

die zivilrechtliche Haftpflichtregelung und insbesondere auch keine Schlechterstellung der geschädigten Gläubigerin beabsichtigt. Um die Arbeitgeberhaftung nicht illusorisch werden zu lassen, wurde der Beginn der absoluten Frist nicht auf den Zeitpunkt der schädigenden Handlung vorverlegt, wie das Art. 60 OR bestimmt. Die Rechtsprechung, wonach das schädigende Ereignis dem Eintritt des Schadens entspricht, behält somit ihre volle Gültigkeit (BBl, a. a. O). Das Bundesgericht hat denn auch in neueren Entscheiden (vgl. z. B. Urteil vom 23. Mai 2003 [H 57/00] Erw. 3.4 und BGE 131 V 7 Erw. 3.3) nach wie vor festgehalten, dass Art. 52 Abs. 3 AHVG in der seit 1. Januar 2003 geltenden Fassung lediglich die Festsetzungs- und nicht die Vollstreckungsfrist behandelt, wobei der Gesetzgeber diese Fristen neu zwar als Verjährungs- und nicht mehr als Verwirkungsfristen behandelt wissen will. Es muss somit unverändert davon ausgegangen werden, dass mit der rechtzeitigen Festsetzung der Schadenersatzverfügung durch die Ausgleichskasse, womit sie ihre Beitragsforderung umwandelt (vgl. AHI-Praxis 1993 S. 108), ihr Anspruch ein für allemal gewahrt bleibt. Dass die Beschwerdegegnerin die Festsetzungsfristen vorliegend eingehalten hat, ist nicht bestritten. Ihr Anspruch ist demnach entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers nicht verjährt.

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 27. September 2007

S 2005/217

Art. 49 Abs. 3 KVG: Begriff der Akutspitalbedürftigkeit. Fehlende Pflegeplätze – sei es infolge Bettenbelegung oder infolge fehlender Institutionen – können nicht dazu führen, dass die Krankenversicherung für einen medizinisch nicht indizierten Spitalaufenthalt aufkommen muss.

Sachverhalt:

Die Versicherte A ist bei der B Kranken-Versicherung AG obligatorisch krankenpflegeversichert. Sie ist aufgrund der Diagnosen schizoaffektive Psychose depressiver Typ, Paranoide Schizophrenie, Zustand nach vorsätzlicher Selbstvergiftung Exposition Lithium und histrionische Persönlichkeitsstörung seit 1975 regelmässig in psychiatrischer Behandlung. Seit 8. April 2003 wird sie in der Psychiatrischen Klinik C stationär behandelt. Nach der Prüfung durch den Vertrauensärztlichen Dienst der B teilte der Vertrauensarzt Dr. D der Psychiatrischen Klinik C mit, die Versicherte könne nach den krankenversicherungsrechtlichen Grundsätzen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit auch in einem geeigneten Pflegeheim betreut werden. Zudem teilte er ihr den Entscheid der B

mit, dass die Akuttaxe noch bis 9. Februar 2004, danach noch die Pflorgetaxe übernommen werde.

Aus den Erwägungen:

...

3.1 Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG richtet sich die Vergütung bei Spitalaufenthalten nach dem (für den Aufenthalt in Akutspitälern im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG geltenden) Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung. Gemäss dieser Bestimmung vergütet der Versicherer bei Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause; er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren.

3.2 Der Grundsatz von Art. 49 Abs. 3 KVG entspricht der Rechtsprechung, wie sie im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes von Art. 32 KUVG entwickelt wurde (vgl. BGE 124 V 362 Erw. 1b). Danach hat der spitalbedürftige Versicherte diejenige Heilanstalt oder Spitalabteilung zu wählen, in die er vom medizinischen Standpunkt aus gehört. So hat die Kasse aus der Grundversicherung nicht für Mehrkosten aufzukommen, die sich daraus ergeben, dass der Versicherte sich in eine für intensive Pflege und Behandlung spezialisierte und damit teure Klinik begibt, obwohl er einer solchen Behandlung nicht bedarf und ebenso gut in einer einfacher eingerichteten und daher weniger kostspieligen Heilanstalt sachgerecht hätte behandelt werden können. Ebenso hat der spitalbedürftige Versicherte nicht mehr als die gesetzlichen bzw. statutarischen Leistungen zugute, wenn er gezwungenermassen in einer teuren Klinik hospitalisiert werden muss, weil in der Heilanstalt oder in der Spitalabteilung, die vom medizinischen Standpunkt aus genügen würde und billiger wäre, kein Bett frei ist. Ferner hat die Kasse nicht dafür aufzukommen, wenn ein Versicherter trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist, weil z. B. kein Platz in einem geeigneten und für den Versicherten genügenden Pflegeheim (ohne Spitalcharakter) vorhanden ist und mithin der Spitalaufenthalt nur noch auf sozialen Überlegungen beruht (vgl. BGE 115 V 48 f. Erw. 3b/aa). Fehlende Pflegeplätze – sei es infolge Bettenbelegung oder infolge fehlender Institutionen – können somit nach dem Gesagten nicht dazu führen, dass die Krankenversicherung für einen medizinisch nicht indizierten

