



Fall-Nr.: KV 2009/8
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 23.03.2020
Entscheiddatum: 12.04.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 12.04.2010

Art. 49 Abs. 4 und Art. 32 Abs. 1 KVG: Abgrenzung Spitalbedürftigkeit / Pflegebedürftigkeit bei paranoid schizophrenem, suchtkrankem Versicherten. Spitalbedürftigkeit verneint wegen grobem Missverhältnis zwischen fortgesetzter Spitalbehandlung und möglichem Heilerfolg. Prüfung der Verhältnismässigkeit als kumulative Voraussetzung zu Art. 32 Abs. 1 KVG (unter Verweis auf BGE 109 V 43 E. 2.b) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. April 2010, KV 2009/8).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; a.o. Gerichtsschreiber Adrian Thomann

Entscheid vom 12. April 2010

in Sachen

V.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch M.____,

gegen

Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15,
Postfach, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,



St.Galler Gerichte

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1973 geborene V.____ ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: Concordia) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10; KVG) obligatorisch krankenkopfgeversichert (act. G 5.1/22). Aufgrund einer seit etwa 1989 bestehenden paranoiden Schizophrenie mit episodischem Verlauf und zunehmendem Residuum sowie einer Störung durch multiplen Substanzgebrauch (Alkohol, Sedativa, Cannabis, Kokain, Opiate) mit Abhängigkeitssyndrom wurde V.____ zwischen 1992 und 2009 insgesamt 21 Mal stationär in der psychiatrischen Klinik E.____ behandelt (act. G 1.2). Weitere stationäre psychiatrische Behandlungen erfolgten in anderen Kliniken, davon 19 in der psychiatrischen Klinik F.____ (gemäss Bericht vom 7. April 2008, act. G 5.1/18).

A.b Der Versicherte wurde vom 24. Januar bis 25. Februar 2008 sowie vom 7. März bis 7. April 2008 in der psychiatrischen Klinik E.____ stationär behandelt (act. G 5.1/19, 20). Zwischenzeitlich, vom 26. Februar bis 7. März 2008, erfolgte eine Hospitalisierung in der psychiatrischen Klinik F.____ (act. G 5.1/18). Nach Abschluss der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik E.____ Anfang April 2008 wurde ein Platzierungsversuch im Therapiezentrum G.____, durchgeführt. Dieser musste jedoch wegen psychischer Instabilität abgebrochen werden und der Versicherte wurde am 21. Mai 2008 zur erneuten Behandlung in die Psychiatrische Klinik F.____ eingewiesen. Aufgrund eines in der Zwischenzeit veranlassten fürsorgerischen Freiheitsentzugs sowie der kantonalen Zuständigkeit erfolgte am 15. Juni 2008 der Übertritt in die Psychiatrische Klinik E.____ (act. G 5.1/5).

A.c Mit Schreiben vom 30. Dezember 2008 informierte die Concordia den Amtsvormund des Versicherten, M.____, dass ab dem 13. Januar 2009 gemäss Abklärungen des Vertrauensarztes der Concordia eine Weiterbehandlung des Versicherten im Pflegeheim möglich sei. Deshalb würden ab diesem Datum die



Spitalleistungen zur Pflorgetaxe nach BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) von Fr. 75.50 pro Tag vergütet (act. G 5.1/12). Auch die psychiatrische Klinik E.____ wurde von der Concordia mit Schreiben vom 30. Dezember 2008 über die Vergütung analog BESA-Stufe ab dem 13. Januar 2009 informiert. Gleichzeitig wurde die Kostengutsprache für den Spitalaufenthalt bis zum 12. Januar 2009 verlängert (act. G 5.1/11). Die Behandlung des Beschwerdeführers in der Psychiatrischen Klinik E.____ dauerte ohne Unterbruch bis zur Aufhebung des fürsorgerischen Freiheitsentzugs per 8. März 2009 an (act. G 5.1/5). Mit Verfügung vom 17. März 2009 hielt die Concordia fest, dass sämtliche pflegerischen Leistungen der Psychiatrischen Klinik E.____ ab dem 13. Januar 2009 mit pauschal Fr. 96.00 pro Tag (BESA-Stufe 4) abgegolten würden. Allfällige Kosten für die Untersuchung und Behandlung durch Ärzte, verordnete KVG-pflichtige Analysen, Mittel und Gegenstände sowie für anerkannte Therapien würden gemäss Tarmed beziehungsweise den betreffenden Tarifen als ambulante Leistungen erbracht, falls sie medizinisch indiziert sowie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich seien (act. G 5.1/6).

A.d Gegen die Verfügung vom 17. März 2009 erhob Dr. med. A.____, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik E.____, namens des Versicherten und im Auftrag des Amtsvormundes am 30. März 2009 Einsprache mit dem Rechtsbegehren, dass die Concordia für die gesamte Dauer der stationären Behandlung vom 15. Juni 2008 bis zum 8. März 2009 die Kosten vollständig zu übernehmen habe (act. G 5.1/5). Mit Einspracheentscheid vom 8. Juni 2008 hielt die Concordia an der Verfügung vom 17. März 2009 fest. Gemäss Einschätzung ihres Vertrauensarztes liege ein schweres Krankheitsbild chronischen Verlaufs vor, weshalb die Leistungsvoraussetzungen für eine Akutspitalbehandlung seit Längerem nicht mehr erfüllt seien. Zudem sei die Einweisung im Zusammenhang mit der gescheiterten Wohnheimversorgung nach einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung gestanden, weshalb nicht eine akute stationäre Krankheitsbehandlung, sondern eine zivilrechtliche Massnahme nach Art. 397a des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (SR 210; ZGB) Einweisungsgrund gewesen sei (act. G 5.1/1).

B.



B.a Gegen den Einspracheentscheid der Concordia hat Amtsvormund M.____ namens des Versicherten am 29. Juni 2009 Beschwerde erhoben. Sinngemäss wird beantragt, dass die Beschwerdegegnerin für die gesamte Dauer der stationären Behandlung des Beschwerdeführers in der Psychiatrischen Klinik E.____ vom 15. Juni 2008 bis zum 8. März 2009 zum Spitaltarif aufzukommen habe. Die Behandlung sei während der gesamten Hospitalisation wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht worden und es sei bis zum Klinikaustritt sowohl objektiv als auch subjektiv eine deutliche Besserung im Sinn einer verbesserten Lebensqualität festzustellen gewesen. Weiter wird die Auffassung der Beschwerdegegnerin bestritten, wonach akute Krankheiten einen kurzen, etwa 2 - 4 Wochen dauernden Verlauf hätten, währenddem chronische, langwierige Krankheiten mehrere Monate oder Jahre dauern könnten. Eine solche Abgrenzung sei willkürlich, entbehre jeder medizinischen Grundlage und könne nicht zur Begründung eines ablehnenden Entscheids herangezogen werden. Unzulässig sei auch die Argumentation der Beschwerdegegnerin, dass nicht eine akute stationäre Krankheitsbehandlung, sondern eine zivilrechtliche Massnahme nach Art. 397a ZGB der Einweisungsgrund gewesen sei. Eine solche Unterscheidung besage nichts über die Pflicht zur Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin (act. G 1).

B.b Die Vormundschaftsbehörde der Gemeinde B.____ hat mit Beschluss vom 10. August 2009 die Zustimmung zur Prozessführung gemäss Art. 421 Ziff. 8 ZGB für das vorliegende Beschwerdeverfahren erteilt (act. G 4).

