



Fall-Nr.: KV 2008/10
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 25.03.2020
Entscheiddatum: 05.02.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 05.02.2009

Art. 49 Abs. 3 KVG: Vorübergehende / zeitlich befristete Akutspitalbedürftigkeit bejaht bei einer versicherten Person mit einer langjährigen chronischen Schizophrenie (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Februar 2009, KV 2008/10).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 5. Februar 2009

in Sachen

B.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Dr. med. A.____, c/o Psychiatrische Klinik Wil, Zürcherstrasse 30,
Postfach 573, 9501 Wil SG 1,

gegen

CSS Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach
2568, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1955 geborene B.____ ist bei der CSS Krankenversicherung AG (nachfolgend: CSS) krankenversichert und leidet seit mindestens 25 Jahren an einer Schizophrenie. Nach zahlreichen vorangegangenen Hospitalisationen wurde die Versicherte am 4. November 2006 erneut in der Akutabteilung der Psychiatrischen Klinik Wil hospitalisiert. Die CSS erteilte dafür Kostengutsprache. Gestützt auf einen von der Klinik am 27. April 2007 eingereichten Verlaufsbericht (act. 4) wurde die Kostengutsprache für die stationäre Hospitalisation verlängert. Am 30. Juni 2007 lief die Kostengutsprache ab (act. 5). Zur Prüfung einer weiteren Leistungspflicht ersuchte die CSS die Klinik mit Schreiben vom 4. September 2007 um Zustellung eines Verlaufsberichts (act. 5), den Dr. med. A.____, Oberarzt in der Psychiatrischen Klinik Wil, am 12. Oktober 2007 ausfertigte (act. 7). Er diagnostizierte ein schizophreses Residuum (ICD-10 F20.5) und legte dar, dass die Versicherte ein instabiles Krankheitsbild zeige, das von ihrer schweren psychischen Erkrankung geprägt sei. Auffallend seien vor allem ausgeprägte Antriebsschwankungen, eine anhaltend stark verminderte Belastbarkeit und Störungen in ihrer Planungsfähigkeit und Kontaktregulation. Im Verlauf von Juni bis Juli 2007 sei plangemäss die Umstellung der oralen Medikation auf eine Depot-Medikation weitergeführt, der Austritt der Versicherten aus der Behandlung Ende Juli und eine anschliessende Weiterführung einer tagesklinischen Behandlung auf der Station vorbereitet worden. Gegen Ende Juli 2007 habe sich jedoch die Versicherte in ihrem Verhalten instabiler, in ihrem Denken zerfahrenener und affektiv gereizter gezeigt. Sie habe eine rasch schlechter werdende Compliance bei der Medikamenteneinnahme offenbart. Da insbesondere die affektive Instabilität mit schwer einschätzbarer Suizidalität schliesslich einen Austritt verunmöglicht habe, sei vorerst eine erneute Stabilisierungsphase eingeleitet worden. Seit Anfang September 2007 werde mit der Versicherten erneut der Übergang in eine tagesklinische Behandlung geplant. Die Frage, weshalb die weitere stationäre Behandlung indiziert sei, beantwortete Dr. A.____ dahingehend, dass die angestrebte Änderung des Settings - Übergang von der stationären Behandlung in eine



tagesklinische Behandlung - aufgrund der geringen Belastbarkeit und der krankheitsbedingten Unflexibilität der Versicherten nur langsam angegangen werden könne. Es sei eine längere Vorbereitungszeit bis Ende Oktober 2007 geplant. Wenn die Versicherte heute aus der Behandlung entlassen würde, wäre umgehend mit einer psychotischen Dekompensation und einem Wiedereintritt in die stationäre Behandlung zu rechnen. Die affektive Instabilität gehe bei der Versicherten anamnestisch auch mit einer Suizidalität einher, was ebenfalls ein vorsichtiges längerfristiges Vorgehen nötig mache (act. 7). Die CSS teilte daraufhin der Psychiatrischen Klinik Wil mit Schreiben vom 5. November 2007 mit, dass sie die akute Spitalbedürftigkeit im Fall der Versicherten nur bis 31. August 2007 als ausgewiesen erachte. Danach hätte die Versicherte in einer psychiatrischen Langzeitstation oder in einer geeigneten Pflegeinstitution in geschütztem Rahmen weiterbehandelt werden können. Ab 1. September 2007 übernehme sie damit nurmehr die Pflorgetaxe analog dem Pflegeheimtarif (Fr. 70.-- pro Tag; act. 8). Mit Schreiben vom 23. November 2007 verlangte die Versicherte eine einsprachefähige Verfügung (act. 9). Nach Einholung einer Empfehlung ihres Vertrauensarztes Dr. med. C. ___ vom 29. November 2007 (act. 10) hielt die CSS mit Verfügung vom 10. Dezember 2007 an der Ablehnung der Kostengutsprache für eine Verlängerung der stationären Akutbehandlung fest. Die Kosten der Akutabteilung würden bis längstens 31. August 2007 übernommen. Ab 1. September 2007 werde nur noch die Pflorgetaxe analog BESA, höchste Pflegestufe, von Fr. 70.-- pro Tag übernommen (act. 11).

