

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00046 vom 31. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2010.00046](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2010.00046)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00046 du 31 août 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00046 del 31 agosto 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 X., geboren 2005, leidet an einem angeborenen komplexen Herzfehler in Form einer Pulmonalatresie mit Ventrikelseptumdefekt und Beeinträchtigung der Lunge (vgl. die Berichte des Spitals A. in Urk. 18/1-14). Sie verfügt bei der Wincare Versicherungen AG (Wincare), vertreten durch die Sanitas, über die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

1.2 Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, übernahm seit dem Spitalaustritt von X. unter dem Titel von medizinischen Massnahmen Kosten für die Pflege durch die Kinderspitex, zunächst im Umfang von 76 Wochenstunden und danach im Umfang von 62 Wochenstunden (vgl. die Angaben der Eltern der Versicherten in einem Schreiben an die IV-Stelle vom 20. Januar 2007, Urk. 18/15, und die Verordnung von Dr. med. B. vom 7. Mai 2007, Urk. 18/18). Neben dem bestehenden kardiologisch-pulmonalen Leiden waren auch neurodermitische Hautveränderungen vorhanden, die eine intensive Hautpflege erforderten (vgl. den Bericht des Spitals A. vom 8. Mai 2007 über eine ambulante kardiologische Untersuchung vom 24. April 2007, Urk. 18/19).

Für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März 2008 stellte Dr. med. B. gegenüber der IV-Stelle am 27. Mai 2007 eine Verordnung für noch 52 Wochenstunden der Pflege aus (Urk. 18/20); ausserdem meldete er der Krankenkasse mit dem sogenannten Bedarfsmeldeformular vom 27. August 2007 ab sofort beziehungsweise seit 2006 einen Bedarf an pflegerischen Leistungen von 24 Wochenstunden und einen Bedarf an hauswirtschaftlichen Leistungen von 12 Wochenstunden (Urk. 18/21). Mit Brief vom 2. September 2007 ersuchte der Vater der Versicherten, Y., die Wincare daraufhin darum, in Ergänzung zu den Leistungen der IV-Stelle 12 bis 15 Spitexstunden pro Woche für Verrichtungen der Krankenpflege und 12 Wochenstunden für eine Haushalthilfe zu übernehmen (Urk. 18/23; vgl. auch die Notizen der Kasse in Urk. 18/22). Der Vater der Versicherten und die Wincare führten anschliessend eine längere Korrespondenz über die Leistungspflicht der Kasse (Urk. 18/24-42). In deren Rahmen teilte die Wincare Y. mit Schreiben vom 27. September 2007 mit, dass sie für die Leistungen der Haushalthilfe nicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, sondern nur aus einer Zusatzversicherung aufkommen könne, und sicherte ihm gleichzeitig zu, dass sie die Kosten für die pflegerischen Leistungen im Umfang von etwa 12 Wochenstunden übernehmen (Urk. 18/25). Diese Kostengutsprache - für die Zeit ab dem 1. Oktober 2007 bis auf Widerruf - wiederholte die Kasse in einem weiteren Brief vom 28. Januar 2008 (Urk. 18/41), nachdem Dr. B. am 28. Dezember 2007 das Bedarfsmeldeformular für die Zeit von Januar bis Mai 2008 ausfüllt und ein unverändertes Erfordernis von 24

Pflegestunden und 12 Stunden hauswirtschaftlicher Leistungen festgehalten hatte (vgl. Urk. 18/31).

1.3. In der Folge liess die Wincare durch ihren Vertrauensarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ weitere Abklärungen zum Pflegeaufwand treffen. Im Zuge dieser Abklärungen beantwortete Dr. B.\_\_\_\_ mit den Schreiben vom 5. Februar und vom 10. März 2008 verschiedene Fragen zuhanden des Vertrauensarztes (Urk. 18/43 und Urk. 18/49), und Dr. B.\_\_\_\_ liess dem Vertrauensarzt den aktuellsten Bericht des Spitals A.\_\_\_\_ vom 5. März 2008 über eine stationäre Abklärung vom 3. bis zum 5. März 2008 zukommen (Urk. 18/46).

