

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2011.00024 vom 30. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2011.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2011.00024 du 30 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2011.00024 del 30 novembre 2012

Erwägungen

E. 2

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

2.2 Zum Leistungsbereich gemäss Art. 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 KVG unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden (lit. a), einen Beitrag an die ärztlich angeordneten Badekuren (lit. c), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d) und den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit. e).

2.3 In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das für den Behandlungszweck erforderlich ist. Demnach haben sie dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen. Wirksam ist eine medizinische Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Sie meint die einfache Tatsache der Eignung zur Zielerreichung und stellt insofern einen Teilgehalt der Zweckmässigkeit dar, welche voraussetzt, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel (Untersuchung, Behandlung, Pflege) zu erreichen (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a+b mit Hinweisen). Die Zweckmässigkeit kann in diesem Sinn umschrieben werden als "angemessene Eignung im Einzelfall" (BGE 123 V 53 E. 2c/bb; Urteil des Bundesgerichts K 142/03 vom 24. Juni 2004 E. 1.2). Sie ist hinsichtlich des angestrebten Ziels nach medizinischen Kriterien, prospektiv und objektiv zu beurteilen (BGE 130 V 299 E. 6.1 und 6.2.1.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_824/2007 vom 3. April 2008 E. 3.3.2).

2.4

2.4.1 Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, das heisst einer Anstalt oder deren Abteilung

aufhört, 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 (das heisst unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits 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 323 E. 2b mit Hinweisen). Hingegen hat der Krankenversicherer nicht dafür aufzukommen, wenn ein Versicherter trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit aus sozialen Überlegungen oder mangels Platzangebot in einem Pflegeheim weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist (BGE 124 V 362 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 9C_369/2009 vom 18. September 2009 E. 2.2).

2.4.2.2. Akutspitalbedürftig sind in der Regel plötzlich auftretende, meist kurzfristig und heftig verlaufende Gesundheitsstörungen, welche eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordern. Das KVG nennt keine zeitliche Grenze, ab welcher bei länger dauernder Krankheit die Akutphase abgeschlossen ist; eine allgemeingültige Grenze lässt sich nicht ziehen. Die Akutphase dauert aber in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist. Unter dieser Voraussetzung kann auch eine längere stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik noch den Charakter einer Akutbehandlung haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_107/2011 vom 28. Februar 2011 E. 2.2 mit Hinweisen).

2.4.3.2. Wie in BGE 126 V 323 E. 2c - in Abgrenzung zu den nicht kassenpflichtigen Erholungskuren - ausgeführt wurde, wird der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG im Gesetz nicht näher umschrieben. Nach Gebhard Eugster (Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl., S. 530 Rz 403 ff.) besteht das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. 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 chronisch Kranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens. Sie kann ambulant, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen, wobei im letzteren 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. Als wirtschaftlich gilt mit Bezug auf den Durchführungsort grundsätzlich die jeweils

kostengünstigere Alternative (Eugster, a.a.O., S. 531 Rz 405; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_193/2007 vom 11. Januar 2008 E. 3).

2.4.4. Im Gesetz nicht erwähnt sind die Erholungskuren, an welche die Krankenversicherer, wie nach dem früheren Recht (BGE 109 V 270 E. 4), keine Pflichtleistungen zu erbringen haben. Dies gilt auch für Anwendungen, welche einzig die Erholung oder Genesung fördern sollen, und diagnostische Massnahmen zur Klärung des dafür notwendigen Therapiebedarfs. Von der blossen Erholung ist die Fortsetzung einer begonnenen Heilbehandlung unter Kurbedingungen zu unterscheiden. Dient die Kur der Durchführung besonderer Therapien oder Therapieprogramme bei bestimmten Erkrankungen, hat der Krankenversicherer grundsätzlich die gleichen Leistungen zu erbringen wie bei der ambulanten Behandlung.

