



Fall-Nr.: KV 2015/9
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 29.08.2019
Entscheiddatum: 17.03.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 17.03.2017

Art. 25 lit. d KVG. Notwendigkeit einer stationären Massnahme nach erfolgter Implantation einer Knie-Totalprothese bejaht. Übernahme der Kosten durch die obligatorische Krankenversicherung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. März 2017, KV 2015/9).

Entscheid vom 17. März 2017

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

KV 2015/9

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

Kolping Krankenkasse AG, Hauptsitz, Postfach 198, 8600 Dübendorf,



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen (Kostengutsprache stationäre

Rehabilitation)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ unterzog sich wegen einer Gonarthrose am rechten Knie am 2. Juli 2014 in der Klinik B.____ einer von Dr. med. C.____ durchgeführten Operation (Implantation einer Knie-Totalprothese rechts; Operationsbericht vom 3. Juli 2014; act. G 3.6). Im an die Kolping Krankenkasse AG (nachfolgend: die Kolping) gerichteten Kostengutsprachegesuch für eine stationäre Rehabilitation vom 9. Juli 2014 führte Dr. C.____ aus, der Versicherte leide an einem Status nach Knie-TP rechts, einem postoperativen Hämatom, Gangunsicherheit und Schmerzen. Die Schmerzen würden den Versicherten in der Mobilität einschränken. Vom Alter her sei er zusätzlich noch unsicher in koordinativen Belangen. Vorerst müsse der Versicherte stationär in der Klinik B.____ verbleiben (act. G 3.6). Vom 10. Juli bis 19. Juli 2014 befand sich der Versicherte zur stationären Rehabilitation in der Klinik D.____ (undatierter Bericht von E.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Klinik D.____, act. G 1.4). Gestützt auf die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. F.____, Facharzt u.a. für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 18. März 2015 (act. G 3.13) verfügte die Kolping am 23. März 2015 die Abweisung des Kostengutsprachegesuchs mit der Begründung, dass eine stationäre Rehabilitation nicht notwendig sei (act. G 3.14).

A.b Die dagegen vom Versicherten am 14. April 2015 erhobene Einsprache (act. G 3.15) wies die Kolping mit Einspracheentscheid vom 22. April 2015 ab (act. G 3.16).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Gegen den Einspracheentscheid vom 22. April 2015 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 4. Mai 2015. Der Beschwerdeführer beantragt darin sinngemäss dessen Aufhebung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen. Er stellt sich auf den Standpunkt, dass nach dem Aufenthalt in der Klinik B.____ eine stationäre Rehabilitation erforderlich gewesen sei (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2015 die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt ergänzend vor, die stationäre Rehabilitation im Anschluss an den Spitalaufenthalt sei im Voraus geplant gewesen, was belege, dass der tatsächliche Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach der Operation für das Kostengutsprache gesuch gar keine Rolle gespielt habe (act. G 3).

B.c In der Replik vom 29. Juni 2015 hat der Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde festgehalten (act. G 5). Er hat eine Stellungnahme von Dr. C.____ zur stationären Rehabilitationsbedürftigkeit vom 29. Juni 2015 eingereicht (act. G 5.1).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat in der Duplik vom 9. Juli 2015 an der beantragten Beschwerdeabweisung festgehalten (act. G 7).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Kosten der in der Klinik D.____ erfolgten stationären Rehabilitation vom 10. bis 19. Juli 2014 (vgl. hierzu act. G 3.10).

1.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten und Ärztinnen, von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen oder von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder



einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) und den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

1.2 Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, d.h. einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinn ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthalts Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 326 E. 2b mit Hinweisen).

1.3 Im Gesetz nicht näher umschrieben wird der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinn von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG. Das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation besteht darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben. Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen, wobei im letzten Fall eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt ist (BGE 126 V 326 f. E. 2c; siehe zur Spitalbedürftigkeit vorstehende E. 1.2).

2.



Aus den Akten geht hervor (act. G 3.6) und zwischen den Parteien ist unbestritten (siehe etwa act. G 3.7, G 3.13, G 3.14 und G 3.16, S. 2), dass nach der Operation ein Rehabilitationsbedarf beim Beschwerdeführer bestanden hat. Umstritten und zu prüfen bleibt die Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers.

