Urteilskopf

120 V 200

30. Auszug aus dem Urteil vom 30. März 1994 i.S. S. gegen Krankenkasse KPT, Bern, und Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Regeste (de):
Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG, Art. 23 Abs. 1 Vo III.

- Begriff der Heilanstalt: Zusammenfassung der Rechtsprechung. Frage offengelassen, ob eine Klinik nur dann den Heilanstaltsbegriff erfüllt, wenn sie selber eine vollständige, alle Mahlzeiten umfassende Verpflegungsmöglichkeit anbietet (Erw. 5).

Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2, Art. 15 Abs. 1, Art. 16 Abs. 1 KUVG, Art. 20 Vo III.

- Spitalbedürftigkeit: Voraussetzungen, unter denen ein Einweisungszeugnis rechtsgenüglich ist (Erw. 6).

Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. a und c, Art. 12 Abs. 5 KUVG, Art. 21 Abs. 1 und 2 Vo III.

- Behandlungskomplex: beim Zusammentreffen von Massnahmen, die zu den Pflichtleistungen zählen, und solchen, für die keine oder nur eine beschränkte Leistungspflicht besteht, kommt es darauf an, ob die Massnahmen in einem engen Konnex zueinander stehen. Ist dies zu bejahen, so gehen sie in ihrer Gesamtheit dann nicht zu Lasten der Krankenkasse, wenn die nichtpflichtige Leistung überwiegt (Präzisierung der Rechtsprechung; Erw. 7).

Regeste (fr):
Art. 12 al. 2 ch. 2 LAMA, art. 23 al. 1 Ord. III.

- Définition de l'établissement hospitalier: résumé de la jurisprudence. Une clinique ne répond-elle à la définition de l'établissement hospitalier que si elle offre elle-même la possibilité de s'alimenter, en y prenant tous les repas? Question laissée indécise (consid. 5).

Art. 12 al. 2 ch. 2, art. 15 al. 1, art. 16 al. 1 LAMA, art. 20 Ord. III.

- Nécessité d'une hospitalisation: conditions auxquelles un certificat médical d'admission satisfait les exigences légales (consid. 6).

Art. 12 al. 2 ch. 1 let. a et c, art. 12 al. 5 LAMA, art. 21 al. 1 et 2 Ord. III.

- Complexe thérapeutique: en cas de concours de mesures appartenant aux prestations obligatoires et de mesures pour lesquelles il n'existe aucune obligation de prise en charge ou qu'une obligation limitée, est décisif le point de savoir si ces mesures sont dans un rapport étroit de connexité les unes avec les autres. Si tel est le cas, l'ensemble des mesures n'est pas à la charge de la caisse-maladie, lorsque la prestation non obligatoire prédomine (précision de la jurisprudence; consid. 7).

Regesto (it):
Art. 12 cpv. 2 cifra 2 LAMI, art. 23 cpv. 1 O III.

- Nozione di istituto ospedaliero: sunto dalla giurisprudenza. Quesito lasciato insoluto se una clinica risponda alla nozione di istituto ospedaliero solo laddove offra essa medesima una completa possibilità di alimentarsi, nel senso di potervi consumare tutti i pasti (consid. 5).

Art. 12 cpv. 2 cifra 2, art. 15 cpv. 1, art. 16 cpv. 1 LAMI, art. 20 O III.

- Necessità di cura ospedaliera: condizioni alle quali un certificato per ricovero soddisfa le esigenze legali (consid. 6).

Art. 12 cpv. 2 cifra 1 lett. a e c, art. 12 cpv. 5 LAMI, art. 21 cpv. 1 e 2 O III.

- Complesso terapeutico: nel caso di concorso di misure che costituiscono prestazioni obbligatorie e misure per le quali non esiste nessun obbligo o soltanto un obbligo ridotto di prestare, decisivo è stabilire se i provvedimenti si trovino in un rapporto di stretta connessità tra di loro. In quest'ultima ipotesi, l'insieme delle misure non sarà assunto dalla cassa malati qualora prevalga la prestazione non obbligatoria (precisazione della giurisprudenza; consid. 7).

Erwägungen ab Seite 201

BGE 120 V 200 S. 201

Aus den Erwägungen:

5. Es fragt sich, ob das "Medizinische Zentrum Mariastein (MCM)" eine Heilanstalt im Sinne der Rechtsprechung ist. a) Als Heilanstalten im Sinne des Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG gelten gemäss Art. 23 Abs. 1 Vo III Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der Behandlung von Kranken unter ärztlicher Leitung dienen. Nach der Rechtsprechung betrifft das Erfordernis der ärztlichen Leitung nicht die Anstalt als solche, sondern die dort erbrachte ärztliche Behandlung, die nicht unbedingt durch fest angestellte Anstaltsärzte vorgenommen werden muss. Dass die Heilanstalt eine allgemeine Abteilung besitzt, ist nicht erforderlich. Unerlässlich ist hingegen, dass sie über genügend und fachgemäss ausgebildetes Krankenpflegepersonal sowie über medizinische Einrichtungen verfügt, die den ärztlichen bzw. therapeutischen Anforderungen genügen, welche die besondere Zwecksetzung der Anstalt stellt. Wenn eine Anstalt neben Patienten, die auf ärztliche Anordnung hin gepflegt werden, auch - eventuell sogar zur Hauptsache - Personen aufnimmt, die sich dort bloss zur Erholung oder Wiedergenesung aufhalten, ist dies für sich allein genommen kein Grund zur Annahme, es handle sich nicht um eine Heilanstalt (BGE 107 V 55 Erw. 1 mit Hinweisen; RKUV 1987 Nr. K 710 S. 23 Erw. 2b, 1985 Nr. K 643 S. 219 Erw. 2a). Was das erforderliche medizinische Instrumentarium anbelangt, hat das Eidg. Versicherungsgericht entschieden, dass nebst dem Erfordernis der zweckentsprechenden Einrichtungen (relatives Moment) ein minimaler Bestand an allgemein medizinischen "spitalmässigen" Einrichtungen und Dienstleistungen unerlässlich sei (absolutes Moment). Zu diesem absoluten Moment gehört auch, dass eine Klinik für Notfallsituationen ausgerüstet sein muss, weil nach den heute herrschenden Vorstellungen jede Heilanstalt Gewähr dafür zu bieten hat, dass auch in Notfallsituationen die für die Patienten erforderlichen medizinischen Vorkehren umgehend in die Wege