Für die Abgrenzung zwischen Erholungskuren und der medizinischen Rehabilitation ist auf die Zielsetzung der Massnahme abzustellen. Die medizinische Rehabilitation ist auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Erholungskuren dienen Versicherten ohne besondere Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit zur Erholung und Genesung nach Erkrankungen, die eine wesentliche Verminderung des Allgemeinzustandes zur Folge hatten (Eugster, a.a.O., S. 531 ff. Rz 406 ff. und 410 f.; BGE 126 V 323 E. 2d; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts K 180/00 vom 22. August 2001 E. 1d).

2.4.5. Eine Badekur liegt dann vor, wenn der Versicherte die verordneten Therapien in einer ärztlich geleiteten Badekuranstalt zu absolvieren hat und hierfür ausserhalb seiner Wohnung Unterkunft nehmen muss. Nicht ausserhalb seiner Wohnung bezieht Unterkunft, wer die Bäderbehandlungen und anderweitigen Heilanwendungen vom eigenen oder ganzjährig (allenfalls saisonweise) gemieteten Ferienhaus (bzw. Ferienwohnung) am Badekurort aus absolviert

(Eugster, a.a.O., S. 531 Rz 407; BGE 107 V 170 zu Art. 12 Abs. 2 Ziff. 3 des bis Ende 1995 in Kraft gewesenen Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung, KUVG). Nach Art. 25 der Verordnung des Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) übernimmt die Versicherung während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von Fr. 10.-- Franken an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren.

2.5. Gemäss Art. 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) gelten als stationäre Behandlungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus (a.) von mindestens 24 Stunden, (b.) von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, (c.) im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital, (d.) im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital und (e.) bei Todesfällen. Als ambulante Behandlung nach Art. 49 Abs. 6 KVG gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung (Art. 5 VKL).

E. 3

3.1. Die Beschwerdeführerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, es sei hier weder eine Spitalbedürftigkeit noch eine Erholungskur gegeben. Es liege vielmehr eine ambulante Rehabilitation unter den Bedingungen einer Badekur vor. Der in Art. 25 KLV vorgesehene tägliche Beitrag von Fr. 10.-- decke mit Ausnahme der ambulanten Leistungen auch die Kosten der Hotellerie und die Heilbadeintritte ab. Diese Bestimmung sehe keinerlei separate Leistungspflicht für die private Unterkunft mit Bettwäsche, Kurtaxe und Verpflegung vor. Bezüglich der zusätzlich beantragten Therapiebehandlungen könne der Beschwerdeführer eine separate Verfügung verlangen (Urk. 2).

3.2. Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die Verfügung vom 23. Dezember 2010 und der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Februar 2011 seien schon in formeller Hinsicht mangelhaft, da in deren Begründungen auf seinen konkreten Fall nicht eingegangen werde. Auch sei nicht verständlich ausgeführt worden, was die von ihm absolvierte medizinische Rehabilitation mit einer Bade- beziehungsweise Erholungskur zu tun haben solle und weshalb Unterkunft und Verpflegung nur mit dem Tagessatz einer Badekur entschädigt werden sollten. In materiell-rechtlicher Hinsicht bringt der Beschwerdeführer vor, es handle sich bei der medizinischen Rehabilitation mit Unterkunft vor Ort um eine Zwischenkategorie zwischen der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation und jedenfalls nicht um eine Bade- respektive Erholungskur. Dabei sei von einer Gesetzeslücke auszugehen, bei der das Gericht bestimmen könne, dass die gesamten anfallenden Kosten für die Unterkunft vor Ort vom Versicherer zu übernehmen seien. Er habe mit rund Fr. 65.-- pro Tag respektive Fr. 1'46.60 für den ganzen Aufenthalt die kostengünstigste Variante gewählt. Die zusätzlich zu den 20 Therapieelektionen pro Woche beantragten und ärztlich verordneten Physiotherapien, nämlich die insgesamt 35 Therapieelektionen pro Woche gemäss der Verordnung von Prof. Dr. B. vom 24. Januar 2011 würden einen Teil der Beschwerde darstellen, da sie dieselbe Leistung, nämlich die medizinische Rehabilitation in Q., betreffen. Es gehe nicht nur um den relativ kleinen Differenzbetrag in Bezug auf die Unterkunft und die Kosten für die zusätzlichen Physiotherapien. Dies solle für diese und für allfällige zukünftige Therapieaufenthalte in Q. geklärt werden (Urk. 1 S. 5 ff.).

