



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. Juni 2013 (730 12 150)

Krankenversicherung

Spitalbedürftigkeit aufgrund einer mittelgradigen depressiven Symptomatik

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Michael Guex, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch B.____

gegen

Krankenkasse SLKK, Hofwiesenstrasse 370, Postfach, 8050 Zürich,
Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1924 geborene A.____ ist bei der Krankenkasse SLKK (Krankenkasse) obligatorisch für Krankenpflege versichert. Aufgrund einer depressiven Erkrankung hielt sie sich vom 11. November 2011 bis 11. Dezember 2011 stationär in der C.____ auf. Mit Verfügung vom 30. Januar 2012 lehnte die Krankenkasse eine Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt in der C.____ ab. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Krankenkasse mit Entscheid vom 24. April 2012 ab. Zur Begründung führte sie aus, dass zwar aufgrund der medi-

zinischen Akten eine medizinische Indikation gegeben, eine zwingend medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung jedoch nicht nachgewiesen sei.

B. Gegen diesen Entscheid erhob der Schwiegersohn der Versicherten B.____ im Namen und Auftrag von A.____ am 10. Mai 2012 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). In der verbesserten Beschwerdeeingabe vom 13. Juni 2012 wurde sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides sowie die Kostenübernahme der stationären Behandlung in der C.____ beantragt. In der Begründung wurde ausgeführt, dass die Versicherte gemäss der behandelnden Ärzteschaft der D.____ und der C.____ an einer mittelgradigen Depression leide. Den entsprechenden Berichten sei zu entnehmen, dass die Versicherte zum Zeitpunkt der Einweisung antriebslos gewesen sei, sich sozial zurückgezogen habe und den ganzen Tag im Bett geblieben sei. Zudem habe sie sich nicht mehr selbst versorgen können und sei zunehmend vereinsamt. Es bestehe eine depressive Verstimmung mit pessimistischen Zukunftsgedanken, Müdigkeit, Schwindel und Zittern der Beine sowie innere Unruhezustände. Die Vertrauensärzte der Krankenkasse hätten die Versicherte nicht persönlich untersucht und sie würden sie nicht kennen. Die von ihnen gestellte Diagnose einer leichtgradigen depressiven Störung sei deshalb unzutreffend.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 5. Juli 2012 hielt die Krankenkasse an ihrem Einspracheentscheid fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Beschluss vom 23. August 2012 stellte das Kantonsgericht den Fall aus und ordnete an, es seien den zuständigen Ärzten der D.____ und der C.____ Ergänzungsfragen zu stellen. Am 18. September 2012 reichten Dr. med. E.____, FMH Anthroposophisch erweiterte Medizin, leitender Arzt Innere Medizin der C.____, und am 14. November 2012 Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, G.____, ihre Antworten ein.

E. Der Vertreter der Versicherten reichte seine Stellungnahme am 12. Dezember 2012 ein. Die Krankenkasse hielt mit Verweis auf den Bericht ihres Vertrauenspsychiaters Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Dezember 2012 an der Abweisung der Beschwerde fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Strittig und zu prüfen ist, ob die Krankenkasse die Kosten für den Aufenthalt der Versicherten in der C.____ vom 11. November 2011 bis zu deren Austritt am 11. Dezember 2011 zu Recht ablehnte.

1.1 Gemäss Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Dazu gehören unter anderem die Kosten von ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation sowie diejenigen für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. d und e KVG). Die solcherart erbrachten Leistungen müssen

gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, ansonsten sie von der Krankenversicherung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden dürfen (Art. 34 Abs. 1 KVG). Wirksam ist eine Leistung dann, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten Nutzen hinzuwirken. Bei der Zweckmässigkeit ist die Summe der positiven Wirkungen einer Anwendung auf den Gesundheitszustand zu ermitteln und mit den positiven Wirkungen von Behandlungsalternativen oder mit dem Verzicht auf jegliche Massnahme zu vergleichen. Wirtschaftlich ist eine Leistung schliesslich dann, wenn zwischen Kosten und Nutzen ein optimales Verhältnis erreicht wird (vgl. GEBHARD EUGSTER, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Basel/Genf/München 2007, Krankenversicherung, S. 589). Sind gleichzeitig mehrere Leistungen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht der Krankenversicherung unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit. Danach hat diese ihre Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (vgl. Art. 56 Abs. 1 und 2 KVG).

