

2. Kammer als Versicherungsgericht

# URTEIL

vom 28. Oktober 2005

in der verwaltungsrechtlichen Streitsache

betreffend Versicherungsleistungen nach KVG

1. ..., geboren 1951, leidet unter verschiedenen psychischen und körperlichen Problemen. Am 13. August 2004 wurde sie als Notfall zum insgesamt 18. Aufenthalt in der Klinik ... zugewiesen. Mit Bericht vom 13. Oktober 2004 informierten Dr. ..., Co-Chefarzt, und Dr. ..., stellvertretender Oberarzt, die Concordia Kranken- und Unfallversicherung über den Zustand der Versicherten. Gestützt auf die Beurteilung durch ihren Vertrauensarzt Dr. ... verlängerte die Concordia ihre Kostengutsprache bis zum 12. Dezember 2004. Am 7. Dezember 2004 ersuchten Dr. ..., Oberärztin, und Dr. ... um Kostengutsprache für weitere drei Monate. Die Concordia verlängerte darauf die Kostengutsprache nochmals bis Ende Januar 2005, kündigte aber an, dass sie danach nur noch den Pflegekostenbeitrag von maximal Fr. 45.-- ausrichten werde, da ihr Vertrauensarzt Dr. ... keine Akutspitalbedürftigkeit mehr erkenne.
2. Am 8. Februar 2005 verfügte die Concordia, ab dem 1. Februar 2005 bestehe nur noch Anspruch auf Fr. 45.-- pro Tag als Pflegebeitrag. Gegen diese Verfügung liess ... Einsprache erheben. Sie reichte ein Schreiben vom 1. April 2005 ein, in welchem Dr. ... und Dr. ... begründen, weshalb ihrer Ansicht nach die Akutspitalbedürftigkeit gegeben sei. Am 13. Mai 2005 untersuchte der Concordia Vertrauensarzt Dr. ... in der Klinik ... In seinem Bericht vom 1. Juni 2005 bestätigte er seine Ansicht, wonach keine Spitalbedürftigkeit mehr bestehe. Mit Entscheid vom 14. Juli 2005 wies die Concordia die Einsprache ab mit der Begründung, inzwischen sei ein chronischer Krankheitszustand gegeben, der nur noch Pflege und keine Therapie mehr ermögliche.

3. Gegen diesen Entscheid liess ... am 22. August 2005 frist- und formgerecht Beschwerde ans Verwaltungsgericht erheben. Sie beantragte in formeller Hinsicht die unentgeltliche Rechtsverteidigung. In materieller Hinsicht beantragte sie, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben, und ihr sei der Aufenthalt in der Klinik ... auch ab dem 1. Februar 2005 durch Bezahlung des Spitaltarifs zu finanzieren. Eventuell sei die Angelegenheit zur Anordnung eines unabhängigen psychiatrischen Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung stützte sie sich auf die Berichte der Dres. ..., ... und ... Zudem reichte sie eine Ende Juli oder Anfangs August 2005 verfasste Stellungnahme von Dr. ... ein, worin dieser zum Bericht von Dr. ... Stellung nimmt.
  
4. Die Concordia beantragte die Abweisung der Beschwerde. Die Begründung entsprach im Wesentlichen derjenigen des Einspracheentscheids.

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften wird soweit erforderlich in den Erwägungen eingegangen.

#### **Das Gericht zieht in Erwägung:**

1. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2005 weiterhin Anspruch auf Vergütung des Spitaltarifs hat, oder ob sie sich mit dem Pflegeheimtarif begnügen muss.
  
2. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Die Kosten werden allerdings nur für die Leistungen übernommen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 KVG). Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den

Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Bei Spitalaufenthalt hat der Versicherer den Spitaltarif zu vergüten, solange der Patient nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt und kann die notwendige Behandlung und Betreuung auch von einer Pflegeabteilung erbracht werden, so kommt der Pflegeheimtarif zur Anwendung (Art. 49 Abs. 3 KVG). Akutspitalbedürftigkeit besteht nach der Praxis des EVG dann, wenn ein akutes Leiden besteht, das mit der Aussicht auf Besserung behandelt und therapiert werden kann; Langzeitpflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn ein chronischer Krankheitszustand vorliegt und grundsätzlich nur noch Pflege, nicht aber eine Therapie möglich ist (EVG-Entscheid K 157/04).

