

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00079

vom 26. Juni 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2010.00079

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00079 du 26 juin 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00079 del 26 giugno 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 X., geboren 1953, war im Jahr 2009 bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) obligatorisch krankenpflegeversichert (Urk. 5/1).

Am 30. September 2009 ersuchte das Kreiskrankenhaus Y., Deutschland, die Helsana um Kostengutsprache, weil X. seit dem 25. September 2009 dort auf der Privatstation hospitalisiert sei (Urk. 5/2; vgl. auch Urk. 5/8). Die Helsana zog darauf Erkundigungen ein (Urk. 5/3-8) und verweigerte in der Folge die Übernahme der Kosten für die Spitalbehandlung in Deutschland, da die dort behandelte Alkoholabhängigkeit einerseits keine Versicherungsdeckung bestehe und es sich nicht um eine Notfallbehandlung handle (Urk. 5/9-10).

Nach Korrespondenz mit der Versicherten (Urk. 5/11-16) verneinte die Helsana mit Verfügung vom 7. April 2010 (Urk. 5/19) die Übernahme der den stationären Aufenthalt vom 25. September 2009 bis 1. Februar 2010 zunächst im Kreiskrankenhaus Y. und anschliessend im Zentrum für Integrative Psychiatrie Z. angefallenen Behandlungskosten in der Höhe von insgesamt CHF 43'843.70 (Urk. 5/19). Die dagegen erhobene Einsprache vom 11. Mai 2010 (Urk. 5/26) wies die Helsana mit Entscheid vom 18. Juni 2010 ab (Urk. 5/22 = Urk. 3).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich unter Hinweis auf den Bericht von Prof. Dr. med. A., Chefarzt, Medizinische Klinik Y., vom 13. Oktober 2009 (Urk. 5/8) auf den Standpunkt, dass die Hospitalisation der Beschwerdeführerin zur Alkoholentzugsbehandlung ohne Weiteres in der Schweiz hätte durchgeführt werden können, dass mithin keine Versorgungslücke vorliege, die ein Abweichen vom Territorialitätsprinzip rechtfertige (Urk. 3 S. 4). Die Beschwerdeführerin sei bei Spitaleintritt nicht reiseunfähig und eine Rückreise in die Schweiz sei zumutbar gewesen, weshalb kein Notfall vorgelegen habe (Urk. 3 S. 5, Urk. 4 S. 6, Urk. 12 S. 3). Auch die Abkommen begründeten keine Leistungspflicht, da sie, die Beschwerdegegnerin, für die Auslandbehandlung keine Genehmigung erteilt habe (Urk. 3 S. 6). Schliesslich seien die Ausführungen der Beschwerdeführerin zum Datenschutz wie auch zur Versicherungskarte unbehelflich (Urk. 4 S. 5 f.).

2.2 Die Beschwerdeführerin wandte dagegen ein, sie sei in der Schweiz bei Dr. med. B., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, in hausärztlicher Behandlung gestanden (Urk. 2 S. 2 f.). In Y. sei es durch den Diabetes und eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis nicht zuletzt wegen der von Dr. B. verursachten und in Y.

