



Fall-Nr.: KV 2011/20
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 07.06.2012
Entscheiddatum: 07.06.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 07.06.2012

Art. 49 Abs. 4 KVG: Abgrenzung der Akutspitalbedürftigkeit von der Pflegebedürftigkeit bei Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung. Akutspitalbedürftigkeit für die Dauer der schubweisen Verschlimmerung der Krankheit bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juni 2012, KV 2011/20). Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; a.o. Gerichtsschreiberin Karin Kast Entscheid vom 7. Juni 2012 in Sachen **A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Amtsvormundschaft der Gemeinde B.____, gegen CSS Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, betreffend Versicherungsleistungen (Spitalbedürftigkeit) Sachverhalt:**

A.

A.____ ist bei der CSS-Krankenversicherung AG (nachfolgend: CSS) obligatorisch krankenversichert. Der Versicherte leidet seit vielen Jahren an Schizophrenie und war mehrmals in der psychiatrischen Klinik C.____ (nachfolgend: Klinik) hospitalisiert. Am 15. Mai 2008 wurde er vom Amtsarzt wegen einer psychotischen Dekompensation mit einer Verfügung zur Fürsorgerischen Freiheitsentziehung FFE notfallmässig der Klinik zugewiesen und befand sich dort seit diesem Zeitpunkt ohne Unterbruch bis zum 8. Juni 2011 (act. G 2 und G 4.5). Aufgrund des Gesuchs um Verlängerung der Kostengutsprache der Klinik vom 19. Januar 2009 (act. G 4.3) verlängerte die CSS die Kostengutsprache für die stationäre Behandlung bis zum 30. Juni 2009 und erklärte, dass sie ab diesem Zeitpunkt mangels vorliegender Akutbehandlungsbedürftigkeit die Behandlungskosten in der Klinik nur noch im Rahmen der Pflorgetaxe übernehmen würde (act. G 4.4). Gestützt auf das Wiedererwägungsgesuch der Klinik vom 11.



St.Galler Gerichte

August 2009 (act. G 4.5) anerkannte die CSS die Notwendigkeit des stationären Aufenthalts in der Klinik bis zum 31. Oktober 2009 und erteilte Kostengutsprache (act. G 4.6). Gestützt auf die Kostengutspracheverlängerungsgesuche der Klinik vom 23. November 2009 (act. G 4.7), 8. Januar 2010 (act. G 4.9), 27. Juli 2010 (act. G 4.11), 8. September 2010 (act. G 4.12) und 8. Dezember 2010 (act. G 4.13) übernahm die CSS die Behandlungskosten gemäss Kostengutsprache vom 9. Dezember 2009 (act. G 4.8), 14. April 2010 (act. G. 4.10) und 17. Dezember 2010 (act. G 4.14) bis zum 17. Januar 2011. Auf das Gesuch der Klinik vom 24. Februar 2011 um Verlängerung der Kostengutsprache (act. G 4.15) hin teilte die CSS mit Schreiben vom 8. März 2011 mit (act. G 4.17), dass sie eine akute Spitalbedürftigkeit des Versicherten nach wie vor nur bis zum 17. Januar 2011 als gegeben erachte. Ab dem 18. Januar 2011 übernehme sie nur noch die Pflorgetaxe. Mit Schreiben vom 1. März 2011 (act. G 4.16) verlangte der durch den Amtsvormund D.____ vertretene Versicherte eine einsprachefähige Verfügung. Nach Einholung einer Empfehlung ihrer Vertrauensärztin Dr. med. E.____ hielt die CSS mit Verfügung vom 10. März 2011 (act. G 4.18) an der Ablehnung der Verlängerung der Kostengutsprache fest.

B.