B.c In der Beschwerdeantwort vom 28. August 2009 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Insbesondere wird angeführt, bei dem chronisch schwerkranken Beschwerdeführer sei kein akuter Krankheitsschub dokumentiert, welcher eine Spitalbehandlung über den 12. Januar 2009 hinaus erforderlich machen würde. Die unbestrittenermassen erforderliche stationäre Behandlung könne in einer Pflegeeinrichtung erbracht werden, nachdem der Zustand des Beschwerdeführers im Rahmen der Akutspitalbehandlung habe stabilisiert werden können (act. G 5).

B.d Der Beschwerdeführer hat die Frist zur Einreichung einer Replik unbenutzt verstreichen lassen, weshalb der Schriftenwechsel am 8. Oktober 2009 für geschlossen erklärt wurde (act. G 7).



Erwägungen:

1.

1.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [SR 832.10; KVG]). 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 eine medizinische Leistung, wenn diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist (Art. 32 Abs. 1 KVG). Wirksam ist eine Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. 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) (zum Ganzen: Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2. Aufl., Basel 2007, Rz 290 ff. [nachfolgend: Gebhard Eugster, Krankenversicherung]). In Konkretisierung des Erfordernisses der Wirtschaftlichkeit haben gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG die Leistungserbringer ihre Leistungen auf jenes Mass zu beschränken, welches im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Der Leistungserbringer ist laut dieser Norm zu wirtschaftlichem Handeln verpflichtet und ist insbesondere dafür verantwortlich, dass nicht unnötige Leistungen erbracht werden (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, Rz. 304 ff.).

1.2 Unter dem soeben aufgezeigten Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit ist auch Art. 49 Abs. 4 KVG auszulegen, wonach der Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG nur zur Anwendung kommt, solange eine medizinische Behandlung oder Pflege im Spital medizinisch indiziert ist. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinn liegt gemäss Praxis dann vor, wenn entweder die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können oder wenn die Möglichkeiten



ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthalts Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (BGE 126 V 326 E. 2.b). Ist demgegenüber eine sachgerechte Behandlung eben so gut in einer einfacher eingerichteten und daher weniger kostspieligen Heilanstalt möglich, so kommt laut Art. 49 Abs. 4 KVG der Tarif für Pflegeheime nach Art. 50 KVG zur Anwendung (BGE 124 V 364 f. E. 1.b). Zusammen mit der Lehre und der aktuellen Rechtsprechung wird vorliegend in Bezugnahme auf diese Abgrenzung das Begriffspaar der Akutspital- respektive Pflegebedürftigkeit verwendet (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, Rz. 396 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009 i/S B. [9C_369/2009] E. 2.1).

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 [SR 830.1; ATSG]). 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 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.

2.1 Strittig und zu prüfen ist im Folgenden, ob die Beschwerdegegnerin berechtigterweise davon ausgegangen ist, dass ab dem 13. Januar 2009 bis zum Klinikaustritt am 8. März 2009 beim Beschwerdeführer keine Akutspital-, sondern nur mehr Pflegebedürftigkeit vorgelegen habe.

2.2 Der Beschwerdeführer leidet seit Jahren an einer schubweise auftretenden, paranoiden Schizophrenie mit zunehmendem Residuum sowie an einer schweren Suchterkrankung. Gemäss Bericht der Psychiatrischen Klinik E.____ vom 25. Juli 2008 lagen beim Beschwerdeführer bei erneutem Klinikeintritt am 15. Juni 2008 massive Denkstörungen, ein desorganisierter und teils paranoid-halluzinatorischer psychischer Zustand sowie ein reduzierter physischer Zustand vor. Nach Eintritt seien beim Beschwerdeführer eine Psychopharmakatherapie und eine Reduktion der psychotropen Substanzen um 50 % durchgeführt worden. In Fortsetzung der bisherigen Behandlungsstrategie werde eine weitere Reduktion oder ein Stopp des Konsums von psychotropen Substanzen angestrebt. Der Klinikaufenthalt werde voraussichtlich noch mindestens drei Monate dauern, wobei eine Behandlung in einem Wohn- oder Pflegeheim ausgeschlossen sei, weil mehrere entsprechende Versuche im Vorfeld gescheitert seien (act. G 5.1/16). Auch Seitens des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C.____, wurde mit Stellungnahme vom 30. Juli 2008 die Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers bis zum 14. September 2008 bejaht (act. G 5.1/15). Mit Bericht vom 30. Oktober 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin hält Dr. A.____ fest, dass die zu Beginn sehr ausgeprägte psychomotorische Unruhe und die ausgeprägten Schlafstörungen hätten reduziert werden können. Eine stabile antipsychotische Medikation habe jedoch noch nicht erreicht werden können und im weiteren Verlauf würden die gegenwärtig hohen Sedativadosen reduziert. Diese komplexen Anpassungen der Medikation sowie der psychisch sehr instabile Zustand des Beschwerdeführers würden auch für die kommenden Monate eine stationäre psychiatrische Behandlung erforderlich machen (act. G. 5.1/14). Der darob von der Beschwerdegegnerin um Stellungnahme ersuchte Vertrauenspsychiater Dr. med. D.____



hält in seinem Bericht vom 21. Dezember 2008 fest, die Akutspitalleistungen seien zu limitieren, da der Versicherte nicht heilbar sei und erneute psychiatrische Behandlungen zu erwarten seien. Langwierige künftige Behandlungen würden den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit nicht entsprechen (act. G 5.1/13). Zusammenfassend ist aufgrund der diversen Arztberichte festzuhalten, dass sowohl die gestellten Diagnosen, und damit das Bestehen von behandlungsbedürftigen Krankheiten, als auch die objektive Wirksamkeit der stationären Therapie an der Psychiatrischen Klinik E.____ unbestritten sind. Strittig ist jedoch insbesondere, ob für den Beschwerdeführer weiterhin das Behandlungsziel der Verbesserung des Gesundheitszustands im Sinn einer Stabilisierung angestrebt werden soll, nachdem nach über zwei Jahrzehnten intensiver Therapie keine dauerhaften Behandlungsfortschritte erreicht werden konnten, und ob es dafür der Hospitalisierung in einem psychiatrischen Akutspital bedarf.

2.3 In welchem Umfang bei fraglichen Erfolgsaussichten eine medizinische Behandlung vorgenommen werden soll, lässt sich anhand der in den Erwägungen 1.1 und 1.2 dargelegten Voraussetzungen von Art. 32 Abs. 1 KVG nicht beurteilen. Dies weil der angestrebte Behandlungserfolg, respektive der medizinische Nutzen, als gegebene Grösse vorausgesetzt wird, anhand welchem die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Leistung zu beurteilen sind. Ähnlich wird in der Lehre festgehalten, dass, wenn nur eine Behandlungsmethode wirksam und zweckmässig erscheint, das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 Abs. 1 KVG aufgrund von dessen komparativem Charakter nicht greifen kann. Auch in solchen Fällen soll aber auf Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht ganz verzichtet werden; die Prüfung muss sich jedoch darauf beschränken, ob das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen in einem vertretbaren Rahmen bleibt (Gebhard Eugster, Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 KVG, in: Rene Schaffhauser/Ueli Kieser [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 12 mit Hinweisen [nachfolgend: Gebhard Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot]). Eine gleich geartete Verhältnismässigkeitsprüfung ist in Fällen wie dem vorliegenden erforderlich, bei welchen zwar mehrere Behandlungsmethoden zum Erreichen eines bestimmten Behandlungserfolgs in Betracht fallen könnten, aber strittig ist, ob eine Behandlung angesichts der geringen Erfolgsaussichten überhaupt vorgenommen werden soll. Nebst den drei Kriterien gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG hat eine medizinische Behandlung



somit auch dem allgemeinen Prinzip der Verhältnismässigkeit zu genügen (vgl. BGE 109 V 43 E. 2.b). Es ist folglich der gesetzlich vorgegebene Massstab zu ermitteln, anhand welchem die Verhältnismässigkeit einer im konkreten Fall ins Auge gefassten Behandlungsmethode zu prüfen ist.