festgestellten überhöhten Medikamentendosis, die zu kurzzeitigem Alkoholabusus geführt habe, zu einer akuten Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes gekommen. Zum Lebensschutz sei deshalb eine Akuteinweisung dringend geboten gewesen. Sie sei für den empfohlenen Rücktransport auch nicht reisefähig gewesen (Urk. 2 S. 3, S. 5 und S. 8 f., Urk. 9/1 S. 3). Sie habe über die Europäische Versicherungskarte der Beschwerdegegnerin verfügt, und es sei ihr nicht bekannt gewesen, dass nur Aufenthalte in einem Schweizer Krankenhaus gedeckt seien. Dies führe zu einer nicht nachvollziehbaren Einschränkung für Deutsche Versicherte (Urk. 2 S. 4 und S. 6 f.). Sie habe in die Behandlung in der Schweiz auch kein Vertrauen mehr gehabt (Urk. 2 S. 5). Im Kreiskrankenhaus Y. und hernach im Zentrum für Integrative Psychiatrie sei sie vollständig entgiftet worden. In der Schweiz gebe es hierfür keine geeigneten Therapien und Behandlungsorte (Urk. 2 S. 7). Sie verlange deshalb auch die Zusage, dass die Fortsetzung der Behandlung in Deutschland übernommen werde, zumal die Kosten in der Schweiz höher wären (Urk. 2 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Eingabe vom 19. Februar 2011 präzisierte die Beschwerdeführerin ihre Rechtsbegehren dahin gehend, dass sie nunmehr um Übernahme von 995.24 (Behandlungskosten von Dr. C., Deutschland, und dort bezogene Medikamente) sowie des Sozialtariflichen Teils der Krankenhausbehandlung ersuchte. Dabei wies sie darauf hin, dass sie dies eigentlich nie vereinbart habe und für unzulässig halte. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin auch für ihre Behandlungen in Deutschland bezahlt und sich nie auf die Helsanacard berufen (Urk. 9/1 S. 2-3).

2.2 Ä Ä Ä Ä Strittig und zu prägen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin aus der obligatorischen Krankenversicherung die Spitalkosten für die Behandlung im Kreiskrankenhaus Y. und im Zentrum für Integrative Psychiatrie in Z. (nachfolgend E. 3-4) sowie 995.24 für ambulante Behandlung und Medikamente (nachfolgend E. 5) zu bezahlen hat.

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Akten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin in der Schweiz bei Dr. B. in Behandlung stand und über ihn ihre Medikamente bezog (Urk. 2/1 im Prozess KK.2010.00023). Gemäss ihren eigenen Aussagen begab sich die Beschwerdeführerin im Herbst 2009 für einen Ferienaufenthalt nach D. (Urk. 2 S. 3 Mitte). Dr. med. C., Facharzt für Allgemeinmedizin, wies sie gemäss Verordnung vom 29. September 2009 am 25. September 2009 ins Kreiskrankenhaus Y. zur Entgiftung ein. Dabei stellte er folgende Diagnosen: Schlafmittel- und Alkoholsucht, Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie und Depression (Urk. 2/2 im Prozess KK.2010.00023). In seinen Honorarrechnungen nannte er zudem Schlafstörungen und eine Polyneuropathie (Urk. 5/16/4-5). In der Rechnung der Radiologischen Praxis Y. über die am 25. September 2009 erfolgte Untersuchung wurde diagnostisch allein der Alkoholabusus erwähnt (Urk. 5/16/7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 25. September 2009 wurde die Beschwerdeführerin entsprechend der Zuweisung von Dr. C. im Kreiskrankenhaus Y. hospitalisiert. Prof. Dr. A. stellte im Bericht vom 13. Oktober 2009 folgende Diagnosen: Alkoholabhängigkeit, Abhängigkeit von mehreren Medikamenten, inklusive Beruhigungsmittel. Dazu führte er aus, dass die stationäre Aufnahme zur Alkoholentzugsbehandlung erfolgt sei. Aus

seiner Sicht sei die Klinik für diese Behandlung eigentlich die falsche Adresse. Die Entzugsbehandlung könne letztendlich an jeden Ort in der Schweiz und in Deutschland durchgeführt werden. Die Beschwerdeführerin sei voll transportfähig. Einen Rücktransport schloss Prof. Dr. A. ___ nicht aus, wobei er wegen der psychischen Labilität einen rasch Transport mit ärztlicher Begleitung in einem Linienflug nahe legte (Urk. 5/8 S. 1). Die Behandlungen im Kreiskrankenhaus in der Zeit vom 25. September bis 16. Oktober 2009 wurden als Alkoholentzug beschrieben (Urk. 5/16/6/4).