Die durch den Amtsvormund des Versicherten gegen diese Verfügung eingereichte Einsprache vom 28. März 2011 (act. G 4.19) wies die CSS gestützt auf eine vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. med. E.____ mit Entscheid vom 10. Oktober 2011 ab (act. G 1.1 und G 4.23).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtete sich die am 9. November 2011 erhobene Beschwerde des Amtsvormunds des Versicherten mit dem Antrag, der Einspracheentscheid sei aufzuheben, die Akutspitalbedürftigkeit des Versicherten zu bejahen und es seien die Kostenfolgen zu tragen. Zur Begründung verwies der Amtsvormund des Beschwerdeführers auf den ärztlichen Bericht vom 30. Oktober 2011 von Dr. med. F.____, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik C.____ (act. G 2). Dr. F.____ führte darin aus, eine Akutphase und damit die Spitalbedürftigkeit seien solange gegeben, als durch die laufende Behandlung noch eine Verbesserung des



Gesundheitszustands erwartet werden könne. Im Falle des Beschwerdeführers sei diese Voraussetzung erfüllt gewesen. Tatsächlich habe sich im Verlauf von Winter 2010/2011 bis Sommer 2011 eine Verbesserung des Zustands gezeigt. Es habe seit ca. Februar/März 2011 eine langsame Verbesserung der Stabilität und eine langsame affektive Aufhellung festgestellt werden können. Zur Stabilisierung beigetragen habe sodann die im Verlauf von März bis Mai 2011 wesentlich verbesserte Akzeptanz der Depot-Injektion – eine wichtige Optimierung der Medikation. Im Mai und Juni 2011 habe die Führung im Alltag und die medikamentöse und pflegerische Behandlung zwar weiterhin gegen Einsicht und Compliance des Beschwerdeführers erfolgen müssen, sein Widerstand sei jedoch zurückgegangen und er habe sich kooperativer gezeigt.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2012 (act. G 4) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der nachgereichte Bericht von Dr. F.____ sei ausschliesslich im Auftrag des Beschwerdeführers verfasst worden und sei damit nicht beweistauglich. Auch könnten der Beschwerdeführer bzw. die behandelnden Ärzte nicht schlüssig und überzeugend begründen, weshalb die nach dem 18. Januar 2011 erforderlich gewesenen Therapien zwingend unter Spitalbedingungen hätten durchgeführt werden müssen. Es lasse sich den Ausführungen der Klinik nicht entnehmen, welche konkreten Behandlungsformen die Kapazitäten eines Pflegeheims überfordert hätten, diese seien nicht einmal genannt. Selbst eine intensiv anleitende Betreuung in der Klinik begründe allein noch keine Akutspitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers, denn auch Pflegeheime hätten gemäss gesetzlichem Auftrag über qualifiziertes Personal zu verfügen. In Würdigung der medizinischen Akten sei daran festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer spätestens seit dem 18. Januar 2011 ein stationärer Gesundheitsschaden vorgelegen habe, ohne dass wesentliche Fortschritte ausgewiesen seien. Die pflegerische Betreuung habe ab genanntem Zeitpunkt deshalb klar im Vordergrund gestanden, weshalb der Pflegestatus erreicht gewesen sei. Der Beschwerdeführer hätte sich folglich nicht mehr in einem akuten Krankheitszustand befunden, sondern sei als psychiatrischer (chronisch kranker) Dauerpatient zu betrachten gewesen.

C.c Der Amtsvormund des Beschwerdeführers verzichtete auf die Einreichung einer Replik. Am 31. Januar 2012 reichte Dr. F.____ noch ein Schreiben nach (act. G 6).