2.4 Mit Hinweis auf die entsprechende Zielbestimmung in Art. 43 Abs. 6 KVG hält Eugster fest, dass der Gesetzgeber einen hohen Qualitätsanspruch bezüglich der medizinischen Behandlungen statuiert hat (Gebhard Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot, S. 19 mit Hinweisen). Gleichzeitig sind die Leistungserbringer jedoch gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG angehalten, ihre Leistungen auf jenes Mass zu beschränken, welches im Interesse der Versicherten liegt. Laut höchstrichterlicher Rechtsprechung bringt der Gesetzgeber mit seiner Bezugnahme auf das Patienteninteresse zum Ausdruck, dass der Begriff der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht eng auszulegen sei (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 68 mit Hinweis). Dieser hohe, gesetzlich vorgegebene Qualitätsanspruch findet jedoch dort seine Grenzen, wo zwischen den Kosten einer Behandlung und dem angestrebten Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, Rz. 301, mit Hinweis auf BGE 109 V 43, E. 2.b). Betreffend den vorliegenden Fall ist somit zu prüfen, ob die ab dem 13. Januar 2009 durchgeführte Akutspitalbehandlung im aufgezeigten Sinne verhältnismässig erscheint.

2.5 In der Einsprache vom 30. März 2009 führt Dr. A. ___ insbesondere an, dass ohne längerfristige stationäre psychiatrische Behandlung auch in Zukunft mit einem sehr instabilen Verlauf und häufig rezidivierenden psychotischen Zuständen zu rechnen sei, was die Chronifizierung und das Ausmass des Residuums der Krankheit verstärke. Weiter habe der Beschwerdeführer nach der Entlassung aus der Spitalpflege jeweils die notwendigen Neuroleptika nicht mehr eingenommen und sich durch krankheitsbedingtes sozial inadäquates Verhalten gefährdet. Eine Krankheitseinsicht und eine Einsicht in die Notwendigkeit von unterstützenden Massnahmen im Alltag habe der Beschwerdeführer bis zu seiner Entlassung am 8. März 2009 nicht gezeigt und wahnhafte Grössenideen sowie eine ausgeprägte Umtriebigkeit hätten persistiert (act. G 5.1/5). Dr. D. ___ hält in seiner Stellungnahme vom 11. Mai 2009 fest, der Beschwerdeführer benötige nicht den Rahmen einer Akuthospitalisation, die Platzierung in einer Pflegeinstitution sei vollumfänglich ausreichend. Mit einer stationären Behandlung in einem Akutspitalrahmen könne gar nichts bewegt werden,



da ein höchstgradig chronifiziertes Krankheitsbild bestehe, welches in keiner Art und Weise besserungsfähig sei (act. G 5.1/2). Aufgrund dieser Stellungnahmen muss davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer auch nach einem allfälligen planmässigen Abschluss der Akutspitalbehandlung und anschliessender Unterbringung in einer geeigneten Pflegeinstitution ein Rückfall zu erwarten ist, wie dies etwa nach dem Übertritt in die Villa Argentina im Mai 2008 der Fall war (vgl. act. G 3.1/5 S. 2). Eine dauerhafte oder zumindest längerfristige Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist vor dem Hintergrund des mehr als 20-jährigen Krankheits- und Therapieverlaufs demnach nicht zu erwarten. Unter diesen Umständen ist ein Festhalten am von der Psychiatrischen Klinik E.____ ins Auge gefassten Behandlungsziel, dem Beschwerdeführer mit einer optimierten Medikation eine bessere soziale Integration und eine regelmässige Beschäftigung zu ermöglichen, nicht realistisch (act. G 5.1/14). Somit besteht zwischen dem angestrebten Heilerfolg und der ab 13. Januar 2009 durchgeführten Akutspitalbehandlung ein grobes Missverhältnis und die Akutspitalbedürftigkeit ist unter diesem Gesichtspunkt zu verneinen. Zu prüfen bleibt, ob eine Spitalbedürftigkeit nach dem 12. Januar 2009 dennoch zu bejahen ist, weil der Beschwerdeführer aufgrund des seinerzeitigen Gesundheitszustands einer akutmedizinischen Betreuung bedurfte.

3.

3.1 Gemäss Praxis des Bundesgerichts kann die regelmässige Überwachung von chronisch Schizophrenen bei Selbst- oder Fremdgefährdung ebenso wie die überwachte Medikamenteneinnahme in einem Pflegeheim erfolgen, welches über die entsprechenden Ressourcen verfügt. Eine Akutspitalbedürftigkeit besteht bei psychiatrischen Dauerpatienten demnach nur bei akuten Krankheitsschüben (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 20. Oktober 2006 i/S Z. [K 20/06] E. 3.1 und 3.2.1). Diese Praxis ist auch für den vorliegenden Fall massgeblich, wobei zu beachten ist, dass zur Schizophrenie erschwerend eine erhebliche Suchtproblematik hinzu tritt.

3.2 Dr. med. J. Bitter, leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik E.____, hat in seinem Bericht vom 4. April 2008 festgehalten, dass bei Klinikeintritt am 7. März 2008 beim Beschwerdeführer eine Selbstgefährdung in Form von ausgeprägtem



Substanzmissbrauch bestand; für den Zeitpunkt des Austritts einen Monat später wird dieser Status nicht wiederholt. Für beide Zeitpunkte wird festgehalten, dass keine Suizidalität oder Fremdgefährlichkeit vorliege (act. G 5.1/19). Aus den weiteren Akten ergeben sich keine Hinweise für eine Fremdgefährdung, weshalb sich aus diesem Grund keine Akutspitalbehandlung aufdrängt. Eine Selbstgefährdung besteht insoweit, als sich der Beschwerdeführer durch seinen Drogenkonsum entsprechenden Risiken aussetzt. Zwar führt Dr. A. ___ in der Einsprache vom 30. März 2009 an, es sei im Anschluss an die Entlassung aus der stationären Behandlung am 8. März 2009 zu einer raschen Zunahme des selbstgefährdenden Verhaltens gekommen (act. G 5.1/5). Jedoch ist nicht erstellt, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner Suchterkrankung in einem Mass gefährdet, welches über die üblichen Risiken einer Drogenabhängigkeit hinaus geht. Insbesondere sind keine Überdosierungen oder unbeabsichtigte Wechselwirkungen durch Mischkonsum dokumentiert, welche eine notfallärztliche Behandlung des Beschwerdeführers erforderlich gemacht hätten. Auch im Bericht von Dr. A. ___ an den Vertrauenspsychiater der Beschwerdegegnerin vom 30. Oktober 2008 werden keine Hinweise für eine akute Selbstgefährdung gemacht. Ausdrücklich erwähnt wird, dass in den letzten Wochen keine suizidalen Phasen beobachtet werden konnten (act. G 5.1/14). Es existieren somit für den fraglichen Zeitraum ab dem 13. Januar 2009 keine Hinweise auf akute Selbstgefährdung, weder durch Drogenkonsum, noch durch sonstige Auffälligkeiten, welche einen dauerhaften stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik erfordert hätte.