BGE 120 V 200 S. 202

geleitet werden können. Welchen medizinischen, baulichen und organisatorischen Anforderungen eine Klinik

diesbezüglich zu genügen hat, lässt sich jedoch - schon nur im Hinblick auf die Verschiedenheit des Patientengutes - nicht für alle Arten von Spitälern allgemein und in gleicher Weise festlegen. Insbesondere können nicht Einrichtungen "für jegliche Eventualität" verlangt werden. Sonst müsste praktisch jedes Spital eine Notfallstation haben, was eine Vielzahl von Spitälern namentlich aus den Bereichen der Chronischkrankenpflege, der Psychiatrie oder der Rehabilitation von der Anerkennung als Heilanstalten ausschliessen würde. Aus diesen Gegebenheiten heraus hat das Eidg. Versicherungsgericht festgehalten, dass zwar jede Anstalt für Notfallsituationen Vorsorge treffen muss, dass sich aber die in diesem Zusammenhang erforderlichen medizinischen, baulichen und organisatorischen Vorkehren unter Berücksichtigung der Zwecksetzung des fraglichen Spitals beurteilen (RKUV 1987 Nr. 710 S. 23 f. Erw. 2b). b) Die KPT bestritt im vorinstanzlichen Verfahren den Heilanstaltscharakter des MCM, weil die Klinik im Zeitpunkt des Aufenthalts des Beschwerdeführers (Oktober 1989) vom Kanton noch nicht anerkannt gewesen sei, da dem entsprechenden Gesuch (26. Oktober 1989) vom kantonalen Sanitätsdepartement erst mit Schreiben vom 23. Januar 1990 entsprochen worden sei. Es sei auch fraglich, ob das MCM für Notfallsituationen ausgerüstet sei. Sodann stellte die KPT den Heilanstaltscharakter mit dem Hinweis in Zweifel, die Patienten müssten sich mangels einer entsprechenden Einrichtung auswärts verpflegen, was sehr problematisch sei. In der Vernehmlassung zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhebt die KPT weiter den Einwand, das MCM sei personell und räumlich für den bei Psychotherapie und Tests (einschliesslich deren Auswertung) betriebenen Aufwand gar nicht ausgerüstet; ferner sei es räumlich für die Schlafdiagnostik nicht genügend eingerichtet. Das Bundesamt für Sozialversicherung zieht den Heilanstaltscharakter als solchen trotz der aufgeworfenen Fragen nicht in Zweifel. c) (Ausführungen zum Behandlungskonzept sowie zu den räumlichen, funktionellen und personellen Strukturen des "MCM") d) Das MCM nennt sich "Klinisches Centrum für Diagnose und akute Therapie von Schlafstörungen, Stress, chronobiologischen und psychobiologischen (psychosomatischen) Dysregulationen". Das Behandlungskonzept ist von Prof. Sr. entwickelt worden. Zum Ablauf von Diagnostik und Therapie lässt sich

seinem Konzeptpapier (Ein integriertes Diagnostik- und Therapiekonzept bei schweren Insomnien mit und ohne chronische Schlafmittel-Medikation, undatiert) folgendes entnehmen: In einem ersten Schritt werden umfangreiche diagnostische Verfahren durchgeführt. Dazu gehören zum einen die medizinische/somatische Diagnostik mit Anamnese, diversen Status sowie Labor- und apparativen Untersuchungen. Zum andern bildet die Schlafdiagnostik (mit Polysomnographie [PSG], Elektromyogramm [EMG]und psychiatrischer Exploration) einen diagnostischen Schwerpunkt zur Verifizierung von Ausmass und Schweregrad der Schlafstörungen; dabei wird die PSG bei Patienten ohne Schlafmittelabhängigkeit zu Beginn der Behandlung 1 x (1. Nacht) und bei Schlafmittelabhängigkeit 2 x (1. + 2. Nacht) durchgeführt. Schliesslich werden noch verschiedene Untersuchungen zur Persönlichkeitsdiagnose vorgenommen (psychologische und psychobiologische Diagnostik bzw. Psychodiagnostik). Der Diagnosephase folgen ab 2. bzw. 3. Aufenthaltstag die als "DSIP-Basistherapie" bezeichneten Injektionen von DSIP, wobei die Zahl der täglichen Injektionen dadurch bestimmt wird, ob Schlafmittelabhängigkeit vorliegt oder nicht. Parallel dazu wird intensive Psychotherapie mit Verlaufskontrollen (Erfassung der Befindlichkeit morgens und abends), nächtlichen Aufzeichnungen der Struktur des Schlafes (Aktometrie) und täglichem Besprechen aller Befunde durchgeführt (sog. "Interventionstherapie"). Bei Abschluss der Behandlung wird u.a. eine weitere (Kontroll-)PSG vorgenommen. Die im MCM behandelten Patienten leiden an einer psychosomatischen Krankheit. In 88% der Fälle besteht neben der Schlafstörung noch ein psychisches Krankheitsbild; sodann weisen rund 60% der Patienten eine Störung durch psychotrope Substanzen (Schlafmittel) auf. Die Patienten sind jedoch nicht derart krank, dass sie bettlägerig oder selbst- oder fremdgefährlich wären (Stellungnahmen von Prof. Sr. vom 15. Mai 1991 und 12. Juni 1992). Das MCM wird als offene Klinik geführt. Dies bedeutet u.a., dass die Patienten zwar das Frühstück im MCM erhalten, das Mittag- und Nachtessen jedoch auswärts einnehmen müssen. Laut Zusammenstellung von Prof. Sr. (vom 2. November 1989) zu den räumlichen, funktionellen und personellen Strukturen des MCM besteht das Ärzteteam (bzw. bestand es im Zeitpunkt der Behandlung des Beschwerdeführers) aus dem Internisten Prof. Sr. sowie dem