Spitalaufenthalt aufkommen muss (vgl. Urteil des EVG vom 20. Oktober 2005, K 44/05, Erw. 2.3 und Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, K 20/06, Erw. 1). Das KVG hat die Leistungen teilweise neu umschrieben, am Wirtschaftlichkeitsgebot und dessen Anwendung auf den Leistungsanspruch bei Spitalaufenthalt jedoch nichts geändert, so dass die genannte Rechtsprechung weiterhin Geltung hat. Aus Art. 56 in Verbindung mit Art. 49 Abs. 3 KVG folgt unter anderem, dass ein Aufenthalt im Akutspital zum Spitaltarif nach Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG nur so lange durchgeführt werden darf, als vom Behandlungszweck her ein Aufenthalt im Akutspital notwendig ist (vgl. BGE 124 V 362 Erw. 1b mit Verweis auf Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt a.M. 1996, S. 71 Fn. 181 sowie Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2. Aufl., Bern 1997, S. 165 N 28).

3.3 Die Akutspitalbedürftigkeit lässt sich von der anschliessenden blossen Pflegebedürftigkeit nicht streng abgrenzen. Bei ihrer Unterscheidung ist dem behandelnden Arzt daher ein gewisser Ermessensspielraum zuzugestehen (vgl. Urteil des EVG vom 27. Dezember 2000, K 11/00, Erw. 2a).

3.3.1 Die Leistungspflicht für eine 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).

3.3.2 Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne 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 Spitalaufenthaltes 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 323 Erw. 2a f. mit Verweis auf BGE 120 V 206 Erw. 6a und RKUV 1984 Nr. K 591 S. 197).

3.4 Zusammenfassend ist festzustellen, dass aus krankenversicherungsrechtlicher Sicht nicht massgebend ist, an welchem Ort die Behandlung der versicherten Person erfolgt. Die Leistungspflicht des Krankenversicherers richtet sich vielmehr

danach, in welche Abteilung die versicherte Person aus medizinischer Sicht gehört. Demnach besteht kein Anspruch auf Ersatz der Spitalkosten, wenn die notwendige Behandlung und Betreuung auch von einer Pflegeabteilung erbracht werden kann (vgl. Urteil des EVG vom 27. Dezember 2000, K 11/00, Erw. 2a mit Verweis auf BGE 124 V 364 Erw. 1b). Für den Übertritt vom Akutspital in ein Pflegeheim oder eine Pflegeabteilung ist eine angemessene Anpassungszeit (30 Tage) einzuräumen (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, K 20/06, Erw. 4.1; BGE 124 V 362 Erw. 2c mit Hinweis auf BGE 115 V 52 Erw. 3d). Ausserdem ist der Pflegetarif auch dann anwendbar, wenn die Patientin oder der Patient nur deshalb in einem Akutspital verbleibt, weil eine geeignete Pflegeinstitution nicht zur Verfügung steht (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, K 20/06, Erw. 1).

4. Wie aus den Urteilen des EVG vom 20. Oktober 2005, K 44/05, und vom 20. Oktober 2006, K 20/06, hervorgeht, gilt die in Erwägung 3 dargestellte Rechtslage auch für psychiatrische Erkrankungen. In den erwähnten Fällen war strittig, ob der Krankenversicherer die Behandlung der an einer chronischen, paranoiden und halluzinatorischen Schizophrenie mit sehr ungünstiger Prognose (K 44/05) bzw. an einer seit Jahren bestehenden chronifizierten Schizophrenie (K 20/06) leidenden Versicherten in einem Pflegeheim zu Pflegeheimtaxen oder in einem Akutspital in Anwendung von Spitaltaxen zu übernehmen habe. Das Bundesgericht wies darauf hin, dass das Krankheitsbild einer seit Jahren bestehenden chronifizierten Schizophrenie selbst in fortgeschrittenem Stadium für sich allein nicht zu Akutspitalbedürftigkeit führe. Das gelte grundsätzlich auch für den Fall, dass eine regelmässige Überwachung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder zwecks Medikamenteneinnahme notwendig ist, da solche Massnahmen auch in Pflegeheimen erbracht werden könnten. Spitalbedürftigkeit liege demgegenüber vor, solange von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden könne (vgl. Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, K 20/06, Erw. 3.1 mit Verweis auf Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 72 Rz 139 in Verbindung mit Fn 304). Für psychiatrische Dauerpatienten würden jedoch, auch wenn der Gesundheitszustand Schwankungen unterworfen sei, prinzipiell die Regeln für Pflegeheimpatienten gelten, sofern nicht vorübergehende Verschlimmerungen des Leidens wieder eine Akutspitalbedürftigkeit bewirkten (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, K 20/06, Erw. 3.1 mit Verweis auf Eugster, a. a. O., S. 72, Rz 139 und Fn 305).