Am 29. September 2009 fand eine psychiatrische Abklärung durch Prof. Dr. med. F. ___, Chefarzt im Kreiskrankenhaus Y. ___, statt. Seine Rechnung vom 3. November 2009 nennt folgende, nach ICD-10 codierten Diagnosen: F10.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom), F32.9 (Depressive Episode, nicht näher bezeichnet) und F13.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom; Urk. 5/16/9).

Bis am 16. Oktober 2009 war die Beschwerdeführerin im Kreiskrankenhaus Y. ___ hospitalisiert (Urk. 5/16/6/3).

Hernach trat sie bis am 1. Februar 2010 ins Zentrum für Integrative Psychiatrie Z. ___ über. Die dort behandelnden Ärzte berichteten am 1. Februar 2010 neben den bereits von Dr. F. ___ gestellten Diagnosen von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2; Urk. 5/16/21). Anamnestisch wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin Mitte der 80-er Jahre während etwa 10 Jahren alkoholabhängig gewesen sei. Dann sei sie 10 Jahre trocken geblieben, und Ende August 2009 habe sie einen Rückfall erlitten. Daneben leide sie wegen lange anhaltenden Einschlafstörungen an einer Benzodiazepinabhängigkeit. Trotz Erhöhung der Dosis habe sie nicht die erwünschte Wirkung verspürt. Daher habe sie sich für einen stationären Aufenthalt entschieden. Im Zentrum sei ein Benzodiazepinentzug durchgeführt worden (Urk. 5/16/21).

E. 4

4.1 Aufgrund dieser medizinischen Aktenlage kann ausgeschlossen werden, dass die Hospitalisation der Beschwerdeführerin im Kreiskrankenhaus Y. ___ eine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV darstellte.

Aus den aufliegenden Berichten geht nicht hervor, dass in somatischer oder psychiatrischer Hinsicht ein sofort stationär zu behandelndes Akutereignis vorgelegen hätte. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass eine diabetische Entgleisung eine notfallmässige Behandlung erheischt hätte. Vielmehr erachteten Prof. Dr. A. ___ und Dr. C. ___ die Behandlung der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit als angezeigt. Dies bestätigen auch die Angaben der Ärzte des Zentrums für Integrative Psychiatrie, welche die fehlende Wirkung der Schlafmittel, mithin die Benzodiazepinabhängigkeit als Grund für die stationäre Aufnahme nannten (Urk. 5/16/21 S. 2). Es kann indes nicht gesagt werden, dass der stationäre Entzug unaufschiebbar war und damit zwingend in Deutschland zu erfolgen hatte. Dies bestätigte Prof. Dr. A. ___, indem er die Rückreise in die Schweiz mittels Flugreise und Begleitung als möglich bezeichnete (Urk. 5/8).

Damit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin die Rückreise aus medizinischer Sicht ohne Weiteres zumutbar gewesen wäre und damit das Vorliegen eines Notfalls zu verneinen ist (Eugster, a.a.O., S. 560 f. Rz 477). Eine Leistungspflicht der

Beschwerdegegnerin für die Spitalbehandlungen lässt sich daher nicht auf die Regelung in Art. 36 Abs. 2 KVV stützen.

4.2 Der Beschwerdeführerin kann auch nicht gefolgt werden, wenn sie geltend macht, der Alkohol- und Medikamentenentzug wie auch die anschliessende psychiatrische Behandlung hätten in der Schweiz nicht durchgeführt werden können. Ein Blick ins Internet zeigt, dass beispielsweise die Forel-Klinik (www.forel-klinik.ch) ein Kompetenzzentrum für die Behandlung von Suchterkrankungen, insbesondere Alkohol- und Medikamentenerkrankungen mit entsprechenden Behandlungen anbietet.

