



Fall-Nr.: KV 2006/9
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 25.03.2020
Entscheiddatum: 15.03.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 15.03.2007

Art. 25 Abs. 1, 2 lit. d und Art. 39 KVG. Burnout-Syndrom. Übernahme der Kosten eines stationären Aufenthalts in der Klinik Gais (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. März 2007, KV 2006/9). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_193/2007.

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Marie Löhner und
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 15. März 2007

In Sachen

S.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch D.____,

gegen

KPT / CPT Krankenversicherung, Tellstrasse 18, Postfach, 3000 Bern 22,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:



I.

A.- a) Mit Einweisungszeugnis vom 21. Dezember 2005 wurde S.____, Jahrgang 1949, von Dr. med. A.____, Allgemeinmediziner mit Fähigkeitsausweis für psychosomatische und psychosoziale Medizin APPM (vgl. KV-act. 3), in die Fachklinik B.____ (nachfolgend: Klinik B.____) mit einem spätesten Eintrittstermin am 9. Januar 2006 eingewiesen. Er litt gemäss Angaben von Dr. A.____ an einer mittelschweren depressiven Episode bei grosser psychosozialer Belastung mit Gefahr psychischer Dekompensation bei einer klassischen Burnout-Situation. Am 4. Januar 2006 stellte die Klinik B.____ bei der Krankenkasse KPT/CPT (nachfolgend: Kasse), bei welcher S.____ für obligatorische Krankenpflege nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) versichert war, ein Gesuch um Kostengutsprache für einen vierwöchigen Rehabilitationsaufenthalt ab 9. Januar 2006 (KV-act. 1). Mit Schreiben vom 5. Januar 2006 lehnte die Kasse das Gesuch mit der Begründung ab, beim Versicherten liege keine akute Rehabilitationsbedürftigkeit vor. Zudem sei die Einweisung nicht durch einen Psychiater, sondern durch eine Praxis für innere Medizin erfolgt. Ambulante Behandlungen bei einem Psychiater seien nicht bekannt, womit das ambulante Behandlungspotential nicht ausreichend ausgeschöpft worden sei (KV-act. 2). Am 9. Januar 2006 hielt die Kasse nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt, Dr. med. C.____ (KV-act. 4), an der Ablehnung der Kostenübernahme fest. Eine Kostengutsprache könne nur erfolgen, wenn die ambulante Behandlung erschöpft sei oder wenn ein entsprechender Facharzt oder ein Spital eine Rehabilitation als unabdingbar bezeichne. Weder das eine noch das andere treffe auf den Versicherten zu (KV-act. 5). Gleichentags reichte Dr. A.____ ein Wiedererwägungsgesuch für die stationäre Therapie in der Klinik B.____ ein. Die Voraussetzungen zur Kostenübernahme für einen stationären Klinikaufenthalt (medizinische Indikation, Arbeitsunfähigkeit und Erschöpfung des ambulanten Behandlungspotentials) seien beim Versicherten vollumfänglich erfüllt (KV-act. 6). Nach einem E-Mail-Austausch mit der Kasse (KV-act. 7) verlangte D.____ mit Schreiben vom 4. Februar 2006 im Namen des Versicherten eine beschwerdefähige Verfügung (KV-act. 8), die in der Folge am 21. Februar 2006 erlassen wurde. Zur Begründung der Leistungsablehnung bestätigte die Kasse unter anderem, die Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation seien nicht erfüllt. Es sei eine ambulante intensive Psychotherapie bei einem Facharzt durchzuführen (KV-act. 10).



