. 5 des Vertrags vom 31. Januar 2005 zwischen dem Gesundheitsdepartement und santésuisse hat diese Mitteilung bei geriatrischen Patienten unaufgefordert innert 50 Tagen zu erfolgen. Der Rechtsvertreter der Klägerin schliesst aus diesen Bestimmungen, dass eine Befristung der Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt seitens der Krankenversicherer grundsätzlich nicht zulässig sei.



3.4 Nach der Gesetzesvorschrift des Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach Art. 25-31, also auch der Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals, wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen nach Art. 56 Abs. 1 KVG auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Abs. 2). Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit setzen voraus, dass eine medizinische Massnahme dem Gebot der Notwendigkeit genügt. Erforderlich und notwendig ist eine Vorkehr, wenn sie in medizinischer Hinsicht zur Erzielung des Erfolgs unentbehrlich und unvermeidlich ist. Eine medizinische Massnahme lässt sich aber auch als unnötig qualifizieren, wenn und soweit sie sich durch eine kostengünstigere Leistung oder Behandlung ersetzen liesse, ohne dass dadurch der medizinische Erfolg in Frage gestellt würde. Das Merkmal der Notwendigkeit bezieht sich in diesem Fall auf den unnötigen Mehraufwand (Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in SBVR-Meyer, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel 2007, S. 494, Rz. 294). Die Notwendigkeit ist grundsätzlich nach objektiven Kriterien zu bemessen und nicht nach der subjektiven Sicht der versicherten Person oder des Arztes. Sie beurteilt sich nach den medizinischen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Entscheidung und prospektiv nach der begründeten Erwartung eines bestimmten Erfolgs (Eugster, SBVR, a.a.O., S. 495, Rz. 295; mit Hinweisen auf die Rechtsprechung Gebhard Eugster, Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 KVG, in: Schaffhauser/Kieser, Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 22 f.). Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit verpflichtet dazu, bei vergleichbarem medizinischen Nutzen die kostengünstigste Variante zu wählen (BGE 130 V 532, Erw. 2.2; 127 V 138, Erw. 5), wobei der in Frage kommende alternative Behandlungsweg deutlich kostengünstiger und für den Leistungserbringer auch erkennbar sein muss (Eugster, SBVR, a.a.O., S. 495, Rz. 297).

3.5 Der Anspruch auf Leistungen für stationäre Behandlung setzt neben dem Aufenthalt im Spital eine Spitalbedürftigkeit voraus. Diese ist gegeben, wenn die versicherte Person an einer Krankheit leidet und die Akutbehandlung, die Überwachung des Gesundheitszustands oder die medizinische Rehabilitation notwendigerweise unter Spitalbedingungen erfolgen müssen (m.w.H. Entscheid K 51/00 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 26. September 2000, Erw. 2b). Grundsätzlich ist die