E. 4

4.1. In der Verfügung vom 23. Dezember 2010, die dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. Februar 2011 zu Grunde lag und die durch dessen Erlass ersetzt wurde (BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1), entschied die Verwaltung einzig über die Frage der Kostengutsprache für eine stationäre oder ambulante Rehabilitationsbehandlung des Beschwerdeführers, die sie mit der Bejahung eines Anspruchs auf eine wohnortsfremde ambulante Behandlung in Form eines Kurbeitrages plus ärztlich verordneten kassenpflichtigen Therapien beantwortete (Urk. 3/8). Die Einsprache dagegen wies sie ab und bestätigte mithin ihre Verfügung (Urk. 2). Dies ist Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens.

4.2. Soweit der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde den konkreten Behandlungsplan und dabei im Besonderen die konkrete Anzahl Physiotherapien sowie Fragen, ob, in welchem Umfang und nach welchen Kriterien (Tarif) die A. ihre Leistungen zu erbringen hatte, überpruft haben will (Urk. 1 S. 9 ff., Urk. 10), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Denn die Beschwerdeführerin konnte und musste sich darüber im angefochtenen Entscheid nicht aussprechen. Vor allem der konkrete

Ärztliche Behandlungsplan, der eine sehr intensive Physiotherapie beinhaltete, war damals noch nicht bekannt. So wurden vor allem die zusätzlichen strittigen Physiotherapien von der Klinik erst während des Aufenthaltes des Beschwerdeführers bei der Beschwerdegegnerin beantragt (Urk. 3/13+14), ein Anfechtungsgegenstand liegt diesbezüglich also nicht vor. Die Beschwerdegegnerin hat sich im vorliegenden Verfahren nicht zu dieser Sache im Sinne eines Antrages geäußert, sondern die Prüfung des Anspruchs und den Entscheid darüber in Aussicht gestellt (Urk. 2, Urk. 14 S. 4 und S. 6), sodass der Anfechtungsgegenstand vorliegend auch nicht ausgedehnt werden kann (BGE 122 V 36). Mit einer grundsätzlich gewährten Kostengutsprache im Voraus für eine ambulante Rehabilitationsbehandlung ist über die Frage der Wirksamkeit, der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer intensiven Physiotherapiebehandlung nicht automatisch mitentschieden, sie ist gegebenenfalls nachträglich Gegenstand der Überprüfung (vgl. Art. 5 KLV; BGE 127 V 43). Auch über tarifliche Fragen ist vorliegend nicht zu befinden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_824/2007 vom 3. April 2008 E. 3.3).

4.2.4.4 Soweit der Beschwerdeführer mit seiner Rüge in formeller Hinsicht eine Verletzung der Begründungspflicht der Beschwerdegegnerin respektive eine Verletzung seines rechtlichen Gehörs (Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeine Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV; BGE 124 V 180 E. 1a) geltend macht, welche die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides zur Folge hätte, ist festzuhalten, dass die Ausführungen im Einspracheentscheid und in der diesem zugrundeliegenden Verfügung den Anforderungen an eine hinreichende Begründung genügen. Denn es wurden die Überlegungen genannt, von denen sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Auch lässt die Begründung erkennen, dass die Beschwerdegegnerin das Einspracheschreiben des Beschwerdeführers (Urk. 3/27) zur Kenntnis genommen hat. Und zwar erlaubte die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 23. Dezember 2010 nach Darlegung der massgeblichen gesetzlichen Bestimmungen und Judikatur, dass sie die Kosten für einen stationären Aufenthalt in Q. ___ nicht übernehme, da die Voraussetzung der Spitalbedürftigkeit nicht gegeben sei. Daher seien nur die Kosten für eine intensive ambulante Therapie inklusive der Kosten für Arzt, Arzneimittel und Physiotherapie zu vergüten, wobei sie zusätzlich den Kurbeitrag für einen wohnortsfremden Aufenthalt mit ambulanter Behandlung übernehme (Urk. 3/8). Im Einspracheentscheid verwies die Beschwerdegegnerin auf diese Erwägungen und ergänzte mit Bezug auf die Rügen des Beschwerdeführers in der Einsprache, dass Art. 25 KLV nebst dem täglichen Beitrag von Fr. 10.-- keine zusätzliche Leistungspflicht für die private Unterkunft vorsehe (Urk. 2). Damit gab die Beschwerdegegnerin die Gründe für ihren Entscheid hinreichend an. Denn rechtsprechungsgemäss kann sich die Verwaltung auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken und muss sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen (BGE 124 V 180 E. 1a und E. 2b mit Hinweisen, 126 V 75 E. 5b/dd; Urteil des Bundesgerichts I 614/06 vom 3. Oktober 2006 E. 3.2). Es wurde dem Beschwerdeführer ermöglicht, den Entscheid sachgerecht anzufechten. Er konnte sein Anliegen mit seiner Beschwerde am hiesigen Gericht vor einer Beschwerdeinstanz vortragen, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfte (vgl. BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Ohnehin hätte eine allfällige leichte Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt zu gelten. Eine