b) Am 16. März 2006 erhob D.____ im Namen des Versicherten Einsprache (KV-act. 11). Die Begründung der Kasse, dass vor der Einweisung in die Klinik B.____ weder eine stationäre Hospitalisation noch eine ambulante fachärztliche Therapie erfolgt sei, sei nicht stichhaltig. Denn Dr. A.____ verfüge über einen Fähigkeitsausweis für psychosomatische und psychosoziale Medizin (APPM). Er sei entsprechend zur psychotherapeutischen Begleitung ermächtigt und in der Lage, eine Hospitalisationsbedürftigkeit bei einem Erschöpfungssyndrom zu beurteilen. Eine ambulante Therapie sei angesichts der Belastung in der familiären Umgebung ohnehin unvorstellbar, eine Hospitalisation sei notwendig gewesen. Sämtliche Fachärzte hätten sich für die zwingende Notwendigkeit einer solchen ausgesprochen. Der Vertrauensarzt der Krankenkasse, Dr. C.____, könne den Gesundheitszustand des Versicherten ohne persönlichen Kontakt aus der Distanz nicht beurteilen. Dazu müsse man die behandelnden Fachärzte - Dr. A.____, Dr. med. E.____, Klinik B.____, und Dr. med. F.____ - beiziehen. Eine vorgängig durchgeführte ambulante Therapie habe keine Verbesserung des Gesundheitszustandes in nützlicher Zeit herbeigeführt. Sie sei damit nicht zweckmässig und nicht im Interesse des Versicherten gewesen (KV-act. 11). Am 22. März 2006 wurde eine Einsprache-Ergänzung in Form eines ärztlichen Zeugnisses von Dr. E.____ und des Psychiaters Dr. med. G.____, Klinik B.____, vom 12. Januar 2006 nachgereicht. Beide Ärzte betonen die Notwendigkeit psychosomatischer rehabilitativer Massnahmen mit psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen, Physio- und Atemtherapie, psychiatrischer Behandlung und eines Bewegungsprogramms mit Fahrradergometrie, Krafttraining, Wandern, Sport und Wassergymnastik sowie Entspannungsverfahren (KV-act. 13). Mit Einsprache-Entscheidung vom 23. Mai 2006 wurde die Einsprache, nach erneuter Stellungnahme von Dr. C.____ vom 18. Mai 2006 (KV-act. 24), abgewiesen. Die psychosomatische (stationäre) Rehabilitation setze Spitalbedürftigkeit voraus. Bei der Einweisung in die Klinik B.____ habe es sich aber nicht um die Einweisung in ein Akutspital (psychiatrische Klinik) gehandelt. Damit seien die entsprechenden Kosten nur unter bestimmten Voraussetzungen - vorgängige Kostengutsprache des Versicherers und ausdrückliche Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin - von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. Der Versicherte habe Dr. A.____ erstmals am 15. Dezember 2005 aufgesucht. Nach einer zweiten Konsultation am 19. Dezember und einer dritten Konsultation am 21. Dezember 2005 sei die Einweisung in die Klinik



B.____ erfolgt. Es könne nicht von einer Erschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Rede sein; dies auch dann nicht, wenn Dr. A.____ diese Eigenschaft zuerkannt würde. Wenn eine Hospitalisation zwingend notwendig gewesen wäre, hätte diese in einem Spital oder einer (psychiatrischen) Klinik zur stationären Behandlung erfolgen müssen. Die Kasse habe indessen die Kosten im Rahmen einer Erholungskur übernommen und aus der Spitalzusatzversicherung zusätzlich Aufenthaltskosten von Fr. 40.-- pro Tag ausgerichtet. Die Kosten für den stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik B.____ vom 12. bis 28. Januar 2006 (Hotelleriekosten) könnten dagegen aus der obligatorischen Krankenversicherung nicht zurückerstattet werden (KV-act. 25).

