

2. Kammer als Versicherungsgericht

URTEIL

vom 6. Juli 2005

in der verwaltungsrechtlichen Streitsache

betreffend Versicherungsleistungen nach KVG

1. a) Der inzwischen verstorbene ..., Jahrgang 1938, war bei der Krankenkasse ... mit Sitz in ... obligatorisch grundversichert und bei der ... mit der Spitalversicherung „...“ freiwillig zusatzversichert. Im Jahr 1998 wurde bei ihm ein Hirntumor diagnostiziert. Daraufhin wurde er in den Jahren 1998 und 2001 operiert.

- b) Vom 2. April 2002 bis zum 9. Mai 2002 (nachfolgend: erster Aufenthalt) weilte ... für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik ... Vom 20. April 2002 an konnte er in einem klinikeigenen Studio wohnen und die Therapien von dort aus besuchen. Gemäss den Kostengutsprachege suchen der Klinik ... war das Ziel dieser Massnahme die Förderung der Selbständigkeit des Patienten. Dem Austrittsbericht des ersten Aufenthalts kann entnommen werden, dass bei ... eine Besserung der Gehfunktionen, der Selbständigkeit und der kognitiven Funktionen erreicht werden konnte. Sowohl die ... als auch die ... erteilten eine Kostengutsprache für den Klinikaufenthalt vom 2. April 2002 bis zum 19. April 2002. Für die Zeit vom 20. April 2002 bis zum 9. Mai 2002 wurden hingegen nur noch die Kosten im Rahmen einer ambulanten Badekur übernommen. Die Krankenkassen machten geltend, dass das Wohnen im klinikinternen Studio nicht mehr als stationäre Rehabilitationsbehandlung betrachtet werden könne.

- c) Mit Schreiben vom 31. Dezember 2002 stellte Dr. ..., leitender Arzt Neurologie der Klinik ..., bei der ... ein Kostengutsprachege such für eine weitere

stationäre Rehabilitationsbehandlung von ... Nach einem recht zufrieden stellenden Verlauf sei es im Herbst wieder zu verstärkter Gangunsicherheit und einer Verschlechterung der neuropsychologischen Funktionen gekommen. Der Patient sei zu Hause allein nicht überlebensfähig, weshalb eine erneute stationäre Rehabilitationsbehandlung dringend notwendig sei. Da sich die Ehefrau von ... im Januar einer Chemotherapie unterziehen müsse und er während dieser Zeit nicht von ihr versorgt werden könne, sollte die Rehabilitationsbehandlung während dieser Zeit erfolgen. Am 20. Januar 2003 teilte die ... mit, dass sie nur einen Entlastungsaufenthalt in einem Pflegeheim garantiere. Ihr Vertrauensarzt, Dr. ..., sei zum Schluss gekommen, dass beim Versicherten kein Rehabilitationspotential mehr vorliege. Trotz des negativen Entscheides begab sich ... vom 29. Januar 2003 bis zum 19. Februar 2003 (nachfolgend: zweiter Aufenthalt) für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nach ... Gemäss Austrittsberichten vom 20. Februar 2003 und vom 11. März 2003 hatten sich das Gleichgewicht und die motorische Situation des Patienten verbessert. Er war nicht mehr sturzgefährdet und im Alltag wieder selbständig. Es bestünden aber nach wie vor kognitiv mittelschwere Defizite.

- d) Am 28. August 2003 stellte der Versicherte bei der ... ein Gesuch um Kostengutsprache für eine weitere Rehabilitation in ..., welches am 9. September 2003 von der ... gutgeheissen wurde.