Mit Schreiben vom 27. März 2008 teilte die Wincare dem Vater der Versicherten daraufhin mit, dass sie die Leistungen für die Behandlungs- und die Grundpflege gestützt auf die getätigten Abklärungen ab dem 1. April 2008 auf 15 Stunden pro Woche erhöhen werde, wobei diese Kostengutsprache bis zum 30. September 2008 gelte und hernach eine Neu Beurteilung vorgenommen werde (Urk. 18/50). Am 31. März 2008 liess Y.\_\_\_\_ der Wincare das neue Bedarfsmeldeformular von Dr. B.\_\_\_\_ vom 28. März 2008 für die Zeit von Juni bis Dezember 2008 mit unveränderten Stundenzahlen zukommen (Urk. 18/52). Mit Schreiben vom 9. April 2008 erklärte er sich sodann als nicht einverstanden mit der inzwischen eingetroffenen Kostengutsprache vom 27. März 2008 und machte einen Anspruch von 24 durch die Krankenkasse zu bezahlenden Pflegestunden geltend, der sich entsprechend erhöhen würde, falls die IV-Stelle die von ihr bezahlte Stundenzahl (52 Stunden) herabsetzen würde (Urk. 18/53).

Die Wincare nahm einen Bericht des Spitals A.\_\_\_\_ vom 21. April 2008 über eine kardiologische Untersuchung vom 4. März 2008 zu den Akten (Urk. 18/54) und hielt daraufhin mit Verfügung vom 8. Mai 2008 fest, sie übernehme für die Zeit von Januar bis März 2008 die Kosten für die Grund- und Behandlungspflege während 12 Wochenstunden und für die Zeit von April bis September 2008 diejenigen während 15 Wochenstunden (Urk. 18/55). Y.\_\_\_\_ hatte unterdessen mit einem Brief an die Wincare vom 13. Mai 2008 darauf aufmerksam gemacht, dass die IV-Stelle (weiterhin) für 52 Pflegestunden pro Woche aufkomme, weshalb gegenüber der Krankenkasse in Abweichung von deren Auffassung ein Anspruch von 24 Pflegestunden bestehe (Urk. 18/56).

1.4. Mit Eingabe vom 12. Juni 2008 (Urk. 18/59) liess Y.\_\_\_\_ als gesetzlicher Vertreter seiner Tochter und seinerseits vertreten durch Rechtsanwältin Karolin Wolfensberger Einsprache gegen die Verfügung vom 8. Mai 2008 erheben und geltend machen, der Versicherten seien gestützt auf die Vorschrift in Art. 65 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), eventualiter gestützt auf Art. 7 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) die Kosten für Behandlungs- und Pflegemassnahmen im Umfang von 24 Stunden pro Woche zuzusprechen, subeventualiter seien ihr rückwirkend ab dem 1. Januar 2006 12 Stunden und ab dem 1. Januar 2008 bis auf Weiteres 18 Stunden zu vergüten (Urk. 18/59 S. 1 f.). Mit Eingabe vom 9. September 2008 liess Y.\_\_\_\_ die Einsprache ergänzen (Urk. 18/64).

In der Folge veränderte die Wincare ihre Kostengutsprache im Umfang der anerkannten 15 Wochenstunden verschiedentlich, nämlich mit den Schreiben vom 1. Oktober 2008 (Urk. 18/67), vom 24. Februar 2009 (Urk. 18/74), vom 4. Mai 2009

(Urk. 18/90), vom 29. Juli 2009 (Urk. 18/104) und vom 30. Oktober 2009 (Urk. 18/111). Dabei behielt sie sich jedesmal einen anderslautenden Einspracheentscheid ausdrücklich vor.

Im selben Zeitraum tätigte die Wincare im Rahmen des laufenden Einspracheverfahrens verschiedene Abklärungen. Im Besonderen nahm sie die Berichte des Spitals A.\_\_\_\_ vom 17. November und vom 16. Dezember 2008 (Urk. 18/68 und Urk. 18/71) sowie den Kurzbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 9. März 2009 (Urk. 18/81) und dessen Bedarfsmeldefomulare vom 13. August 2008 und vom 11. Februar 2009 (Urk. 18/65 und Urk. 18/72) zu den Akten und erhielt ausserdem Kenntnis von der Mitteilung der IV-Stelle vom 18. März 2009, wonach die Versicherte für die Zeit von April bis September 2009 Leistungen der Kinderspitex im Umfang von 57 Wochenstunden zugute habe (Urk. 18/84). Des Weiteren liess sie durch die Kinderspitex und die zusätzlich angestellte Pflegefachfrau den Bericht vom 23. März 2009 über die täglichen Verrichtungen erstellen (Urk. 18/85). Sodann traf die Wincare Vorbereitungen im Hinblick auf einen Auftrag zur Begutachtung der Versicherten (vgl. die Korrespondenz der Kasse mit der Rechtsvertreterin der Versicherten hierzu in Urk. 18/83-84, Urk. 18/86-98, Urk. 18/100-103, Urk. 18/105-110). Schliesslich ordnete die Wincare mit Zwischenverfügung vom 27. November 2009 an, dass sich die Versicherte für die Festlegung der Leistungen an die Hauskrankenpflege betreffend das dermatologische Leiden einer konsiliarischen Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Poliklinik Dermatologie des Spitals A.\_\_\_\_, zu unterziehen habe (Urk. 18/112). Mit Schreiben vom 18. Dezember 2009 liess der Vater der Versicherten geltend machen, es stehe nicht nur die Pflege des Hautleidens, sondern auch die Pflege in Bezug auf die kardiologischen und pneumologischen Probleme zur Diskussion, weshalb richtigerweise eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgen müsste (Urk. 18/114).