3.3 Des Weiteren hat der Beschwerdeführer diverse Medikamente einzunehmen, welche sowohl ein grosses Abhängigkeitspotential als auch ein erhebliches Missbrauchsrisiko mit sich bringen. So schluckte er nach seiner Entlassung aus der Psychiatrischen Klinik F. ___ am 10. März 2008 die Dosis diverser Medikamente für einen ganzen Tag (nicht die Dosis für fünf Tage, wie von der berichtenden Ärztin festgehalten wird) auf einmal und musste darauf hospitalisiert werden. Als Begründung für die Medikamenteneinnahme führte er an, er habe schlafen wollen, hege jedoch keine Suizidabsichten (act. G 5.1/20). Im Rahmen der psychiatrischen Behandlung verlangte der Beschwerdeführer wieder verschiedene Medikamente, ohne dies nachvollziehbar begründen zu können (act. G 5.1/14). Die Suchtproblematik erstreckt sich somit auch auf Medikamente (act. G 5.1/2). Jedoch können die damit einhergehenden Risiken mit einer entsprechend rigiden Abgabepaxis - welche von den



behandelnden Ärzten offensichtlich auch praktiziert wird - eingeschränkt werden. Auch konnte ausserhalb der stationären Behandlung eine tägliche Methadonabgabe durch den Hausarzt organisiert werden (act. G 5.1/5). Es ist somit erstellt, dass die Medikamentenabgabe auch ausserhalb einer stationären Spitalpflege so organisiert werden kann, dass das Risiko einer missbräuchlichen oder selbstgefährdenden Einnahme minimiert wird.

3.4 Die Beschwerdegegnerin sieht Pflegeleistungen analog der BESA Stufe 4 und damit der höchsten Pflegestufe vor (act. G 5.1/1). Im Rahmen einer solch intensiven Betreuung ist unter anderem eine umfassende Betreuung in ständiger Sichtweite, etwa wegen Selbst- und Fremdgefährdung, sowie eine überwachte Medikamenteneinnahme möglich (vgl. BESA-Leistungskatalog). Dass im Bericht der Klinik E.____ vom 25. Juli 2008 festgehalten wird, eine Verlegung auf die Chronischkrankenabteilung komme deshalb nicht in Frage, weil eine gute therapeutische Beziehung des Beschwerdeführers zum Stationsteam bestehe (act. G 5.1/16), kann dem nicht entgegengehalten werden. Den Betreuungsbedürfnissen des Beschwerdeführers kann somit auch ausserhalb eines Akutspitales nachgekommen werden. Damit verneinte die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers für den strittigen Zeitraum ab dem 13. Januar 2009.

4.

4.1 Grundsätzlich haben die Krankenkassen Leistungen nur zu erbringen, wenn und solange das versicherte Risiko verwirklicht ist. Bedarf eine versicherte Person ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr der Behandlung in einem Akutspital, so ist das versicherte Risiko, nämlich die krankheitsbedingte Akutspitalbedürftigkeit, nicht mehr gegeben. Daraus wäre konsequenterweise der Schluss zu ziehen, dass - mangels ausdrücklicher anders lautender Vorschriften - der Leistungsanspruch mit sofortiger Wirkung und ohne Übergangsfrist erlischt. Dies liefere jedoch dem berechtigten Interesse jener Versicherten 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. In der Praxis wurde diesbezüglich wiederholt eine Übergangszeit von dreissig Tagen als rechtens erachtet (BGE 124 V 362, 115 V 53 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2006 i/S Z. [K 20/06] E. 4.1).

4.2 Mit der Kostengutsprache vom 30. Dezember 2008 beschied die Beschwerdegegnerin der Psychiatrischen Klinik E.___, dass ab dem 13. Januar 2009 die Aufwendungen nicht mehr zum Spitaltarif sondern analog BESA-Stufe vergütet würden (act. G 5.1/11). Der Psychiatrischen Klinik E.___ blieben somit maximal 8 Arbeitstage Zeit, um für den Beschwerdeführer eine Anschlusslösung zu finden. Diese Frist erscheint insbesondere mit Blick auf den zu erwartenden reduzierten Personalbestand über die Feiertage als sehr kurz. Zudem hat Dr. A.___ in seinem Bericht vom 30. Oktober 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin festgehalten, es sei damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer noch mehrere Monate stationär psychiatrisch behandelt werden müsse und dass eine Austrittsplanung noch nicht angegangen wurde (act. G 5.1/14). Die Beschwerdegegnerin musste demnach damit rechnen, dass die Psychiatrische Klinik E.___ erst mit Zugang des ablehnenden Bescheids die Planung des Übertritts in eine Pflegeeinrichtung an die Hand nehmen würde. Somit erscheint die vorliegend angesetzte Frist zu kurz und die Beschwerdegegnerin hat unter Beachtung der praxisgemässen Übergangsfrist von 30 Tagen für die Behandlung des Beschwerdeführers bis zum 29. Januar 2009 zum Spitaltarif aufzukommen.

5.

5.1 Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos. Einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden, wobei die mutwillige Prozessführung nicht einfach mit der Erhebung einer aussichtslosen Beschwerde gleichzusetzen ist (Ueli Kieser, a.a.O., N. 36 ff. zu Art.



61 ATSG, mit Verweisen). Für den vorliegenden Fall rechtfertigt sich ein Abweichen vom Grundsatz der Kostenlosigkeit nicht.

5.2 Das Prinzip der Kostenlosigkeit erstreckt sich auch auf die Frage, ob die unterliegende an die obsiegende Partei eine Parteientschädigung zu leisten hat, wobei der Sozialversicherer in der Regel keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung hat (Ueli Kieser, a.a.O., N. 33 zu Art. 61 ATSG, mit Hinweis). Demgegenüber hat gemäss Art. 61 lit. g ATSG die Beschwerde führende Person bei Obsiegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten - sprich jener Kosten, welche der Rechtsvertreter für seinen Aufwand geltend macht sowie der Barauslagen (Ueli Kieser, a.a.O., N. 113 zu Art. 61 ATSG, mit Hinweis). Sonstige Kosten des obsiegenden Beschwerdeführers sind nur in Ausnahmefällen zu übernehmen, etwa wenn die Interessenwahrung einen hohen Arbeitsaufwand verursacht hat (Entscheid Versicherungsgericht St. Gallen vom 11. August 2009 i/S A. und T. [EL 2007/40] E. 5.3. mit Hinweis). Ist die (teilweise) obsiegende Partei nicht durch einen Anwalt vertreten, so wird ihr praxisgemäss für gewöhnlich keine Parteientschädigung zugesprochen (BGE 113 IB 353 E. 6b). Einer durch den Sozialdienst oder das Sozialamt vertretenen Partei entsteht in der Regel kein Aufwand, der zu ersetzen wäre (vgl. BGE 126 V 11). Da der Vertretung offensichtlich keine besonderen Auslagen im Sinn der obigen Erläuterung angefallen sind und derartige Kosten denn auch nicht geltend gemacht werden, besteht kein Anspruch auf eine Entschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheides in dem Sinn teilweise gutgeheissen, als die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers in der Psychiatrischen Klinik E.____ bis zum 29. Januar 2009 zum Spitaltarif abzugelten ist. Ab dem 30. Januar 2009 ist die Behandlung gemäss dem Pflegetarif zu vergüten.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.