B.- a) Gegen den Einsprache-Entscheid erhob D.____ im Namen des Versicherten am 22. Juni 2006 Beschwerde. Die Beschwerdegegnerin gehe fälschlicherweise davon aus, dass in jedem Fall zuerst die ambulanten Behandlungen ausgeschöpft werden müssten. Die Möglichkeit, dass eine versicherte Person allenfalls zu lange mit der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung zuwarten, so dass eine ambulante Therapie nicht mehr ausreiche und somit ein Notfall vorliege, berücksichtige sie in ihrer Beurteilung nicht. Aufgrund der medizinischen Akten, insbesondere der Berichte von Dr. A.____, habe im Zeitpunkt der Einweisung eine lebensbedrohliche Situation vorgelegen, die eine stationäre Rehabilitation unumgänglich gemacht habe. Auch dem ärztlichen Zeugnis der Klinik B.____ vom 12. Januar 2006 könne entnommen werden, dass die notwendigen rehabilitativen Massnahmen die Grenzen ambulanter Behandlungsmöglichkeiten weit überschritten hätten. Ferner habe die Beschwerdegegnerin bei der Abweisung des Wiedererwägungsgesuchs vom 9. Januar 2006 übersehen, dass es sich bei Dr. A.____ aufgrund seiner Zusatzausbildung APPM eindeutig um einen Facharzt handle.

b) Mit Beschwerdeantwort vom 14. August 2006 erwiderte die Beschwerdegegnerin, aufgrund der Tatsache, dass vor der Einweisung zur stationären Rehabilitation lediglich zwei Konsultationen bei Dr. A.____ stattgefunden hätten, könne nicht von einer erfolglosen ambulanten Behandlung bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gesprochen werden. Wenn eine Notfallsituation vorgelegen hätte, wäre die Einweisung in eine Akutpsychiatrie erfolgt. Die Klinik B.____ sei demgegenüber eine Fachklinik für psychosomatische Rehabilitation, die auf Psychotherapie spezialisiert



sei. Entsprechend hätte vorgängig eine genügende ambulante Psychotherapie durchgeführt werden müssen (act. G 3).

c) In der Replik vom 4. September 2006 betont D.____, dass das Vorliegen eines Notfalls bereits im Rahmen des Wiedererwägungsgesuchs und nicht erst in der Beschwerde geltend gemacht worden sei. Zudem kritisiert er die Beschwerdegegnerin dahingehend, dass sie den Beschwerdeführer nicht bereits im Zeitpunkt der Einweisung durch Dr. A.____ darauf aufmerksam gemacht habe, dass die Klinik B.____ nicht als Akutpsychiatrie gelte. Es gehe nicht an, dass der Beschwerdeführer aufgrund dieser falschen und unvollständigen Informationen die Kosten für den stationären Aufenthalt in der Klinik B.____ selbst tragen müsse (act. G 5).

d) Mit Duplik vom 20. September 2006 hält die Beschwerdegegnerin diesem Einwand entgegen, dass Dr. A.____ im Zeitpunkt der Einweisung bestimmt um den Status und die Behandlungsmöglichkeiten der Klinik B.____ gewusst habe. Die Wahl dieser Klinik sei damit wohl nicht grundlos erfolgt. Zudem habe Dr. A.____ im Rahmen eines Telefongesprächs mit dem Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. C.____, erwähnt, dass eine Akuthospitalisation in einer psychiatrischen Klinik abgelehnt werde (act. G 7).

II.

1.- Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob und in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für den stationären Aufenthalt in der Klinik B.____ vom 12. bis 28. Januar 2006 zu übernehmen hat. - In der Beschwerde verlangt der Beschwerdeführer auch die Übernahme der Kosten für die ambulante Behandlung in dieser Klinik. Gemäss Beschwerdeantwort hat die Beschwerdegegnerin indessen diese Kosten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bereits vergütet. Da dies in der Replik durch den Beschwerdeführer nicht bestritten wird und die Beschwerdegegnerin ihre diesbezügliche Leistungspflicht in der Beschwerdeantwort ohnehin ausdrücklich anerkannt hat, beschränkt sich die Prüfung im vorliegenden Verfahren auf die Leistungspflicht für den stationären Aufenthalt in der Klinik B.____.