Aufhebung des angefochtenen Entscheides aus formellen Gründen rechtfertigt sich daher nicht.

E. 5

5.1 In medizinischer Hinsicht erklärte die Neurologin Dr. M. ___ im Bericht vom 2. November 2010, es sei im Rahmen der sekundär progredienten MS trotz immunmodulatorischer Therapie, ambulanter physikalischer Therapie und Selbsttraining zu einer Zunahme der klinischen Ausfallsymptomatik mit zunehmender Beeinträchtigung der Gehfähigkeit gekommen. Die letzte jährige stationäre Rehabilitation in Q. ___ (vom 21. Januar bis 10. Februar 2010, Urk. 3/4) habe vorübergehend eine deutliche Besserung/Stabilisierung des Zustandes gebracht. Es sei in dieser Situation dringend eine erneute Intensivierung der symptomatischen physikalischen Massnahmen im Sinne einer stationären Rehabilitation in einer entsprechend spezialisierten Klinik zu empfehlen mit dem Ziel, die Gehfähigkeit und volle Berufsfähigkeit des Beschwerdeführers möglichst zu erhalten (Urk. 3/5). Im Bericht vom 2. November 2010 erklärte Dr. M. ___ zudem, es habe anamnestisch und klinisch eine weitere leichte Progredienz der rechtsbetonten spastischen Paraparese ohne schubförmige Verschlechterung festgestellt werden können. Der übrige Neurostatus sei intakt. Im rechten Oberschenkel leide der Beschwerdeführer an einer tiefen Venenthrombose (Urk. 15/3). Im Bericht vom 15. November 2010 führte Dr. M. ___ aus, die stationäre Rehabilitation Anfang 2010 habe einen deutlichen Erfolg gebracht, und zwar habe die Gehstrecke von ein auf zwei Kilometer verdoppelt werden können. Es habe damit nicht nur eine Stabilisierung sondern eine zumindest vorübergehende Besserung des Zustandes erreicht werden können. Dass dies bei einer chronisch-progredienten Erkrankung nicht dauerhaft anhalte, liege in der Natur der Sache. Ihrer Erfahrung nach würden diese Effekte über viele Monate bis zu einem Jahr anhalten, weshalb sie für das Jahr 2011 eine erneute stationäre Rehabilitation empfehle. Das erklärte Ziel der möglichst langen Erhaltung der Gehfähigkeit sei nicht nur wichtig für die Lebensqualität sondern diene auch dazu, Komplikationen wie Stürze mit Verletzungsfolgen, Kontrakturen, Harnwegsinfekte etc. zu vermeiden, welche weitere Kosten durch akute medizinische Massnahmen verursachen würden (Urk. 15/5).