A.b Die gegen diese Verfügung von Dr. A. ___ für die Versicherte am 20. Dezember 2007 erhobene Einsprache (act. 12) wies die CSS mit Entscheid vom 27. Mai 2008 ab.

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von Dr. A. ___ für die Versicherte am 27. Juni 2008 erhobene Beschwerde mit dem Antrag, die Beschwerdegegnerin habe die vollständigen Kosten für die gesamte Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung der Beschwerdeführerin vom 4. November 2006 bis 18. Oktober 2007 zu übernehmen. Zur Begründung führt der Vertreter der Beschwerdeführerin im wesentlichen aus, dass die Akutphase und damit die Spitalbedürftigkeit solange gegeben seien, als durch die laufende Behandlung noch eine Verbesserung des



Gesundheitszustands erwartet werden könne. Im Fall der Beschwerdeführerin sei diese Voraussetzung durch eine Fortsetzung der stationären psychiatrischen Behandlung auch nach dem 31. August 2007 gegeben gewesen. Tatsächlich habe sie am 18. Oktober 2007, d.h. gut sechs Wochen nach dem von der Beschwerdegegnerin geforderten Ende der stationären Behandlung, in gebessertem Zustand in den Status der tagesklinischen Behandlung übertreten können, wo sie sich auch jetzt befinde und bis jetzt ein weiterer günstiger Verlauf festgestellt werden könne.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 29. Juli 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Die Behauptung des Vertreters der Beschwerdeführerin, die Voraussetzung für eine weitere Verbesserung des psychischen Zustands sei auch nach dem 31. August 2007 gegeben gewesen, werde bestritten. Die Beschwerdeführerin habe seit Jahren psychiatrisch behandelt werden müssen. Der überwiegende Teil der Behandlung sei indes nicht in einem stationären Rahmen auf einer Akutabteilung erfolgt, sondern im teilstationären Rahmen. Von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustands, der sich nun schon seit mehr als 20 Jahren (lediglich) stabil gehalten habe, könne nicht die Rede sein. Bis Ende Juli 2007 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dahingehend stabilisiert, als von einem kompensierten Zustand und positiven Verlauf im geschützten Rahmen habe ausgegangen werden können. Obwohl die weitere Behandlung vor und nach diesem Zeitpunkt den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zusätzlich zu festigen vermocht habe, könne nicht von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands gesprochen werden, allerspätestens nicht für den Zeitraum ab 31. August 2007. Es hätten in medizinischer Hinsicht offensichtlich keine neuen psychiatrischen Erkenntnisse vorgelegen, die eine Spitalbedürftigkeit auf der Akutabteilung ab 31. August 2007 genügend zu begründen vermocht hätten. Die wiederholt aufgetretenen Rückfälle der Beschwerdeführerin zeigten, dass in medizinischer Hinsicht (aller)spätestens ab 31. August 2007 ein chronisches Zustandsbild erreicht worden sei und mit einem Abklingen der Krankheitssymptome vorderhand nicht mehr habe gerechnet werden können. Die psychische Krankheit eines stationären psychiatrischen Dauerpatienten könne nicht mehr als akute Krankheit im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG qualifiziert werden, auch wenn der Gesundheitszustand des Patienten Schwankungen unterworfen sei. Nicht anders verhalte es sich vorliegend bei der Beschwerdeführerin bezüglich der vorübergehenden Verschlechterung des



Gesundheitszustands gegen Ende Juli 2007 in Form einer affektiven Instabilität mit schwer einschätzbarer Suizidalität.