C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften und die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Diese Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim von einem Arzt oder einer Ärztin oder gewissen andern im Gesetz namentlich genannten medizinischen Fachpersonen durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 KVG). Die versicherte Person kann die Leistungen bei Krankheit nur beanspruchen, 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 Massnahmen 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 sodann im Hauptanwendungsfall vor, wenn diagnostische oder therapeutische Anwendungen wegen der apparativen und personellen Anforderungen nur in einem Spital zweckmässig vorgenommen werden können. Von einer Spitalbedürftigkeit auszugehen ist sodann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind und nur ein Spitalaufenthalt noch Aussicht auf Erfolg verspricht. Die Notwendigkeit blossen Verweilens in einem Spital vermag die Spitalbedürftigkeit unter der Voraussetzung zu begründen, dass eine Überwachung des Gesundheitszustands in Frage steht und diese zweckmässigerweise nur in einem Spital möglich ist. Ein pflegebedürftiger Patient, der in medizinischer Hinsicht in keinem Pflegeheim, sondern nur in einem Spital zweckmässig betreut werden kann, hat ebenfalls als spitalbedürftig zu gelten. Hingegen ist für die Annahme einer Spitalbedürftigkeit bzw. für die Übernahme der Spitalkosten nicht entscheidend, dass die Behandlung und der Aufenthalt der versicherten Person im Spital vom behandelnden Arzt verschrieben worden sind. Aus dem Gebot wirtschaftlicher Behandlung fliesst der Grundsatz der Nachrangigkeit der Hospitalisation gegenüber kostengünstigeren Varianten. Spitalbedürftigkeit wird daher nach Massgabe des Wirtschaftlichkeitsgebots definiert (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2. Aufl., Basel 2007, Rz. 290 ff., Rz. 391 ff.; 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 126 V 339 E. 2b; 124 V 365 E. 1b). Die Vergütung bei Spitalaufenthalten richtet sich nach Massgabe von Art. 49 Abs. 4 Satz 1 KVG nach dem Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG. Vorausgesetzt ist, dass die versicherte Person nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt



gemäss Art. 49 Abs. 4 Satz 2 KVG für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung, d.h. die versicherte Person erhält nur die Pflegeheimleistungen.

1.3 Für die Bestimmung des anwendbaren Leistungstarifs verlangt Art. 49 Abs. 4 KVG die Unterscheidung zwischen Akutspitalbedürftigkeit oder Rehabilitationsbedürftigkeit im Spitalmilieu einerseits und Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Einrichtung für Langzeitpflege andererseits. Es kann dafür auch das Begriffspaar von Behandlungs- und Pflegefall verwendet werden (Eugster, a.a.O., Rz. 396 mit Hinweisen).

1.3.1 Akutspitalbedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn eine Gesundheitsstörung plötzlich auftritt, heftig verläuft und meist von kürzerer Dauer ist und die versicherte Person einer kurzfristigen, intensiven ärztlichen oder pflegerischen Betreuung bedarf. Das KVG nennt keine zeitliche Grenze, ab welcher bei länger dauernder Krankheit die Akutphase als abgeschlossen zu betrachten ist. Eine allgemeingültige Grenze lässt sich nicht ziehen. Die Akutphase dauert aber in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann. Unter dieser Voraussetzung kann das Merkmal der Kurzfristigkeit einer Akuterkrankung im Einzelfall Ausnahmen erfahren. So kann namentlich eine längere stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik noch den Charakter einer Akutbehandlung haben (Eugster, a.a.O., Rz. 269 f. mit Hinweisen).

1.3.2 Pflegebedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn die Gesundheitsstörung chronisch, also von langer Dauer und meist langsamer Entwicklung ist. Es handelt sich demgemäss um Dauerleiden, bei denen nicht die medizinische Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Eine allenfalls notwendige ärztliche Behandlung ist ambulant durchführbar, während die Pflege nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung ist, sondern dazu dient, die Folgen der Hilflosigkeit auszugleichen. Das KVG verwendet den Begriff der chronischkranken Person nicht, sondern stellt die Behandlung von Langzeit- oder Pflegeheimpatientinnen und -patienten den akutspitalbedürftigen Personen gegenüber (vgl. Art. 39 Abs. 3 KVG). Personen mit psychischen und solche mit somatischen Dauererkrankungen sind im Rahmen von Art. 49 Abs. 4 KVG grundsätzlich gleich zu behandeln (Eugster, a.a.O., Rz. 272 und 397 f. mit Hinweisen).