2.- a) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10]). Darunter fallen unter anderem die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation oder der Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. d und e KVG). Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 KVG). Wirksam ist eine Leistung, wenn sie hinsichtlich des diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Ziels generell geeignet ist (vgl. LOCHER Thomas, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl., S. 214, Rz. 24), zweckmässig, wenn sie die angestrebte Wirkung im Einzelfall in angemessener Weise bewirkt (vgl. a.a.O., S. 215, Rz. 26) und wirtschaftlich, wenn hinsichtlich des Behandlungsziels ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis besteht (vgl. a.a.O., S. 215, Rz. 27; BGE 127 V 43 Erw. 2b).

b) Die medizinische Rehabilitation im Sinn von Art. 25 Abs. 1 und Abs. 2 lit. d KVG wird im Gesetz nicht näher umschrieben. Ihr besonderes Merkmal besteht darin, dass die Behandlung einer Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Sie schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben. Mit anderen Worten handelt sich dabei um die gezielte Wiedererlangung verlorener Fähigkeiten bzw. um die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln. Sie kann dabei die berufliche, funktionale oder soziale Eingliederung bezwecken (vgl. BGE 126 V 323 Erw. 2c, wo es um die Abgrenzung zwischen medizinischer Rehabilitation und Erholungskur ging; EUGSTER Gebhard, Krankenversicherung, in: SBVR, XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, Rz. 405).

Art. 39 KVG unterscheidet zwischen Akutspitalbedürftigkeit bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit unter Spitalbedingungen (Abs. 1, "Spitäler"), Pflegebedürftigkeit (Abs. 3, "Pfleheim") und teilstationärer Krankenpflege (Abs. 2). Im Zusammenhang mit einer Akutbehandlung oder medizinischen Rehabilitation unter Spitalbedingungen gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. d und e KVG in Verbindung mit Art. 39 KVG muss aus Überlegungen der Wirtschaftlichkeit (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG) bei der



versicherten Person Spitalbedürftigkeit vorliegen. Von Spitalbedürftigkeit wird gesprochen, wenn entweder die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können oder die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Im letztgenannten Fall kann eine Hospitalisation selbst dann gerechtfertigt sein, wenn die in der Heilanstalt durchgeführte Behandlung für sich allein keine Spitalbedingungen erfordert hätte. Die Leistungspflicht für einen Spitalaufenthalt kann ferner auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen zwar nicht unbedingt erfordert, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nur im Spitalmilieu durchgeführt werden kann. Die notwendige, krankheitsbedingte Behandlungsintensität ist somit nicht alleiniges Entscheidungskriterium, entscheidend ist vielmehr, ob der Zustand eine Hospitalisierung rechtfertigt. Im Fall einer spezialisierten Rehabilitationsklinik wird eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt, die nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist. Erfolgt eine Hospitalisierung aus rein sozialen Gründen - zum Beispiel bei Fehlen einer Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn -, fällt sie nicht zu Lasten des Krankenversicherers (vgl. BGE 126 V 323 Erw. 2b und c; BGE 120 V 200 Erw. 6a; BGE 115 V 38 Erw. 3b/aa).

3.- a) Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer vor und während des streitigen Behandlungszeitraumes an einem Burnout-Syndrom und entsprechenden gesundheitlichen Folgen litt. Die Beschwerdegegnerin bezweifelte denn auch nie das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit und übernahm entsprechend einen Teil der Kosten im Rahmen einer Erholungskur und aus der Spitalzusatzversicherung. Die erste ärztliche Konsultation erfolgte am 14. Oktober 2004 bei Hausarzt Dr. med. H.____. Weitere Konsultationen bei diesem Arzt fanden am 3. und 23. November sowie am 2. Dezember 2004 statt, ferner am 14. April, 12. Oktober, 30. November und am 8. und 9. Dezember 2005. Der Beschwerdeführer litt dabei unter Schlafstörungen und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Verdauungstrakts sowie des Stoffwechsels (KV-act. 17-20). Für eine psychiatrische Konsultation wurde er im Anschluss an diese Konsultationen an Dr. A.____ verwiesen, der in der Folge am 15., 19., 21. und 27. Dezember 2005 sowie in der Zeit vom 3. bis 10. Januar 2006 ärztliche