B.c Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Replik verzichtet.

B.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Die obligatorische Krankenversicherung 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]). Zu diesen Pflichtleistungen gehören unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim von Ärzten oder Ärztinnen oder gewissen andern namentlich genannten medizinisch ausgebildeten Personen durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 KVG). Die versicherte Person hat sodann nur Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, wenn diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG). Diese grundlegenden Anspruchsvoraussetzungen gelten für alle KVG-Leistungen. Unter den wirksamen und zugelassenen Anwendungen hat der Arzt jene zu wählen, welche am besten geeignet ist, den angestrebten medizinischen Erfolg zu bewirken (Zweckmässigkeit), und diesen mit einem optimalen Kosten- und Nutzenverhältnis zu erzielen verspricht (Wirtschaftlichkeit). Die medizinischen und pflegerischen Leistungen haben sich auf das zu beschränken, was im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck notwendig ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Notwendig ist eine Vorkehr, wenn sie in medizinischer Hinsicht zur Erzielung des Erfolgs zwangsläufig unentbehrlich und unvermeidlich ist und letzteres auch für das Kostenmass zutrifft. Massnahmen müssen nicht nur medizinisch notwendig sein, sondern sind auch auf wirtschaftliche Art und Weise zu erbringen. Die Notwendigkeit einer bestimmten Vorkehr ist grundsätzlich nach objektiven Kriterien festzustellen. Sie wird nicht aus der



subjektiven Sicht der versicherten Person oder des Arztes bestimmt. Denn eine unnötige Massnahme wird nicht schon dadurch zur notwendigen, dass die versicherte Person oder der Arzt sie für notwendig hält. Es muss jedoch genügen, wenn es im Zeitpunkt der Verordnung oder Durchführung der Massnahme nach objektiven medizinischen Kriterien vertretbar war, diese als notwendig zu betrachten. Das gilt analog für die Zweckmässigkeitsfrage. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit verlangt einen Kostenvergleich der möglichen Behandlungsalternativen mit ungefähr gleichem medizinischen Nutzen. Wenn mit einer Behandlungsvariante das Therapieziel erheblich kostengünstiger erreicht werden kann, besteht kein Anspruch auf Übernahme der teureren Behandlung. Der Anspruch auf Leistungen für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person tatsächlich in einem Spital aufhält. Zusätzlich bedarf es der Spitalbedürftigkeit. Spitalbedürftigkeit liegt im Hauptanwendungsfall vor, wenn diagnostische und therapeutische Anwendungen wegen der apparativen und personellen Anforderungen nur in einem Spital zweckmässig vorgenommen werden können. Spitalbedürftigkeit ist ferner gegeben, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind und nur ein Spitalaufenthalt noch Aussicht auf Erfolg verspricht. Aus dem Gebot wirtschaftlicher Behandlung fliesst der Grundsatz der Nachrangigkeit der Hospitalisation gegenüber kostengünstigeren Varianten. Spitalbedürftigkeit wird daher auch nach Massgabe des Wirtschaftlichkeitsgebots definiert (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2. Aufl., Basel 2007, Rz 290ff., Rz 391; BGE 126 V 323).

1.2 Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit verlangt, dass ein Aufenthalt im Akutspital zum Spitaltarif nur so lange möglich ist, als vom Behandlungszweck her ein Aufenthalt im Akutspital notwendig ist (BGE 124 V 362; SVR 1995 KV Nr. 38 S. 121). Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG richtet sich bei Spitalaufenthalten die Vergütung nach dem (für den Aufenthalt in Akutspitalern im Sinn von Art. 39 Abs. 1 KVG geltenden) Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung, d.h. die versicherte Person erhält nur die Pflegeheimleistungen. Die Vorschrift von Art. 49 Abs. 3 KVG verlangt für die Bestimmung des massgebenden Leistungstarifs die Unterscheidung zwischen



Akutspitalbedürftigkeit im Spitalmilieu einerseits und Pflegebedürftigkeit bzw. Langzeitpflegebedürftigkeit im Rahmen einer Einrichtung für Langzeitpflege (Art. 35 Abs. 2 lit. k KVG; Art. 39 Abs. 3 KVG) andererseits. Akutspitalbedürftigkeit und Langzeitpflegebedürftigkeit lassen sich nicht streng voneinander abgrenzen. Dem behandelnden Arzt muss notwendigerweise ein gewisser Beurteilungsspielraum zustehen. Bei den Pflegefällen handelt es sich um Dauerleiden, bei denen nicht die medizinische Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht (Eugster, a.a.O., Rz 396f.).