1.2 Die Leistungspflicht für eine stationäre Spitalbehandlung setzt (u.a.) eine Krankheit voraus, welche die Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht (Art. 39 Abs. 1 KVG; BGE 126 V 323 E. 2b S. 326). Die Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (d.h. unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (vgl. UELI KIESER, Die ärztliche Anordnung der Spitalbehandlung aus rechtlicher Sicht, in: Schaffhauer/Schlauri, Medizin und Sozialversicherung im Gespräch, St. Gallen 2006, N. 7 und 28). Akutspitalbedürftig sind in der Regel plötzlich auftretende, meist kurzfristige und heftig verlaufende Gesundheitsstörungen, welche eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordern. Das KVG nennt keine zeitliche Grenze, ab welcher bei länger dauernder Krankheit die Akutphase abgeschlossen 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 zu erwarten ist. Unter dieser Voraussetzung kann auch eine längere stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik noch den Charakter einer Akutbehandlung haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2010, 9C_447/2010, E. 2.1; EUGSTER, a.a.O., S. 484 mit Hinweisen).

1.3 Ob ein Aufenthalt in einem Akutspital erforderlich ist und die Krankenversicherung diesen nach den entsprechenden, gestützt auf Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG festgelegten Tarifen zu vergüten hat, kann nicht schematisch entschieden werden. Gerade die Beantwortung der Frage, ob und bis zu welchem Zeitpunkt eine Erkrankung als *akut* bezeichnet werden kann, wird in der Praxis immer Schwierigkeiten bereiten. So haben manche Krankheiten ihre akuten und ihre latenten Phasen. Chronisch gewordene Leiden können durch wiederholte akute Phasen verschärft oder durch akute Erkrankungen überlagert werden (vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 in: Bundesblatt [BBl] 1991, S. 167 f.; Urteil des

Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE SV] vom 9. November 2005 [730 05 24] E. 3d).

2.1 Um die Notwendigkeit eines Aufenthaltes in einem Akutspital beurteilen zu können, ist die rechtsanwendende Behörde – die Krankenversicherung und im Streitfall das Kantonsgericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, insbesondere zur Frage Stellung zu nehmen, ob und wie lange der Aufenthalt beziehungsweise die Pflege und die Betreuung in der fraglichen Spitalkategorie in einem konkreten Fall medizinisch indiziert ist oder war.

2.2 Solche ärztliche Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 278). Dabei ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels, noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend. Gerade die Krankenversicherungen oder ihre Verbände sind gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG sogar verpflichtet, nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesgesellschaften Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen zu bestellen. Diese wiederum haben die Krankenversicherungen gemäss Art. 57 Abs. 4 und 5 KVG in medizinischen Fachfragen zu beraten und insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflichten zu überprüfen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig und weder die Krankenversicherung noch die Leistungserbringer können ihnen Weisungen erteilen. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht denn auch grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (vgl. EUGSTER, a.a.O., N 64). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist letztendlich entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten 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 (BGE 125 V 352 E. 3a und 122 V 160 E. 1c mit weiteren Hinweisen; ALFRED BÜHLER, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten in: Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff.).

3. In den Akten liegen folgende wesentliche Arztberichte vor:

3.1 Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, D.____, wies die Versicherte gemäss Bericht vom 9. November 2011 notfallmässig wegen einer rezidivierenden depressiven Störung in die C.____ ein. Am 18. November 2011 erstattete sie gegenüber der Krankenkasse Bericht über den Gesundheitszustand der Versicherten. Als Diagnosen hielt sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bei Status nach Tod des Ehemannes im Januar 2011 sowie eine Benzodiazepinabhängigkeit fest. Die Versicherte sei zu einem Erstgespräch am 3. November 2011 in den D.____ erschienen. Es habe jedoch keine ambulante Behandlung stattgefunden, da der depressive Zustand der Versicherten eine stationäre Therapie erfordert habe. Es sei zwar eine antidepressive Medikation mit Remeron ver-