Psychiater/Psychotherapeuten PD Dr. Sch. Für internistische/chirurgische Notfälle sind im Stellenplan zwei in der näheren Umgebung praktizierende Ärzte aufgeführt. Für die delegierte Psychotherapie stehen 2-3 Psychologen zur Verfügung. Hinzu kommen 14 Personen (in Teil- oder Vollzeit) des Pflegedienstes und des Bereichs medizinisch-technisches Hilfspersonal/Schlafdiagnostik. Der Stellenplan ist auf eine mittlere Belegung von 18 Patienten pro Tag ausgelegt. Das MCM verfügt über eine Bettenstation mit 28 Patientenzimmern, Ergotherapiesaal, Schwimmbad, Solarium, Sauna, Duschräume, Aufenthaltsraum und Speisesaal (für Frühstück). Die internmedizinische Abteilung hat zahlreiche Apparaturen für die medizinische/somatische Diagnostik sowie eine mobile internistische Notfallausrüstung. Die schlafdiagnostische Abteilung enthält u.a. 6 als Schlafzimmer konzipierte Schlafräume/Laboratorien mit zentraler Überwachungsstation. Sodann sind in der Zusammenstellung 1 Sprechzimmer für Psychiatrie/Schlafdiagnostik, 2 psychotherapeutische Sprechzimmer und 2 neuropsychologische/psychobiologische Untersuchungs-/Geräteräume erwähnt. e) Dass das MCM über eine ärztliche Leitung im Sinne der Rechtsprechung verfügt, bedarf keiner weitern Erörterung. Auch genügt das Krankenpflegepersonal den Anforderungen für die Anerkennung als Heilanstalt. Zahlenmässig steht den durchschnittlich rund 18 Patienten ein Personalbestand von 6-7 Vollstellen (Ärzte/Psychologen/Krankenschwestern) und 10 Teilzeitstellen (Pflegedienst/med.-techn. Hilfspersonal/Schlafdiagnostik) gegenüber, welches Verhältnis sich jedenfalls im Hinblick darauf, dass keine bettlägerigen und insofern nicht pflegebedürftige Patienten vorhanden sind, nicht beanstanden lässt. f) Was die eigentliche Klinikausrüstung angeht, lässt sich nicht bestreiten, dass das MCM sowohl über die seiner besonderen Zwecksetzung entsprechenden medizinischen Einrichtungen (Apparaturen und Behandlungsräume) als auch über allgemein medizinische "spitalmässige" Einrichtungen und Dienstleistungen verfügt. Insofern ist sowohl das relative als auch das absolute Moment erfüllt. Dies gilt auch mit Bezug auf die Einrichtung/Ausrüstung für Notfallsituationen. Denn laut der Zusammenstellung verfügt das MCM über eine mobile Notfallausrüstung, über einen (externen) Arztdienst für internistische/chirurgische Notfälle und wenigstens über einen rollstuhlgängigen Patientenlift. Der weiter erhobene Einwand der ungenügenden räumlichen Ausrüstung ist unbegründet. Das MCM verfügt über 6 Schlaflaborräume, was bei einer

entsprechenden zeitlichen Staffelung des Eintritts der Patienten durchaus genügt. Nicht zu hören ist auch die Rüge der unzureichenden Anzahl an Arzt- und Psychotherapiesprechzimmern. g) Es verbleibt unter dem Gesichtspunkt des Heilanstaltscharakters noch die Frage der auswärtigen Verpflegung. Aufgrund der Akten steht fest, dass im MCM nur das Frühstück abgegeben wird, wogegen das Mittag- und Abendessen auswärts in einem Restaurant eingenommen werden muss (Prof. Sr. in der Stellungnahme vom 12. Juni 1992 sowie in seiner Aussage vor Vorinstanz). Die KPT hat im kantonalen Verfahren eingewendet, eine Heilanstalt habe nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch den "Hotelbetrieb" mit der entsprechenden Verpflegungsorganisation sicherzustellen, was um so mehr deshalb gefordert werden müsse, da im MCM zum grössten Teil Suchtkranke, wie Medikamenten- und Alkoholabhängige behandelt würden; überlasse man solche Patienten im Bereich der Verpflegung sich selber, bestehe das Risiko des unbeaufsichtigten und somit unkontrollierbaren Wiedereinstiegs in den Drogen- und Medikamentenkonsum. PD Dr. B. erachtet die auswärtige Verpflegung als "eher aussergewöhnlich" (Gutachten von 1992), während Prof. H. darin einerseits eine "rein administrative Frage" sieht, anderseits aber auch psychotherapeutische Vorteile erblickt (Gutachten vom 23. Juli 1992). Für Prof. Sr. ist die auswärtige Verpflegung aus therapeutischer Sicht "nicht unbedingt zwingend indiziert". Auszugehen ist davon, dass die Patienten in der Klinik selber untergebracht sind. Der stationäre Aufenthalt im MCM ist dabei