1.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Insofern kommt auch Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 352 E. 3). Auch ein Bericht aufgrund der Akten, wie er vorliegend von Dr. C.____ erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95, 1988 Nr. U 56 S. 371). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 282 E. 1a).



2.

Vorliegend umstritten ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Psychiatrischen Klinik Wil vom 1. September bis 18. Oktober 2007. Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin in diesem Zeitraum eine Behandlungsbedürftigkeit in einem Akutspital in Anwendung der Spitaltaxen bestand oder ob von der Beschwerdegegnerin ab dem 1. September 2007 lediglich noch die Pflegeheimtaxe geschuldet war. - Die Beschwerdegegnerin vertritt im Wesentlichen die Auffassung, ab 1. September 2007 sei die Behandlung und Pflege in einem Akutspital medizinisch nicht mehr indiziert gewesen, da bei der Beschwerdeführerin ein chronisches Zustandsbild vorliege. Der Pflegestatus sei daher erreicht gewesen und die pflegerische Betreuung habe klar im Vordergrund gestanden. Dr. A.____ geht demgegenüber von einer bis zum 18. Oktober 2007 bestehenden Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin aus.

3.

3.1 Dr. A.____ stellte bei der Beschwerdeführerin im Verlaufsbericht vom 12. Oktober 2007 (act. 7) - wie bereits zuvor im Verlaufsbericht vom 27. April 2007 (act. 4) - die Diagnose eines schizophrenen Residuums (ICD-10 F20.5). Die Beschwerdeführerin, die seit mindestens 25 Jahren an Schizophrenie leidet, hat damit - wie von der Beschwerdegegnerin festgestellt - offensichtlich ein chronisches Stadium im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung mit einer eindeutigen Verschlechterung von einem frühen Stadium zu einem späteren Stadium, das durch lang andauernde Symptome charakterisiert ist, erreicht (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., Bern 2005, F20.5). Das Krankheitsbild einer chronifizierten Schizophrenie führt selbst in fortgeschrittenem Stadium für sich allein nicht zu einer Akutspitalbedürftigkeit. Das gilt grundsätzlich auch für den Fall, dass eine regelmässige Überwachung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder zwecks Medikamenteneinnahme notwendig ist (Urteile des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2005 [K 44/05] i/S E., E. 2.2; vom 20. Oktober 2006 [K 20/06] i/S Z., E. 3.1), da solche Massnahmen auch in Pflegeheimen erbracht werden können (vgl. BESA-



Leistungskatalog: insbesondere Ziff. 8 ["Gesundheits- und Behandlungspflege"] und Ziff. 9 ["Psychiatrische Leistungen I - Zeitliche und örtliche Orientierung"].

Spitalbedürftigkeit liegt demgegenüber vor, solange von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2006 [K 20/06] i/S Z., E. 3.1).

3.2

3.2.1 Der Entscheid der Beschwerdegegnerin basiert insbesondere auf der vertrauensärztlichen Empfehlung von Dr. C.____ vom 29. November 2007 (act. 10), worin einzig ausgeführt wird, dass bei der Beschwerdeführerin die Behandlungsbedürftigkeit entsprechend einer psychiatrischen Akutabteilung ab Anfang September 2007 nicht mehr genügend ausgewiesen sei. Die Beschwerdeführerin hätte ab diesem Zeitpunkt auf einer psychiatrischen Langzeitstation oder in einer geeigneten Pflegeinstitution (geschützter Rahmen, psychiatrisches Pflegepersonal, fachärztliche Behandlung) weiterbehandelt werden können. - Der Inhalt bzw. Umfang dieser vertrauensärztlichen Empfehlung ist eher dürftig. Sie umfasst im Grund nur eine Feststellung bzw. Schlussfolgerung, entbehrt jedoch gänzlich einer nachvollziehbaren Begründung. Die Tauglichkeit der Empfehlung als Beweismittel erscheint damit fraglich.