1.3.3 Anzufügen bleibt, dass sich die Begriffe "akute Krankheit" und "Akutspitalbedürftigkeit" einerseits sowie "chronische Leiden" und "Langzeitpflegebedürftigkeit" andererseits nicht immer streng voneinander abgrenzen lassen. Insbesondere, wenn es – wie hier – um die Abgrenzung der Akutspitalbedürftigkeit von einer anschliessenden blossen Pflegebedürftigkeit geht, ist dem behandelnden Arzt ein gewisser Ermessensspielraum zuzugestehen (BGE 124 V 366 E. 2c).

1.4 Bei stationären psychiatrischen Dauerpatienten und Dauerpatientinnen ist der in Art. 50 KVG vorgesehene Leistungstarif für Versicherte in Pflegeheimen massgebend. Zwar vermag auch die Notwendigkeit des blossen Verweilens im Spital unter gewissen Umständen Spitalbedürftigkeit zu begründen (Eugster, a.a.O., Rz. 392). Ist es jedoch möglich, die versicherte Person in einer Einrichtung für Langzeitpatienten medizinisch und pflegerisch ausreichend und zweckmässig zu versorgen sind solche Umstände nicht gegeben (Eugster, a.a.O., Rz. 272 und 397 mit Hinweisen).

2.

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 eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Bei



einem Parteigutachten rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 353 E. 3b/dd). Beweiswert kann sodann auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte zukommen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Der Umstand allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und damit auf Befangenheit schliessen. Es müssen vielmehr besondere Umstände vorliegen, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. An die Unparteilichkeit des Gutachters ist im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee).

3.

Vorliegend unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin für die einzelnen Klinikaufenthalte bis zum 17. Januar 2011 die Akuttaxe erstattete und ab dem 18. Januar 2011 nur noch die Pflorgetaxe gewährte und dass der Beschwerdeführer am 8. Juni 2011 aus der Klinik ausgetreten und in ein offen geführtes Pflegeheim überwiesen wurde. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auch für den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 18. Januar 2011 bis 8. Juni 2011 zur Ausrichtung der Akuttaxe verpflichtet ist. Es ist daher im Folgenden zu klären, ob der Beschwerdeführer während des genannten Zeitraums akutspitalbedürftig war.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer leidet unbestrittenermassen seit vielen Jahren an einer undifferenzierten Schizophrenie mit episodischem Verlauf und unvollständiger Remission (ICD-10 F20.32) und hat offensichtlich ein chronisches Stadium im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung erreicht. Das Krankheitsbild einer chronifizierten Schizophrenie vermag selbst im fortgeschrittenen Stadium für sich allein keine Akutspitalbedürftigkeit zu begründen. Das gilt grundsätzlich auch für den Fall, dass eine regelmässige Überwachung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder zwecks



Medikamenteneinnahme notwendig ist (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 20. Oktober 2005, K 44/05, E. 2.2; vom 20. Oktober 2006, K 20/06, E. 3.1), da solche Massnahmen auch im Pflegeheim erbracht werden können (vgl. BESA-Leistungskatalog: insbesondere Ziff. 1 Psychogeriatrische Leistungen, 1.2 Leistungen gemäss KLV 7 [Psychogeriatrische Leistungen], MP 1.2.2 Leistungen und Tätigkeiten zur Erhaltung/Wiederherstellung/Kompensation von Affektregulierung und Impulskontrolle und MP 1.2.3 Leistungen und Tätigkeiten zur Erhaltung/Wiederherstellung/Kompensation von Sozialverhalten und Integration; Ziff. 5 Medizinische Pflege [wie im gesamten LK ausserhalb des ärztlichen Kompetenzrahmens], 5.2 Leistungen gemäss KLV 7, MP 5.2.1 Leistungen und Tätigkeiten im Rahmen der Medikation und des Schmerzmanagements). Spitalbedürftigkeit liegt demgegenüber – wie bereits erwähnt (E. 1.3.1) – vor, solange von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, K 20/06, E. 3.1).