Art. 49 Abs. 4 und Art. 32 Abs. 1 KVG: Abgrenzung Spitalbedürftigkeit / Pflegebedürftigkeit bei paranoid schizophrenem, suchtkrankem Versicherten. Spitalbedürftigkeit verneint wegen grobem Missverhältnis zwischen fortgesetzter Spitalbehandlung und möglichem Heilerfolg. Prüfung der Verhältnismässigkeit als kumulative Voraussetzung zu Art. 32 Abs. 1 KVG (unter Verweis auf BGE 109 V 43 E. 2.b) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. April 2010, KV 2009/8).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; a.o. Gerichtsschreiber Adrian Thomann

Entscheid vom 12. April 2010

in Sachen

V.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch M.____,

gegen

Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15,
Postfach, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.



St.Galler Gerichte

A.a Der 1973 geborene V.____ ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: Concordia) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10; KVG) obligatorisch krankenpflegeversichert (act. G 5.1/22). Aufgrund einer seit etwa 1989 bestehenden paranoiden Schizophrenie mit episodischem Verlauf und zunehmendem Residuum sowie einer Störung durch multiplen Substanzgebrauch (Alkohol, Sedativa, Cannabis, Kokain, Opiate) mit Abhängigkeitssyndrom wurde V.____ zwischen 1992 und 2009 insgesamt 21 Mal stationär in der psychiatrischen Klinik E.____ behandelt (act. G 1.2). Weitere stationäre psychiatrische Behandlungen erfolgten in anderen Kliniken, davon 19 in der psychiatrischen Klinik F.____ (gemäss Bericht vom 7. April 2008, act. G 5.1/18).

A.b Der Versicherte wurde vom 24. Januar bis 25. Februar 2008 sowie vom 7. März bis 7. April 2008 in der psychiatrischen Klinik E.____ stationär behandelt (act. G 5.1/19, 20). Zwischenzeitlich, vom 26. Februar bis 7. März 2008, erfolgte eine Hospitalisierung in der psychiatrischen Klinik F.____ (act. G 5.1/18). Nach Abschluss der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik E.____ Anfang April 2008 wurde ein Platzierungsversuch im Therapiezentrum G.____, durchgeführt. Dieser musste jedoch wegen psychischer Instabilität abgebrochen werden und der Versicherte wurde am 21. Mai 2008 zur erneuten Behandlung in die Psychiatrische Klinik F.____ eingewiesen. Aufgrund eines in der Zwischenzeit veranlassten fürsorgerischen Freiheitsentzugs sowie der kantonalen Zuständigkeit erfolgte am 15. Juni 2008 der Übertritt in die Psychiatrische Klinik E.____ (act. G 5.1/5).

A.c Mit Schreiben vom 30. Dezember 2008 informierte die Concordia den Amtsvormund des Versicherten, M.____, dass ab dem 13. Januar 2009 gemäss Abklärungen des Vertrauensarztes der Concordia eine Weiterbehandlung des Versicherten im Pflegeheim möglich sei. Deshalb würden ab diesem Datum die Spitalleistungen zur Pfl egetaxe nach BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) von Fr. 75.50 pro Tag vergütet (act. G 5.1/12). Auch die psychiatrische Klinik E.____ wurde von der Concordia mit Schreiben vom 30. Dezember 2008 über die Vergütung analog BESA-Stufe ab dem 13. Januar 2009 informiert. Gleichzeitig wurde die Kostengutsprache für den Spitalaufenthalt bis zum 12. Januar 2009 verlängert (act. G 5.1/11). Die Behandlung des Beschwerdeführers in der Psychiatrischen Klinik E.____ dauerte ohne Unterbruch bis zur Aufhebung des



fürsorgerischen Freiheitsentzugs per 8. März 2009 an (act. G 5.1/5). Mit Verfügung vom 17. März 2009 hielt die Concordia fest, dass sämtliche pflegerischen Leistungen der Psychiatrischen Klinik E.____ ab dem 13. Januar 2009 mit pauschal Fr. 96.00 pro Tag (BESA-Stufe 4) abgegolten würden. Allfällige Kosten für die Untersuchung und Behandlung durch Ärzte, verordnete KVG-pflichtige Analysen, Mittel und Gegenstände sowie für anerkannte Therapien würden gemäss Tarmed beziehungsweise den betreffenden Tarifen als ambulante Leistungen erbracht, falls sie medizinisch indiziert sowie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich seien (act. G 5.1/6).

A.d Gegen die Verfügung vom 17. März 2009 erhob Dr. med. A.____, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik E.____, namens des Versicherten und im Auftrag des Amtsvormundes am 30. März 2009 Einsprache mit dem Rechtsbegehren, dass die Concordia für die gesamte Dauer der stationären Behandlung vom 15. Juni 2008 bis zum 8. März 2009 die Kosten vollständig zu übernehmen habe (act. G 5.1/5). Mit Einspracheentscheid vom 8. Juni 2008 hielt die Concordia an der Verfügung vom 17. März 2009 fest. Gemäss Einschätzung ihres Vertrauensarztes liege ein schweres Krankheitsbild chronischen Verlaufs vor, weshalb die Leistungsvoraussetzungen für eine Akutspitalbehandlung seit Längerem nicht mehr erfüllt seien. Zudem sei die Einweisung im Zusammenhang mit der gescheiterten Wohnheimversorgung nach einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung gestanden, weshalb nicht eine akute stationäre Krankheitsbehandlung, sondern eine zivilrechtliche Massnahme nach Art. 397a des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (SR 210; ZGB) Einweisungsgrund gewesen sei (act. G 5.1/1).

B.

B.a Gegen den Einspracheentscheid der Concordia hat Amtsvormund M.____ namens des Versicherten am 29. Juni 2009 Beschwerde erhoben. Sinngemäss wird beantragt, dass die Beschwerdeführerin für die gesamte Dauer der stationären Behandlung des Beschwerdeführers in der Psychiatrischen Klinik E.____ vom 15. Juni 2008 bis zum 8. März 2009 zum Spitaltarif aufzukommen habe. Die Behandlung sei während der gesamten Hospitalisation wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht worden und es sei bis zum Klinikaustritt sowohl objektiv als auch subjektiv eine deutliche Besserung im Sinn einer verbesserten Lebensqualität festzustellen gewesen. Weiter



wird die Auffassung der Beschwerdegegnerin bestritten, wonach akute Krankheiten einen kurzen, etwa 2 - 4 Wochen dauernden Verlauf hätten, währenddem chronische, langwierige Krankheiten mehrere Monate oder Jahre dauern könnten. Eine solche Abgrenzung sei willkürlich, entbehre jeder medizinischen Grundlage und könne nicht zur Begründung eines ablehnenden Entscheids herangezogen werden. Unzulässig sei auch die Argumentation der Beschwerdegegnerin, dass nicht eine akute stationäre Krankheitsbehandlung, sondern eine zivilrechtliche Massnahme nach Art. 397a ZGB der Einweisungsgrund gewesen sei. Eine solche Unterscheidung besage nichts über die Pflicht zur Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin (act. G 1).

B.b Die Vormundschaftsbehörde der Gemeinde B.____ hat mit Beschluss vom 10. August 2009 die Zustimmung zur Prozessführung gemäss Art. 421 Ziff. 8 ZGB für das vorliegende Beschwerdeverfahren erteilt (act. G 4).