3.2.2 Die Beschwerdegegnerin argumentiert sodann im wesentlichen dahingehend, bei der Beschwerdeführerin sei aufgrund der medizinischen Akten nicht mehr von einem akuten Krankheitszustand, sondern von einem chronischen Zustandsbild auszugehen. Der Pflegestatus sei daher erreicht und die pflegerische Betreuung stehe klar im Vordergrund. Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine psychiatrische Dauerpatientin, deren Betreuung in einem Pflegeheim oder einer Langzeitstation in einer geeigneten Institution erbracht werden könne. Gerade die in ihrem Fall wiederholt aufgetretenen Rückfälle zeigten, dass in medizinischer Hinsicht (aller)spätestens ab dem 31. August 2007 ein chronisches Zustandsbild bestehe und mit einem Abklingen der Krankheitssymptome nicht mehr zu rechnen gewesen sei. Ab dem 31. August 2007 könne von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustands, der sich nun schon seit mehr als 20 Jahren (lediglich) stabil gehalten habe, nicht die Rede sein. Die psychische Krankheit eines stationären psychiatrischen Dauerpatienten könne nicht als



akute Krankheit im Sinn von Art. 39 Abs. 1 KVG qualifiziert werden, auch wenn sie Schwankungen unterworfen sei. - Umfassend betrachtet, d.h. mit Blick auf das Krankheitsbild sowie die Anamnese der Beschwerdeführerin kann den Feststellungen der Beschwerdegegnerin, wonach die Beschwerdeführerin ein chronisches Zustandsbild ohne Perspektive einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. eines Abklingens der Krankheitssymptome aufweise, nichts entgegen gehalten werden. Die Frage betreffend Vorliegen einer Akutspitalbedürftigkeit sowie der damit verbundenen Voraussetzung einer zu erwartenden wesentlichen Verbesserungsmöglichkeit der Gesundheit durch eine laufende Behandlung ist jedoch nicht allein mit Blick auf den seit mindestens 25 Jahren mehr oder weniger stabilen Gesundheitszustand bzw. die fehlende wesentliche Besserung der Schizophrenie zu beurteilen. Auch bei Vorliegen eines chronischen Zustandsbilds kann eine Spitalbedürftigkeit eintreten. Für psychische Dauerpatienten gelten zwar prinzipiell die Regeln für Pflegeheimpatienten, auch wenn deren Gesundheitszustand Schwankungen unterworfen ist. Anders verhält es sich indessen, wenn eine schubweise Verschlimmerung des Leidens vorübergehend wieder eine Akutspitalbedürftigkeit bewirkt. Massgebend ist, ob der Patient bzw. die Patientin der Behandlung und Pflege auf der Akutabteilung bedarf (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2006 [K20/06] i/S Z., E. 3.1, 3.3.2). Gerade eine solche Bedürftigkeit wird von Dr. A.____ bei der Beschwerdeführerin für den hier massgebenden Beurteilungszeitraum (1. September bis 18. Oktober 2007) geltend gemacht und ist im Folgenden auf ihr Vorhandensein hin zu prüfen.

3.2.3 Dr. A.____ führt in der Beschwerde vom 27. Juni 2008 im Wesentlichen aus, dass es bei der Beschwerdeführerin in den letzten 30 Jahren zu insgesamt 16 Hospitalisationen gekommen sei. Während der ersten Jahre des Krankheitsverlaufs hätten diese meist nur einige Tage bis wenige Monate gedauert. 2001 bis 2002 sei es jedoch zu einer ersten länger dauernden Akutspitalbedürftigkeit von 15 Monaten gekommen. Die Beschwerdeführerin habe unter Belastungen bzw. Exazerbationen ihrer schizophrenen Erkrankung wiederholt suizidale Zustände entwickelt. Im Rahmen der stationären Behandlungen habe sie sich jedoch, wenn auch zunehmend nach längerem Verlauf, immer wieder gut stabilisieren und nach der Spitalbehandlung jeweils mit Unterstützung durch die Vormundin und einer ambulanten psychiatrischen Therapie wieder ein selbständiges Leben in einer eigenen Wohnung führen können. Nach der