4.2

4.2.1 Die Beschwerdegegnerin kommt gestützt auf die vertrauensärztliche Stellungnahme vom 7. Oktober 2011 (act. G 4.22) zum Schluss, seit dem 18. Januar 2011 liege ein stationärer Gesundheitszustand vor. Die Vertrauensärztin Dr. E.____ führt aus, der beim Beschwerdeführer ausgeprägt schubweise Verlauf der Krankheit habe nur noch bis Ende des Jahres 2010 angedauert. Im Verlaufe des Monats Januar 2011 habe sich der Gesundheitszustand hingegen derart stabilisiert, dass der von der Beschwerdegegnerin erfolgte Wechsel zur Pflorgetaxe zu Recht erfolgt sei. Diese Sicht werde gestützt durch den Bericht von Dr. F.____ vom 30. März 2011. Bis Ende 2010 habe mit der laufenden Behandlung noch eine Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden können. Seit Januar 2011 entspreche aber der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers demjenigen eines psychiatrischen Dauerpatienten, bei dem nicht mehr eine akute Krankheit i.S.v. Art. 39 Abs. 1 KVG bestehe, auch wenn vorübergehend gewisse Schwankungen auftreten würden. Damit sei die Spitalbedürftigkeit als Voraussetzung für den Aufenthalt in einer akutstationären Einrichtung nicht mehr weiter gegeben. Der Beschwerdeführer könne – wenn auch mit einem erheblichen Aufwand an Pflege – in einer entsprechend eingerichteten



psychiatrischen Pflegestation untergebracht werden, denn auch Pflegeheime hätten gemäss gesetzlichem Auftrag über qualifiziertes Personal zu verfügen.

4.2.2 Die Beschwerdegegnerin argumentiert weiter, die behandelnden Ärzte der Klinik könnten in ihren Berichten und Gesuchen nicht schlüssig begründen, weshalb die nach dem 18. Januar 2011 erfolgten Therapien des Beschwerdeführers zwingend unter Spitalbedingungen durchgeführt werden mussten. Namentlich lasse sich den Ausführungen der Klinik nicht entnehmen, welche konkreten Behandlungsformen die Kapazitäten eines Pflegeheims überfordern. Sie führt sodann aus, dass der nachgereichte Bericht von Dr. F.____ vom 30. Oktober 2011 einzig und allein im Auftrag des Beschwerdeführers verfasst worden und somit nicht beweistauglich sei. Zudem ergäben sich aus dem Bericht keine neuen Tatsachen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine über den 17. Januar 2011 hinaus andauernde Akutspitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers schliessen lassen würden. Es mangle diesem Bericht an einer schlüssigen und überzeugenden Begründung zur relevanten Frage, weshalb eine zweckmässige Vornahme der beim Beschwerdeführer durchgeführten Behandlungsmassnahmen nur in der Klinik möglich gewesen sei.

4.2.3 Der Amtsvormund des Beschwerdeführers erachtet die Akutspitalbedürftigkeit für die Zeit vom 18. Januar 2011 bis 8. Juni 2011, gestützt auf die ärztlichen Berichte von Dr. F.____ vom 30. März 2011 und 30. Oktober 2011, als aus medizinischen Gründen absolut notwendig. Dr. F.____ führt im Bericht vom 30. März 2011 aus, aktuell bestehe beim Beschwerdeführer noch eine ausgeprägte Reizempfindlichkeit und eine Unfähigkeit, selbstständig eine Tagesstruktur einzuhalten. Er sei weiterhin auf eine Reizabschirmung mit vorwiegendem Aufenthalt im Einzelzimmer angewiesen und die Behandlung müsse grossteils ohne Einsicht des Beschwerdeführers in die Behandlungsbedürftigkeit und -notwendigkeit erfolgen. Die Psychopathologie sei aktuell vor allem geprägt durch ein untergeordnetes bis zerfahrenes und eingeengtes Denken. Der Patient äussere häufig hypochondrisch geprägte wahnhaftige Ideen, sei affektstarr, häufig ausgeprägt ängstlich und gelegentlich auch stark gereizt und motorisch unruhig. Der Antrieb sei unausgeglichen. Es würden kurze Phasen mit leicht euphorischer Stimmung auftreten. Häufig falle ein ausgeprägter Tremor und oder eine groteske Kleinschrittigkeit auf, wobei der Beschwerdeführer zeitweise jedoch auch weitgehend motorisch unauffällig sei. Zeitweise würden