3. Bei der Beurteilung der Spitalbedürftigkeit sind Versicherer und Gerichte auf die Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist nach der Praxis des EVG entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 122 V 157). Weil die Krankenversicherer in beweisrechtlicher Hinsicht zur Objektivität verpflichtete gesetzessvollziehende Verwaltungsorgane sind, kann nach der Praxis des EVG auch den Berichten und Gutachten von versicherungsinternen Ärzten und von Vertrauensärzten Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Naheverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die

Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 122 V 157).

4. Im vorliegenden Fall liegen folgende ärztlichen Berichte vor:

- 13. Oktober 2004; Dr. ..., Co-Chefarzt und Dr. ..., stellvertretender Oberarzt: Bei der Patientin habe eine langjährige Alkoholabhängigkeit bestanden, wobei sie glaubhaft seit Jahren abstinent sei. Immer wieder sei es zu mutistischen Zustandbildern mit akustischen Halluzinationen als auch Phasen der psychomotorischen Erregung gekommen, was jeweils eine geschlossene Behandlung erfordert habe. Ursächlich liege eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie zugrunde. Die Patientin habe aufgrund eines lebenslangen Nikotinabusus eine schwerstgradige COPD. Von pulmonologischer Seite sei sie austherapiert, so dass sie mit einem Heimgerät zur Sauerstoffzufuhr und Inhalation versorgt worden sei. Mutmasslich aufgrund der chronischen cerebralen Hypoxie verschlechtere sich ihr psychiatrisches Zustandsbild immer wieder. Seit sie wieder hospitalisiert sei, werde sie mit erheblichem Pflegeaufwand kontrolliert, um sie vor exzessivem Rauchen mit daraus resultierender Zyanose, Angst und Unruhe zu schützen.
- 7. Dezember 2004; Dr. ..., Oberärztin, und Dr. ...: Bei der Patientin bestehe im Sinne einer schizophrenen Residualsymptomatik ein erhebliches Potential der Eigengefährdung. Die Schizophrenie-bezogenen Residualsymptome seien trotz fortgesetzter neuroleptischer Medikation als chronifiziert zu betrachten. Ungeachtet dessen bedürfe die Patientin aufgrund der vielschichtigen gesundheitlichen Problematik weiterhin unverändert der intensiven Spitalbetreuung.
- 6. Januar 2005; Dr. ..., Vertrauensarzt der Concordia: Das schizophrene Krankheitsbild sei völlig in den Hintergrund getreten und werde als chronifiziert und nicht weiterbehandlungsfähig betrachtet. Das aufgrund exzessiven Nikotinmissbrauchs entstandene COPD und die aus dem Tabakmissbrauch resultierende cerebrale Hypoxie könnten in einem Pflegeheim behandelt werden.
- 1. April 2005; Dr. ..., und Dr. ..., Assistenzarzt: Bei ... komme es immer wieder sowohl zu mutistischen Zustandbildern mit akustischen Halluzinationen als auch zu Phasen der psychomotorischen Erregung, welche eine Unterbringung in der geschlossenen Station erforderten. Die schizophrene Residualsymptomatik führe zu einem erheblichen Potenzial der Eigengefährdung. Es bestehe weiter kontinuierlich das Risiko des chronischen cerebralen Hypoxiebildes mit lebensgefährlicher Bedrohungssituation. Nur durch den sehr eng gefassten Rahmen des Spitalmilieus einer gerontopsychiatrischen Abteilung könne die Patientin

durch den hohen Betreuungsaufwand vor lebensbedrohlicher Selbstschädigung bewahrt werden.