Hospitalisation gegenüber kostengünstigeren Alternativen nachrangig. Allerdings können gegebenenfalls auch persönliche, familiäre und andere nicht streng medizinische Umstände einen Spitalaufenthalt rechtfertigen. Dies trifft dann zu, wenn die medizinische Behandlung wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 323, Erw. 2b). Ziel ist die Sicherstellung der notwendigen medizinischen Behandlung, die sonst nicht durchführbar wäre, auch nicht mit den Mitteln der Krankenpflege zu Hause oder in einem Kurhaus (RKUV 1987 K 739 254; Eugster, SBVR, a.a.O., S. 526 f., Rz. 391; Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot, a.a.O., S. 27). Die Intensität der ärztlichen Behandlung, welche die Krankheit einer versicherten Person verlangt, ist nach der Rechtsprechung nicht alleiniges Entscheidungskriterium, ob ihr Zustand eine Hospitalisierung rechtfertigt, insbesondere wenn eine versicherte Person wegen ihres hohen Alters, ihrer familiären Verhältnisse oder weil sie alleinstehend ist, keine Möglichkeit hat, die ihrem Zustand entsprechende Pflege und Beaufsichtigung zu Hause zu erhalten, oder wenn dies ihrer Familie nicht zugemutet werden kann (BGE 115 V 38). Der Umstand, dass ein kranker Versicherter alleinstehend und in seiner Bewegungsfreiheit aufgrund von Operationen beider Füsse erheblich eingeschränkt war, reichte gemäss dem höchsten Gericht für sich allein nicht zur Bejahung einer Spitalbedürftigkeit aus sozialen Gründen (RKUV 1987 K 739, S. 254; weitere Hinweise auf Entscheide mit Ablehnungen beim Vorliegen von sozialen Gründen bei Brigitte Pfiffner Rauber, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich 2003, S. 192). Die Kasse hat im Weiteren nicht dafür aufzukommen, wenn eine versicherte Person trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist, weil z.B. kein Platz in einem geeigneten und für die versicherte Person genügenden Pflegeheim (ohne Spitalcharakter) vorhanden ist und mithin der Spitalaufenthalt nur noch auf sozialen Überlegungen beruht (m.w.H. BGE 115 V 38, Erw. 3b/aa).

3.6 Merkmale einer stationären Rehabilitation sind regelmässig eine nicht allzu lange Dauer des Spitalaufenthalts und die Intensität der Massnahmen. Für die Beurteilung der anzuerkennenden Dauer ist massgebend, dass von den laufenden Massnahmen noch wesentliche Verbesserungen des Rehabilitationserfolgs erwartet werden dürfen (Eugster, SBVR, a.a.O., S. 531, Rz. 405). Erholungsbedürftigkeit etwa nach einer akuten



Erkrankung vermag die gesetzliche Leistungspflicht nicht auszulösen (Eugster, SBVR, a.a.O., S. 532, Rz. 410).

4.

4.1 Im vorliegenden Fall anerkannte die Beklagte die Spitalbedürftigkeit für den Zeitraum 16. bis 29. November 2007. Sie erliess praxisgemäss eine auf 14 Tage befristete Kostengutsprache (kläg.act. 3). Die Ansicht der Klägerin, Kostengutsprachen dürften gemäss TO nicht auf unter 60 Tage befristet werden, vermag nicht zu überzeugen. Wie erläutert, enthält das KVG in Bezug auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zwingende Vorschriften an den kantonalen Gesetz- bzw. Ordnungsgeber. Das kantonale Recht ist stets KVG-konform auszulegen. Mit Sinn und Zweck der Art. 32 Abs. 1 und 56 Abs. 1 KVG wäre nicht vereinbar, wenn die Versicherer in allen Fällen unbefristete Kostengutsprachen erteilen müssten und etwa die Klägerin erst vor Ablauf von 60 Tagen Klinikaufenthalt eines Versicherten an die Beklagte gelangen müsste mit einem Verlängerungsgesuch. Die Notwendigkeit der vertrauensärztlichen Genehmigung der Spitalbedürftigkeit hat der Gesetzgeber zur Qualitätssicherung vorgesehen und in Art. 58 Abs. 3 lit. a KVG dem Ordnungsgeber übertragen. Dieser hat die Befugnis mit Art. 77 Abs. 4 KVV an das EDI delegiert und dieses wiederum im Zusammenhang mit der Übernahme stationärer Spitalaufenthalte Ziff. 11 des Anhangs zur KLV erlassen. Die Genehmigung durch den Vertrauensarzt ist ein vom Gesetzgeber gewolltes und gezielt eingesetztes Instrument zur Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit des stationären Spitalaufenthalts. Diese Kontrolle würde verunmöglicht, wenn die Versicherer ihre Kostengutsprache grundsätzlich nicht befristen dürften bzw. stets für mindestens 50 bzw. 60 Tage erteilen müssten. Auch bei geriatrischen Patienten ist keineswegs von vornherein stets eine Spitalbedürftigkeit von mindestens 50 bzw. 60 Tagen gegeben. Dies veranschaulicht etwa der Fall der Versicherten: Dass bei ihr eine Spitalbedürftigkeit von über 21 Tagen bestanden hätte, behauptet auch die Klägerin nicht. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind die Krankenversicherer nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, eine Spitalbehandlung – mit Hilfe ihres Vertrauensarztes – laufend zu kontrollieren. Deswegen bezeichnet das höchste Gericht die Beschränkung der Dauer einer Zahlungszusicherung, die später gestützt auf die vom behandelnden Arzt erteilten Auskünfte verlängert werden kann, als angemessenes