aggressive Verhaltensstörungen bestehen. Dr. F.____ fasst zusammen, der Beschwerdeführer sei weiterhin schwer krank und durch die Störungen des Verhaltens komme es regelmässig zu erheblich selbstgefährdenden Zuständen. Er sei auf eine intensive Behandlung angewiesen und diese müsse grossteils ohne seine Einsicht erfolgen. Die Medikation müsse unter einer engmaschigen Beobachtung und Überwachung weiter optimiert werden. Die Behandlung könne nur auf einer geschlossenen akutpsychiatrischen Station durchgeführt werden. Ziel sei eine weitere Verbesserung des Zustands des Patienten, so dass in einer späteren Phase die lebenswichtige Behandlung in einem weniger intensiven Setting konstant durchgeführt werden könne. Die Reizempfindlichkeit und die massiven Denkstörungen müssten verringert und die Compliance verbessert werden. In der medikamentösen Behandlung müsse noch neben einer Verbesserung der langfristig antipsychotischen Wirkung besonders auch eine Reduktion von Nebenwirkungen erreicht werden.

4.2.4 Dr. F.____ führt in seinen beiden Berichten des Weiteren aus, der Beschwerdeführer werde aufgrund seiner schweren, sehr instabilen schizophrenen Erkrankung auf einer geschlossenen akutpsychiatrischen Station der Klinik in einem multimodalen Konzept behandelt. Er erhalte eine intensive Milieuthherapie und eine hoch dosierte medikamentöse Therapie. Mehrmals wöchentlich erfolgten ärztliche Kontrollen und in deren Rahmen die Beurteilungen seines Zustands und die Anpassungen der Medikation. Die Therapie werde im Rahmen täglicher Besprechungen im interdisziplinären Team laufend adaptiert. Phasenweise werde Ergotherapie eingesetzt, um den Beschwerdeführer zu alltäglichen Tätigkeiten zu führen. Der Beschwerdeführer werde zudem über eine Tagesbezugsperson engmaschig geführt. Im Weiteren sei der Tagesablauf derart gestaltet, dass die sehr aufwändige Pflege und eine phasenweise weitgehende Unterstützung in der Grundpflege bei häufigen Kooperationsverweigerungen geleistet werden könne. Der Beschwerdeführer leide unter fluktuierend ausgeprägten paranoiden Ideen, einem ausgeprägten paranoiden Misstrauen und heftigen Antriebs- und Affektschwankungen. Die Schwankungen seien vor allem endogen verursacht und erfolgten zeitweise sehr rasch von Tag zu Tag, so dass zeitweise auch eine sehr rasche Anpassung des Therapiesettings erfolgen müsse. Die letzte deutlich gereizt aggressive und verzweifelt geprägte Phase sei von Dezember 2010 bis Januar 2011 aufgetreten. Im Februar und März 2011 habe sich der Beschwerdeführer insgesamt affektiv etwas aufgehellt und es