Unter die Bestimmung von Art. 36 Abs. 1 KVV fallen zur Hauptsache Leistungen mit hoher technischer Spezialisierung oder sehr seltene Krankheitsbehandlungen, für welche der Schweiz die notwendige medizinische Technik fehlt (vgl. vorstehend E. 1.3; Eugster, a.a.O., S. 561 Rz 480). Dies trifft für die hier durchgeführten Entzugsbehandlungen zweifellos nicht zu. Davon ging im Übrigen auch Prof. Dr. A. ___ aus, der eine Behandlung in der Schweiz ausdrücklich als möglich erachtete. Mithin bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass für die Entzugsbehandlungen die diagnostische oder therapeutische Erfahrung in der Schweiz ungenügend oder die Behandlung in der Schweiz mit höheren Risiken als in Deutschland verbunden wäre. Damit rechtfertigt sich ein Abweichen vom Territorialitätsprinzip nicht.

Daran ändert auch nichts, dass die Beschwerdeführerin in die Behandlung ihres Hausarztes Dr. B. ___ kein Vertrauen mehr hatte. Es wäre ihr einerseits frei gestanden, sich von einem anderen Arzt ihres Vertrauens in der Schweiz behandeln zu lassen. Und andererseits lässt sich allein aus ihrem Misstrauen gegenüber ihrem Hausarzt nicht auf eine mangelnde Qualität der Versorgung von Alkohol- und Medikamentenkranken in der Schweiz schliessen. Im Weiteren bleibt festzuhalten, dass ihre Behauptung, Dr. B. ___ habe die Medikamente nicht korrekt verschrieben und die Abhängigkeit verursacht, in den Berichten von Prof. Dr. A. ___ und des Zentrums für Integrative Psychiatrie keine Stütze findet.

Demnach begründet auch Art. 36 Abs. 1 KVV keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

4.3 Ebenso wenig kann sich die Beschwerdeführerin mit Aussicht auf Erfolg auf die Dienstleistungsfreiheit berufen, wie sich den rechtlichen Erwägungen hiezu (vorstehend E. 1.4) entnehmen lässt. Und für eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 22 Abs. 1 lit. c und Abs. 2 der Verordnung 1408/71 müsste eine Behandlung in der Schweiz nicht innert nützlicher Frist möglich gewesen sein, wofür indessen keine Hinweise bestehen. Namentlich ist nicht ersichtlich, dass sich die Beschwerdeführerin vergeblich um eine Behandlung in der Schweiz bemüht hätte.

Schliesslich hat die Beschwerdeführerin auch keinen Anspruch auf die Erstattung derjenigen Kosten, die entstanden wären, wenn die Behandlung in der Schweiz durchgeführt worden wäre. Denn dieses Institut der Austauschbefugnis besteht nach der Rechtsprechung im Falle einer Auslandbehandlung nicht (vgl. BGE 131 V 271 E. 3.2).

4.5 An diesem Ergebnis vermögen auch die übrigen Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern.

Insbesondere vermag die Beschwerdeführerin aus ihren Hinweisen auf die überreichte Europäische Versicherungskarte (Urk. 2/4 im Prozess KK.2010.00023; Urk. 5/16/2 S. 1-2) nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Denn einerseits werden die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung nicht durch diese Karte, sondern allein durch Gesetz und Verordnungen bestimmt (vgl. zur Versichertenkarte Art. 42a KVG). Und andererseits war mit der Karte der Hinweis verbunden, dass sie für Notfälle im Ausland, mithin nicht für jedwede Auslandbehandlung zur Verfügung steht (Urk. 2/5 im Prozess KK.2010.00023; Urk. 5/16 S. 1). Und die Bemerkung der Gleichbehandlung mit der Bevölkerung im EU- und EFTA-Raum war allein auf die integrierte E-111-Leistung bezogen. Dies bedeutet gemäss den Erläuterungen, dass für Reisen ins EU- und EFTA-Ausland kein Formular E 111 mehr notwendig ist, sondern allein die Versicherungskarte vorgewiesen werden kann (vgl. Urk. 2/5 S. 2 im Prozess KK.2010.00023, Urk. 5/16/2 S. 2). Nichts Anderes kann der im März 2010 versandten Karte entnommen werden (Urk. 2/15 und Urk. 2/17 im Prozess KK.2010.00023), wobei festzuhalten ist, dass diese Karte erst im März 2010 und somit nach der Spitalentlassung zugestellt wurde (Urk. 2/17 im Prozess KK.2010.00023). Daher vermag sie von vornherein in Bezug auf die fragliche Spitalbehandlung keinen Vertrauensstatbestand zu begründen.