1.5 Am 19. Februar 2010 erstattete Dr. D.\_\_\_\_ aufgrund ihrer Untersuchungen vom 15. Januar 2010 das verlangte Gutachten (Urk. 18/116). Mit Schreiben vom 8. März 2010 eröffnete die Wincare der Versicherten beziehungsweise deren Rechtsvertreterin, dass sie aufgrund der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ für das Jahr 2010 Kostengutsprache für die Leistungen der Grund- und Behandlungspflege im Umfang von 15 Wochenstunden erteile (Urk. 18/118).

Des weiteren erliess die Sanitas als Vertreterin der Wincare am 6. Mai 2010 im hängigen Einspracheverfahren den Einspracheentscheid (Urk. 2 = Urk. 18/121) und hielt im Dispositiv fest, dass die Einsprache gutgeheissen und die Verfügung vom 8. Mai 2008 aufgehoben werde und dass die Sanitas (richtig: die Wincare) für die Zeit vom 1. Januar bis zum 30. September 2008 die Kosten für die Grund- und Behandlungspflege im Umfang von 24 Stunden pro Woche übernehme. Auf eine telefonische Anfrage der Rechtsvertreterin der Versicherten hin teilte sie ferner mit E-Mail vom 29. Juni 2010 mit, dass der Einspracheentscheid lediglich die Leistungspflicht für den Zeitraum von Januar bis September 2008 beschlage, wogegen damit für den Zeitraum von Oktober 2008 bis Dezember 2009 kein Entscheid getroffen werde; vielmehr werde diesbezüglich neu entschieden, insbesondere gestützt auf das Gutachten des Spitals A.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2010 (Urk. 18/122).

2. Mit Eingabe vom 5. Juli 2010 (Urk. 1) liess der Vater der Versicherten, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwältin Karolin Wolfensberger, gegen den Einspracheentscheid vom 6. Mai 2010 Beschwerde erheben mit dem Antrag, der Entscheid

sei aufzuheben und die Wincare sei zu verpflichten, der Versicherten ab dem 1. Januar 2008 bis auf Weiteres die Kosten für den ausgewiesenen Pflegeaufwand (Grund- und Behandlungspflege) in der Höhe von 24 Stunden pro Woche zu vergüten (Urk. 1 S. 2). Auf die Aufforderung zur Beschwerdeantwort hin (Verfügung vom 6. Juli 2010, Urk. 5) wies die Wincare, vertreten durch die Sanitas, mit Eingabe vom 7. Oktober 2010 darauf hin, dass Vergleichsverhandlungen in Betracht gezogen würden (Urk. 8), informierte das Gericht jedoch mit Schreiben vom 8. November 2010 über deren Abbruch (Urk. 11). Nach mehrmals erstreckter Frist und letztmaliger Aufforderung mittels Notfrist (Verfügung vom 11. Januar 2011, Urk. 15) liess die Wincare am 20. Januar 2011 die Beschwerdeantwort erstatten (Urk. 17) und beantragen, die Beschwerde sei abzuweisen (Urk. 17 S. 2). Die Rechtsvertreterin der Versicherten hielt in der Replik vom 2. März 2011 (Urk. 21) an der Beschwerde fest und brachte als neue Beweismittel unter anderem ein Schreiben von Dr. D. \_\_\_ vom 12. Januar 2011 (Urk. 22/1), einen von der Wincare eingeholten Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 10. Februar 2011 (Urk. 22/2b mit den Fragen vom 7. Januar 2011, Urk. 22/2a), das Bedarfsmeldeformular betreffend pulmonologische Massnahmen vom 1. November 2010, ausgefüllt von der Kinderspitex und vom Pneumologen Dr. med. E. \_\_\_ (Urk. 22/3), und einen Bericht des Spitals A. \_\_\_, Dr. E. \_\_\_, vom 28. Februar 2011 bei (Urk. 22/5). In der Duplik vom 20. Juni 2011 liess die Wincare an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung festhalten (Urk. 27), was der Versicherten am 24. Juni 2011 mitgeteilt wurde (Urk. 28).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Unter den Parteien ist strittig, in welchem zeitlichen Umfang die Beschwerdegegnerin für die Kosten der Pflege der Versicherten zu Hause aufzukommen hat.