sucht worden, diese sei aber wegen der unerwünschten Nebenwirkungen abgesetzt worden. Im aktuellen Psychostatus wurde festgehalten, dass die Versicherte bewusstseinsklar und allseits orientiert sei. Die ehemalige Kindergärtnerin schildere ihre Situation eloquent und differenziert. In der Kognition und im Gedächtnis seien keine groben Auffälligkeiten feststellbar. Die Versicherte sei jedoch äusserlich und innerlich angespannt, der Antrieb und die Schwingungsfähigkeit seien vermindert und im Affekt sei sie herabgestimmt, hilf- und ratlos, im affektiven Rapport aber spürbar und erreichbar. Sie klage über Ängste, Zittern und Schwindel, welche jedoch unter Einnahme von Bromazepam verschwinden würden. Der formale Gedankengang sei geordnet und das inhaltliche Denken sei frei von psychotischem Erleben. Der Schlaf sei mit Hilfe von Medikamenten gut, der Appetit jedoch ungenügend mit Gewichtsverlust. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine akute Suizidalität. Die mittelgradige Depression führe zur Antriebslosigkeit mit sozialem Rückzug und dem Bedürfnis, den ganzen Tag im Bett zu bleiben. Die Versicherte sorge nicht mehr ausreichend für sich selbst, koche nicht mehr und vereinsame zunehmend.

3.2 Im Austrittsbericht vom 28. Dezember 2011 bestätigte der behandelnde Arzt der C.____ Dr. E.____ die Einweisungsdiagnose. Seit September 2011 komme die Versicherte alleine nicht mehr zurecht. Sie leide an einer depressiven Verstimmung mit pessimistischen Zukunftsgedanken, an einer Antriebsminderung, an Müdigkeit, an Schwindel und Zittern der Beine sowie an inneren Unruhezuständen. Im Januar 2011 sei der Ehemann und im November 2010 der Enkel infolge Suizid verstorben. Sie habe kaum Durst, der Appetit sei gemindert und es sei eine Gewichtsabnahme von 8 kg innert 8 Monaten zu verzeichnen. Die Versicherte sei wach und voll orientiert. Es würden sich keine Hinweise auf Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeitsfähigkeit, auf inhaltliche oder formale Denkstörungen sowie Anhaltspunkte für Suizidalität finden. Die Ich-Grenzen seien intakt. Sie sei ernst, angespannt und reduziert schwingungsfähig. Die Psychomotorik sei adäquat. Bei der Aufnahme hätten Müdigkeit, Appetit- und Gewichtsverlust sowie wiederholte Unruhezustände mit Beinzittern im Vordergrund gestanden. Während des Aufenthalts sei Lexotanil abgesetzt und Cipralex etabliert worden, was von der Versicherten gut vertragen werde. Ausserdem sei anstelle von Seresta Remeron für die Nacht eingesetzt worden. Zudem habe die Versicherte anthroposophische Medikamente, Heileurythmie und Sprachgestaltungstherapie erhalten. Am 11. Dezember 2011 habe die Versicherte die Klinik in stabilisiertem Zustand verlassen können.

3.3 Der Vertrauensarzt Dr. med. J.____, FMH Rechtsmedizin, äusserte sich in seinem Bericht vom 13. Januar 2012 dahingehend, dass die Versicherte ein neues Medikament verordnet erhalten habe, welches seine Wirkungen gemäss Arzneimittelkompendium innert ein bis zwei Wochen entfalten würde. Bei der Versicherten seien Nebenwirkungen aufgetreten, welche jedoch nicht beschrieben worden seien. Ohne dass ein Wirkungseintritt abgewartet worden sei, sei die Versicherte am 9. November 2011 in die C.____ eingewiesen worden. Eine konkrete Gefahr für eine weitere Gesundheitsschädigung oder eine anderweitige Gefährdung sei nicht erkennbar gewesen. Es seien hiermit die ambulanten fachärztlichen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft worden. Am 19. März 2012 nahm Dr. J.____ zur vorliegenden Aktenlage nochmals Stellung. Aus dem Austrittsbericht der C.____ könne kein konkreter medizinischer Grund erkannt werden, welcher für eine zwingende medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung sprechen würde. Nicht einmal eine klare, objektivierte Verbesserung des Zustandsbildes habe