St.Galler Gerichte

Leistungen erbrachte (KV-act. 21). Am 21. Dezember 2005 erfolgte die Anmeldung in der Klinik B.____ (vgl. KV-act. 1). Der Beschwerdeführer macht geltend, dass in diesem Zeitpunkt ein Notfall und somit eine Spitalbedürftigkeit vorgelegen habe. Die Beschwerdegegnerin habe zudem übersehen, dass es sich beim einweisenden Arzt, Dr. A.____, aufgrund seiner Zusatzausbildung mit Fähigkeitsausweis APPM durchaus um einen Facharzt gehandelt habe. Die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts werde auch im ärztlichen Zeugnis der Klinik B.____ (KV-act. 13 Beilage) bestätigt. Aufgrund der lebensbedrohlichen Notfallsituation im Zeitpunkt der Einweisung müssten die Kosten des Klinikaufenthaltes von der Beschwerdegegnerin übernommen werden. Dem hält die Beschwerdegegnerin entgegen, dass der Beschwerdeführer die Voraussetzungen für einen stationären Aufenthalt damals nicht erfüllt habe. Im Zeitpunkt der Einweisung habe namentlich keine Spitalbedürftigkeit bestanden. Einerseits seien die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft gewesen. Andererseits könne auch unter der Annahme, dass Dr. A.____ über einen ausreichenden psychiatrischen Fachtitel verfüge, eine Notfallsituation ausgeschlossen werden, zumal er sich selbst am 9. Januar 2006 in einem persönlichen Gespräch mit dem Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. C.____, gegenüber einer Akuthospitalisation in einer psychiatrischen Klinik ablehnend geäußert habe (act. G 3, 7). Bereits im Rahmen des Einspracheverfahrens hatte Dr. C.____ der Beschwerdegegnerin im Schreiben vom 18. Mai 2006 mitgeteilt, dass eine umgehende Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik offenbar nicht angezeigt gewesen sei, da von Dr. A.____ an der Option "Klinik B.____" festgehalten worden sei. Es habe sich also nicht um ein schweres Krankheitsbild handeln können. Offensichtlich sei die psychosoziale Belastung im Vordergrund gestanden und in erster Linie eine Entfernung vom Arbeitsplatz erforderlich gewesen sei. Entsprechend sei ein (ambulanter) Erholungsaufenthalt bewilligt und Kosten im entsprechenden Umfang übernommen worden. Die ambulante Behandlung zu Hause sei dagegen nicht hinreichend ausgeschöpft worden. Drei psychiatrische Konsultationen bei Dr. A.____ würden für eine solche Annahme jedenfalls nicht ausreichen. Eine Belastungssituation am Arbeitsplatz als Indikation bei Erschöpfungsdepression könne auch mit einer ambulanten Rehabilitation erfolgreich behandelt werden (KV-act. 24).

b) Bei der Klinik B.____ handelt es sich um eine Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation. In der psychosomatischen Abteilung wird eine



individuelle, an den persönlichen Anliegen des Patienten orientierte Behandlung angeboten. Es werden Zielsetzungen erarbeitet, wozu persönliche Standortbestimmungen, das Erarbeiten von Problemlösungsstrategien, das Lernen von Stressbewältigungswegen, das Finden eines Zuganges zu den eigenen Ressourcen und Grenzen, die Förderung von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein, sowie die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit gehören. Ziel ist es, den Patienten möglichst beschwerdefrei und individuell in das familiäre, berufliche und soziale Umfeld zurückzuführen. In der Klinik steht somit die Rehabilitation und die Reintegration in den Alltag im Mittelpunkt. Es handelt sich aufgrund dieser Beschreibung somit nicht um ein kardiologisches oder psychiatrisches Akutspital.