B.c In der Beschwerdeantwort vom 28. August 2009 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Insbesondere wird angeführt, bei dem chronisch schwerkranken Beschwerdeführer sei kein akuter Krankheitsschub dokumentiert, welcher eine Spitalbehandlung über den 12. Januar 2009 hinaus erforderlich machen würde. Die unbestrittenermassen erforderliche stationäre Behandlung könne in einer Pflegeeinrichtung erbracht werden, nachdem der Zustand des Beschwerdeführers im Rahmen der Akutspitalbehandlung habe stabilisiert werden können (act. G 5).

B.d Der Beschwerdeführer hat die Frist zur Einreichung einer Replik unbenutzt verstreichen lassen, weshalb der Schriftenwechsel am 8. Oktober 2009 für geschlossen erklärt wurde (act. G 7).

Erwägungen:

1.

1.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [SR 832.10; KVG]). 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 eine medizinische Leistung, wenn diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist (Art. 32 Abs. 1 KVG). Wirksam ist eine Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. 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) (zum Ganzen: Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2. Aufl., Basel 2007, Rz 290 ff. [nachfolgend: Gebhard Eugster, Krankenversicherung]). In Konkretisierung des Erfordernisses der Wirtschaftlichkeit haben gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG die Leistungserbringer ihre Leistungen auf jenes Mass zu beschränken, welches im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Der Leistungserbringer ist laut dieser Norm zu wirtschaftlichem Handeln verpflichtet und ist insbesondere dafür verantwortlich, dass nicht unnötige Leistungen erbracht werden (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, Rz. 304 ff.).

1.2 Unter dem soeben aufgezeigten Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit ist auch Art. 49 Abs. 4 KVG auszulegen, wonach der Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG nur zur Anwendung kommt, solange eine medizinische Behandlung oder Pflege im Spital medizinisch indiziert ist. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinn liegt gemäss Praxis dann vor, wenn entweder die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können oder wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthalts Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (BGE 126 V 326 E. 2.b). Ist demgegenüber eine sachgerechte Behandlung eben so gut in einer einfacher eingerichteten und daher weniger kostspieligen Heilanstalt möglich, so kommt laut Art. 49 Abs. 4 KVG der Tarif für Pflegeheime nach Art. 50 KVG zur Anwendung (BGE 124 V 364 f. E. 1.b). Zusammen mit der Lehre und der aktuellen Rechtsprechung wird vorliegend in Bezugnahme auf diese Abgrenzung das Begriffspaar der Akutspital- respektive Pflegebedürftigkeit verwendet (Gebhard Eugster, Krankenversicherung,



Rz. 396 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009 i/S B. [9C_369/2009] E. 2.1).

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 [SR 830.1; ATSG]). 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 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.

2.1 Strittig und zu prüfen ist im Folgenden, ob die Beschwerdegegnerin berechtigterweise davon ausgegangen ist, dass ab dem 13. Januar 2009 bis zum



Klinikaustritt am 8. März 2009 beim Beschwerdeführer keine Akutspital-, sondern nur mehr Pflegebedürftigkeit vorgelegen habe.

2.2 Der Beschwerdeführer leidet seit Jahren an einer schubweise auftretenden, paranoiden Schizophrenie mit zunehmendem Residuum sowie an einer schweren Suchterkrankung. Gemäss Bericht der Psychiatrischen Klinik E.____ vom 25. Juli 2008 lagen beim Beschwerdeführer bei erneutem Klinikeintritt am 15. Juni 2008 massive Denkstörungen, ein desorganisierter und teils paranoid-halluzinatorischer psychischer Zustand sowie ein reduzierter physischer Zustand vor. Nach Eintritt seien beim Beschwerdeführer eine Psychopharmakatherapie und eine Reduktion der psychotropen Substanzen um 50 % durchgeführt worden. In Fortsetzung der bisherigen Behandlungsstrategie werde eine weitere Reduktion oder ein Stopp des Konsums von psychotropen Substanzen angestrebt. Der Klinikaufenthalt werde voraussichtlich noch mindestens drei Monate dauern, wobei eine Behandlung in einem Wohn- oder Pflegeheim ausgeschlossen sei, weil mehrere entsprechende Versuche im Vorfeld gescheitert seien (act. G 5.1/16). Auch Seitens des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C.____, wurde mit Stellungnahme vom 30. Juli 2008 die Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers bis zum 14. September 2008 bejaht (act. G 5.1/15). Mit Bericht vom 30. Oktober 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin hält Dr. A.____ fest, dass die zu Beginn sehr ausgeprägte psychomotorische Unruhe und die ausgeprägten Schlafstörungen hätten reduziert werden können. Eine stabile antipsychotische Medikation habe jedoch noch nicht erreicht werden können und im weiteren Verlauf würden die gegenwärtig hohen Sedativadosen reduziert. Diese komplexen Anpassungen der Medikation sowie der psychisch sehr instabile Zustand des Beschwerdeführers würden auch für die kommenden Monate eine stationäre psychiatrische Behandlung erforderlich machen (act. G. 5.1/14). Der darob von der Beschwerdegegnerin um Stellungnahme ersuchte Vertrauenspsychiater Dr. med. D.____ hält in seinem Bericht vom 21. Dezember 2008 fest, die Akutspitalleistungen seien zu limitieren, da der Versicherte nicht heilbar sei und erneute psychiatrische Behandlungen zu erwarten seien. Langwierige künftige Behandlungen würden den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit nicht entsprechen (act. G 5.1/13). Zusammenfassend ist aufgrund der diversen Arztberichte festzuhalten, dass sowohl die gestellten Diagnosen, und damit das Bestehen von behandlungsbedürftigen Krankheiten, als auch die objektive Wirksamkeit der stationären Therapie an der



Psychiatrischen Klinik E.____ unbestritten sind. Strittig ist jedoch insbesondere, ob für den Beschwerdeführer weiterhin das Behandlungsziel der Verbesserung des Gesundheitszustands im Sinn einer Stabilisierung angestrebt werden soll, nachdem nach über zwei Jahrzehnten intensiver Therapie keine dauerhaften Behandlungsfortschritte erreicht werden konnten, und ob es dafür der Hospitalisierung in einem psychiatrischen Akutspital bedarf.

2.3 In welchem Umfang bei fraglichen Erfolgsaussichten eine medizinische Behandlung vorgenommen werden soll, lässt sich anhand der in den Erwägungen 1.1 und 1.2 dargelegten Voraussetzungen von Art. 32 Abs. 1 KVG nicht beurteilen. Dies weil der angestrebte Behandlungserfolg, respektive der medizinische Nutzen, als gegebene Grösse vorausgesetzt wird, anhand welchem die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Leistung zu beurteilen sind. Ähnlich wird in der Lehre festgehalten, dass, wenn nur eine Behandlungsmethode wirksam und zweckmässig erscheint, das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 Abs. 1 KVG aufgrund von dessen komparativem Charakter nicht greifen kann. Auch in solchen Fällen soll aber auf Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht ganz verzichtet werden; die Prüfung muss sich jedoch darauf beschränken, ob das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen in einem vertretbaren Rahmen bleibt (Gebhard Eugster, Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 KVG, in: Rene Schaffhauser/Ueli Kieser [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 12 mit Hinweisen [nachfolgend: Gebhard Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot]). Eine gleich geartete Verhältnismässigkeitsprüfung ist in Fällen wie dem vorliegenden erforderlich, bei welchen zwar mehrere Behandlungsmethoden zum Erreichen eines bestimmten Behandlungserfolgs in Betracht fallen könnten, aber strittig ist, ob eine Behandlung angesichts der geringen Erfolgsaussichten überhaupt vorgenommen werden soll. Nebst den drei Kriterien gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG hat eine medizinische Behandlung somit auch dem allgemeinen Prinzip der Verhältnismässigkeit zu genügen (vgl. BGE 109 V 43 E. 2.b). Es ist folglich der gesetzlich vorgegebene Massstab zu ermitteln, anhand welchem die Verhältnismässigkeit einer im konkreten Fall ins Auge gefassten Behandlungsmethode zu prüfen ist.

