

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2002.00087 vom 26. September 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2002.00087

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2002.00087 du 26 septembre 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2002.00087 del 26 settembre 2003

Erwägungen

E. 2

2.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

2.2 Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Abs. 1), wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Satz 2). Laut Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten oder Ärztinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Das Eidgenössische Departement des Innern, an welches der Bundesrat diese Aufgabe übertrug (Art. 33 Abs. 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a und c KVV), hat, gemäss Art. 1 der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV), im Anhang 1 zur KLV (in der bis 31. Dezember 2002 gültigen Fassung) die ärztlichen Leistungen aufgeführt, welche vorbehaltlos, unter gewissen Voraussetzungen oder überhaupt nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen. Nach Ziff. 2.2 des Anhangs 1 zur KLV stellt die ambulant oder stationär durchgeführte Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen, namentlich für Patienten mit Status nach Myokardinfarkt (mit oder ohne PTCA), oder mit Status nach Bypass-Operation oder Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen, gemäss ausdrücklicher Verordnungsvorschrift unter bestimmten Voraussetzungen eine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende Leistung dar. Eher für eine stationäre Behandlung sprechen hiernach die Faktoren eines erhöhten kardialen Risikos, einer verminderten Leistung des Myokards und eine Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.). Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten. Die Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden.

2.3 Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, das heisst 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). 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, anderseits 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 326 Erw. 2b mit Hinweisen).

2.4 Im Gesetz nicht näher umschrieben wird der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG. Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und 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, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens. Das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation besteht darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in SBVR, Soziale Sicherheit, Rz 142 ff.). Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen, wobei im letztern Fall eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt ist, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist (BGE 126 V 326 f. Erw. 2c mit Hinweisen).

2.5 Nach der Rechtsprechung begründet der blosser Aufenthalt in einer Heilanstalt noch keinen Anspruch auf die gesetzlichen oder statutarischen Leistungen, namentlich dann nicht, wenn eine Hospitalisierung aus sozialen Gründen erfolgt, ohne dass die versicherte Person im Sinne des Gesetzes krank ist, oder wenn die Gesamtheit der ärztlichen und sonstigen wegen seiner Krankheit erforderlichen Behandlung einen Klinikaufenthalt nicht rechtfertigt. Die Kassen sind jedoch für jeden sachlich notwendigen Heilanstaltsaufenthalt leistungspflichtig, was auch der Fall ist, 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 nicht alleiniges Entscheidungskriterium, ob sein Zustand eine Hospitalisierung rechtfertigt, insbesondere wenn ein Versicherter wegen seines hohen Alters, seiner familiären Verhältnisse oder weil er alleinstehend ist, keine Möglichkeit hat, die seinem Zustand entsprechende Pflege und Beaufsichtigung zu Hause zu erhalten, oder wenn dies der Familie des Versicherten nicht zugemutet werden kann (BGE 115 V 48 Erw. 3b/aa; RKUV 1986 K 680 S. 231 Erw. 1b, 1984 K 591 S. 199 Erw. 2b). Folglich ist der Umstand, dass die ärztliche oder aber

andere Behandlungen überwiegen, nicht ausschlaggebend dafür, ob die Hospitalisationskosten eines Versicherten zu Lasten der Krankenkasse gehen oder nicht (BGE 124 V 365 Erw. 1b; zum Wirtschaftlichkeitsgebot von Art. 23 aKUVG vgl. BGE 120 V 206 Erw. 6a, 115 V 48 Erw. 3b/aa mit Hinweisen).

E. 2.1

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Försprecher Marcus Sartorius, Meiringen, Beschwerde mit dem Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):

■ Es sei der Einspracheentscheid vom 4. September 2002 aufzuheben, und es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, den Rehabilitationsaufenthalt im Haslibergerhof vom 19. Januar 2002 bis 15. Februar 2002 dem Beschwerdeführer zu bezahlen.

Unter Kosten und Entschädigungsfolge ■.

2.2 In der Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2002 beantragte die Helsana die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 S. 2), worauf der Versicherte in Replik vom 29. November 2002 an seinem beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren festhielt (Urk. 10 S. 2). In der Duplik vom 13. Januar 2003 hielt die Helsana an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (Urk. 13 S. 2), worauf der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 16. Januar 2003 als geschlossen erklärt wurde (Urk. 14).