- 1. Juni 2005; Dr. ...: Aufgrund der kompetenten telefonischen Auskünfte der zuständigen Ärztin Dr. ..., ergebe sich, dass die Versicherte als hochgradig chronisch kranke Psychiatrie-Patientin zu betrachten sei, welche in psychiatrischer Sicht austherapiert sei. Auch in pneumologischer Sicht sei eine weitere Therapie des COPD nicht mehr möglich. Es gebe keinen Grund, die Versicherte weiterhin in der Klinik ... zu hospitalisieren; die Versicherte könne in ein Pflegeheim verlegt und im Fall einer akutspitalbedürftigen Symptomatologie vorübergehend wieder in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert werden. Aufgrund seiner eigenen Untersuchung führt Dr. ... auf, dass die Patientin eine extreme Raucherfahne gehabt habe, welche auf einen Konsum von massiv mehr als den angegebenen 6 Zigaretten pro Tag hindeute. Zwar neige die Versicherte zu beträchtlicher Dissimulierung, doch könne er derzeit keine akute Psychopathologie feststellen, welche einen Klinikaufenthalt nötig mache. Hinweise für eine chronifizierte Schizophrenie hätten sich während des Gesprächs nicht feststellen lassen. Die Gefährdung durch die untherapierbare Neigung zu Alkohol- und Nikotinmissbrauch bestehe offensichtlich, doch rechtfertige diese keine psychiatrische Hospitalisation.
  - Ende Juli / Anfang August 2005; Dr. ...: Entgegen der Ansicht Dr. ... leide ... seit Jahren an einer schizophrenen Grunderkrankung (vgl. Bericht vom 1. April 2005). Die Suchterkrankung sei sekundär infolge der schizophrenen Grunderkrankung entstanden. Es sei der Patientin immer wieder gelungen, sich der notwendigen stationär-psychiatrischen Behandlung zu entziehen mit der Folge, dass sie nach kurzer Zeit akut psychisch krank wieder in die Klinik habe eintreten müssen. Die Suchterkrankung wirke sich auf die schizophrene Grunderkrankung erschwerend aus, was wiederum die Hospitalisationsbedürftigkeit begründe. Schliesslich vertrat Dr. ... die Meinung, Dr. ... kurze einmalige Exploration genüge nicht, um hinreichend zu begründen, weshalb die Ansicht einer unerfahrenen Assistenzärztin (Dr. ...) höher gewichtet werde als die Ansicht einer Fachärztin und langjährigen Oberärztin (Dr. ...).
5. Einig sind sich alle involvierten Ärzte darin, dass bei der Beschwerdeführerin eine langjährige Nikotinabhängigkeit, eine cerebrale Hypoxie und eine schwerstgradige COPD bestehen, welche untherapierbar beziehungsweise austherapiert sind. Während Dr. ... der Ansicht ist, COPD und Hypoxie könnten im Pflegeheim behandelt werden, vertreten die Klinikärzte die Ansicht, nur in der psychiatrischen Klinik sei die Beschwerdeführerin genügend gegen Selbstschädigung durch exzessives Rauchen überwacht. Die Beschwerdeführerin selber macht in diesem Zusammenhang geltend, nur in der Klinik könnte die lebensnotwendige Inhalationsbehandlung und die Verwendung des Sauerstoffgerätes gewährleistet werden. Dem kann nicht

gefolgt werden. Vielmehr ist Dr. ... darin beizustimmen, dass es in einem geeigneten Pflegeheim kein Problem darstellt, die notwendigen Medikamente abzugeben, die Inhalationsbehandlung durchzuführen und das Sauerstoffgerät zu verwenden. Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sieht denn auch in Artikel 7 unter dem Titel Krankenpflege im Pflegeheim in Abs. 2 lit. b Ziff. 4 explizit Massnahmen zur Atemtherapie wie O<sub>2</sub>-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen und Absaugen vor. Auch die Überwachung kann in einem geeigneten Heim gewährleistet werden. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV sieht als Leistung in einem Pflegeheim psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege vor. Gestützt auf das KVG und die KLV hat der Heimverband Schweiz das Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem BESA entwickelt. Mit diesem System können die Pflege- und Behandlungsmassnahmen in allen Bereichen einer Institution der stationären Langzeitpflege erfasst werden. Unter dem Titel "Psychogeriatrische Leistungen I" sieht das BESA eine "umfassende intensive Beaufsichtigung / Kontrolle / Unterstützung / Betreuung / Begleitung / Orientierungshilfe durch die Mitarbeitenden" vor, wenn unter anderem eine Möglichkeit der "Selbst- und Fremdgefährdung" besteht. Damit werden die Überwachungsbedürfnisse der Beschwerdeführerin, wie sie von den involvierten Klinikärzten geschildert werden, in genügender Weise abgedeckt, eine Spitalinfrastruktur ist deshalb entgegen ihrer Ansicht nicht notwendig.