Mittel zur Gewährleistung der medizinischen Rechtfertigung eines längeren Spitalaufenthalts (BGE 127 V 43; vgl. auch Pfiffner Rauber, a.a.O., S. 159 f.). Die Bestimmungen von Art. 11 Abs. 4 TO bzw. Art. 7 Abs. 5 des Vertrags zwischen dem Gesundheitsdepartements und santésuisse können in gesetzeskonformer Auslegung nur dahingehend verstanden werden, dass bei langandauernden Spitalaufenthalten von über 50 bzw. 60 Tagen eine zusätzliche Kontrolle angezeigt ist: Der Leistungserbringer hat diesfalls unaufgefordert zu begründen, ob und wie lange die Spitalbedürftigkeit voraussichtlich noch andauern wird, dies unabhängig einer ursprünglich erteilten längeren Kostengutsprache bzw. einer im Vorfeld über die Gesamtdauer von 50 bzw. 60 Tagen hinaus verlängerten Kostengutsprache. Die Befristung der Kostengutsprache der Beklagten bis 29. November 2007 ist somit geeignet, die gesetzlichen Vorgaben der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu erfüllen und ist daher nicht zu beanstanden. Die von der Klägerin beantragte Edition sämtlicher Kostengutsprachen der Jahre 2007 und 2008 erweist sich folglich von vornherein als nutzlos, weshalb dem Antrag nicht zu entsprechen ist. Einen unzumutbaren administrativen Aufwand löst die Befristung entgegen der Ansicht der Klägerin nicht aus; wenngleich der Aufwand wohl nicht gering ist, lässt sich dieser nach dem Gesagten vernünftigerweise doch nicht vermeiden und ist in Kauf zu nehmen.

4.2 Nachfolgend ist der Anspruch auf Verlängerung der Kostengutsprache materiell zu prüfen. Beim ursprünglichen Kostengutsprache gesuch vom 20. November 2007 nannte die Klägerin als voraussichtliche Aufenthaltsdauer ca. drei Wochen. Die voraussichtlichen Ziele seien weitere Abklärungen (u.a. Knochenmarkpunktion), allgemeine Kräftigung und Mobilisation. Eine Rückkehr nachhause sollte wieder möglich sein (bekl.act. 4). Der Oberarzt der Geriatriischen Klinik begründete die beantragte Verlängerung der Kostengutsprache für sieben weitere Tage am 30. November 2007 gegenüber dem Vertrauensarzt der Beklagten folgendermassen: Die Patientin habe sich von der Operation sehr gut erholt. Im Rahmen der postoperativen Nachsorge sei allerdings noch eine Knochenmarkpunktion (Lymphon) geplant, die in der kommenden Woche stattfinden werde. Im Anschluss daran könne die Patientin nachhause austreten (bekl.act. 5). Der Vertrauensarzt der Beklagten wies am 3. Dezember 2007 darauf hin, die Knochenmarkpunktion könne auch ambulant bzw. tagesstationär durchgeführt werden, weshalb die Verlängerung der stationären