Die Einzelrichterin zieht in Erwägung:

1. In der Sache

1.1 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

1.2 Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV) in Kraft getreten und haben in einzelnen Sozialversicherungsgesetzen und -verordnungen zu Revisionen geführt. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Da sich der hier zu beurteilende Sachverhalt vor dem 1. Januar 2003 verwirklicht hat, gelangen die materiellen Vorschriften des ATSG und der ATSV sowie die gestützt darauf erlassenen Gesetzes- und Ordnungsrevisionen nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Ordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2002 in Kraft gewesen sind.

1.3 Die soziale Krankenversicherung umfasst nach Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung. Laut Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG steht es den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach diesem Gesetz Zusatzversicherungen anzubieten; ebenso können sie im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben, wobei diese Versicherungen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag

(VVG) unterstehen.

1.4. Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Krankenversicherers, der die soziale Krankenversicherung betrifft, nicht einverstanden, so kann sie eine schriftliche Verfügung verlangen (Art. 80 Abs. 1 KVG in der bis 31. Dezember 2002 gültigen Fassung). Gegen eine solche Verfügung kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung beim Versicherer Einsprache erhoben werden (Art. 85 Abs. 1 KVG). Der Einspracheentscheid kann mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht angefochten werden (Art. 86 Abs. 1 KVG).

1.5. Gemäss Art. 47 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) in Verbindung mit dem in Anwendung von Art. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ergangenen Kantonsratsbeschluss vom 27. November 1995 ist für Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG im Kanton Zürich das Sozialversicherungsgericht zuständig.

1.6. Die Beschwerde vom 30. September 2002 richtet sich gegen den Einspracheentscheid vom 4. September 2002. In diesem Entscheid wird lediglich die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geprüft; zu allen Ansprüchen aus den Zusatzversicherungen wird keine Stellung genommen. Nachdem sich die Beschwerde des anwaltlich vertretenen Beschwerdeführers unter Bezugnahme auf das KVG ausschliesslich gegen den Einspracheentscheid vom 4. September 2002 richtet und keine Klage betreffend Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung erhoben wurde, sind die geltend gemachten Ansprüche des Beschwerdeführers in diesem Verfahren ausschliesslich im Hinblick auf die Leistungspflicht aus der sozialen Krankenversicherung zu prüfen.

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 3. Mai 2002 (Urk. 7/16) und in dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 4. September 2002 (Urk. 2) davon aus, dass eine Spitalbedürftigkeit nicht gegeben war, und dass nur eine ambulante Rehabilitation angezeigt gewesen sei.

3.2. Der Beschwerdeführer bringt hiergegen vor, dass auf Grund seiner gesundheitlichen und sozialen Situation eine stationäre in Spitalmilieu durchzuführende Rehabilitation indiziert gewesen sei (Urk. 1 S. 3).

E. 3.3

Unbestritten ist, dass eine Rehabilitation des Beschwerdeführers grundsätzlich eine Pflichtleistung im Sinne von Ziff. 2.2 des Anhangs 1 zur KLV darstellt. Uneinig sind sich die Parteien indes darüber, ob die Rehabilitation nicht auch ambulant hätte erfolgen können.

E. 4

4.1. Im ärztlichen Einweisungszeugnis vom 15. Januar 2002 meldete Dr. A., der den Beschwerdeführer operiert hatte, den Beschwerdeführer zu einer stationären Rehabilitation von drei bis vier Wochen Dauer in der Rehabilitationsklinik Haslibergerhof an. Als Einweisungsgrund gab er an: "stationäre Nachbehandlung und Rehabilitation nach Herzoperation" vom 10. Januar 2002 indiziert (Urk. 7/4).

4.2. Dr. A. erwählte in seinem Bericht an den Hausarzt des Beschwerdeführers (Dr. med. C., Innere Medizin FMH) vom 18. Januar 2002 einen komplikationslosen postoperativen Verlauf ohne Anhaltspunkte für einen perioperativen Myokardinfarkt. Bei Klinikaustritt sei ein stabiler Sinusrhythmus vorhanden gewesen. Er stellte sodann fest: «In Anbetracht der Dringlichkeit und Grösse des Eingriffs sowie des reduzierten Allgemeinzustandes ist eine stationäre Frührehabilitation mit fachärztlicher Betreuung indiziert» (Urk. 7/18).