Aufnahme am 4. November 2006 in die psychiatrische Akutabteilung der Psychiatrischen Klinik Wil sei die Beschwerdeführerin während der ersten Wochen in einer sehr instabilen Verfassung gewesen. Sie sei in fluktuierendem Ausmass angetrieben gewesen und habe ein krankheitsbedingt unangepasstes und enthemmtes Verhalten gezeigt. Es sei auch zu Erregungszuständen und verstärkt suizidalen Zuständen gekommen. Zeitweise seien erhebliche formale Denkstörungen beobachtet worden. Neben der antipsychotischen medikamentösen Behandlung sei eine starke medikamentöse Sedation mit Clopixol nötig gewesen. Im weiteren Verlauf sei aufgrund der ausgeprägten und anamnestisch seit langem bekannten Instabilität eine neuroleptische Depotmedikation angestrebt worden. Diese habe sich jedoch wegen einer Beinvenenthrombose, die sich im Dezember 2006 entwickelt habe, verzögert. Ab März 2007 habe mit der Einstellung auf eine Depotmedikation begonnen werden können. Im weiteren Verlauf bis Juli 2007 sei es zu einer Verminderung der Stimmungslabilität gekommen und die Beschwerdeführerin habe einer weitgehend regelmässigen Beschäftigung in einer Gruppe nachgehen können. Auf Ende Juli 2007 sei bei langsamer, aber anhaltender Stabilisierung ein Austritt aus der stationären Behandlung geplant gewesen. Auf den Austrittstermin habe die Beschwerdeführerin jedoch wieder eine akute Exazerbation ihrer schizophrenen Erkrankung mit zunehmend schweren Verhaltensstörungen im Sinn einer sozial nicht zu tolerierenden Angetriebenheit und Enthemmung sowie einem raschen Rückgang ihrer Compliance gezeigt und auch subjektiv zunehmend über verschiedene psychische und körperliche Beschwerden geklagt. Ihr Denken sei sichtlich zerrfahren geworden und sie habe sich häufiger affektiv gereizt und ausgeprägt ambivalent gezeigt. Ein Abschluss der stationären Behandlung sei daher Ende Juli 2007 nicht wie geplant möglich gewesen, sondern die Intensität der Behandlung habe erneut erhöht werden müssen. Im August und September 2007 sei die Beschwerdeführerin weiterhin auf der geschlossenen Station im bisherigen multimodalen Konzept mit einer komplexen Medikation, einzel- und gruppentherapeutischen Massnahmen sowie einer intensiven Milieuthérapie im Bezugspersonensystem behandelt worden. Vor allem seien fein abgestimmte entlastende Regelungen innerhalb der Tagesstruktur, eine starke Reizabschirmung und Adaptation der Medikation notwendig gewesen, die nur im Rahmen einer stationären Akutbehandlung möglich gewesen seien. Unter dieser Behandlung sei es zu einer langsamen, fluktuierend verlaufenden Rückbildung der Instabilität der Stimmung und



des Verhaltens der Beschwerdeführerin gekommen. Im Verlauf des September 2007 habe sie sich wieder zunehmend compliant gezeigt und die schweren Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. das krankheitsbedingt enthemmte Verhalten seien rückläufig gewesen. Aufgrund dieser Entwicklung habe nun ein Austritt wieder geplant werden können, wobei aufgrund der erheblich verminderten Belastbarkeit vorsichtig vorgegangen und kein schnelles Tempo angeschlagen worden sei. Seit Mitte September 2007 seien vorbereitende schrittweise Änderungen der Betreuungsstruktur und der Tages- und Wochenstruktur für den geplanten Übergang des Behandlungssettings in einen teilstationären Rahmen angegangen worden. Zudem hätten mehrere aufwändige Gespräche mit nachbetreuenden Personen und der Beschwerdeführerin stattgefunden. Auf den 18. Oktober 2007 sei schliesslich der Austritt nach Hause möglich gewesen und eine teilstationäre Nachbehandlung eingerichtet worden.