dokumentiert werden können. Im Vordergrund habe wohl das fehlende Umsorgen der alleinstehenden, relativ frisch verwitweten Person gestanden. Damit habe sich letztlich die Befindlichkeit, jedoch nicht die genannte Krankheit gebessert. Es könne deshalb keine Spitalbedürftigkeit erkannt werden. Ausserdem sei es nicht nachvollziehbar, weshalb die Versicherte zwingend stationär hätte behandelt werden müssen.

3.4 Schliesslich beauftragte die Krankenkasse Dr. H.____ mit der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten. In seinem Bericht vom 5. April 2012 führte er aus, dass aufgrund der in den Akten beschriebenen Psychopathologie die Versicherte höchstens an einer leichtgradigen depressiven Episode leide. Da sie zum Zeitpunkt des Aufenthalts in der C.____ in körperlicher und psychischer Hinsicht nicht wesentlich beeinträchtigt gewesen sei, hätte sie durchaus ambulant betreut werden können. Wegen fehlender Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit empfehle er die Ablehnung einer Kostengutsprache für den einmonatigen stationären Klinikaufenthalt.

3.5 Auf Anfrage des Gerichts führte Dr. E.____ am 18. September 2012 aus, dass er eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert habe, weil die Versicherte seit 1992 mehrere Depressionsphasen gehabt habe. Bei der Einweisung habe die Versicherte die Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt. Zu diesem Zeitpunkt sei eine stationäre Aufnahme notwendig gewesen. Sie sei zuvor schon seit längerer Zeit ambulant behandelt worden. Eine wirkliche Verbesserung sei jedoch nie eingetreten, unter anderem auch deshalb nicht, weil sie die Antidepressiva nicht vertragen habe. Die persönlichen Lebensumstände (verstorbenen Ehemann, Vereinsamung zu Hause) seien nur mitursächlich für die mittelgradige Episode. Die Medikamente Lexotanil und Seresta seien Benzodiazepine, welche zwar eine starke entängstigende Wirkung hätten, aber nicht antidepressiv wirkten. Meistens führten sie zu starken Abhängigkeitsproblemen. Aus diesen Gründen habe bereits Dr. I.____ versucht, Remeron einzuführen. Remeron und Cipralex seien Antidepressiva, die aber nicht zur Abhängigkeit führten.

3.6 Dr. F.____ bestätigte in ihrem Bericht vom 14. November 2012, dass die Versicherte die Dienste der G.____ am 3. November 2011 aufgesucht habe. Damals habe sie unter einer mittelgradigen depressiven Störung gelitten. Der Therapieversuch mit Mirtazapin bzw. Remeron sei infolge "unerträglicher" Nebenwirkungen wie starke innere Anspannung und Unwohlsein am Morgen gescheitert. Die Versicherte habe in der Folge aufgehört, dieses Medikament einzunehmen. Da sie auf ambulantem Weg nicht zurecht gekommen sei, habe sie am 9. November 2011 um eine Klinikeinweisung gebeten. Die Versicherte sei wegen ihrer depressiven Erkrankung nicht mehr in der Lage gewesen, für sich selbst zu sorgen. Der damalige Gesundheitszustand entspräche demjenigen, der im Psychostatus des ärztlichen Berichts vom 18. November 2011 beschrieben sei. Gemäss ihren eigenen Angaben sei der Antrieb so vermindert gewesen, dass sie am liebsten den ganzen Tag im Bett geblieben wäre. Sie habe nicht kochen wollen und habe dementsprechend an Gewicht verloren. Da sämtliche medikamentöse antidepressive Behandlungen gescheitert seien, sei davon ausgegangen worden, dass weitere medikamentöse Behandlungsversuche im ambulanten Setting ebenso wenig Erfolg hätten. Es habe deshalb eine Indikation für die stationäre Therapie bestanden.