Aus einer allfälligen Unkenntnis über ihre Leistungsansprüche vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten, da niemand Vorteile aus der eigenen Rechtsunkenntnis ziehen kann. Ferner teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin sofort nach Eingang des Arztberichtes am 14. Oktober 2009 mit, dass sie für die Behandlung in Deutschland nicht aufkomme (Urk. 5/10).

4.6 Soweit die Beschwerdeführerin die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin beantragte, auch für die (zukünftige) Fortsetzung der Behandlung in Deutschland aufzukommen, kann sie nicht gehört werden. Denn sobald sich die Versicherte zum Zwecke der Behandlung ins Ausland begibt, kann zum vornherein nicht mehr von einem allenfalls einen Anspruch begründenden Notfall gesprochen werden (Art. 36 Abs. 2 KVV).

Da dieses Rechtsbegehren ohne Weiteres abzuweisen ist, kann offen bleiben, ob angesichts seines Feststellungscharakters überhaupt darauf eingetreten werden kann.

E. 5

5.1 In ihrer Eingabe vom 19. Februar 2011 beantragte die Beschwerdeführerin sodann die Übernahme von CHF 995.24 (Urk. 9/1 S. 2). Dieser Betrag setzt sich zusammen aus den Behandlungskosten von Dr. C. ___ in der Höhe von CHF 250.27 (CHF 193.96 + CHF 56.31; Urk. 5/16/4-5) sowie Medikamentenkosten von CHF 744.97. Diese Medikamente hat die Beschwerdeführerin in Deutschland auf Verschreibung von Prof. Dr. med. G. ___ nach ihrem Spitalaustritt am 1. Februar 2010 bezogen (Urk. 5/16/20).

Entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin, die sich zum entsprechenden Begehren materiell gar nicht äusserte, weil es unklar sei (Urk. 12 S. 2), bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin hierfür einzustehen hat.

5.2 Vor ihrer Spitaleinweisung am 25. September 2009 wurde die Beschwerdeführerin am 14./15. September 2009 ambulant von Dr. C. ___ behandelt und am 24. September 2009 besprach er sich - wohl betreffend die Spitaleinweisung - mit dem Kreiskrankenhaus Y. ___ (Urk. 5/16/4). Hierfür wie auch für weitere Behandlungen

während der Hospitalisation stellte Dr. C. Rechnung (Urk. 5/16/4-5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des auch in den Rechnungen festgehaltenen Suchtgeschehens kann nicht von der Hand gewiesen werden, dass die Beschwerdeführerin einer ambulanten Behandlung im Sinne einer ambulanten Notfallbehandlung bedurfte. Im Gegensatz zur anschliessenden stationären Behandlung, für welche eine Rückreise in die Schweiz zumutbar gewesen wäre, trifft die Beschwerdeführerin bei einer bloss ambulanten Arztbehandlung nicht ohne Weiteres eine Rückreisepflicht. Denn es kann von der Versicherten bei (wenigen) ambulanten Behandlungen im Ausland nicht verlangt werden, dass sie bei einem behandlungsbedürftigen Unwohlsein umgehend die Rückreise in die Schweiz antritt, um dort den Arzt aufzusuchen. Denn die Zumutbarkeit der Rückreise beurteilt sich nicht nur nach der Reisefähigkeit, sondern auch im Verhältnis zu den anfallenden Behandlungskosten (Eugster, a.a.O., S. 560 Rz 477 in fine mit Hinweisen). Mit Blick darauf ist deshalb die Zumutbarkeit der Rückreise zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demnach ist bezüglich der Behandlungskosten von Dr. C. die Notfallsituation zu bejahen, weshalb die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung für die Kosten seiner ambulanten Behandlung aufzukommen hat. Da diese jedoch bloss bis zum Zeitpunkt des Spitaleintritts und somit der Übernahme der Behandlung durch das Kreiskrankenhaus Y. notwendig und zweckmässig war (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG), ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, nur die Arztkosten von CHF 143.01 (CHF 193.96 ./. CHF 10.73 ./. CHF 40.22) zu bezahlen.