3.2.4 Die von Dr. A.____ beschriebenen Verhaltensstörungen, die den auf Ende Juli 2007 geplanten Abschluss der stationären Behandlung angeblich unmöglich machten, weisen generell betrachtet noch nicht auf eine Spitalbedürftigkeit hin. Entsprechende Verhaltensweisen dürften allgemein wohl auch bei psychisch kranken Dauerpatienten und -patientinnen eines Pflegeheims vorkommen. Desgleichen lassen die von Dr. A.____ aufgeführten medizinischen Massnahmen rein grundsätzlich keine Inhalte erkennen, die nicht auch im Rahmen eines Pflegeheimaufenthalts gewährleistet werden könnten, d.h. sie bilden Bestandteil des in Pflegeheimen vorhandenen Angebots (vgl. BESA-Modul Ziff. 8 ["Gesundheits- und Behandlungspflege"], Ziff. 9 [Psychogeriatrische Leistungen I - Zeitliche und örtliche Orientierung]). Zu beachten ist jedoch in Bezug auf den vorliegenden Fall, dass Dr. A.____ von einer auf Ende Juli 2007 wiederum akut aufgetretenen Exazerbation der schizophrenen Erkrankung der Beschwerdeführerin spricht, deren Behandlung nur im Rahmen eines Akutspitals möglich gewesen sei. Die geltend gemachte Akutspitalbedürftigkeit über den 1. September 2007 hinaus ist damit offensichtlich in der Intensität der Massnahmen zu sehen. Diese stellt neben der Form der Anwendungen durchaus eine Komponente dar, die im Einzelfall eine Akutspitalbedürftigkeit zu begründen vermag. Mit der Intensität der Massnahme kann zweifelsohne auch die Notwendigkeit einer erhöhten fachlichen Qualifikation einhergehen. Die im fraglichen Zeitraum durchgeführte Medikation wird von Dr. A.____ als komplex beschrieben, d.h. sie beinhaltete offensichtlich nicht nur die Einnahme von



Medikamenten, sondern zudem auch deren Adaptation. Die Adaptation, aber auch die von Dr. A.____ angeführte notwendige fein abgestimmte entlastende Regelung innerhalb der Tagesstruktur sowie die starke Reizabschirmung waren offensichtlich nur im Rahmen einer stationären Akutbehandlung möglich bzw. hätten die quantitativen sowie fachlichen Kapazitäten des Personals eines Pflegeheims überstiegen. Die einzelnen beschriebenen Massnahmen lassen erkennen, dass sie einen wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Anteil aufweisen. - Der Verlaufsbericht von Dr. A.____ ist sehr ausführlich und nachvollziehbar begründet bzw. erläutert. Es bestehen keine Hinweise, die dem Beweiswert seiner Beurteilung abträglich wären bzw. diese in Frage zu stellen vermöchten. Dem Bericht von Dr. A.____ kommt damit volle Beweiskraft zu, weshalb auf seine Beurteilung vollumfänglich abgestellt werden kann. Ebenso überzeugend ist sein Standpunkt, durch die laufende Behandlung der Beschwerdeführerin sei eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu erwarten gewesen. Unter der fraglichen Behandlung sei es zu einer langsamen, fluktuierend verlaufenden Rückbildung der Instabilität der Stimmung der Beschwerdeführerin und ihres Verhaltens gekommen. Die Anamnese der Beschwerdeführerin mit den während vielen Jahren immer wiederkehrenden gleichartigen Exazerbationen der schizophrenen Erkrankung mit damit zusammenhängenden Spitalbehandlungen und - wenn auch mit zunehmend längerem Verlauf der stationären Behandlungen - dadurch erreichter Stabilisierung belegt die Feststellung von Dr. A.____. Es geht nicht an, nach einer über 25-jährigen, grundsätzlich einheitlichen Anamnese gerade dieses Mal die fragliche Voraussetzung für die Spitalbedürftigkeit mit der Begründung zu verneinen, dass bei der Beschwerdeführerin ab dem 31. August 2007 ein chronisches Zustandsbild erreicht worden sei und mit einem Abklingen der Krankheitssymptome vorderhand nicht mehr habe gerechnet werden können. Im Fall der Beschwerdeführerin ist seit vielen Jahren von einem chronischen Zustandsbild auszugehen. Wie bereits dargelegt (vgl. Erwägung Ziff. 3.2.2), schliesst jedoch ein solches eine Akutspitalbedürftigkeit nicht grundsätzlich aus. Der Gesundheitszustand eines psychiatrischen Dauerpatienten kann eine Schwankung in einem Ausmass erleben, die eine Akutspitalbedürftigkeit bewirkt. Die Erwartung eines Abklingens der Krankheitssymptome ist nicht in Bezug auf die anerkanntermassen bestehende chronische Krankheit zu beurteilen, sondern bezüglich der vorübergehenden Verschlimmerung. Auch die Beschwerdegegnerin ist in der Vergangenheit offensichtlich wiederholt von einer Spitalbedürftigkeit ausgegangen und