Prof. Dr. B. ___ von der A. ___ bestätigte im Schreiben vom 27. Dezember 2010, dass der Beschwerdeführer von der Rehabilitation Anfang 2010 sehr deutlich habe profitieren können. Anlässlich des Besuchs des Beschwerdeführers bei ihm vom 22. Dezember 2010 habe sich gezeigt, dass dessen Gehfähigkeit und allgemeine Leistungsfähigkeit deutlich abgenommen hätten und dringend einer stationären Rehabilitationsbehandlung bedürften. Selbstverständlich könne auch mit ambulanten Einzeltherapien eine gewisse Zustandserleichterung bewerkstelligt werden. Um aber die zu erwartende Besserung trotz seiner Einschränkungen erreichen zu können, sei eine stationäre Behandlung unabdingbar (Urk. 3/6).

Dagegen befand der Vertrauensarzt Dr. Z. ___ gemäss seiner Stellungnahme vom 6. November 2010, die stationäre Rehabilitation Anfang 2010 wegen desselben Leidens habe keinen nachhaltigen Erfolg ergeben, weshalb auch von einem weiteren Aufenthalt kein solcher zu erwarten sei. Die Wiederholung einer solchen Behandlung müsse als unwirtschaftlich im Sinne des Gesetzes eingestuft werden. Zudem scheine auch kein annähernd stabiler Zustand vorzuliegen, auf dem aufgebaut werden könne (Urk. 15/4). Im Schreiben vom 2. Dezember 2010 kam Dr. Z. ___ zum Schluss, aufgrund der vorliegenden Unterlagen könne auf die Indikation zu einer erneut

intensivierten Behandlung erkannt werden, nicht jedoch auf eine Spitalbedürftigkeit. Er könne daher die vertrauensärztliche Bewilligung für eine stationäre Rehabilitation nicht erteilen. Er empfehle stattdessen die Abgabe einer Garantie für eine intensiverte wohnortsferne ambulante Behandlung im Rahmen einer Kur (Kurbeitrag plus ärztlich verordnete kassenpflichtige Therapien; Urk. 15/7).

E. 5.2

5.2.1. Es ist unstrittig, dass die Anfang 2011 in der A.____ erfolgte Behandlung jedenfalls keine akute medizinische Behandlung darstellte. Die Spitalbedürftigkeit in einem Akutspital kann vorab ohne weiteres ausgeschlossen werden, zumal auch kein Notfall vorlag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_193/2007 vom 11. Januar 2008 E. 4). Ebenfalls ohne weiteres und unstrittig auszuschliessen ist, dass es sich bei der medizinischen Behandlung in Q.____ Anfang 2011 lediglich um eine Erholungskur handelte.

5.2.2. Mit den Parteien ist bei gegebener medizinischer Aktenlage davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer Anfang 2011 die Indikation zu einer (intensiven) Neuro-Rehabilitationsbehandlung im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG gegeben war. Und zwar handelt es sich beim Beschwerdeführer aufgrund seiner MS-Erkrankung um einen chronisch Kranken mit einem progredienten Krankheitsverlauf, bei dem die damals für Anfang 2011 vorgesehene medizinische Behandlung in der A.____ der Erhaltung und zumindest zeitweiligen Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens, namentlich der Gehfähigkeit diene. Dabei ist die Wirksamkeit im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG einer intensivierten rehabilitativen Physiotherapie trotz des progredienten Krankheitsverlaufes grundsätzlich zu bejahen, zumal einer bestimmten Behandlung die Wirksamkeit nicht allein mit der Begründung abgesprochen werden kann, sie ändere nichts an der Progredienz des Leidens (Urteil des Bundesgerichts 9C_374/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 4.2).