5.3 Ä Ä Ä Ä Das Gleiche gilt in Bezug auf die am 1. Februar 2010 nach dem Spitalaustritt bezogenen, ärztlich verschriebenen Medikamente im Betrag von CHF 744.97. In Anbetracht des ärztlichen Zeugnisses ist davon auszugehen, dass die Medikamente für die weitere Behandlung unabdingbar waren und somit diesbezüglich ein Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV vorlag.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin hat daher auch für diese Medikamente einzustehen.

5.4 Ä Ä Ä Ä Den Akten können keine Angaben darüber entnommen werden, wie hoch die von der Beschwerdeführerin zu übernehmenden Kostenbeteiligungen, insbesondere die Franchise (Art. 64 KVG) zu veranschlagen sind. Damit kann in masslicher Hinsicht nicht abschliessend über die Höhe der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entschieden werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In teilweiser Gutheissung der Beschwerde, ist demgemäss festzustellen dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen in Bezug auf CHF 887.98 (CHF 143.01 + CHF 744.97) im Grundsatz zu erbringen und davon den Selbstbehalt und die noch zu ermittelnde Franchise in Abzug zu bringen hat.

5.5 Ä Ä Ä Ä Mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Zinsen von 5 % seit 26. März 2010 (Urk. 2 S. 2) ist festzuhalten, dass sich die Frage der Verzugszinspflicht nach Art. 26 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) richtet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG werden die Sozialversicherungen für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs,

frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig, sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist. Der Satz für den Verzugszins beträgt 5 % im Jahr (Art. 7 Abs. 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSV).

Die Beschwerdeführerin reichte der Beschwerdegegnerin mit Faxeingabe vom 9. März 2010 die Rechnungen von Dr. C.____ sowie ihre Aufwendungen für die Medikamente zur Rückerstattung ein (Urk. 5/16/1 und Urk. 5/16/3). Das Gesetz setzt dem Krankenversicherer keine Fristen zur Erstattung ihrer Leistungen. Zur Prüfung der geltend gemachten Ansprüche ist ihr indes jedenfalls eine Frist zuzugestehen. Angesichts des Erlasses der Verfügung durch die Beschwerdegegnerin am 7. April 2010 (Urk. 5/19) ist davon auszugehen, dass in diesem Zeitpunkt der Leistungsanspruch entstanden und im Falle der Bejahung die Leistungen ausbezahlt worden wären.

Demnach war die Frist von 24 Monaten, während denen nach Art. 26 Abs. 2 ATSG keine Verzugszinsen geschuldet waren, am 7. April 2012 abgelaufen. Damit steht fest, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen ab diesem Datum zu verzinsen hat.

Angesichts des fast vollständigen Unterliegens der Beschwerdeführerin (98 %) rechtfertigt sich die Zusprache einer Prozessentschädigung nicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Helsana vom 18. Juni 2010 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Helsana für die ambulanten Behandlungskosten und die Medikamentenkosten von insgesamt CHF 887.98 im Sinne der Erwägungen aufzukommen und auf die geschuldete Summe für die Zeit ab 8. April 2012 einen Verzugszins von 5 % zu bezahlen hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Karsten Fabel
- Helsana Versicherungen AG
- Bundesamt für Gesundheit

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.