ist entsprechend für die Kosten aufgekommen. Aus den medizinischen Akten geht in keiner Weise hervor, dass sich der im Verlauf bis September 2007 eingetretene Gesundheitszustand von den früheren Situationen unterscheidet. Dr. C.____ äussert sich zumindest in seiner Empfehlung vom 29. November 2007 nicht zu dieser Frage. Zusammenfassend ist damit vorerst festzuhalten, dass die Spitalbedürftigkeit des bei der Beschwerdeführerin gegen Ende Juli 2007 eingetretenen Gesundheitszustands zu bejahen ist.

3.3 Grundsätzlich haben die Krankenkassen Leistungen nur zu erbringen, wenn und solange das versicherte Risiko verwirklicht ist. Wenn eine versicherte Person ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr der Behandlung in einem Akutspital bedarf, ist das versicherte Risiko, nämlich die krankheitsbedingte Akutspitalbedürftigkeit, nicht mehr gegeben. Daraus wäre konsequenterweise der Schluss zu ziehen, dass - mangels anders lautender ausdrücklicher Vorschriften - der Leistungsanspruch mit sofortiger Wirkung und ohne Übergangsfrist erlischt. Dies liefe jedoch dem berechtigten Interesse von versicherten Personen zuwider, die nicht mehr der bisherigen Spitalbehandlung bedürfen, aber anderweitig stationär untergebracht werden müssen (Pflegeheim oder Pflegeabteilung) und für die im Hinblick auf die Umplatzierung erst noch entsprechende Dispositionen getroffen werden müssen. Darum drängt sich in solchen Fällen die Einräumung einer kurzen Anpassungszeit auf, welche einerseits dem erwähnten Interesse der versicherten Person Rechnung trägt und andererseits den Umstand berücksichtigt, dass die Kassen für ein nicht (mehr) versichertes Risiko nicht aufkommen müssen und insbesondere nicht dafür einzustehen haben, wenn eine Umplatzierung mangels adäquater Unterbringungsmöglichkeiten scheitert oder sich hinauszögert. Rechtsprechungsgemäss wurde wiederholt eine Übergangszeit von dreissig Tagen als rechtens erachtet (BGE 124 V 362, 115 V 53 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2006 [K 20/06] i/S Z., E. 4.1). - Hinsichtlich Dauer der Spitalbedürftigkeit führt Dr. A.____ in der Beschwerde vom 27. Juni 2008 aus, dass seit Mitte September 2007 vorbereitende schrittweise Änderungen der Betreuungsstruktur und der Tages- und Wochenstruktur für den geplanten Übergang des Behandlungssettings in einen teilstationären Rahmen angegangen worden seien. Zudem hätten mehrere aufwändige Gespräche mit nachbetreuenden Personen und der Beschwerdeführerin stattgefunden. Auf den 18. Oktober 2007 sei schliesslich der Austritt nach Hause möglich gewesen. Auf diesen Zeitpunkt hin sei eine teilstationäre



Nachbehandlung eingerichtet worden. Diese von Dr. A.____ festgehaltenen Aktivitäten während rund eines Monats nach der sich bei der Beschwerdeführerin im Verlauf des Septembers 2007 gezeigten Besserung des Gesundheitszustands entsprechen ihrem Inhalt nach den Dispositionen, wofür das Bundesgericht die Einräumung einer kurzen Anpassungszeit als notwendig erachtet.

3.4 Nach dem Gesagten kann somit für den strittigen Zeitraum vom 1. September bis 18. Oktober 2007 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer Akutspitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Die Beschwerdegegnerin hat demnach die Kostengutsprache für den fraglichen stationären Aufenthalt zu Unrecht verweigert und hat der Beschwerdeführerin auch vom 1. September bis 18. Oktober 2007 die Spitaltaxe zu vergüten.

4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 27. Mai 2008 gutzuheissen. Der Beschwerdeführerin ist vom 1. September bis 18. Oktober 2007 die Spitaltaxe zu vergüten. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin vom 1. September bis 18. Oktober 2007 die Spitaltaxe zu vergüten.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.