erforderlich, weil während der ganzen Behandlung nachts Aktometrie vorgenommen wird, welcher bei der Interventionstherapie eine zentrale Bedeutung zukommt. Das Eidg. Versicherungsgericht hatte sich bisher bloss mit der Frage zu befassen, ob eine Diätküche zum minimalen Bestand allgemein medizinischer Einrichtungen gehört, was im Falle einer Klinik, die rehabilitative und spezialmedizinische Behandlungen anbietet, verneint wurde (RKUV 1985 Nr. K 643 S. 222 + 226). Hingegen hatte sich noch nie die grundsätzliche Frage gestellt, ob eine Klinik nur dann den Heilanstaltsbegriff erfüllt, wenn sie selber eine vollständige, alle Mahlzeiten umfassende Verpflegungsmöglichkeit anbietet. Es ist selbstverständlich, dass ein Akutspital, ein Chronischkrankenheim, eine Psychiatrieklinik, ein Kinderspital oder ein Pflegeheim mit spitalmässiger Ausrüstung einen vollständigen Verpflegungsservice im Sinne

eines Hotels mit Vollpension anbietet und auch anbieten muss, weil die Patienten in aller Regel darauf auch angewiesen sind. Daraus kann aber nicht gefolgert werden, die Verpflegungsfrage beschlage notwendigerweise den Heilanstaltsbegriff als solchen. Es liesse sich durchaus auch erwägen, ob diese Frage im Falle einer Klinik, deren Patienten - wie hier - weder bettlägerig noch selbst- oder fremdgefährlich sind, nicht vielmehr Teilelement der spezifischen Spitalbedürftigkeit bildet. Mit dieser Betrachtungsweise liesse sich modernen offenen Behandlungskonzepten besser Rechnung tragen, ohne dass im Falle einer therapeutisch gebotenen (oder nicht kontraindizierten) Selbstsorge des Patienten für seine Verpflegung bereits der Heilanstaltsbegriff als solcher fraglich wäre. Im Hinblick auf die nachstehenden Erwägungen kann dieser Punkt hier aber offenbleiben.

6. Sodann ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer spitalbedürftig war. a) Zunächst fragt sich, ob eine Krankheit vorliegt, welche eine Spitalbehandlung erfordert (RKUV 1985 Nr. K 621 S. 84 mit weiteren Hinweisen). Dabei sind die Kassen für einen sachlich gerechtfertigten Heilanstaltsaufenthalt auch dann leistungspflichtig, wenn der Krankheitszustand eines Versicherten nicht unbedingt eine ärztliche Behandlung, sondern lediglich einen Aufenthalt im Spitalmilieu erfordert. Die Intensität der ärztlichen Behandlung, welche die Krankheit eines Versicherten verlangt, ist dabei nicht alleiniges Entscheidungskriterium, ob sein Zustand eine Hospitalisierung rechtfertigt (BGE 115 V 48 Erw. 3b/aa). Entscheidend ist, ob aufgrund der Schwere des Leidens und der Erfolglosigkeit der während einer längeren Zeit vorgenommenen konsequenten ambulanten Behandlung eine Notwendigkeit zur Hospitalisierung gegeben war (RKUV 1985 Nr. K 621 S. 85, 1984 Nr. K 589 S. 188). Sodann hat der an sich spitalbedürftige Versicherte diejenige Heilanstalt oder Spitalabteilung zu wählen, in die er vom medizinischen Standpunkt aus gehört (BGE 115 V 48 Erw. 3b/aa). Entscheidend für die Beurteilung der Spitalbedürftigkeit sind die Verhältnisse im Zeitpunkt vor Spitaleintritt. b) Im vorliegenden Fall ist die Spitalbedürftigkeit von der KPT erstmals im vorinstanzlichen Verfahren bestritten worden, dies zunächst mit der Begründung, die Einweisung durch Dr. G. sei auf Wunsch des Versicherten und das Einweisungszeugnis damit aus Gefälligkeit erfolgt; später mit dem Hinweis, der Gesundheitszustand habe keine stationäre Behandlung erfordert; der Versicherte hätte höchstens einer Kurbehandlung bedurft; eventualiter

hätte - bei Annahme von Spitalbedürftigkeit - die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erfolgen können. Die Vorinstanz hat die Spitalbedürftigkeit offengelassen. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird geltend gemacht, aus medizinischer Sicht sei ein Milieu-Wechsel (ins Spital) geboten gewesen, weil sonst keine erfolgversprechende Therapie hätte vorgenommen werden können. Die Frage der Spitalbedürftigkeit sei sodann insbesondere auch im Lichte der täglichen Psychotherapie und der psychiatrischen Massnahmen zu sehen und