6. Die Klinikärzte begründen die Spitalbedürftigkeit im Weiteren damit, dass die Beschwerdeführerin an einer schizophrenen Grunderkrankung leide, welche sich immer wieder in mutistischen Zustandsbildern, Halluzinationen und psychomotorischer Erregung äussere. Dr. ... hingegen hat bei seiner Untersuchung keine klaren entsprechenden Anzeichen gefunden. Aber selbst wenn Dr. ... Ansicht ausser Acht gelassen und auf die Diagnose der Klinikärzte abgestellt wird, rechtfertigt sich angesichts der Praxis des EVG kein Klinikaufenthalt, da die schizophrene Residualsymptomatik sowohl aus der Sicht der Klinikärzte als auch aus der Sicht Dr. ... chronifiziert und nicht mehr behandlungsfähig ist. Es besteht somit nicht eine akute Psychopathologie, welche einen Klinikaufenthalt rechtfertigen würde, sondern vielmehr eine chronische psychische Erkrankung, welche in einem

geeigneten Pflegeheim betreut werden kann. Wie bereits erwähnt sieht Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV als Leistung in einem Pflegeheim psychiatrische Grundpflege vor, und das BESA bietet eine "umfassende intensive Beaufsichtigung / Kontrolle / Unterstützung / Betreuung / Begleitung / Orientierungshilfe durch die Mitarbeitenden". Damit werden die Bedürfnisse der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit ihrer chronischen Schizophrenie in genügender Weise abgedeckt, eine Spitalinfrastruktur ist deshalb auch aus diesem Grund zurzeit nicht notwendig. Anders zu beurteilen wäre die Situation, wenn die Beschwerdeführerin eine ernsthafte, schubweise Verschlimmerung erleiden würde, was vorliegend aber nicht der Fall ist.

7. Nach der Praxis des EVG hat der Versicherer nur den Pflege- und nicht den Spitaltarif zu übernehmen, wenn ein Versicherter trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist, weil kein Platz in einem geeigneten und für den Versicherten genügenden Pflegeheim vorhanden ist (BGE 124 V 362). Im vorliegenden Fall hat sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Februar 2005 nicht mehr spitalbedürftig ist, so dass die Beschwerdegegnerin ab diesem Zeitpunkt nur noch die Pflorgetaxe auszurichten hat. Dies unabhängig davon, wo die Beschwerdeführerin seit dem 1. Februar 2005 tatsächlich untergebracht ist, und auch unabhängig davon, ob es für sie in der Umgebung ein geeignetes Heim mit einem freien Platz gibt. Diese Situation mag aus sozialer Sicht unbefriedigend erscheinen, in rechtlicher Hinsicht liegt der Fall angesichts der konstanten Praxis des EVGs aber klar.
8. Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig, und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Gerichtskosten werden keine erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungsstreitigkeiten gemäss Art. 61 lit. a ATSG grundsätzlich kostenlos ist. Der Beschwerdeführerin wird die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt, da sie offensichtlich nicht in der Lage ist, für die Kosten ihres Rechtsanwaltes selber aufzukommen (Art. 61 lit. f ATSG).

### **Demnach erkennt das Gericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. a) ... wird die unentgeltliche Rechtsverteidigung in der Person von Rechtsanwalt ... als unentgeltlicher Rechtsbeistand gewährt.
  - b) Der Rechtsbeistand hat nach Abschluss des vorliegenden Verfahrens dem Verwaltungsgericht seine Kostennote zur Prüfung und Zahlungsanweisung einzureichen (Tarif: 75% der geltenden Honoraransätzen des Bündnerischen Anwaltsverbandes).
  - c) Falls sich die Einkommens- und Vermögensverhältnisse von Elisabeth Reinhard verbessern, hat diese dem Kanton Graubünden die entsprechenden Kosten zurückzuerstatten (Art. 26 VGG).