haben eine langsame Verbesserung der Stabilität festgestellt werden können. Zur Stabilisierung des Beschwerdeführers beigetragen hätten die wiederholten Anpassungen der Medikation (laufende Umstellung der antipsychotischen Medikation von Fluxanol auf Trifalon) und die Anpassungen im Umgang mit der Abgabe von Reservemedikamenten (es wurde vor allem Clopixol und Akineton abgegeben). Von März bis Mai 2011 habe eine wesentliche Verbesserung der Akzeptanz der Depot-Injektionen – eine wichtige Optimierung der Medikation – festgestellt werden können, was ebenfalls als Beitrag zur Stabilisierung des Zustandes zu werten sei. Im Mai und Juni 2011 habe festgestellt werden können, dass die Führung im Alltag und die medikamentöse und pflegerische Behandlung zwar weiterhin gegen Einsicht und Compliance des Beschwerdeführers habe erfolgen müssen, sein Widerstand sei jedoch zurückgegangen und er sei kooperativer geworden. Der Verlauf der Stabilisierung des Zustands und die Verbesserung des psychopathologischen Befundes von Winter 2010/2011 bis Sommer 2011 sei nur aufgrund der intensiven stationären Behandlung möglich gewesen. Eine raschere Verbesserung des Zustands sei realistischere Weise nicht zu erwarten gewesen. Da sich der Beschwerdeführer zu Beginn 2011 noch in einer sehr schlechten psychischen Verfassung befunden habe, sei er während Monaten noch anhaltend auf eine stationär psychiatrische Behandlung angewiesen gewesen.

4.3

4.3.1 Die von Dr. F.____ beschriebenen Verhaltensstörungen sind typische Merkmale einer schizophrenen Erkrankung (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., Berlin/New York 2011, S. 1851 f.) und begründen generell betrachtet noch keine Spitalbedürftigkeit. Solche Verhaltensweisen kommen auch bei psychisch kranken Dauerpatienten eines Pflegeheims vor. So gelten für diese denn prinzipiell die Regeln für Pflegeheimpatienten, auch wenn deren Gesundheitszustand Schwankungen unterworfen ist. Tritt indessen eine schubweise Verschlimmerung des Leidens ein, begründet dies eine Akutspitalbedürftigkeit. Massgebend ist, ob der Patient bzw. die Patientin der Behandlung und Pflege auf der Akutabteilung bedarf (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, K 20/06, E. 3.1, 3.3.2). Dabei ist die Erwartung eines Abklingens der Krankheitssymptome nicht in Bezug auf die anerkanntermassen bestehende chronische Krankheit zu beurteilen, sondern bezüglich der vorübergehenden Verschlimmerung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom



26. Mai 2009, KV 2008/14, E. 5.1). Beim Beschwerdeführer trat letztmals Ende Dezember 2010 eine ausgeprägt gereizte und aggressive Phase auf, während der er vorübergehend in Fixation behandelt werden musste. Dies war die letzte schubweise Verschlimmerung seiner Krankheit, die unbestrittenermassen in Akutspitalpflege zu behandeln war. Der Beschwerdeführer wurde deshalb im Rahmen eines multimodalen Konzepts therapiert, was in einem solchen Fall üblich ist (Pschyrembel, a.a.O., S. 1852) und die Stabilisierung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zum Ziel hatte. Die Stabilisierung sollte unter anderem durch die Anpassung der Medikation und auch durch die Anpassung im Umgang mit der Abgabe von Reservemedikamenten erreicht werden. Bei diesen Anpassungen handelte es sich um eine dauernd hoch dosierte komplexe Psychopharmakotherapie, welche über einen sehr langen Zeitraum eingestellt und in der definitiven Erhaltungsdosis überprüft werden musste (Bericht vom 30. Oktober 2011). Im Zusammenhang mit der Medikamentenumstellung kam es denn auch zunächst aufgrund der Nebenwirkungen der hochdosierten Medikamente zu einer Instabilität des Gesundheitszustands. Erst im Februar und März 2011 hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers langsam stabilisiert und im Verlauf von März bis Mai 2011 konnte eine wesentliche Verbesserung der Akzeptanz der Depot-Injektionen festgestellt werden, was zu einer weiteren Stabilisierung des Zustandes führte. Im Mai und Juni konnte festgestellt werden, dass die Führung im Alltag und die medikamentöse und pflegerische Behandlung zwar weiterhin gegen Einsicht und Compliance des Beschwerdeführers erfolgen mussten, sein Widerstand jedoch zurück ging und er kooperativer wurde. Die Umstellung der Medikation hat demnach zu einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers geführt. Sie war mit anderen Worten entscheidend für die Stabilisierung seines Gesundheitszustands. Die Umstellung der Medikation sowie die damit zusammenhängende Stabilisierung benötigten eine gewisse Zeit, so dass die Umstellung der Medikation erst im März abgeschlossen werden konnte. Gemäss den immer positiver werdenden Ausführungen von Dr. F. ___ verbesserte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der neuen Medikation stetig, was das Ziel der komplexen Psychopharmakotherapie war. Bis im März 2011 ist demnach eine Akutspitalbedürftigkeit sicher nachgewiesen. Die Akutspitalbedürftigkeit endet jedoch nicht sofort mit Beendigung der Umstellung der Medikation, sondern es bedarf der Überwachung bzw. Überprüfung der Nachhaltigkeit der Stabilisierung, was