4.3. Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D., hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2002 eine Spitalbedürftigkeit auf Grund der Akten nicht für ausgewiesen. Es seien keine Faktoren ersichtlich, die eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen würden (Urk. 7/7).

4.4. Im Gesuch um Wiedererwägung und Verlängerung der Kostengutsprache der Rehabilitationsklinik Haslibergerhof vom 8. Februar 2002 erwählte Dr. med. B., dass der Beschwerdeführer bei Klinikeintritt infolge der vorgängigen Herzoperation recht geschwächt und müde gewesen sei (Urk. 7/9).

4.5. In einer erneuten vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 11. Februar 2002 hielt Dr. D. an seiner vorgängigen Beurteilung vom 4. Februar 2002 fest (Urk. 7/10).

4.6. Dr. von C. erwählte in seinem mit Kostengutsprache kardiale Rehabilitation titulierten Bericht vom 18. Februar 2002, dass der Beschwerdeführer als selbstständigerwerbender Malermeister, welcher in der Nähe seines Geschäfts wohne, durch einen stationären Rehabilitationsaufenthalt Abstand von der ihn belastenden Berufs- und Geschäftssituation brauche, um einen Neuanfang einleiten zu können. Dies wäre bei ambulanter Rehabilitation nicht möglich. Der Beschwerdeführer leide zudem wahrscheinlich unter einer reaktiven Depression (Urk. 7/19).

4.7. Dr. D. und Dr. med. E., Leiter des vertrauensärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin, setzten sich in ihrem weiteren Bericht vom 28. Februar 2002 mit der vorgängigen Beurteilung durch Dr. A. auseinander und stellten fest, dass die Grösse eines operativen Eingriffs zwar Auswirkungen auf die unmittelbare postoperative Phase sowie auf die Dauer des Akutspitalaufenthaltes habe und wohl auch eine längere Erholungszeit bedinge, dass die daran anschliessende Ausgangslage für die Rehabilitation nicht verschieden sei von derjenigen bei Herzpatientin bei gutem Allgemeinzustand. Es sei nicht nachzuvollziehen, inwiefern die Dringlichkeit eines operativen Eingriffs am Herzen einen Einfluss auf die anschliessende Rehabilitation haben solle. Dass eine Frührehabilitation im Vergleich zu einer etwas später beginnenden bessere Resultate erzielen solle, sei nicht erwiesen. Es könne demnach nicht gesagt werden, dass ein postoperativ reduzierter Allgemeinzustand eine Frührehabilitation erfordere, und dass deswegen eine Spitalbedürftigkeit ausgewiesen sei. Es könne in solchen Fällen vielmehr mit Rehabilitationsmassnahmen zugewartet werden, bis die anatomischen Verhältnisse nach dem operativen Eingriff saniert seien und eine gewisse Erholung eingetreten sei. Anschliessend könne eine ambulante Rehabilitation vorgenommen werden (Urk. 7/14/2).

4.8. Dr. med. F., Innere Medizin FMH, Chefarzt der Rehabilitationsklinik Haslibergerhof, führte in seinem mit Wiedererwägungsgesuch bezeichneten Bericht vom 5. April 2002 aus, dass der Beschwerdeführer oberhalb seines eigenen

Malergeschäfts wohnen. Wegen der damit verbundenen äusserst belastenden psycho-sozialen Situation sei es ihm nicht möglich gewesen, die Rehabilitation ambulant durchzuführen. Obwohl die Schulung des Beschwerdeführers im Hinblick auf (kardiale) Risikofaktoren ambulant hätte durchgeführt werden können, sei ein dreiwöchiger stationärer Rehabilitationsaufenthalt angezeigt gewesen (Urk. 7/20 S. 1).

E. 5

5.1 Aus der oben erwähnten medizinischen Aktenlage ist ersichtlich, dass auf Grund des komplikationslosen postoperativen Verlaufes ohne Anhaltspunkte für einen perioperativen Myokardinfarkt und des bei Klinikaustritt stabilen Sinusrhythmus eine stationäre Rehabilitation nicht erforderlich war. Auch liegen die in Ziff. 2.2 des Anhangs 1 zur KLV erwähnten Faktoren eines erhöhten kardialen Risikos, einer verminderten Leistung des Myokards und eine Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.) nicht vor.