Es ist zu berücksichtigen, dass eine solche medizinische Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG kann - wie erwähnt (vgl. Erwägung 2.4.3 hiervor) - ambulant, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder (bei gegebener Spitalbedürftigkeit) stationär in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen. Der Beschwerdeführer liess sich vom 24. Januar bis 11. Februar 2011 in der A.____ (Kanton C.____) ambulant behandeln (Urk. 3/7). Dabei handelt es sich um ein Rehabilitationszentrum im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG. Die A.____ ist auf Funktionsbeeinträchtigungen des Bewegungsapparates und des Nervensystems spezialisiert (vgl. www.A.____.ch, eingesehen am 5. November 2012). Die zur Erhaltung und Verbesserung der Gehfähigkeit verordneten und ambulant durchgeführten rehabilitativen Massnahmen im Rehabilitationszentrum A.____ vom 24. Januar bis 11. Februar 2011 erschöpften sich in verschiedenen physiotherapeutischen Behandlungen wie Physio-, Wasser-, Hippo- und medizinische Trainingstherapie, Schwimmen etc. und Arztkonsultationen (Urk. 3/13, Urk. 3/17). Eine anderweitige besondere Pflege- oder Behandlungsbedürftigkeit bestand keine. Der Beschwerdeführer hatte in der Einsprache vom 1. Februar 2011 erklärt, erfreulicherweise sei er momentan in der Lage, selbstständig zu wohnen und sich zu pflegen. Er habe daher auch bereits Unterkunft in einer externen Wohnung der A.____ genommen. Er sei darauf angewiesen, dass er eine sehr intensive Physiotherapie absolvieren könne, um eine Verbesserung seiner Gehfähigkeit erreichen zu können. Diese könne aber nur zweckmässig erbracht werden, wenn er in unmittelbarer Nähe zum Therapieort wohnen könne, was bei einer klassischen ambulanten Behandlung nicht

Leistungen für Hotelleriekosten (Unterkunft und Verpflegung) ausserhalb eines Spitals während einer medizinisch notwendigen Behandlung sind weder in lit. a noch in lit. d von Art. 25 Abs. 2 KVG erwähnt. In diesen Bestimmungen wird vielmehr allein die ärztlich durchgeführte oder angeordnete ambulante medizinische Rehabilitationsuntersuchung oder -behandlung selbst als kassenpflichtige Leistung bezeichnet. Auch den übrigen gesetzlichen Bestimmungen und den Durchführungsbestimmungen sind keine derartigen gesonderten Hotellerie-Leistungspflichten zu entnehmen.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist daraus nicht zu schliessen, dass der Gesetzgeber die Aufnahme von zusätzlich zu vergütenden Hotelleriekosten in den Leistungskatalog (unbeabsichtigt) für die alle wohnortsfremder ambulanter Behandlungen vergessen hat und dass diesbezüglich eine Lücke vorliegt. Denn die Pflichtleistungen nach KVG beziehen sich durchwegs in erster Linie auf die Kosten, welche unmittelbar durch die Diagnose oder Behandlung einer Krankheit verursacht werden. So bestimmt Art. 25 Abs. 1 KVG, die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Anknüpfungspunkt der Leistungspflicht ist die Krankheit (Botschaft, a.a.O., S. 59). Hotelleriekosten werden im KVG ausser im Rahmen der Spitalbedürftigkeit hingegen grundsätzlich nicht vergütet. Entsprechend ist Art. 50 KVG zu entnehmen, dass der Versicherer beim Aufenthalt im Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Art. 25a KVG vergütet. Nach höchststrichterlicher Rechtsprechung sind hierbei die Hotelleriekosten in einem Pflegeheim im Gegensatz zum Spital nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen (BGE 126 V 484 E. 5c). Art. 5 VKL bestimmt sodann, dass als ambulante Behandlung nach Art. 49 Abs. 6 KVG alle jene gelten, die nicht stationäre Behandlungen sind. Auch hieraus geht hervor, dass eine gesonderte Vergütung für eine Zwischenform nicht gewollt war und keinen Platz findet. Auch die historische Betrachtung führt zu keinem anderen Schluss. Mit dem Erlass des KVG, welches ab Januar 1996 das KUVG ablöste, wurde neu die zeitliche Begrenzung der Leistungen im Spital aufgehoben und die Übernahme der Aufenthaltskosten, namentlich die Kosten für Verpflegung und Unterkunft, im Spital in der allgemeinen Abteilung in den Leistungskatalog aufgenommen (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Die Leistungspflicht für die ambulante Behandlung wurde von dieser Neuerung nicht berührt (Botschaft, a.a.O., S. 60). Es sollte damit allein im Fall der Spitalbedürftigkeit nebst der Vergütung für Kosten der (stationären) Behandlung (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG) eine solche für die Kosten des Aufenthaltes (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG) normiert werden.