## **E. 2**

2.1 Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in den Artikeln 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen.

Zum Leistungsbereich gemäss den Artikeln 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden. Als Leistungserbringer kommen neben Ärzten oder Ärztinnen (Ziffer 1) auch Personen in Frage, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin tätig werden (Ziffer 3).

In Art. 7 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) wird der Leistungsbereich unter anderem der Krankenpflege zu Hause näher umschrieben; als Leistungserbringer werden die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV; Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV]) und die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 7 Abs. 1 lit. b KLV; Art. 51 KVV) aufgeführt. In Art. 7 Abs. 2 KLV wird zwischen Massnahmen der Abklärung und der Beratung (lit. a), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) und

Massnahmen der Grundpflege (lit. c) unterschieden.

2.2 Eine minderjährige Person, die von einem Geburtsgebrechen betroffen ist (Art. 3 Abs. 2 des Gesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), hat Anspruch auf medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung nach Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und Art. 2 Abs. 3 der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV). Diese medizinischen Massnahmen umfassen gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG ebenfalls Behandlungen, die in Hauspflege vorgenommen werden, und es stellt sich daher die Frage nach dem Verhältnis der entsprechenden Leistungen zu denjenigen nach Art. 7 KLV.

Nach Art. 27 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Mit dieser Bestimmung wird die Leistungspflicht der Krankenkasse für diejenigen Fälle statuiert, wo ein Geburtsgebrechen überhaupt nicht oder nicht mehr in die Zuständigkeit der Invalidenversicherung fällt (Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Auflage, S. 490 Rz 279). Ausserhalb dieser Koordinationsvorschrift der Ausschliesslichkeit sind jedoch nach den kürzlich ergangenen Grundsatzurteilen des Bundesgerichts (Urteil 9C\_886/2010 vom 10. Juni 2011 betreffend die Leistungspflicht der Krankenversicherung, Urteil BGE 136 209 betreffend Leistungspflicht der Invalidenversicherung) auch Fälle denkbar, wo die Krankenversicherung neben der Invalidenversicherung Leistungen zu erbringen hat (Urteil 9C\_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 4, insbesondere E. 4.5). Das Bundesgericht hat hierzu ausgeführt, als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 13 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG und Art. 2 Abs. 3 GgV gälten nur Vorkehren, welche notwendigerweise durch den Arzt oder - auf seine Anordnung - durch medizinische Hilfspersonen vorzunehmen seien, währenddem Vorkehren, die mit oder ohne Anleitung durch Personen ohne medizinische Spezialausbildung durchgeführt werden könnten, nicht unter die medizinischen Massnahmen im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn fielen (BGE 136 V 209 E. 7 und E. 10). Demgegenüber wird die Hauspflege nach Art. 7 KLV zwar ebenfalls nur dann bezahlt, wenn sie von qualifizierten Stellen - Pflegefachleuten oder Spitexorganisationen - erbracht wird, Voraussetzung ist hier aber nicht, dass eine Notwendigkeit dafür besteht.

Demgemäss ist das höchste Gericht in den zitierten konkreten Fällen zum Schluss gekommen, dass die Pflicht der Krankenkasse zur Erbringung von Leistungen nach Art. 7 KLV auch dort in Betracht fallen können, wo die Invalidenversicherung grundsätzlich leistungspflichtig sei, für die konkrete Leistung jedoch deshalb nicht aufkommen müsse, weil keine Notwendigkeit der Erbringung durch eine Fachperson bestehe. Es hat zudem festgehalten, die Leistungspflicht nach Art. 7 KLV werde auch dadurch nicht ausgeschlossen, dass eine versicherte Person eine Hilfenotschädigung und einen Intensivpflegezuschlag der Invalidenversicherung (Art. 42 ter IVG) beziehe. Vielmehr sei hier lediglich die Schranke der Altersentschädigung zu beachten (Urteil 9C\_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 4.5).