c) Im Einweisungszeugnis vom 21. Dezember 2005 gab Dr. A.____ eine mittelschwere depressive Episode bei grosser psychosozialer Belastung mit Gefahr psychischer Dekompensation als Diagnose an. Aus diesem Grund erachtete er eine Einweisung des Beschwerdeführers in die Klinik B.____ bis spätestens am 9. Januar 2006 als erforderlich (KV-act. 1 Beilage). Mit anderen Worten räumte er einen zeitlichen Spielraum für die Hospitalisierung von knapp drei Wochen ein. Der Begriff des Notfalls ist im Gesetz nicht ausdrücklich beschrieben. Seine Auslegung erfolgt in der Regel in Analogie mit der Definition in Art. 36 Abs. 2 KVV (vgl. SVR KV 2003 Nr. 9 S. 41). Ein Notfall im medizinischen Sinn liegt jedenfalls vor bei einem akuten, lebensbedrohlichen Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Vergiftung (vgl. Pschyrembel, 260. Auflage, S. 1293). Im Schreiben vom 9. Januar 2006 an die Beschwerdegegnerin legte Dr. A.____ dar, dass eine lebensbedrohliche, existenzielle Krise vorliege und die Grenzen des ambulanten Behandlungspotentials erreicht seien (KV-act. 6). Inwiefern eine solche lebensbedrohliche Situation vorlag und worin sie genau bestand, geht jedoch weder aus diesem Schreiben, noch aus den übrigen Akten hervor. Wenn indessen tatsächlich eine lebensbedrohliche Notsituation vorgelegen hätte, wäre zu erwarten gewesen, dass die Einweisung unverzüglich (und nicht erst innerhalb von drei Wochen) erfolgt wäre. Die Tatsache, dass offenbar noch eine gewisse Zeit zugewartet werden konnte, spricht eher gegen die Annahme einer akuten Spitalbedürftigkeit im Anmeldezeitpunkt, auch wenn das Einweisungszeugnis mit "dringend" bezeichnet wurde. Daran vermag auch das von den Dres. E.____ und G.____ von der Klinik B.____ am 12. Januar 2006 ausgestellte ärztliche Zeugnis nichts zu



ändern. Auch diesem lässt sich nichts entnehmen, was für die Annahme eines Notfalls sprechen würde. Im Zeugnis wird ein psychophysischer Erschöpfungszustand mit einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und psychovegetativer Erschöpfung beschrieben. Die Behandlung habe sich in Form von psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen, Physio- und Atemtherapie, psychiatrischer Behandlung und eines Bewegungsprogramms gestaltet (KV-act. 13 Beilage). Die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts in der Klinik im Sinn eines Notfalls ist angesichts dieser Aktenlage nicht ausgewiesen. Unzumutbar wäre gegebenenfalls der Verbleib im häuslichen, familiären Umfeld gewesen, wenn sich dieser unvorteilhaft auf den gesundheitlichen Zustand ausgewirkt hätte. Die Burnout-Episode und ihre Folgen waren nach Lage der Akten jedoch vorwiegend dem beruflichen Umfeld zuzuschreiben ("klassische Burnout-Episode bei Bankangestelltem in leitender Position"; KV-act. 1 Beilage).