2.1 Im Kostengutsprachege such vom 9. Juli 2014 berichtete Dr. C.____, dass der intraoperative Verlauf zwar problemlos gewesen sei. Postoperativ zeige sich eine deutliche Hämatombildung. In diesem Zusammenhang seien auch immer noch Schmerzen vorhanden, die den Beschwerdeführer in der Mobilität einschränkten. Vom Alter her sei er zusätzlich noch unsicher in koordinativen Belangen (act. G 1.3). In damit zu vereinbarenden Weise berichtete Dr. C.____ am 29. Juni 2015, es sei nach dem Eingriff eine recht starke Blutergussbildung aufgetreten und der Beschwerdeführer habe nur verzögert mobilisiert werden können. Auch der Kraft- und Beweglichkeitsaufbau habe sich verzögert. Sodann machte er erneut auf den Einfluss des Alters des Beschwerdeführers auf die Behandlungsform aufmerksam (act. G 5.1). Gemäss unbestritten gebliebener, plausibler Schilderung der Tochter des Beschwerdeführers sei der starke Bluterguss unterhalb des Gesässes bis an den Fuss aufgetreten. Das Knie sei stark geschwollen gewesen (act. G 3.8; siehe auch die Schilderung in act. G 1). Der in der Klinik D.____ behandelnde Arzt sprach ebenfalls von postoperativen Schmerzen beim Gehen unter Teilbelastung. Zudem wies er auf einen "dringenden Bedarf" für eine Rehabilitation hin. Nur durch intensive Physiotherapie und Einsatz einer Kinetic-Bewegungsschiene habe das gute Abschlussergebnis erreicht werden können. Rehabilitationsziele seien die Verbesserung der Steh- und Gehfähigkeit sowie der Muskelaufbau gewesen (act. G 1.4, S. 1). Aus diesen Aussagen geht einerseits hervor, dass sich der postoperative Verlauf nicht komplikationslos gestaltet hat und dass andererseits aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers (Jahrgang 1930) ein persönlicher Umstand vorgelegen ist, der bei der Wahl der Rehabilitationsform nicht ausser Acht gelassen werden darf. Vielmehr hat Dr. C.____ nachvollziehbar dargelegt, weshalb eine Spitalbedürftigkeit bzw. ein Bedarf nach einer stationären Rehabilitation bestanden hat. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer unbestrittenermassen abseits ambulanter medizinischer Versorgung lebt (siehe das von Dr. C.____ ausgefüllte Formular "Einweisung zur klinisch-stationären Behandlung/Rehabilitation", act. G 3.2; zur fehlenden Betreuungsmöglichkeiten durch die Ehegattin siehe act. G 3.8). Die Spitalbedürftigkeit bzw. das Erfordernis eines



stationären Rahmens der Rehabilitation wird auch dadurch bekräftigt, dass der Beschwerdeführer bis zum Eintritt in eine stationäre Rehabilitation in der Klinik B.____ hat hospitalisiert werden müssen (act. G 1.3). Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer abgesehen von dem durch den operativen Eingriff beeinträchtigten Körperteil von einem ansonsten guten Allgemeinzustand gesprochen hat (siehe etwa act. G 1).

2.2 Aus der schwer leserlichen, rudimentären Handnotiz des Vertrauensarztes vom 18. März 2015 (act. G 3.13) vermag die Beschwerdegegnerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Zunächst hat der Vertrauensarzt den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht und es erscheint fraglich, ob er sich vor seiner stichwortartigen Beurteilung ein umfassendes Bild über die konkreten Verhältnisse gemacht hat. Andererseits lässt sich aus seinen knappen Ausführungen nicht ableiten, dass er sich mit der anderslautenden Einschätzung des behandelnden Dr. C.____ auseinandergesetzt hätte. Seine Ansicht, es hätten keine postoperativen Komplikationen bestanden, erweist sich denn auch als aktenwidrig (siehe hierzu vorstehende E. 2.1). Aus der Stellungnahme des Vertrauensarztes ergeben sich keine Gesichtspunkte, die Zweifel an der übrigen medizinischen Aktenlage entstehen lassen. Schliesslich liess er die übrigen persönlichen Umstände wie das fortgeschrittene Alter sowie die fehlenden Betreuungsmöglichkeiten zu Hause offenbar unberücksichtigt.

2.3 Nachdem aus den nach der Operation aufgetretenen tatsächlichen Verhältnissen (siehe vorstehende E. 2.1) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation auszugehen ist, bleibt unklar, was die Beschwerdegegnerin aus dem vor der Operation erfolgten Kostengutsprachege such von Dr. C.____ vom 25. Januar 2014 (act. G 3.2) gegen diese Betrachtungsweise ableiten will (zur Argumentation der Beschwerdegegnerin siehe etwa act. G 7). Vielmehr wurde die darin prognostisch gestützt auf die Erfahrung von Dr. C.____ geäusserte Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation im Nachhinein durch die tatsächlichen Verhältnisse bestätigt.

3.



Hinweise, dass die weiteren Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin (siehe hierzu vorstehende E. 1.1 ff.) nicht erfüllt wären, ergeben sich weder aus den Ausführungen der Beschwerdegegnerin noch den Akten. Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, ob der Beschwerdeführer mit Blick auf Art. 25a KVG vorliegend gestützt auf eine Austauschbefugnis einen Anspruch auf eine Kostenvergütung hätte.

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 22. April 2015 aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, die Kosten für die stationäre Massnahme in der Klinik D.____ vom 10. bis 19. Juli 2014 zu übernehmen. Zur betraglichen Festsetzung und Ausrichtung der Leistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ASTG; SR 830.1]).

Entscheid

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. April 2015 aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten für die stationäre Massnahme in der Klinik D.____ vom 10. bis 19. Juli 2014 zu übernehmen. Zur betraglichen Festsetzung und Ausrichtung der Leistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.