...

7.2

...

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus den medizinischen Berichten übereinstimmend ein chronischer und therapieresistenter Krankheitszustand der Beschwerdeführerin ergibt. Des Weiteren ist dieser Zustand seit Jahren stationär. Ihre Behandlung beschränkt sich im Wesentlichen auf die medikamentöse Behandlung, die pflegerische Betreuung, Beobachtung und Kontrolle (jeweils rund um die Uhr), Ruhigstellung und (sofern notwendig) Isolation.

7.3 Uneinig sind sich die Parteien, welche Art von Institution den erwähnten, unbestrittenerweise bestehenden Bedürfnissen der Beschwerdeführerin hinsichtlich Behandlung und Pflege gerecht werden kann.

7.3.1 Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, sie sei akutspitalbedürftig und müsse daher durch psychiatrisches Fachpersonal in einer Fachklinik mit der Möglichkeit zur Isolation behandelt werden. Zur Begründung lässt sie auf den extrem hohen Betreuungsaufwand verweisen und lässt überdies darlegen, sie benötige derzeit intensive fachärztliche Behandlung. Dies überfordere sowohl die Umgebungsbedingungen als auch das Pflegepersonal eines Pflegeheims hinsichtlich dessen psychiatrischer Schulung sowie dessen Anzahl (vgl. unter anderem Berichte der Psychiatrischen Klinik C vom 6. Mai 2003 und vom 1. März 2005 sowie der Psychiatrischen Klinik E vom 30. Dezember 2004).

7.3.2 Zur genaueren Einschätzung des Pflegebedarfs ist das «Bewohner/-innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem» (BESA) zu beachten. Aus dem BESA-Modul Ziff. 8 («Gesundheits- und Behandlungspflege»), ergibt sich, dass «bestellen, richten und verabreichen persönlicher Medikamente» wie auch «ärztliche Leistungen» zum Leistungskatalog gehören. Ausserdem sieht das BESA unter dem Titel «Psychogeriatrische Leistungen I – Zeitliche und örtliche Orientierung» im Rahmen der verschiedenen Einstufungsmöglichkeiten eine «umfassende intensive Beaufsichtigung/Kontrolle/Unterstützung/Betreuung/Begleitung/Orientierungshilfe durch die Mitarbeitenden» vor, wenn die Bewohner «dauernd schwer desorientiert/verwirrt» sind, «keinen Realitätsbezug» haben, «mobil, überaktiv (Identitätsverlust, Unruhe, Wahnvorstellungen usw., gestörter Tag-/Nacht rhythmus)» sind, «keine übliche verbale Kommunikation» möglich ist und «mit ausgeprägter Belastung des Umfeldes» sowie einer möglichen «Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Verhalten auf der Strasse)» einhergeht.