4.- a) Damit bleibt die Leistungspflicht für eine stationäre Rehabilitation ausserhalb einer Notfallsituation zu beurteilen. Was das Erfordernis der Wirtschaftlichkeit anbelangt, ist festzuhalten, dass mit der Diagnose psychisch-physischer Erschöpfungszustand oder Burnout-Syndrom (ICD-10: Z73.0) oder Chronic fatigue syndrome (CFS) ein Krankheitsbild bezeichnet wird, das sich in einer chronischen Erschöpfung mit Müdigkeit, allgemeiner Leistungsinsuffizienz, auch Konzentrationsschwäche, verschiedenen körperlichen (vegetativen) Beschwerden und anderen Störungen manifestiert, ohne dass diese auf eine körperliche oder psychische Krankheit zurückzuführen wären (Rainer Tölle/Klaus Windgassen, Psychiatrie, 14. Aufl. Heidelberg 2005, S. 76). Die schwere Abgeschlagenheit dauert über Monate an, die Krankheit ist immer als Prozess zu verstehen und lässt sich in Phasen unterteilen. Sie bricht meist unerwartet ins Leben ein, beginnt mit kleinen unspezifischen Symptomen, die sich summieren und nicht besser werden. Als solche sind zu nennen erhebliche, vormals nicht erlebte Erschöpfung nach einer Anstrengung, Muskelschwäche, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Rachenentzündung, Fieber und/oder Frösteln, empfindliche Lymphknoten, Magen-Darm-Krämpfe, Schlafstörungen, sowohl Schlaflosigkeit wie auch gesteigertes Schlafbedürfnis, neuropsychiatrische Beschwerden wie Lichtscheue, Gesichtsfeldausfall, Vergesslichkeit, Denk- und Konzentrationsschwäche, Reizbarkeit, Depressionen, Verwirrheitszustände usw. Betroffene können nicht mehr ihr normales Leben



weiterführen und ziehen sich zunehmend aus ihren Aktivitäten zurück

(www.onmeda.de/krankheiten/

burnout_syndrom). Die Symptome sind demnach vielfältig und sie können in Bezug auf Auftreten und Ausmass individuell sehr verschieden sein. Deswegen kann es keine standardisierte Therapie geben. Die Frage, ob eine ambulante Therapie ausreiche oder eine stationäre Therapie angezeigt sei, ist deshalb einzelfallabhängig zu beantworten (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. August 2006 i/S W. [KV 2006/6]).

b) Die Beschwerdegegnerin lehnte die Kostenübernahme für eine stationäre Therapie mit der Begründung ab, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vorgängig nicht ausgeschöpft worden seien, wodurch nicht von erfolgloser ambulanter Therapie und von der erforderlichen Spitalbedürftigkeit gesprochen werden könne. - Das Gesetz schreibt nicht vor, nach welcher Zeit und nach wie vielen Konsultationen von Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgegangen werden kann. Dies ist vielmehr für jede Person im konkreten Fall individuell zu bestimmen. Im bereits erwähnten Entscheid vom 8. August 2006 kam das kantonale Versicherungsgericht zum Schluss, dass ein stationärer Aufenthalt in der Klinik B.____ zu bewilligen sei. Streitig waren die Spitalbedürftigkeit sowie die Frage, ob der Klinik B.____ ein Leistungsauftrag für den psychiatrischen Bereich zukomme. Im Sachverhalt, der jenem Entscheid zu Grunde lag, hatte der Vertrauensarzt - anders als im vorliegenden Verfahren - die Kostengutsprache für den Eintritt in eine psychiatrische Klinik beantragt, nachdem die versicherte Person ausdrücklich den Wunsch für einen solchen Eintritt geäussert hatte. Unter diesen Umständen konnte nicht behauptet werden, die beantragte stationäre Rehabilitation in der Klinik B.____ sei - im Vergleich zum Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik - nicht wirtschaftlich (Entscheid, a.a.O., Erw. 2a). Dem Eintritt in die Klinik B.____ war dort zudem eine ambulante Betreuung durch einen Psychotherapeuten während rund eines Jahres vorangegangen (vgl. Entscheid, a.a.O., Sachverhalt A.). Der Vertrauensarzt hatte in jenem Verfahren seine Empfehlung, die Zusage für einen vierwöchigen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zu erteilen, mit dem Hinweis begründet, die Klinik B.____ habe keinen psychiatrischen, sondern nur einen psychosomatischen Leistungsauftrag. Da er jedoch nicht dargelegte, wieso für die stationäre Behandlung eines psycho-physischen Erschöpfungszustandes nicht



auch eine Klinik mit psychosomatischem Leistungsauftrag in Frage komme, konnte das Gesuch auch unter dem Aspekt der Zweckmässigkeit der Behandlung nicht verweigert werden (Entscheid, KV 2006/6, Erw. 2b).