Rehabilitation nicht mehr indiziert sei (vgl. bekl.act. 1). Der leitende Arzt der Geriatrischen Klinik hielt daraufhin mit Schreiben vom 19. Dezember 2007 fest, man habe den Verbleib der alleinstehenden Patientin bis zur Punction am 5. Dezember 2007 in der Klinik befürwortet, um in der Zwischenzeit ihre Mobilisation noch weiter zu fördern. Zudem sei unklar gewesen, ob das Ergebnis der Punction allfällige weitere direkte therapeutische Konsequenzen haben könnte. Entgegen der ursprünglichen Empfehlungen sei die Knochenmarkpunction doch nicht durchgeführt worden, woraufhin man die Versicherte am 6. Dezember 2007 entlassen habe. Der leitende Arzt hielt fest, ihm sei bewusst, dass eine Verlängerung der stationären Rehabilitation nur teilweise medizinisch begründet werden könne. In Anbetracht der besonderen Umstände bitte er dennoch um eine zumindest teilweise Verlängerung der Kostengutsprache (kläg.act. 5).

4.3 Gestützt auf diese Aktenlage ist eine medizinische Indikation zur Verlängerung des Spitalaufenthalts zu verneinen. Die ursprünglich geplante, schliesslich aber nicht durchgeführte Knochenmarkpunction hätte ambulant oder nötigenfalls in der Tagesklinik durchgeführt werden können, was die Klägerin nicht grundsätzlich bestreitet. Von der Operation selbst hatte sich die Versicherte bereits per 29. November 2007 gut erholt. Dass auch nach diesem Datum noch eine intensive ärztliche Behandlung oder medizinische Betreuung notwendig gewesen wäre, wird auch von der Klägerin nicht geltend gemacht. Zu prüfen bleibt, ob besondere persönliche Lebensumstände der Versicherten ihren Verbleib in der Klinik trotzdem ausnahmsweise rechtfertigten. Sie war zur massgebenden Zeit 79 Jahre alt und offenbar alleinstehend. Die behandelnden Ärzte der Klinik machten jedoch nicht geltend, dass sie noch umfassender Pflege bedurft hätte und sich gesundheitsbedingt nicht allein hätte versorgen können. Am 6. Dezember 2007, also noch am Tag des Eingangs der schriftlichen Kostenverweigerung der Beklagten, entliess man die Versicherte offenbar ohne weiteres nachhause; medizinische Gründe, weshalb dies nicht bereits eine Woche früher möglich gewesen wäre, sind nicht ersichtlich. Dass die Verlängerung des Spitalaufenthalts für die im Bericht des leitenden Arztes vom 19. Dezember 2007 erwähnte weitere Mobilisation der Versicherten nötig gewesen wäre, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargelegt. Hätten allenfalls noch notwendige Hilfe- und Unterstützungsleistungen nach Austritt aus der Klinik nicht durch Angehörige oder sonstige private Betreuungspersonen gewährleistet werden



können, so wäre etwa die Inanspruchnahme der Spitex möglich und wohl auch ausreichend gewesen. Die vom behandelnden Arzt im Schreiben vom 19. Dezember 2007 erwähnten möglichen direkten therapeutischen Konsequenzen der Knochenmarkpunktion hätten höchstens eine Spitalbedürftigkeit im Anschluss an die Punktion, nicht jedoch in deren Vorfeld, zu begründen vermocht. Wenngleich die Verlängerung des Klinikaufenthalts mit Blick auf die für den 5. Dezember 2007 geplante Punktion nachvollziehbar und wohl auch sinnvoll gewesen sein dürfte, kann eine eigentliche Spitalbedürftigkeit nicht mehr zuerkannt werden, weshalb die Beklagte die Kostengutsprache mit Blick auf Art. 32 Abs. 1 KVG grundsätzlich zu Recht verweigerte, zumal für Kulanzzahlungen im Rahmen des KVG kein Raum bleibt.

5.