Mit dieser Umschreibung werden die in Erwägung 7.1 übereinstimmend beschriebenen Bedürfnisse der Beschwerdeführerin hinsichtlich Behandlung und Pflege klar abgedeckt. Die bei ihrem beschriebenen Krankheitsbild notwendige ärztliche Betreuung und Pflege kann daher auch in einem geeigneten Pflegeheim mit geschlossener Abteilung erbracht werden. Dies gilt umso mehr, als Pflegeheime gemäss gesetzlichem Auftrag (Art. 39 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3 KVG) über qualifiziertes Personal zu verfügen haben. Es ist nach dem Gesagten nicht dargelegt, dass und aus welchen Gründen eine angemessene Pflege der Beschwerdeführerin in einem geeigneten Pflegeheim nicht möglich sein soll, was gegen eine weiterhin vorhandene Akutspitalbedürftigkeit spricht. Ausserdem ist diese entsprechend der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur schon aufgrund der bei der Beschwerdeführerin festgestellten Therapieresistenz zu verneinen (vgl. Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, K 20/06, Erw. 3.1, wonach eine Spitalbedürftigkeit vorliegt, solange von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann). Dem erwähnten Urteil des Bundesgerichts lässt sich des Weiteren entnehmen, dass das Krankheitsbild einer seit Jahren bestehenden chronifizierten Schizophrenie selbst in fortgeschrittenem Stadium für sich allein nicht zu einer Akutspitalbedürftigkeit führt. Dies gilt grundsätzlich auch für den Fall, dass eine regelmässige Überwachung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder zwecks Medikamenteneinnahme notwendig ist, da solche Massnahmen auch in Pflegeheimen erbracht werden können. Für psychiatrische Dauerpatienten gelten, auch wenn der Gesundheitszustand Schwankungen unterworfen ist, prinzipiell die Regeln für Pflegeheimpatienten, sofern nicht vorübergehende Verschlimmerungen des Leidens wieder eine Akutspitalbedürftigkeit bewirken. Nach dem Gesagten kann die Beschwerdeführerin aus der Tatsache, dass ihr Gesundheitszustand Schwankungen unterworfen ist, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dies gilt um so mehr, als im Falle einer deutlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes die jederzeitige Möglichkeit zur Verlegung in ein Akutspital – unter Anwendung des Akuttarifs nach Art. 49 Abs. 1 KVG – besteht.

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der fehlenden medizinischen Indikation zur Behandlung und Pflege der Beschwerdeführerin in einem Akutspital zu Recht ihre Leistungspflicht für die entsprechenden Kosten ab 15. November 2004 verneint und ab diesem Datum Kostengutsprache für die Pflege- und Behandlungskosten nach BESA erteilt hat.

7.3.3 Die medizinischen Berichte der Psychiatrischen Kliniken C und E weisen wiederholt auf die ihrer Ansicht nach bei der Beschwerdeführerin bestehende Akutspitalbedürftigkeit hin. Mit der Begründung, die intensive fachärztliche Behandlung

und der extrem hohe Betreuungsaufwand seien von einem Pflegeheim nicht zu leisten, berücksichtigen diese allerdings nicht medizinische Aspekte, sondern das aktuelle Angebot an Plätzen in Pflegeheimen. Fehlende Pflegeplätze – sei es infolge Bettenbelegung oder infolge fehlender Institutionen – können allerdings nicht dazu führen, dass die Krankenversicherung für einen medizinisch nicht indizierten Spitalaufenthalt aufkommen muss (vgl. Erw. 3.2 mit der dort zitierten Rechtsprechung). Gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG ist es nämlich Aufgabe der Kantone, durch entsprechende Planung dafür besorgt zu sein, dass die vom KVG vorgesehenen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Es kann nicht angehen, dass die Kosten diesbezüglicher Versäumnisse auf die Krankenversicherer – und damit auf die Versichertengemeinschaft – überwältzt werden (vgl. Urteil des EVG vom 20. Oktober 2005, K 44/05, Erw. 2.3 in fine). Da es vorliegend indes einzig um die Frage des zu vergütenden Tarifs geht, ist die Problematik, ob es für die Beschwerdeführerin überhaupt eine geeignete Institution gibt, insofern irrelevant. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bezüglich des Umfangs der von der Beschwerdegegnerin zu erbringenden Pflichtleistungen bzw. des anzuwendenden Tarifs auch Abteilungen eines Akutspitals den Pflegeheimen gleichgestellt werden können, wobei dieser nicht zwangsläufig mit dem Alterspflegeheimtarif identisch sein muss. Nötigenfalls ist ein besonderer Pflegetarif auszuhandeln oder festzulegen (Art. 46 f. KVG; zum Ganzen: Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, K 20/06, Erw. 3.4).

...

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 25. Oktober 2007

S 2006/52

Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG; Art. 46 und 47 KVV – Die Aufsichtspflicht des selbständig und auf eigene Rechnung tätigen Physiotherapeuten über sein angestelltes physiotherapeutisches Personal ist in der Regel weniger streng zu beurteilen als die Aufsichtspflicht des Arztes über seine Hilfspersonen. Der Inhaber einer Physiotherapiepraxis ist nicht in jedem Fall verpflichtet, dauernd in seiner Praxis persönlich anwesend zu sein. Es existiert namentlich auch keine gesetzliche oder tarifvertragliche Regelung, wonach es generell unmöglich sei, gleichzeitig zwei Physiotherapiepraxen zu führen. Ob der Aufsichtspflicht Genüge getan wird, ist jeweils im Einzelfall im Sinne einer Gesamtbetrachtung aller konkreten Umstände zu entscheiden.