3.7 Dr. H._____ nahm mit Schreiben vom 25. Dezember 2012 Stellung zu den vom Gericht eingeholten Arztberichten. Er hielt an seinen Ausführungen in seinem Bericht vom 5. April 2012 fest. Er wies darauf hin, dass die Versicherte den Klinikeintritt in die C._____ gewünscht habe. Sie habe das antidepressive Medikament Mirtazapin zuvor nur einmal eingenommen und habe es gemäss ihren Angaben wegen Unverträglichkeit sofort wieder abgesetzt. Dass der 88-jährigen Versicherten dieses Medikament neu verabreicht worden sei, um nicht weiter Benzodiazepine wegen des Suchtpotentials abzugeben, sei in Anbetracht ihres Alters und der Tatsache, dass sie schon längere Zeit Benzodiazepine einnehme, nicht wirklich zu diskutieren. Erfahrungsgemäss würden alte Menschen oft Benzodiazepine zwecks Verbesserung des Schlafes und des Beruhigungseffekts einnehmen, ohne dass die Suchtproblematik dabei eine wesentliche Rolle spielen würde. Alte Menschen würden antidepressive Medikamente oft schlecht vertragen, so dass sich die Frage stelle, ob Benzodiazepine wirklich abgesetzt werden sollten. Vorliegend beständen keine genügenden Hinweise, dass die Versicherte von diesen abhängig gewesen sei. Die Versicherte weise keine allzu schwerwiegende Pathologie auf. Insbesondere hätten keine erheblichen depressiven, allenfalls psychotischen Symptome wie eine schwere Einschränkung der Stimmung oder des Antriebs, vorgelegen. Aus den Akten gehe zudem nicht hervor, dass die Versicherte eine ungenügende Krankheitseinsicht gehabt und nach dem Tod ihres Ehemannes zur Vereinsamung geneigt habe. Eine weitere ambulante Behandlung eventuell mit Unterstützung der Spitex wäre durchaus möglich gewesen. Der Aufenthalt in der C._____ sei deshalb als Erholungsaufenthalt zu bezeichnen. Eine Akutspitalbedürftigkeit sei zu verneinen.

4.1 In Würdigung der medizinischen Aktenlage ist festzustellen, dass die Versicherte zum Zeitpunkt des Eintritts in die C._____ an einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Symptomatik litt. Während der Vertrauensarzt Dr. H._____ in seinem Bericht vom 5. April 2012 noch von einer leichtgradigen depressiven Episode ausging, schloss er in seiner Stellungnahme vom 25. Dezember 2012 nur noch eine schwerwiegende depressive Störung aus. Unbestritten ist auch die Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten. Ebenso wenig Anlass zur näheren Prüfung gibt die Frage, ob die C._____ als Akutspital im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG zu betrachten ist, geht doch die Vorinstanz auch davon aus, dass diese Klinik die Voraussetzungen dafür erfüllt. Strittig ist dagegen die Spitalbedürftigkeit der Versicherten während des Aufenthalts in der C._____ vom 11. November 2011 bis 11. Dezember 2011. Die Krankenkasse verneint diese unter Verweis auf die Berichte ihrer Vertrauensärzte. Sowohl Dr. J._____ als auch Dr. H._____ stellen sich auf den Standpunkt, dass die Versicherte zum Zeitpunkt des Klinikeintritts in körperlicher und psychischer Hinsicht nicht derart beeinträchtigt gewesen sei, dass die Behandlung nicht hätte ambulant erfolgen können.