5.1 Der Wortlaut von Ziff. 2.2 des Anhangs 1 zur KLV, wonach die erwähnten Krankheitsmerkmale "eher" für eine stationäre Rehabilitation sprechen, bringt jedoch zum Ausdruck, dass die Grenzziehung zwischen einer ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten, hierfür qualifizierten Institution durchzuführenden Rehabilitation fließend ist. Die Frage, welche Therapieart sich im Einzelfall als die Wirksamste, Zweckmässigste und Wirtschaftlichste erweist - und deren Kosten deshalb von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind -, ist nicht anhand einzelner Kriterien, sondern auf Grund des gesamten Gesundheitszustandes einer versicherten Person zu beantworten. Die in Ziff. 2.2 aufgeführten Symptome müssen daher nicht zwingend vorhanden sein, damit bei Herz-Kreislaufpatienten stationäre Rehabilitationen durchgeführt und als Pflichtleistungen der Krankenkassen anerkannt werden. Vielmehr stellen sie Erfahrungswerte dar, bei deren Vorliegen - eher als in anderen Fällen - eine stationäre Therapie als die geeignetere und wirkungsvollere Form der Rehabilitation angesehen wird (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, vom 9. Oktober 2001 in Sachen Helsana, K 184/00 Erw. 3b mit Hinweis auf RKUV 2000 Nr. KV 138 S. 358 f. Erw. 2b und 3).

E. 5.2

Während Dr. A. in seinem Bericht vom 18. Januar 2002 eine stationäre Rehabilitation vor allem wegen der Dringlichkeit des ursprünglichen operativen Eingriffs am Herzen und wegen eines postoperativ reduzierten Allgemeinzustandes als erforderlich erachtete (Urk. 7/18), begründeten Dr. von C. in seinem Bericht vom 18. Februar 2002 (Urk. 7/19) und Dr. F. im Bericht vom 5. April 2002 (Urk. 7/20) das Erfordernis einer stationären Rehabilitation hauptsächlich mit einer angespannten psychosozialen Belastungssituation bzw. mit der Nähe der Wohnung vom Geschäft. Soziale Gründe bzw. psychosoziale Gründe für einen stationären Aufenthalt sahen der Hausarzt sowie die Ärzte des Rehabilitationszentrums insbesondere im Umstand, dass sich die Wohnung des Beschwerdeführers in unmittelbarer Nähe von dessen Geschäft befindet (Urk. 7/19 und Urk. 7/20). Dem ist entgegenzuhalten, dass ein stationärer Aufenthalt in einer Heilanstalt allein aus sozialen Gründen nach der erwähnten Rechtsprechung noch keine Spitalbedürftigkeit begründet (Erw. 2.5 hievore). Die notwendige Ruhe in der Rekonvaleszenz, die einer Abgrenzung von den alltäglichen geschäftlichen Aufgaben bedarf, könnte auch durch geeignete organisatorische Massnahmen von zu Hause aus zu bewerkstelligen sein.

Der vorliegende Fall unterscheidet sich vom zitierten EVG-Entscheid vom 9. Oktober 2001 (K 184/00) darin, dass dort nach der Herzoperation noch ärztlich zu kontrollierende medizinische Probleme bestanden. Einen Tag vor Eintritt in die Rehabilitationsklinik trat ein Vorhofflimmern auf, es lag tagelanger Nausea (Erbrechen) vor. Schliesslich verlangte die Tatsache der mehrmalig notwendig gewordenen Herzoperationen nach einer intensiven kardiologischen Betreuung und Kontrolle.

In Würdigung der Umstände und des gesamten Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers war zum Zeitpunkt bei Klinikeintritt am 19. Januar 2002 eine stationäre Rehabilitation im Spitalmilieu nicht notwendig. Eine Rehabilitation im Spitalmilieu war nicht die wirtschaftlichste, zweckmässigste und wirksamste Behandlung. Vielmehr war in Anbetracht der gesamten Umstände zu diesem Zeitpunkt eine ambulante Rehabilitation die angemessene und zweckmässigste Behandlung.

Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 3. Mai 2002 und im Einspracheentscheid vom 4. September 2002 den Anspruch des Beschwerdeführers auf Übernahme der Kosten für eine stationäre Rehabilitation in der Zeit vom 19. Januar bis 15. Februar 2002 mangels Spitalbedürftigkeit verneinte. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

Die Einzelrichterin erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Marcus A. Sartorius

- Helsana Versicherungen AG

- Bundesamt für Sozialversicherung

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.