2.4 Mit Hinweis auf die entsprechende Zielbestimmung in Art. 43 Abs. 6 KVG hält Eugster fest, dass der Gesetzgeber einen hohen Qualitätsanspruch bezüglich der



medizinischen Behandlungen statuiert hat (Gebhard Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot, S. 19 mit Hinweisen). Gleichzeitig sind die Leistungserbringer jedoch gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG angehalten, ihre Leistungen auf jenes Mass zu beschränken, welches im Interesse der Versicherten liegt. Laut höchstrichterlicher Rechtsprechung bringt der Gesetzgeber mit seiner Bezugnahme auf das Patienteninteresse zum Ausdruck, dass der Begriff der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht eng auszulegen sei (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 68 mit Hinweis). Dieser hohe, gesetzlich vorgegebene Qualitätsanspruch findet jedoch dort seine Grenzen, wo zwischen den Kosten einer Behandlung und dem angestrebten Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, Rz. 301, mit Hinweis auf BGE 109 V 43, E. 2.b). Betreffend den vorliegenden Fall ist somit zu prüfen, ob die ab dem 13. Januar 2009 durchgeführte Akutspitalbehandlung im aufgezeigten Sinne verhältnismässig erscheint.

2.5 In der Einsprache vom 30. März 2009 führt Dr. A.____ insbesondere an, dass ohne längerfristige stationäre psychiatrische Behandlung auch in Zukunft mit einem sehr instabilen Verlauf und häufig rezidivierenden psychotischen Zuständen zu rechnen sei, was die Chronifizierung und das Ausmass des Residuums der Krankheit verstärke. Weiter habe der Beschwerdeführer nach der Entlassung aus der Spitalpflege jeweils die notwendigen Neuroleptika nicht mehr eingenommen und sich durch krankheitsbedingtes sozial inadäquates Verhalten gefährdet. Eine Krankheitseinsicht und eine Einsicht in die Notwendigkeit von unterstützenden Massnahmen im Alltag habe der Beschwerdeführer bis zu seiner Entlassung am 8. März 2009 nicht gezeigt und wahnhafte Grössenideen sowie eine ausgeprägte Umtriebigkeit hätten persistiert (act. G 5.1/5). Dr. D.____ hält in seiner Stellungnahme vom 11. Mai 2009 fest, der Beschwerdeführer benötige nicht den Rahmen einer Akuthospitalisation, die Platzierung in einer Pflegeinstitution sei vollumfänglich ausreichend. Mit einer stationären Behandlung in einem Akutspitalrahmen könne gar nichts bewegt werden, da ein höchstgradig chronifiziertes Krankheitsbild bestehe, welches in keiner Art und Weise besserungsfähig sei (act. G 5.1/2). Aufgrund dieser Stellungnahmen muss davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer auch nach einem allfälligen planmässigen Abschluss der Akutspitalbehandlung und anschliessender Unterbringung in einer geeigneten Pflegeinstitution ein Rückfall zu erwarten ist, wie dies etwa nach dem Übertritt in die Villa Argentina im Mai 2008 der Fall war (vgl. act. G 3.1/5 S. 2). Eine dauerhafte oder zumindest längerfristige Stabilisierung des Gesundheitszustandes des



Beschwerdeführers ist vor dem Hintergrund des mehr als 20-jährigen Krankheits- und Therapieverlaufs demnach nicht zu erwarten. Unter diesen Umständen ist ein Festhalten am von der Psychiatrischen Klinik E.____ ins Auge gefassten Behandlungsziel, dem Beschwerdeführer mit einer optimierten Medikation eine bessere soziale Integration und eine regelmässige Beschäftigung zu ermöglichen, nicht realistisch (act. G 5.1/14). Somit besteht zwischen dem angestrebten Heilerfolg und der ab 13. Januar 2009 durchgeführten Akutspitalbehandlung ein grobes Missverhältnis und die Akutspitalbedürftigkeit ist unter diesem Gesichtspunkt zu verneinen. Zu prüfen bleibt, ob eine Spitalbedürftigkeit nach dem 12. Januar 2009 dennoch zu bejahen ist, weil der Beschwerdeführer aufgrund des seinerzeitigen Gesundheitszustands einer akutmedizinischen Betreuung bedurfte.

3.

3.1 Gemäss Praxis des Bundesgerichts kann die regelmässige Überwachung von chronisch Schizophrenen bei Selbst- oder Fremdgefährdung ebenso wie die überwachte Medikamenteneinnahme in einem Pflegeheim erfolgen, welches über die entsprechenden Ressourcen verfügt. Eine Akutspitalbedürftigkeit besteht bei psychiatrischen Dauerpatienten demnach nur bei akuten Krankheitsschüben (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 20. Oktober 2006 i/S Z. [K 20/06] E. 3.1 und 3.2.1). Diese Praxis ist auch für den vorliegenden Fall massgeblich, wobei zu beachten ist, dass zur Schizophrenie erschwerend eine erhebliche Suchtproblematik hinzu tritt.

3.2 Dr. med. J. Bitter, leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik E.____, hat in seinem Bericht vom 4. April 2008 festgehalten, dass bei Klinikeintritt am 7. März 2008 beim Beschwerdeführer eine Selbstgefährdung in Form von ausgeprägtem Substanzmissbrauch bestand; für den Zeitpunkt des Austritts einen Monat später wird dieser Status nicht wiederholt. Für beide Zeitpunkte wird festgehalten, dass keine Suizidalität oder Fremdgefährlichkeit vorliege (act. G 5.1/19). Aus den weiteren Akten ergeben sich keine Hinweise für eine Fremdgefährdung, weshalb sich aus diesem Grund keine Akutspitalbehandlung aufdrängt. Eine Selbstgefährdung besteht insoweit, als sich der Beschwerdeführer durch seinen Drogenkonsum entsprechenden Risiken aussetzt. Zwar führt Dr. A.____ in der Einsprache vom 30. März 2009 an, es sei im



Anschluss an die Entlassung aus der stationären Behandlung am 8. März 2009 zu einer raschen Zunahme des selbstgefährdenden Verhaltens gekommen (act. G 5.1/5).

Jedoch ist nicht erstellt, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner Suchterkrankung in einem Mass gefährdet, welches über die üblichen Risiken einer Drogenabhängigkeit hinaus geht. Insbesondere sind keine Überdosierungen oder unbeabsichtigte Wechselwirkungen durch Mischkonsum dokumentiert, welche eine notfallärztliche Behandlung des Beschwerdeführers erforderlich gemacht hätten. Auch im Bericht von Dr. A.____ an den Vertrauenspsychiater der Beschwerdegegnerin vom 30. Oktober 2008 werden keine Hinweise für eine akute Selbstgefährdung gemacht. Ausdrücklich erwähnt wird, dass in den letzten Wochen keine suizidalen Phasen beobachtet werden konnten (act. G 5.1/14). Es existieren somit für den fraglichen Zeitraum ab dem 13. Januar 2009 keine Hinweise auf akute Selbstgefährdung, weder durch Drogenkonsum, noch durch sonstige Auffälligkeiten, welche einen dauerhaften stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik erfordert hätte.