alleine in der Notwendigkeit der übrigen medizinischen Massnahmen begründet. Eine tägliche ambulante Behandlung mit Fraktionierung durch behandlungsfreie Tage garantiere die medizinisch notwendige Behandlungsabfolge nicht. Eine tägliche ambulante Behandlung ausserhalb des MCM gehe sodann aus medizinisch konzeptionellen Gründen nicht, da Schlafstörungen einzig im MCM als psychosomatische Erkrankung erfasst würden und eine ganzheitliche Behandlung zwingend im MCM durchgeführt werden müsse, zumal auch die Diagnostik nur dort gemacht werden könne. c) Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer an einer Krankheit litt. d) Ferner ist zu prüfen, ob die Krankheit eine stationäre Behandlung in einer Heilanstalt erforderte. Die notwendigen Angaben dazu hat der Arzt in seinem Einweisungszeugnis darzulegen, die nötigenfalls durch solche der Spitalärzte zu ergänzen sind. Dabei fragt sich, unter welchen Voraussetzungen eine rechtsgenügliche Einweisung in eine Heilanstalt vorliegt. aa) Art. 12 Abs. 2 KUVG sieht verschiedentlich ausdrücklich die "Anordnung/Verordnung durch den Arzt" vor, so bei den an selbständige Hilfspersonen delegierten Heilanwendungen (Ziff. 1 lit. b), bei den Arzneimitteln und Analysen (Ziff. 1 lit. c und d) sowie bei den Badekuren (Ziff. 3). Die Materialien äussern sich nicht zur Frage, was unter "ärztlicher Anordnung/Verordnung" zu verstehen ist. Zur Auslösung der Leistungspflicht bedarf es indessen einer schriftlichen Verordnung eines im Wahlrecht des Versicherten stehenden Arztes (freies Wahlrecht nach Art. 15 KUVG) oder eines Vertragsarztes (bedingtfreies Wahlrecht nach Art. 16 KUVG). Dies hat das Eidg. Versicherungsgericht in mehreren Urteilen für die obgenannten Leistungsbereiche festgehalten (Arzneimittel: BGE 97 V 11; Badekur: RSKV 1971 Nr. 108 S. 197, vgl. auch RKUV 1987 Nr. K 721 S. 110 mit Hinweisen; Heilanwendungen durch Hilfspersonen: BGE 103 V 82). Damit soll

die missbräuchliche Inanspruchnahme von Kassenleistungen vermieden werden, was z.B. befürchtet wird, wenn der behandelnde Arzt die vom Physiotherapeuten vorzunehmende Behandlung nicht näher bestimmt, sondern dessen freiem Ermessen anheimstellt (BGE 103 V 82). Da Missbräuche insbesondere auch im Bereich der Badekuren möglich sind, halten BONER/HOLZHERR (Die Krankenversicherung, S. 51) dafür, dass die Kurbedürftigkeit im Zusammenhang mit einer akuten oder durchgemachten Krankheit durch den Hausarzt oder - bei vorangehendem Spitalaufenthalt - durch den zuständigen Spitalarzt zu bescheinigen ist. Zwar umschreiben die erwähnten Autoren die Missbrauchsmöglichkeit nicht näher; indem sie aber ein Zeugnis von Haus- oder Spitalarzt verlangen, gehen sie offenbar von der Überlegung aus, dass der Arzt einer Kuranstalt im Hinblick auf eine "Optimierung" der Anstaltsbelegung eher zur Bejahung der Kurbedürftigkeit neigen könnte (er kann als Leistungsanbieter gleichzeitig ja auch die Nachfrage bestimmen). Deshalb wird in der Praxis nur die Verordnung durch den behandelnden (Haus-)Arzt als relevante ärztliche Anordnung einer Badekur betrachtet (vgl. RSKV 1982 Nr. 485 S. 96), wogegen die Anordnung durch den Kurarzt am Badekurort nicht genügt (RKUV 1987 Nr. K 721 S. 110, RSKV 1978 Nr. 324 S. 110). Dabei wird im Hinblick auf die Beschränkung auf Ärzte im Wahlrecht des Versicherten - an sich folgerichtig - kein Unterschied gemacht, ob es sich um einen am Kurort frei praktizierenden Arzt oder aber um einen Arzt der Badekuranstalt handelt. bb) Zunächst ist klar, dass auch die Behandlung in einer Heilanstalt einer ärztlichen Anordnung bedarf (BONER/HOLZHERR, a.a.O., S. 47), wenngleich mit der blossen Vorlage eines Einweisungszeugnisses die Frage nach der sachlichen Begründetheit des Spitalaufenthalts noch nicht beantwortet ist (RKUV 1989 Nr. K 827 S. 413). Es fragt sich aber, von welchem Arzt diese Anordnung stammen muss, damit sie als rechtlich relevant qualifiziert werden kann. Bedarf es der Verordnung irgendeines Arztes/Spezialarztes? Oder muss es sich um einen im Wahlrecht stehenden Arzt handeln? Oder genügt schon die Einweisung durch einen im Spital selber tätigen Arzt? Zu den obigen Punkten musste sich das Eidg. Versicherungsgericht noch nie explizit äussern, weil ein Einweisungszeugnis des behandelnden Hausarztes oder Spezialarztes offenbar als selbstverständlich vorausgesetzt werden konnte und denn auch immer vorlag (vgl. BGE 104 V 98; RKUV 1990 Nr. K 832 S. 24, 1985 Nr. K 621 S. 83, 1984 Nr. K 589 S. 185). In all diesen Fällen