- e) Mit Schreiben vom 24. Mai 2004 machten die Erben von ... gegenüber der ... geltend, dass der Verstorbene für den ersten Aufenthalt Fr. 12'719.75 und für den zweiten Aufenthalt Fr. 17'280.25 selbst bezahlt habe. Diese Kosten seien ihnen zurückzuerstatten oder es sei diesbezüglich eine anfechtbare Verfügung zu erlassen. Am 24. Juni 2004 erliess die ... eine Verfügung betreffend die Aufenthalte in der Klinik ... Für den stationären Aufenthalt vom 20. April 2002 bis zum 9. Mai 2002 wurde die Rehabilitationsbedürftigkeit verneint. Die diesbezüglichen Kosten seien im Rahmen einer Badekur übernommen und bereits bezahlt worden. Was den zweiten Aufenthalt anbelange, so habe kein Rehabilitationspotenzial bestanden. Es würden

einzig 21 Tage à Fr. 70.-- (Pflegeheimtarif) sowie die ambulanten Therapien gemäss KVG entschädigt.

- f) Dagegen erhoben die Erben von ... am 20. Juli 2004 Einsprache. Sie forderten, dass die geltend gemachten Kosten zurückzuerstatten seien. Gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. d des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) handle es sich bei den Rehabilitationsaufenthalten zweifelsfrei um Leistungen, welche die ... zu übernehmen habe. Die zu bezahlenden Leistungen seien durchwegs ärztlich angeordnete Massnahmen gewesen, die der Rehabilitation gedient hätten. Alle durchgeführten Massnahmen stellten Behandlungen dar, für welche die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) explizit eine Leistungsübernahme durch den Versicherer vorsehe. Durch die Aufenthalte sei jeweils eine bedeutende Stärkung der körperlichen und psychischen Kräfte des Verstorbenen erreicht worden.

Am 8. November 2004 überwies die ... einen Betrag von Fr. 11'285.25 für den zweiten Aufenthalt an die Erben von ...

Mit Entscheid vom 31. März 2005 wies die ... die Einsprache ab. Sie verwies auf die Beurteilungen ihrer Vertrauensärzte und machte geltend, dass Feststellungen von Vertrauensärzten mehr Gewicht hätten als solche des behandelnden Arztes.

2. Die Erben von ... erhoben daraufhin am 3. Mai 2005 frist- und formgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht. Sie beantragten die Aufhebung des Einspracheentscheides vom 31. März 2005 sowie die Anweisung der Vorinstanz, die Kosten der fraglichen Klinikaufenthalte im Betrag von Fr. 12'719.80, nebst Zins zu 5% seit dem 27. Januar 2003 (erster Aufenthalt), bzw. Fr. 5'995.--, nebst Zins zu 5% seit dem 27. Februar 2003 (zweiter Aufenthalt) zu übernehmen und an die Beschwerdeführer auszuzahlen. Die ... bestreite, dass beim Versicherten Rehabilitationspotenzial vorhanden gewesen sei. Dafür verweise sie lediglich auf die Beurteilungen ihrer Vertrauensärzte, welche einen höheren Beweiswert hätten als jene der

behandelnden Ärzte. Diese Beurteilungen seien aber widersprüchlich, so sei im Schreiben vom 9. September 2003, im Gegensatz zu früher, plötzlich das Vorliegen von Rehabilitationspotenzial bejaht worden.

3. In ihrer Beschwerdeantwort beantragte die ... Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids. Sie führte an, dass Dr. ... der behandelnde Arzt des Verstorbenen gewesen sei und seine Feststellungen somit weniger Gewicht hätten als jene der Vertrauensärzte. Diese seien zum Schluss gekommen, dass beim ersten Aufenthalt ab dem 20. April 2002 kein stationärer Rehabilitationsaufenthalt mehr vorgelegen habe und für den zweiten Aufenthalt kein Rehabilitationspotenzial vorhanden gewesen sei. Das Rehabilitationspotenzial sei auch im August 2003 nicht bejaht worden. Ausnahmsweise sei damals ein Rehabilitationsaufenthalt garantiert worden. Betreffend die Leistungspflicht hätte sie auf die Beurteilungen der Vertrauensärzte abgestellt.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien wird, soweit erforderlich, im Rahmen der Erwägungen eingetreten.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 31. März 2005, respektive die diesem zugrunde liegende Verfügung vom 24. Juni 2004. Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob die ... die Zahlung der geforderten Fr. 12'719.80 für den ersten Aufenthalt bzw. Fr. 5'995.-- für den zweiten Aufenthalt zu Recht verweigert hat.
2. a) Art. 24 KVG legt fest, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25-31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgehaltenen Voraussetzungen übernimmt. Gemäss Art. 57 KVG überprüfen von den Versicherern bestellte Vertrauensärzte, ob die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers erfüllt sind und beraten denselben in Fragen der Vergütung.