ebenfalls eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt. Erst wenn diese abgeschlossen ist, erfolgt der Wechsel von der Akutspitalbedürftigkeit zur Pflegebedürftigkeit. Es steht in einem gewissen Ermessen des behandelnden Arztes, zu bestimmen, wann dieser Wechsel erfolgt. Vorliegend erachtete Dr. F.____ die Überwachung der Nachhaltigkeit der Stabilisierung bis zum 8. Juni 2011 als nötig. Es ist nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdegegnerin auch nicht dargetan inwieweit Dr. F.____ diesbezüglich sein Ermessen überschritten haben sollte. Der nachgereichte Bericht vom 30. Oktober 2010 von Dr. F.____ sowie jener vom 30. März 2011 umfassen sämtliche wesentlichen Teile eines Arztberichts und es bestehen keine Hinweise darauf, dass diese nicht die tatsächlichen Gegebenheiten wiedergeben würde. Die Berichte sind ausführlich und nachvollziehbar begründet bzw. erläutert. So steht dem Bericht vom 30. Oktober 2011 nichts entgegen, was dem Beweiswert seiner Beurteilung abträglich wäre bzw. diesen in Frage zu stellen vermöchte. Daran ändert auch nichts, dass es sich bei diesem Bericht um einen vom Amtsvormund des Beschwerdeführers eingeholten Bericht handelt, denn wie in E. 2 ausgeführt, kann auch den Parteigutachten Beweiswert zukommen. Demnach ist die Akutspitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers für die Zeit vom 18. Januar 2011 bis zum 8. Juni 2011 zu bejahen. An dieser Schlussfolgerung vermag auch die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. E.____ nichts zu ändern. Denn jene fällt etwas kurz aus und enthält praktisch nur Feststellungen, aber nur spärliche Begründungen. So setzt sie sich kaum mit der von Dr. F.____ beschriebenen Symptomatik des Beschwerdeführers und der damit zusammenhängenden Behandlungsnotwendigkeit auseinander. Es bestehen daher berechtigte Zweifel an dieser ärztlichen Beurteilung. Insbesondere geht aus dieser nicht hervor, inwiefern die Ausführungen von Dr. F.____ nicht nachvollziehbar oder schlüssig wären. Im Übrigen ist die Beschwerdegegnerin in der Vergangenheit offensichtlich wiederholt von einer Spitalbedürftigkeit ausgegangen und hat entsprechend die Kosten übernommen. Aus den ärztlichen Berichten geht in keiner Weise hervor, dass sich der im Verlauf bis zum 8. Juni 2011 eingetretene Gesundheitszustand, namentlich um den Jahreswechsel 2010/2011 herum, wesentlich von den früheren Situationen unterschieden hätte.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 10. Oktober 2011 gutzuheissen. Dem Beschwerdeführer ist vom 18. Januar 2011 bis 8. Juni 2011 die Spitaltaxe zu vergüten.



Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer vom 18. Januar 2011 bis 8. Juni 2011 die Spitaltaxe zu vergüten.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.