beruhte der Spitalaufenthalt auf einem Einweisungszeugnis des behandelnden Hausarztes oder allenfalls des Arztes der Heilanstalt, in der der Versicherte vorher in Akutbehandlung gestanden hatte. RKUV 1991 Nr. K 853 S. 4, wo das Zeugnis eines Spitalarztes beigezogen und als massgeblich betrachtet wurde, ändert daran nichts, weil es hier nicht um eine Einweisung ging, sondern um die Frage, ob nach mehrmonatigem Spitalaufenthalt weiterhin Spitalbedürftigkeit vorgelegen hatte. cc) Die zu Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. b-d und Ziff. 3 KUVG aufgestellten Grundsätze sind auch im Falle eines Heilanstaltsaufenthaltes anzuwenden. Denn auch hier ist es sachlich gerechtfertigt, ein Einweisungszeugnis eines am Aufenthaltsort oder dessen Umgebung praktizierenden Arztes (Art. 15 Abs. 1 KUVG) oder Vertragsarztes (Art. 16 Abs. 1 KUVG; zum Anwendungsbereich der räumlichen Einschränkung in Art. 15 Abs. 1 KUVG vgl. BGE 111 V 339 Erw. 2b) zu verlangen. Muss der Versicherte aus medizinischen Gründen einen auswärtigen Spezialarzt aufsuchen (Art. 20 Abs. 1 Vo III), so erstreckt sich sein Wahlrecht auf die nächstgelegene geeignete Spezialarztpraxis (BGE 111 V 339 f. zu Art. 20 Abs. 2 Vo III); folglich bedarf es im Hospitalisierungsfall eines Einweisungszeugnisses dieses Spezialarztes. Die gleiche räumliche Einschränkung gilt auch, wenn ein Versicherter sich durch einen in einer Klinik angestellten Arzt ambulant behandeln lässt (BGE 111 V 341 Erw. 3b). Als Aufenthaltsort gilt der Ort, an dem eine Person zurzeit verweilt, gleichgültig, ob nur vorübergehend oder für längere Zeit (TUOR/SCHNYDER, Das Schweizerische Zivilgesetzbuch, 10. Aufl., S. 78). Unter diesen (weiten) Begriff fällt zunächst der (engere) Begriff des Wohnortes des Versicherten, sodann aber auch der vorübergehende auswärtige Aufenthaltsort in der Schweiz, z.B. während Ferien oder auf einer Reise (BONER/HOLZHERR, a.a.O., S. 43; vgl. auch MAURER, a.a.O., S. 352 bei Anm. 801). Die Umschreibung der "Umgebung" ist relativ und vom Angebot von Ärzten sowie Spezialärzten am Aufenthaltsort abhängig: Bei einem im Val de Travers wohnenden Versicherten gehören gegebenenfalls auch Neuenburg und La Chaux-de-Fonds zur Umgebung (BGE 101 V 67 Erw. 3), während beim Wohnort Zürich mit einem grossen Angebot auch von Spezialärzten Baden nicht mehr zur Umgebung gehört (RSKV 1976 Nr. 254 S. 125). Wer also in den Ferien oder auf einer Reise erkrankt oder verunfallt, zur Heimreise an den Wohnort nicht transportfähig ist oder wem die Rückreise nicht zugemutet werden kann, hat

Anspruch auf Beizug eines Arztes am Aufenthaltsort oder in der Umgebung oder nötigenfalls eines nächstgelegenen geeigneten Spezialisten (BONER/HOLZHERR, a.a.O., S. 43 f.). Muss der Versicherte hospitalisiert werden, so bedarf es eines Einweisungszeugnisses dieses - im ausnahmsweisen Wahlrecht des Versicherten stehenden - auswärtigen Arztes. dd) Diese Grundsätze führen im normalen Hospitalisationsfall (keine Notfallsituation/kein auswärtiger Aufenthalt) zu keinen Problemen. Wer an seinem Wohnort erkrankt oder verunfallt, sucht seinen Arzt oder allenfalls einen Spezialisten auf, der ihn - wenn unumgänglich - ins Spital einweist. Gleiches gilt, wenn der Versicherte auswärts erkrankt oder verunfallt und dort einen Arzt aufsucht, der ihn schliesslich ins Spital einweist. Im einen wie im andern Fall liegt ein Einweisungszeugnis eines im normalen oder ausnahmsweisen Wahlrecht stehenden Arztes vor. Und es besteht keinerlei sachlich begründbares Bedürfnis, auf ein von einem spitalexternen Arzt stammendes Einweisungszeugnis zu verzichten. Etwas anders liegen die Dinge, wenn jemand - am Wohnort oder am auswärtigen Aufenthaltsort - so verunfallt oder plötzlich erkrankt, dass er notfallmässig in ein Spital eingeliefert werden muss. Hier muss das Zeugnis des Notfallarztes oder gegebenenfalls - z.B. wenn der Patient durch die Polizei oder durch Familienangehörige oder andere Personen direkt ins Spital verbracht wird - auch des Anstaltsarztes genügen (vgl. BONER/HOLZHERR, a.a.O., S. 47). Verbleibt noch der in einer Klinik angestellte Arzt, der daselbst ein Ambulatorium betreibt (vgl. BGE 111 V 341). Ein möglicher Interessenkonflikt ist hier nicht a priori auszuschliessen, wenn dieser Arzt den bisher ambulant behandelten Patienten "zu sich" ins Spital einweist. Indessen gilt auch im Falle der Einweisung durch

einen ambulant tätigen Spitalarzt in "sein" Spital die Einschränkung, dass dieser Arzt räumlich gesehen im Wahlrecht des Versicherten stehen muss (oben lit. cc mit Hinweis auf BGE 111 V 341). Es ist daher festzustellen, dass - von ausgesprochenen Notsituationen abgesehen - der Heilanstaltsaufenthalt von einem im Wahlrecht des Versicherten stehenden klinikexternen Arzt verordnet sein muss. In Notfällen genügt die Einweisung durch einen Notarzt oder der Bericht eines Spitalarztes. Mit anderen Worten: Wo die Aufnahme des Patienten im MCM nicht durch die Klinik selber angeordnet wird, sondern auf ein unverdächtiges Einweisungszeugnis eines aussenstehenden Arztes zurückgeht, das die Aufnahme ins MCM gleichsam im Sinne einer ultima ratio als letzte noch mögliche Massnahme ausweist, ist die Spitalbedürftigkeit grundsätzlich