c) Konkret können zwar fünf in einem Zeitraum von lediglich drei Wochen (15. Dezember 2005 bis 8. Januar 2006; KV-act. 15) erfolgte Konsultationen bei Dr. A.____ neben weiteren telefonischen Kontakten - nicht ohne weiteres als zureichender Beleg gelten, damit von einer Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgegangen werden kann. Weder von Dr. A.____ noch von den Ärzten der Klinik B.____ wurde eingehend dargelegt, warum das ambulante Behandlungspotential als ausgeschöpft zu betrachten sei. Allerdings stellte sich Dr. C.____ im Schreiben vom 18. Mai 2006 auf den Standpunkt, dass vorliegend von einem psychiatrischen und nicht von einem psychosomatischen Leiden auszugehen sei, entsprechend würde auch eine umgehende Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik bewilligt (KV-act. 24). Die Schlussfolgerung, wonach mit Blick auf das Festhalten an der "Option B.____" keine Indikation für einen Klinikaufenthalt gegeben gewesen sei und es sich um ein nicht schweres Krankheitsbild mit überwiegender Bedeutung der psychosozialen Belastung am Arbeitsplatz gehandelt habe (KV-act. 24), erscheint jedoch nicht begründet. Dem ärztlichen Zeugnis der Klinik B.____ kann entnommen werden, dass psychosomatische Symptome bzw. ein psychophysischer Erschöpfungszustand vorlagen und psychosomatische rehabilitative Massnahmen als "dringend indiziert" erachtet wurden (Beilage zu KV-act. 13). Auch im Einweisungszeugnis von Dr. A.____ sind psychosomatische Symptome (Appetitlosigkeit, Magendruck, Schwitzen, innere Unruhe bei klassischer Burnout-Situation) vermerkt (Beilage zu KV-act. 1). Wenn Dr. C.____ die Zweckmässigkeit und Notwendigkeit einer Akuthospitalisation vorliegend grundsätzlich nicht in Frage stellte, so ist kein Grund ersichtlich, wieso für die Behandlung des gemischten Krankheitsbildes mit depressiven und psychosomatischen Anteilen die Klinik B.____ nicht in Frage kommen sollte (vgl. auch Entscheid, KV 2006/6, Erw. 2b). Der Umstand allein, dass vor Antritt des Aufenthalts in der Klinik B.____ lediglich eine beschränkte Anzahl ambulanter Behandlungen erfolgt war, ist nicht geeignet, die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit einer stationären Behandlung in Frage zu stellen. Dies umso weniger, als umgekehrt auch eine lange Dauer der ambulanten Behandlung und häufige Konsultationen nicht ohne weiteres den Schluss auf die Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten erlauben. Im übrigen schliesst



auch die Durchführung einer stationären Therapie eine erneute, daran anschliessende ambulante Therapie nicht aus. Unbestritten ist sodann, dass die therapeutische Behandlung des psycho-physischen Erschöpfungszustandes oder des Burnout-Syndroms, wie sie in der hierfür spezialisierten Fachklinik in B.____ praktiziert wird, auch das Kriterium der mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesenen Wirksamkeit erfüllt. Die Kostengutsprache hätte demnach seitens der Beschwerdegegnerin bewilligt werden müssen. Auch kann mit Blick auf das erwähnte Zeugnis der Klinik B.____ (Beilage zu KV-act. 13) nicht gesagt werden, dass dem Beschwerdeführer primär ein der Wellness dienendes körperliches Aufbauprogramm appliziert worden wäre.

5.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 23. Mai 2006 gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen für den stationären Aufenthalt in der Klinik B.____ vom 12. bis 28. Januar 2006 zu übernehmen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Eine Parteientschädigung ist nicht auszurichten (e contrario aus Art. 61 lit. g ATSG; BGE 127 V 206 E. 3a).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 23. Mai 2006 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, für den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik B.____ vom 12. bis 28. Januar 2006 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.