5.1 Die Klägerin macht geltend, die Kostenverweigerung der Beklagten sei ihr zu spät mitgeteilt worden. Da die Beklagte nicht umgehend reagiert habe, habe sie auf die Verlängerung der Kostenübernahme vertrauen dürfen. Mit Formular vom 27. November 2007 beantragte sie die Verlängerung der Kostengutsprache (kläg.act. 4), wobei sie nicht belegt, wann das Formular der Beklagten zugeing. Dies ist jedoch nicht von zentraler Bedeutung, zumal der für die Verlängerung der Kostengutsprache notwendige Arztbericht der Beklagten frühestens am 30. November 2007 zugeing. Den behandelnden Klinikärzten war bei Ablauf der Kostendeckung per 29. November 2007 offensichtlich bewusst, dass die Verlängerung der Kostengutsprache nicht nur reine Formsache war, da sie selbst keine aus medizinischen Gründen notwendige Spitalbedürftigkeit mehr attestierten (vgl. bekl.act. 5; kläg.act. 5). Vor diesem Hintergrund wäre es der Klägerin zumutbar gewesen, das Verlängerungsgesuch vollständig, also mit ärztlicher Begründung, frühzeitig einzureichen, sodass nach einer angemessenen Bearbeitungsfrist bis 29. November 2007 eine Antwort von der Beklagten vorgelegen wäre. Im Übrigen weist die Beklagte zu Recht darauf hin, dass die geplante Knochenmarkpunktion bereits frühzeitig bekannt war, wurde diese im Kostengutsprachege such vom 20. November 2007 doch bereits erwähnt. Selbst wenn man annehmen würde, dass die Einreichung des Gesuchs nicht vor dem 27. November 2007 möglich gewesen war, so wäre in Anbetracht der unklaren Kostendeckung jedenfalls eine telefonische Kontaktaufnahme des behandelnden Arztes mit dem Vertrauensarzt der Beklagten angezeigt gewesen. Bei Beachtung der ihr zumutbaren



Sorgfalt hätte die Klinik also bis zum 29. November 2007 erkennen können, dass die Kostengutsprache wohl nicht erteilt würde.

5.2 Im Übrigen hat die Beklagte zur Beantwortung des Gesuchs keinesfalls unzulässig viel Zeit verstreichen lassen. Der für die Prüfung des Gesuchs notwendige Bericht wurde vom zuständigen Arzt gemäss dem automatisch gespeicherten Erstellungsdatum am Freitag, 30. November 2007, um 12.04 Uhr erfasst. Das Arztsekretariat faxte diesen Bericht nach eigenen Angaben noch am Freitagnachmittag, wobei dies lediglich mit einer Excel-Liste belegt wird (kläg.act. 9), was für einen überzeugenden Beweis nicht ausreicht. Dies ist jedoch unerheblich. Das Arztsekretariat nahm gemäss Schreiben vom 15. Dezember 2008 selbst an, dass die interne Postverteilung der Beklagten den Verlaufsbericht erst am Montag, 3. Dezember 2007, an ihren Vertrauensarzt weitergeleitet habe (kläg.act. 9). Dies entspricht also nicht einer ungebührlich langen Bearbeitungsdauer, sondern einer üblichen Erledigungszeit nach allgemeiner Geschäftserfahrung. Seitens der Klinik wurde offenbar sogar erkannt, dass dem zuständigen Vertrauensarzt die für seine Empfehlung notwendigen Unterlagen wohl erst am 3. Dezember 2007 vorliegen würden; schon allein deshalb hätte sich eine – nötigenfalls noch nicht förmliche – Vorab-Anfrage aufgedrängt. Der zuständige Vertrauensarzt der Beklagten bearbeitete das Gesuch umgehend und reagierte noch am 3. Dezember 2007. Wenngleich auch hier der strikte Beweis nicht gelingt, so belegen die Schreiben vom 3. Dezember 2007 und 20. Dezember 2007 an den zuständigen Klinikarzt (bekl.act. 1 und 2) doch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit, dass der Vertrauensarzt den Klinikarzt noch am 3. Dezember 2007 telefonisch über die Kostenverweigerung orientiert hatte. Selbst wenn die Klinik jedoch, wie die Klägerin behauptet, erstmals am 6. Dezember 2007 Anhaltspunkte für die Kostenverweigerung gehabt haben sollte, läge keine ungebührlich lange Bearbeitungsdauer seitens der Beklagten vor.