gegeben.
ee) Im vorliegenden Fall besteht ein Zeugnis des vorbehandelnden Hausarztes Dr. G. vom 19. September 1989, d.h. eines im Wahlrecht des Beschwerdeführers stehenden Arztes. Daraus geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit Jahren offenbar erfolglos in ambulanter Behandlung gestanden hatte und darum in stationäre Behandlung überwiesen wurde. Daraus folgt, dass die stationäre Behandlung ärztlich verordnet worden und die Spitalbedürftigkeit medizinisch ausgewiesen ist. Dass Dr. G. mit Kopien des Zeugnisses vom 19. September 1989 den ärztlichen Dienst der Bundesverwaltung um einen "Kururlaub" und die KPT um einen "Kostenbeitrag" bat, spricht - entgegen KPT - nicht gegen die Spitalbedürftigkeit (vgl. RKUV 1985 Nr. K 621 S. 86). Gleiches gilt auch mit Bezug auf den Einwand der Kasse, die Überweisung ans MCM sei auf Wunsch des Beschwerdeführers erfolgt. Denn dieser Wunsch bezog sich nicht auf die stationäre Behandlung als solche, sondern auf den Ort der Behandlung, d.h. auf das MCM. Aufgrund der vom Hausarzt verwendeten Formulierung steht darum nicht die Spitalbedürftigkeit als solche in Zweifel. Hingegen fragt sich, ob der Beschwerdeführer vom medizinischen Standpunkt aus ins MCM gehörte (vgl. oben Erw. 6a) oder ob nicht eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik hätte erfolgen können, dies allenfalls kombiniert mit ambulanter Psychotherapie. Wie es sich damit verhält, kann letztlich offengelassen werden.

7. a) Zu den Pflichtleistungen der Kassen aus der Krankenpflegeversicherung gehört nach Art. 12 Abs. 2 KUVG u.a. die ärztliche Behandlung. Sie umfasst gemäss Art. 21 Abs. 1 Vo III die vom Arzt verordneten wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, die zudem zweckmässig und wirtschaftlich sein sollen. Diese Grundsätze gelten sowohl bei ambulanter als auch bei Behandlung in einer Heilanstalt (BGE 118 V 109). Nach der Rechtsprechung gilt eine Behandlungsmethode dann als wissenschaftlich anerkannt, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist. Entscheidend sind dabei das Ergebnis der Erfahrungen und der Erfolg einer bestimmten Therapie (BGE 119 V 28 Erw. 3a mit Hinweisen). Ist umstritten, ob eine diagnostische oder therapeutische Massnahme wissenschaftlich, zweckmässig und wirtschaftlich ist, so entscheidet das EDI nach Anhören der Eidg. Fachkommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung, ob die Massnahme als Pflichtleistung von den Kassen übernommen werden muss (

Art. 12 Abs. 5 KUVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 2 Vo III). Zu den Pflichtleistungen der Kassen gehören sodann auch die Arzneimittel (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. c und Ziff. 2 KUVG), die vom Bundesrat entweder als Pflichtleistung bezeichnet oder den Kassen zur Übernahme empfohlen werden (Art. 12 Abs. 6 KUVG). Die zum Gebrauch in der Krankenversicherung ausgewählten Arzneimittel werden vom Bundesamt für Sozialver-

sicherung in zwei Listen zusammengefasst, wobei die kassenpflichtigen Medikamente in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) aufgeführt werden, während die Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel, deren Bezahlung den Kassen bloss empfohlen wird, in der Spezialitätenliste (SL) enthalten sind (Art. 22 Vo III). Diese "Empfehlung" wird zur rechtlichen Pflicht, wenn die Kassenstatuten eine Leistungspflicht für die in der SL aufgeführten Arzneimittel vorsehen (BGE 118 V 278 f.). Die SL gilt grundsätzlich auch bei Behandlung in einer Heilanstalt; allerdings finden die dort aufgeführten Preise und die entsprechenden Mengen hier keine Anwendung (BGE 112 V 193). Ist eine medikamentöse ärztliche Behandlung wissenschaftlich nicht anerkannt oder umstritten, sind die Kassen nicht verpflichtet, die für diese Behandlung verordneten Medikamente zu übernehmen; alsdann erübrigt sich eine Prüfung der Frage anhand der für Arzneimittel geltenden Regeln. Wenn anderseits feststeht, dass ein Präparat nicht in der ALT enthalten ist und auch die Kassenbestimmungen seine Übernahme nicht vorsehen, schliesst dies bereits eine Leistungspflicht der Kasse aus, so dass auf eine Prüfung, ob die fragliche Behandlung wissenschaftlich anerkannt oder unbestritten ist, verzichtet werden kann (BGE 118 V 278 f.). b) In der Vergangenheit hat sich verschiedentlich die Frage gestellt, ob eine Kasse für Massnahmen, welche für sich allein betrachtet zu den Pflichtleistungen zählen, auch dann aufzukommen hat, wenn diese im Zusammenhang mit medizinischen Vorkehren stehen, für welche sie nicht oder nur beschränkt leistungspflichtig ist. Die diesbezügliche Rechtsprechung wird im unveröffentlichten Urteil F. vom 20. Oktober 1992 in dem Sinne wiedergegeben, dass beim Zusammentreffen mehrerer medizinischer Massnahmen, die gleichzeitig verschiedene, jedoch unter sich zusammenhängende Zwecke verfolgen, die für sich allein genommen sozialversicherungsrechtlich unterschiedliche Folgen nach sich ziehen würden, das Schicksal der gesamten therapeutischen Behandlung vom Hauptzweck abhängig zu machen ist. Dieses Urteil übernimmt dabei die schon in RSKV 1969 Nr. 39 S. 29 verwendete