4.2 Gemäss den Akten stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar: Seit 1992 leidet die Versicherte immer wieder an depressiven Episoden. Es wurden verschiedene antidepressive Behandlungen wie z.B. mit Surmontil vorgenommen, welche jedoch wegen der "unerträglichen" Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten (vgl. Austrittsbericht der C._____ vom 28. Dezember 2011). Zur Behandlung ihres Leidens wurden der Versicherten deshalb die Benzodiazepine Lexotanil und Seresta verschrieben. Am 3. November 2011 suchte die Versicherte we-

gen ihren psychischen Störungen die Dienste der G.____ auf, wo eine mittelgradige depressive Episode festgestellt wurde. Die damals behandelnde Ärztin Dr. I.____ versuchte zuerst eine ambulante Behandlung mit dem Antidepressivum Remeron. Dieses setzte die Versicherte jedoch wegen der starken Nebenwirkungen, welche sich in Form von starker innerer Anspannung und Unwohlsein am Morgen äusserten, nach kurzer Zeit ab. Da damit eine antidepressive Therapie auf ambulanten Weg als gescheitert betrachtet wurde und die Versicherte aufgrund ihres psychischen Gesundheitszustandes nicht mehr für sich selber sorgen konnte, erachtete Dr. I.____ eine stationäre Therapie als erforderlich. Sie schlug der Versicherten eine stationäre Behandlung in der K.____ vor. Da die Versicherte einen stationären Aufenthalt in der C.____ vorzog, wies Dr. I.____ die Versicherte am 9. November 2011 in die gewünschte Klinik ein.

4.3 Aufgrund dieser Sachlage ergibt sich, dass über die Jahre immer wieder Therapien mit einem Antidepressivum versucht wurden. Die Versicherte setzte diese jedoch wegen der Nebenwirkungen jeweils ab. Stattdessen nahm sie Benzodiazepine ein, welche vorerst genügten, ihre psychischen Beeinträchtigungen zu behandeln. Benzodiazepine enthalten - so Dr. E.____ - pharmazeutische Wirkstoffe mit angst- und krampflösenden, beruhigenden und Schlaf fördernden Eigenschaften, wirken aber nicht antidepressiv. Ausserdem führen sie zu starken Abhängigkeitsproblemen (vgl. Schreiben von Dr. E.____ vom 18. September 2012). Weiter ist davon auszugehen, dass mit der Zeit diese Medikamente - nicht zuletzt auch wegen der erlittenen Schicksalsschläge der Versicherten - nicht mehr ausreichten, um die depressiven Symptome ausreichend zu bekämpfen. Anfang November 2011 suchte sie deswegen die Dienste der G.____ auf. Aufgrund der dort gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode wurde erneut versucht, mit einem Antidepressivum eine ambulante Therapie durchzuführen. Antidepressiva hellen im Gegensatz zu den Benzodiazepinen je nach Medikament die Stimmung auf, mildern aber auch Angstzustände und wirken beruhigend. Das von Dr. I.____ eingeleitete ambulante Setting mit dem Medikament Remeron scheiterte jedoch wiederum wegen der Nebenwirkungen. Wie bereits Dr. J.____ darauf hinwies, liegt ein Nachteil eines Antidepressivums darin, dass sich nach Beginn der Einnahme die Symptome verstärken, bevor die positive Wirkung nach wenigen Wochen durchbricht. So wird auch im Arzneimittelkompendium beschrieben, dass es bei Einnahme dieses Medikaments zur Verstärkung der depressiven Symptome kommen kann. Es wird deshalb vor allem zu Beginn einer antidepressiven Therapie eine engmaschige Überwachung in Bezug auf Zeichen einer Depressionsverschlechterung, insbesondere von suizidalem Verhalten, sowie von Unruhe und/oder Akathisie (innere Unruhe, psychomotorische Agitiertheit) empfohlen. Weiter wird darauf hingewiesen, dass ältere Patienten oft empfindlicher, insbesondere in Hinsicht auf Nebenwirkungen von Antidepressiva, reagieren (vgl. <http://www.kompendium.ch/mpro/mnr/22715/html/de>).

Diesen Wirkungen bei Einführung eines antidepressiven Medikaments schenken die Vertrauensärzte der Krankenkasse zu wenig Beachtung. Die Versicherte war im Zeitpunkt des Aufsuchens der D.____ Anfang November 2011 87 Jahre alt und lebte alleine in einem Haus. Gemäss den Ausführungen von Dr. I.____ zeigten sich bei der Versicherten eine innere und äussere Angespanntheit, ein verminderter Antrieb, eine reduzierte Schwingungsfähigkeit, eine Hilfs- und Ratlosigkeit und ein herabgesetzter Affekt. Zudem stellte sie fest, dass sich die Versicherte zurückziehe und sich zunehmend vernachlässige (vgl. Bericht vom 18. November 2011).