6.

6.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen erweist sich die Klage als unbegründet und ist abzuweisen, soweit überhaupt darauf eingetreten werden kann.



6.2 Im Gegensatz zu Art. 61 lit. a ATSG für das "ordentliche" Verfahren vor Versicherungsgericht schreibt Art. 89 Abs. 5 KVG für das Verfahren vor Schiedsgericht keine Kostenlosigkeit vor, womit für die Kostenfrage ausschliesslich kantonales Recht massgeblich ist. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Verfahrenskosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Ziff. 372 des Gerichtskostentarifs (sGS 941.12) sieht für Entscheide des Versicherungsgerichts einen Gebührenrahmen von Fr. 400.- bis Fr. 5'000.- vor. Für das vorliegende Verfahren erscheint mit Rücksicht auf den vom Gericht zu erbringenden Aufwand und die Bedeutung der Streitsache eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'500.- angemessen. Entsprechend dem Prozessausgang ist diese von der Klägerin zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.- ist anzurechnen.

6.3 Auch für die Frage der Entschädigung der ausseramtlichen Kosten (Parteientschädigung) ist das kantonale Recht massgeblich. Art. 98 Abs. 1 VRP anerkennt in Klagefällen einen Anspruch auf Ersatz der ausseramtlichen Kosten. Diese werden den Verfahrensbeteiligten nach Obsiegen und Unterliegen auferlegt (Art. 98^{bis} VRP). Anders als beim Verfahren vor Bundesgericht, wo mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen wird, wenn sie in ihrem amtlichen Wirkungskreis obsiegen (Art. 68 Abs. 3 BGG), kennt das kantonale Recht keine Ausnahme vom Anspruch einer Krankenversicherung auf Parteientschädigung. Auch die für Fälle, in denen das ATSG zur Anwendung gelangt, legitime Überlegung, dass dem Versicherungsträger kein Anspruch auf Parteientschädigung zustehen kann, weil ansonsten der Grundsatz der Kostenlosigkeit des Verfahrens unterlaufen würde (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Rz. 114 zu Art. 61), kann vorliegend nicht massgebend sein, ist doch das Verfahren vor Schiedsgericht nach Art. 89 KVG wie erläutert grundsätzlich ohnehin kostenpflichtig. Ein spezielles Schutzbedürfnis des gegenüber der Versicherung schwächeren Versicherten, wie es der Kostenlosigkeit des Sozialversicherungsverfahrens nach ATSG zugrunde liegt, ist vorliegend nicht gegeben, zumal sich Leistungserbringer und Versicherungsträger grundsätzlich "mit gleichlangen Spiessen" gegenüberstehen. Folglich hat die unterliegende Klägerin der Beklagten eine Parteientschädigung zu bezahlen (vgl. auch Rebecca Hirt, Die Regelung der Kosten nach st. gallischem Verwaltungsrechtspflegegesetz; Lachen/ St. Gallen 2004, S. 163 und S. 175; Martin Bernet, Die Parteientschädigung in der schweizerischen



Verwaltungsrechtspflege, Zürich 1986, S. 24). Bei der Festsetzung der Höhe ist zu berücksichtigen, dass die Beklagte keinen externen Rechtsanwalt beiziehen musste, sondern bei ihr angestellte Anwälte mit der vorliegenden Streitsache betrauen konnte. Da Verfahren wie das vorliegende zu deren üblichem Wirkungskreis zählen, erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als ausreichend und angemessen.

Demgemäss hat das Schiedsgericht

entschieden:

1. Die Klage wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Die Klägerin hat die Gerichtskosten von Fr. 1'500.- zu bezahlen. Der Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 1'000.- wird angerechnet.
3. Die Klägerin hat der Beklagten eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.- zu bezahlen.