Formulierung; ferner verweist es auf RSKV 1970 Nr. 59 S. 20 und RKUV 1988 Nr. K 753 S. 7. aa) In RSKV 1969 Nr. 39 S. 29 (ital. Original in EVGE 1968 S. 240) lehnte das Gericht im Falle einer stationären Behandlung wegen psychischer Depression bei sekundärem Alkoholismus die Kürzung des Krankengelds mit der Begründung ab, dass die Behandlung primär wegen der psychischen Depression notwendig war und dass die einhergehenden antialkoholischen Massnahmen bloss sekundärer Natur waren; daher habe die Vorinstanz Bundesrecht nicht verletzt, wenn sie für die Beurteilung der Leistungspflicht nur den Hauptzweck der stationären Behandlung als rechtserheblich betrachtet habe. In RSKV 1970 Nr. 59 S. 20 sodann wurde bei einem wegen psychosomatischer Störungen depressiver Art hospitalisierten Versicherten, der mit einer wissenschaftlich nicht anerkannten Methode (Frischzellen-Therapie) behandelt wurde, entschieden, dass ärztliche Behandlung und Heilanstaltsaufenthalt in ihrer Gesamtheit nicht zu Lasten der Kasse gingen, weil die Injektionen von Frischzellen die Grundlage der Behandlung ("base de traitement") und den Grund des Klinikaufenthalts gebildet hätten. Ferner verneinte das Gericht in RKUV 1988 Nr. K 753 S. 7 im Falle von wissenschaftlich nicht anerkannten Massnahmen (Neuraltherapie, Nosodentherapie) zufolge Wesentlichkeit dieser Therapien im Rahmen der Gesamtbehandlung ("les thérapies contestées forment les éléments principaux") die Leistungspflicht auch bezüglich der integrierenden Teil dieser Behandlung bildenden Verrichtungen wie Diagnosestellung und gewisse Analysen. Das Gericht fügte bei, der Umstand, dass einige mehr oder weniger nebensächliche Verrichtungen (wie eben Diagnosestellung und Analysen) der klassischen Medizin zuzuordnen seien, bedeute nicht, dass diese - soweit überhaupt möglich - von der eigentlichen Behandlung getrennt zu betrachten und von den Kassen als Pflichtleistung zu übernehmen seien. Schliesslich hat das Gericht im zitierten Urteil F. vom 20. Oktober 1992 erkannt, dass die dort vorgenommene, nicht als Pflichtleistung anerkannte Iscadorbehandlung als Hauptzweck des Klinikaufenthaltes eindeutig im Vordergrund gestanden habe, während den weitern therapeutischen Vorkehren lediglich untergeordnete Bedeutung zugekommen sei; daher wurde für die ganze Behandlung in ihrer Gesamtheit die Leistungspflicht verneint. bb) Die im Urteil F. vom 20. Oktober 1992 aus RSKV 1969 Nr. 39 S. 29 übernommene Formel, wonach das Schicksal der gesamten therapeutischen Behandlung vom "Hauptzweck" abhängig sei, ist ungenau. Im Originaltext

(RSKV 1969 Nr. 39 S. 29 ist - wie gesagt - eine Übersetzung) ist nämlich nicht von "Hauptzweck", sondern vom "überwiegenden Zweck" (fine preponderante) die Rede (EVGE 1968 S. 241 oben). EVGE 1968 S. 241 nimmt in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die im Rahmen von Art. 12 IVG zu Behandlungskomplexen ergangene Rechtsprechung Bezug. Darin ist ebenfalls nicht von Haupt- oder Nebenzweck die Rede. Vielmehr beurteilt sich der rechtliche Charakter von mehreren medizinischen Massnahmen mit verschiedenem Zweck danach, "in welchem Verhältnis sie zueinander stehen". Die erforderliche enge Konnexität der Massnahmen ist dabei dann gegeben, "wenn sich die einzelnen Vorkehren nicht voneinander trennen lassen, ohne dass dadurch die Erfolgsaussichten gefährdet würden, und die einen Vorkehren für sich allein nicht von solcher Bedeutung sind, dass die andern Vorkehren in den Hintergrund treten". Ist enge Konnexität in diesem Sinne zu bejahen, "so ist die Invalidenversicherung nur dann leistungspflichtig, wenn die auf die Eingliederung gerichteten Vorkehren überwiegen" (vgl. die in BGE 112 V 352 f. Erw. 5b dargestellte Zusammenfassung der Rechtsprechung). Diese Grundsätze gelten laut EVGE 1968 S. 241 in analogen Fällen auch in Krankenversicherungs-Fällen. Demnach kommt es beim Zusammentreffen von Massnahmen, die zu den Pflichtleistungen zählen, und solchen, für die keine oder nur eine beschränkte Leistungspflicht besteht, zunächst darauf an, ob die Massnahmen in einem engen Konnex zueinander stehen. Ist dies zu bejahen, so gehen sie in ihrer Gesamtheit dann nicht zu Lasten der Kasse, wenn die nichtpflichtige Leistung überwiegt (was in RSKV 1970 Nr. 59 S. 20, RKUV 1988 Nr. K 753 S. 7 und im Urteil F. vom 20. Oktober 1992 eindeutig zutraf).