3.3 Des Weiteren hat der Beschwerdeführer diverse Medikamente einzunehmen, welche sowohl ein grosses Abhängigkeitspotential als auch ein erhebliches Missbrauchsrisiko mit sich bringen. So schluckte er nach seiner Entlassung aus der Psychiatrischen Klinik F.____ am 10. März 2008 die Dosis diverser Medikamente für einen ganzen Tag (nicht die Dosis für fünf Tage, wie von der berichtenden Ärztin festgehalten wird) auf einmal und musste darauf hospitalisiert werden. Als Begründung für die Medikamenteneinnahme führte er an, er habe schlafen wollen, hege jedoch keine Suizidabsichten (act. G 5.1/20). Im Rahmen der psychiatrischen Behandlung verlangte der Beschwerdeführer wieder verschiedene Medikamente, ohne dies nachvollziehbar begründen zu können (act. G 5.1/14). Die Suchtproblematik erstreckt sich somit auch auf Medikamente (act. G 5.1/2). Jedoch können die damit einhergehenden Risiken mit einer entsprechend rigiden Abgabepaxis - welche von den behandelnden Ärzten offensichtlich auch praktiziert wird - eingeschränkt werden. Auch konnte ausserhalb der stationären Behandlung eine tägliche Methadonabgabe durch den Hausarzt organisiert werden (act. G 5.1/5). Es ist somit erstellt, dass die Medikamentenabgabe auch ausserhalb einer stationären Spitalpflege so organisiert werden kann, dass das Risiko einer missbräuchlichen oder selbstgefährdenden Einnahme minimiert wird.



3.4 Die Beschwerdegegnerin sieht Pflegeleistungen analog der BESA Stufe 4 und damit der höchsten Pflegestufe vor (act. G 5.1/1). Im Rahmen einer solch intensiven Betreuung ist unter anderem eine umfassende Betreuung in ständiger Sichtweite, etwa wegen Selbst- und Fremdgefährdung, sowie eine überwachte Medikamenteneinnahme möglich (vgl. BESA-Leistungskatalog). Dass im Bericht der Klinik E.____ vom 25. Juli 2008 festgehalten wird, eine Verlegung auf die Chronischkrankenabteilung komme deshalb nicht in Frage, weil eine gute therapeutische Beziehung des Beschwerdeführers zum Stationsteam bestehe (act. G 5.1/16), kann dem nicht entgegengehalten werden. Den Betreuungsbedürfnissen des Beschwerdeführers kann somit auch ausserhalb eines Akutspitales nachgekommen werden. Damit verneinte die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers für den strittigen Zeitraum ab dem 13. Januar 2009.

4.

4.1 Grundsätzlich haben die Krankenkassen Leistungen nur zu erbringen, wenn und solange das versicherte Risiko verwirklicht ist. Bedarf eine versicherte Person ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr der Behandlung in einem Akutspital, so ist das versicherte Risiko, nämlich die krankheitsbedingte Akutspitalbedürftigkeit, nicht mehr gegeben. Daraus wäre konsequenterweise der Schluss zu ziehen, dass - mangels ausdrücklicher anders lautender Vorschriften - der Leistungsanspruch mit sofortiger Wirkung und ohne Übergangsfrist erlischt. Dies liefe jedoch dem berechtigten Interesse jener Versicherten 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. In der Praxis wurde diesbezüglich wiederholt eine Übergangszeit von dreissig Tagen als rechtens erachtet (BGE 124 V 362, 115 V 53 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2006 i/S Z. [K 20/06] E. 4.1).



4.2 Mit der Kostengutsprache vom 30. Dezember 2008 beschied die Beschwerdegegnerin der Psychiatrischen Klinik E.____, dass ab dem 13. Januar 2009 die Aufwendungen nicht mehr zum Spitaltarif sondern analog BESA-Stufe vergütet würden (act. G 5.1/11). Der Psychiatrischen Klinik E.____ blieben somit maximal 8 Arbeitstage Zeit, um für den Beschwerdeführer eine Anschlusslösung zu finden. Diese Frist erscheint insbesondere mit Blick auf den zu erwartenden reduzierten Personalbestand über die Feiertage als sehr kurz. Zudem hat Dr. A.____ in seinem Bericht vom 30. Oktober 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin festgehalten, es sei damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer noch mehrere Monate stationär psychiatrisch behandelt werden müsse und dass eine Austrittsplanung noch nicht angegangen wurde (act. G 5.1/14). Die Beschwerdegegnerin musste demnach damit rechnen, dass die Psychiatrische Klinik E.____ erst mit Zugang des ablehnenden Bescheids die Planung des Übertritts in eine Pflegeeinrichtung an die Hand nehmen würde. Somit erscheint die vorliegend angesetzte Frist zu kurz und die Beschwerdegegnerin hat unter Beachtung der praxisgemässen Übergangsfrist von 30 Tagen für die Behandlung des Beschwerdeführers bis zum 29. Januar 2009 zum Spitaltarif aufzukommen.

5.

5.1 Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos. Einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden, wobei die mutwillige Prozessführung nicht einfach mit der Erhebung einer aussichtslosen Beschwerde gleichzusetzen ist (Ueli Kieser, a.a.O., N. 36 ff. zu Art. 61 ATSG, mit Verweisen). Für den vorliegenden Fall rechtfertigt sich ein Abweichen vom Grundsatz der Kostenlosigkeit nicht.

5.2 Das Prinzip der Kostenlosigkeit erstreckt sich auch auf die Frage, ob die unterliegende an die obsiegende Partei eine Parteientschädigung zu leisten hat, wobei der Sozialversicherer in der Regel keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung hat (Ueli Kieser, a.a.O., N. 33 zu Art. 61 ATSG, mit Hinweis). Demgegenüber hat gemäss Art. 61 lit. g ATSG die Beschwerde führende Person bei Obsiegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten - sprich jener Kosten, welche der Rechtsvertreter für seinen Aufwand



geltend macht sowie der Barauslagen (Ueli Kieser, a.a.O., N. 113 zu Art. 61 ATSG, mit Hinweis). Sonstige Kosten des obsiegenden Beschwerdeführers sind nur in Ausnahmefällen zu übernehmen, etwa wenn die Interessenwahrung einen hohen Arbeitsaufwand verursacht hat (Entscheid Versicherungsgericht St. Gallen vom 11. August 2009 i/S A. und T. [EL 2007/40] E. 5.3. mit Hinweis). Ist die (teilweise) obsiegende Partei nicht durch einen Anwalt vertreten, so wird ihr praxisgemäss für gewöhnlich keine Parteientschädigung zugesprochen (BGE 113 IB 353 E. 6b). Einer durch den Sozialdienst oder das Sozialamt vertretenen Partei entsteht in der Regel kein Aufwand, der zu ersetzen wäre (vgl. BGE 126 V 11). Da der Vertretung offensichtlich keine besonderen Auslagen im Sinn der obigen Erläuterung angefallen sind und derartige Kosten denn auch nicht geltend gemacht werden, besteht kein Anspruch auf eine Entschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheides in dem Sinn teilweise gutgeheissen, als die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers in der Psychiatrischen Klinik E.____ bis zum 29. Januar 2009 zum Spitaltarif abzugelten ist. Ab dem 30. Januar 2009 ist die Behandlung gemäss dem Pflorgetarif zu vergüten.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.