### E. 3

3.1 Nach Art. 49 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person



4.2.1.1. Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Mai 2010 (Urk. 2) und in der ihm zugrunde liegenden Verfügung vom 8. Mai 2008 (Urk. 18/55) werden nämlich dem Wortlaut nach nur die Leistungen für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 30. September 2008 festgelegt, und währenddem der Versicherten in der Verfügung für diesen Zeitraum lediglich die Kosten für 12 Wochenstunden (Januar bis März) beziehungsweise für 15 Wochenstunden (April bis September) zugesprochen worden waren, sprach die Beschwerdegegnerin ihr im angefochtenen Einspracheentscheid für diesen gesamten Zeitraum die beantragten 24 Wochenstunden zu.

4.2.2. Aufgrund dieser Leistungszusprache stellt die Beschwerdegegnerin sinngemäss das Rechtsschutzinteresse der Versicherten an der gerichtlichen Beurteilung des Einspracheentscheids vom 6. Mai 2010 in Frage, indem sie geltend macht, sie habe mit ihrem Entscheid nur ihre Leistungspflicht für den besagten begrenzten Zeitraum festgelegt und hier dem beschwerdeföhrerischen Antrag voll entsprochen (vgl. Urk. 17 S. 3 f. sowie die Ausführungen im E-Mail vom 29. Juni 2010, Urk. 18/122). Die Rechtsvertreterin der Versicherten stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin hätte im angefochtenen Entscheid richtigerweise für den gesamten Zeitraum bis zum Entscheiderlass über ihre Leistungspflicht befinden müssen (Urk. 1 S. 9 ff., Urk. 21 S. 4 f.).

4.2.3.1. Dort wo Dauerleistungen, wie insbesondere Renten, zur Diskussion stehen, die auf unbestimmte Zeit hin zugesprochen werden, erstreckt sich der Beurteilungszeitraum im Einspracheverfahren in aller Regel tatsächlich über die Zeit des Verfügungsdatums hinaus bis zum Erlass des Einspracheentscheids. Nicht der Fall ist dies hingegen dort, wo Leistungen zu beurteilen sind, die von vornherein nur für einen begrenzten Zeitraum zugesprochen werden, also nach der Rechtsprechung beispielsweise Taggelder oder Heilbehandlungskosten (vgl. BGE 133 V 57 E. 6.6-6.8). Denn in diesen Fällen ist über die Leistungspflicht in den Folgezeiträumen grundsätzlich ohne Bindung an den Entscheid über die Leistungspflicht im vorangegangenen Zeitraum neu zu befinden, und jeder dieser Entscheide hat somit eigenständigen Charakter. Um solchermassen zeitlich limitierte Leistungen handelt es sich auch bei den vorliegend zur Diskussion stehenden Kosten der Hauspflege. Dies ergibt sich daraus, dass eine ärztliche Anordnung von Leistungen nach Art. 7 KLV gestützt auf Art. 8 Abs. 6 KLV befristet zu treffen ist. Eine unbefristete Geltung der ärztlichen Anordnung ist zwar - wie die Rechtsvertreterin der Versicherten im Einspracheschreiben vom 12. Juni 2008 insoweit richtig festhielt (vgl. Urk. 18/59 S. 3) - in Art. 8 Abs. 6 bis KLV für diejenigen Fälle vorgesehen, wo eine Person eine Hilfslosenentschädigung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhält; jedoch gilt dies nur in Bezug auf die Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes. Die strittigen Spitexstunden betreffen jedoch überwiegend, wenn auch möglicherweise nicht ausschliesslich (vgl. die vorstehenden rechtlichen Erwägungen), das dermatologische Leiden der Versicherten, und hier erscheint eine zeitliche Befristung der ärztlichen Anordnungen, wie sie aufgrund der obigen Sachverhaltsdarstellung von Dr. B. auch vorgenommen wurde, als gerechtfertigt. Dies gilt umso mehr, als Dr. D. in ihrem Gutachten vom 19. Februar 2010 einen schubweisen Verlauf des Hautleidens schilderte (Urk. 18/116 S. 2 und S. 5).

4.2.4. Es kann deshalb nicht gesagt werden, die Beschwerdegegnerin hätte richtigerweise im angefochtenen Einspracheentscheid auch über ihre Leistungspflicht für die Zeit nach dem 30. September 2008 befinden müssen, weshalb diese





Zeitraum von Oktober 2008 bis Dezember 2009 entweder die Verfǘgung zu erlassen oder die allenfalls noch notwendigen Abklä́rungen in die Wege zu leiten.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.00 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Karolin Wolfensberger

- Sanitas

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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