- b) Im vorliegenden Fall sind Arztberichte von Dr. ..., leitender Arzt Neurologie der Klinik ..., von der Klinik ... selbst sowie von den Vertrauensärzten der ... und der ... vorhanden. Diese ärztlichen Berichte widersprechen sich bezüglich der Diagnose nicht. Unterschiedlich beurteilt wird allerdings, ob das Wohnen im Studio während des ersten Aufenthalts als Rehabilitationsmassnahme zu werten ist und ob während des zweiten Aufenthalts überhaupt Rehabilitationspotenzial beim Verstorbenen vorgelegen hatte. Im gesamten Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben deshalb die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Der Sozialversicherungsrichter hat danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Vertrauensärzte sind gemäss Art. 57 Abs. 5 KVG in ihrem Urteil unabhängig. Trotz dieser Weisungsfreiheit kommt jedoch vertrauensärztlichen Stellungnahmen keine allgemein erhöhte Beweiskraft zu (Eugster, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Die Krankenversicherung, Basel/Genf/München 1998, N 64).

Dr. ... ist ein Angestellter des Leistungserbringers. Seine Berichte haben grundsätzlich denselben Beweiswert wie jene der Vertrauensärzte. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheiden, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351, E. 3a S. 352; 122 V 157; E. 1c S. 160; EVG-Urteil vom 14. Juni 1999, Nr. U 356).

- c) Die Ansicht der ..., sich nur auf die Beurteilungen von Vertrauensärzten stützen zu können, da diese gegenüber Meinungen der behandelnden Ärzte immer durchschlagen würden, ist unhaltbar. Widersprechen sich die Angaben der involvierten Ärzte, so hat das Gericht die Arztberichte auf ihren Beweiswert hin zu untersuchen.
3. a) Betreffend den ersten Aufenthalt ist umstritten, ob das Wohnen im Klinikstudio ab dem 20. April 2002 noch unter die stationäre Rehabilitation fällt. Gemäss den Kostengutsprachege suchen der Klinik ... vom 22. April 2002 und vom 8. Mai 2002 konnten beim Patienten unter der am 2. April 2002 begonnenen stationären Rehabilitationsbehandlung zunehmend Fortschritte festgestellt werden. Allerdings war er in den Alltagsaktivitäten noch nicht soweit, dass eine Entlassung und ambulante Therapien möglich gewesen wären. Das Wohnen im Klinikstudio habe zum Ziel gehabt, eine vollständige Selbständigkeit im Alltagsbereich zu erreichen. ... führte in seinem Schreiben vom 25. April 2005 an den Vertreter der Beschwerdeführer aus, dass die Verlegung des Patienten in ein Studio Teil des Neurorehabilitationsprogrammes gewesen sei, welches in unveränderter Intensität weitergeführt worden sei. Demgegenüber stellten sich die ... und die ... auf den Standpunkt, dass der Versicherte selbständig in einem Studio gelebt habe und dass der Aufenthalt folglich nicht mehr als stationäre Rehabilitation gewertet werden könne. Auf Anfrage des Gerichts wurde als Beweis ein zwölfzeiliges Schreiben nachgereicht. Es enthält aber weder eine Begründung für die von den Krankenkassen eingenommene Position, noch ist ersichtlich, wer es verfasst hat.
- b) Was den zweiten Aufenthalt in ... anbelangt, so machte der Vertrauensarzt der ... im Schreiben vom 20. Januar 2003 geltend, dass bei einem bereits vollständig von Dritten abhängigen Patienten kein Rehabilitationspotential mehr anerkannt werden könne. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Die medizinische Rehabilitation 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. Bei Chronischkranken dient sie der Erhaltung und