Diese Symptomatik verschlechterte sich offensichtlich unmittelbar nach Einnahme von Remeron. Sie klagte insbesondere über eine starke innere Unruhe. Zudem ist davon auszugehen, dass die Versicherte in Anbetracht ihres Alters auf die Nebenwirkungen sensibler reagierte als jüngere Menschen. Es ist daher durchaus nachvollziehbar, dass sie diese als unerträglich empfand und deshalb Remeron bereits nach kurzer Zeit absetzen musste. Unter diesen Umständen hatte Dr. I.____ wohl keine andere Wahl, als von einer Fortführung der ambulanten Therapie abzusehen und eine stationäre Behandlung anzuordnen. Die Einnahme eines Antidepressivums ohne ständige Aufsicht wäre nicht mehr zu verantworten gewesen. Dass eine stationäre Therapie zur Einführung von Antidepressiva notwendig war, zeigt sich auch darin, dass die Versicherte seit dem Austritt aus der C.____ diese einnimmt und gut verträgt. Damit steht fest, dass zum Zeitpunkt der stationären Einweisung in die C.____ die Möglichkeiten einer ambulanten Therapie ausgeschöpft waren. Demgemäss ist die Spitalbedürftigkeit der Versicherten für die Zeit vom 11. November 2012 bis 11. Dezember 2012 zu bejahen. Aufgrund dieser Ausführungen ist die Beschwerde gutzuheissen.

4.4 Die weiteren Vorbringen der Krankenkasse sind nicht geeignet, von diesem Ergebnis abzuweichen. Die Ausführungen des Vertrauensarztes, wonach eine Suchtabhängigkeit von Benzodiazepinen bei älteren Menschen nicht allzu ernst zu nehmen sei, sind einerseits befremdend, haben doch auch ältere Menschen ein Interesse daran, eine Medikamentenabhängigkeit zu verhindern. Andererseits steht fest, dass bei der Versicherten aufgrund der depressiven Symptomatik eine Therapie mit antidepressiv wirkenden Medikamenten erforderlich wurde. Die Fortführung einer Behandlung mit Benzodiazepinen stand deshalb ausser Frage.

5.1 Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

5.2 Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen anordnete. Ohne Anordnung solcher Massnahmen hat er deren Kosten dennoch zu übernehmen, wenn diese für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Vorliegend war das Gericht anlässlich seiner Urteilsberatung vom 23. August 2012 zum Ergebnis gelangt, dass ein Entscheid in der Angelegenheit gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Für eine abschliessende Beurteilung der Kostenübernahme für den Aufenthalt in der C.____ waren deshalb die ergänzenden Auskünfte von Dr. E.____ und Dr. F.____ unerlässlich. Gemäss Honorarrechnungen von Dr. E.____ vom 18. September 2012 und von Dr. F.____ vom 30. November 2012 betragen die Kosten insgesamt Fr. 386.10, welche der Krankenkasse aufzuerlegen sind.

5.3 Nach § 21 Abs. 1 VPO kann der obsiegenden Partei für den Beizug eines Anwalts bzw. einer Anwältin eine angemessene Parteientschädigung zu Lasten der Gegenpartei zugesprochen werden. Da die Beschwerdeführerin nicht anwaltlich vertreten ist, entfällt ein Anspruch auf Parteientschädigung. Die ausserordentlichen Kosten sind demgemäss wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Krankenkasse SLKK verpflichtet, die Kosten für den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der C._____ vom 11. November 2011 bis 11. Dezember 2011 zu übernehmen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Kosten für die amtlichen Erkundigungen bei Dr. med. E._____ und Dr. med. F._____ in Höhe von insgesamt Fr. 386.10 werden der Krankenkasse SLKK auferlegt.
 4. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>