allenfalls Verbesserung des verbleibenden Funktionsvermögens (BGE 126 V 323, E. 2c S. 327). Dem Austrittsbericht der Klinik ... vom 15. Mai 2002 kann entnommen werden, dass während des ersten Aufenthalts eine zunehmende Besserung der Gehfunktionen, der Selbständigkeit und der kognitiven Funktionen erreicht werden konnte. Wie Dr. ... in seinem Kostengutsprachege such vom 31. Dezember 2002 ausführte, konnte der Verstorbene nach seinem ersten Aufenthalt zu Hause wieder einigermaßen funktionieren. Im Herbst 2002 traten beim Patienten aber wieder eine verstärkte Gangunsicherheit und eine Verschlechterung der neuropsychologischen Funktionen auf, die gemäss Dr. ... eine erneute stationäre Rehabilitationsbehandlung dringend notwendig machten. Weshalb der Vertrauensarzt zum Schluss kam, dass kein Rehabilitationspotenzial mehr vorhanden sei, ist unerklärlich. Der Umstand, dass jemand völlig von Dritten abhängig ist, muss nicht logischerweise zur Schlussfolgerung führen, dass keine Verbesserung oder wenigstens Erhaltung des verbleibenden Funktionsvermögens mehr möglich ist. Eigenen Angaben zufolge stützte sich der Vertrauensarzt für seine Beurteilung einzig auf das Kostengutsprachege such von Dr. ... vom 31. Dezember 2002. Somit beruht der Bericht weder auf umfassenden Untersuchungen oder Abklärungen noch sind die Folgerungen daraus schlüssig. Zudem ist er insofern widersprüchlich, als derselbe Vertrauensarzt im Herbst 2003 der ... empfahl, dem Verstorbenen eine Garantie für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt zu gewähren. Eine solche Garantie ist aber nur zulässig, wenn Rehabilitationspotenzial vorliegt. Während dieses im Januar 2003 verneint wurde, lag es im Herbst 2003 plötzlich wieder vor, obwohl sich der medizinische Zustand des Patienten nicht verändert hatte.

- c) Aufgrund der vorstehenden Erwägungen zeigt sich, dass die ... die Übernahme der Kosten zu Unrecht verweigert hat. Die Vertrauensarztberichte sind äusserst rudimentär, ihre Begründungen nicht nachvollziehbar und teilweise sogar widersprüchlich. Demgegenüber sind die Arztberichte von Dr. ... und der Klinik ... fundiert, nachvollziehbar, in sich widerspruchsfrei und es besteht kein Grund an ihrer Zuverlässigkeit zu zweifeln. Für die Beurteilung der Kostenübernahme ist deshalb auf sie abzustellen. Dementsprechend ist

sowohl das Wohnen im Klinikstudio während des ersten Aufenthalts als Rehabilitationsmassnahme zu betrachten als auch das Rehabilitationspotenzial für den zweiten Aufenthalt zu bejahen.

4. Gerichtskosten werde nicht erhoben, da das Beschwerdeverfahren vor Versicherungsgericht nach Art. 61 lit. a des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) und Art. 11 der Verordnung über das Verfahren in Sozialversicherungstreitsachen (VVS; BR 542.300) grundsätzlich kostenlos ist. Den Beschwerdeführern ist bei diesem Ausgang des Verfahrens eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die ... wird verpflichtet, den Beschwerdeführern Fr. 12'719.80 samt 5% Zins seit dem 21. Januar 2003 und Fr. 5'995.-- samt 5% Zins seit dem 27. Februar 2003 zu bezahlen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die ... hat die Erben ... aussergerichtlich mit Fr. 2'000.-- (inkl. MwSt) zu entschädigen.