Auch wenn es sozialpolitisch unbefriedigend sein mag, dass Versicherte, die zum Zwecke einer ambulanten Behandlung in einem wohnortsfremden Kanton auswärts Unterkunft nehmen müssen, die entsprechenden Aufenthaltskosten selber zu tragen haben (vgl. Eugster, a.a.O., S. 531 Rz 405), kann dies nicht zur Annahme einer gerichtlich zu füllenden Lücke führen. Denn die unterschiedliche Vergütung von Hotellerie- und Krankheitskosten ist sachlich begründet. Eine planwidrige Unvollständigkeit liegt nicht vor. Es ist Sache des Gesetzgebers hier gegebenenfalls Abhilfe zu schaffen.

5.3.4 Die Beschwerdegegnerin hat diesem Umstand Rechnung getragen, indem sie dem Beschwerdeführer zusätzlich zu den Kosten der ambulanten Behandlung einen

Beitrag an die Aufenthaltskosten von Fr. 10.-- pro Tag nach Art. 25 Abs. 2 lit. c KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. f der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und Art. 25 KLV zusprach (Urk. 2 S. 2, Urk. 3/8 S. 3). Im angefochtenen Einspracheentscheid sprach sie von einer ambulanten Rehabilitation unter den Bedingungen der Badekur (Urk. 2 S. 1). Gemäss Art. 33 lit. f KVV dient dieser Beitrag der Deckung von Kosten bei Badekuren, die nicht durch andere Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind. Der Badekurbeitrag umfasst neben dem Anteil für Bäderabonnemente auch eine Entschädigung für speziell kurbedingte Auslagen wie Fahrt- und Aufenthaltskosten (Eugster, a.a.O., S. 532 Rz 407).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Eugster besteht bei Badekuren die Kassenpraxis, dass die ärztlichen Konsultationen sowie die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Vorkehrungen gestützt auf Art. 33 lit. f KVV separat vergütet werden. Diese Ausweitung der Pflichtleistungen bei Badekuren auf die ärztliche Konsultationen sowie die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Vorkehrungen sei nicht unbedenklich, da sich kein Hinweis darauf finde, dass der Gesetzgeber vom altrechtlichen Konzept habe abweichen wollen, zumal in Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG die Kuranstalt nicht explizit erwähnt sei (Eugster, a.a.O., S. 526 Rz 389 und S. 532 Rz 407 f.). Im vorliegenden Fall handelt es sich in erster Linie nicht um eine Badekur im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. c KVG, sondern - wie oben erläutert - um eine in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik ambulant durchgeführte medizinische Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG. Die Ausweitung der Leistung bezieht sich somit auf den Badekurbeitrag und nicht auf die therapeutischen Massnahmen. Ein solcher Beitrag zugunsten des Beschwerdeführers zusätzlich zur Vergütung der ambulanten Behandlungen ist hier jedenfalls nicht zu beanstanden.

5.3.5 Ä Ä Im übrigen wäre eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten in Q. selbst dann nicht zu bejahen, wenn die Spitalbedürftigkeit vor der ambulanten Behandlung Anfang 2011 entgegen der Verfügung vom 23. Dezember 2010 (Urk. 3/8) hätte bejaht werden müssen und damit ein kompensationsweise zu erbringendes Kostenäquivalent in Betracht kommen könnte. Denn eine derartige im Krankenversicherungsrecht rechtsprechungsgemäss teilweise vorgesehene Austauschbefugnis (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_36/2010 vom 7. April 2010 E. 4) kann nicht dazu führen, dass Pflichtleistungen durch Nichtpflichtleistungen ersetzt werden, selbst wenn diese weniger kostspielig wären (BGE 133 V 115 E. 5, 133 V 14 E 4.3, 131 V 107 E. 3.2.2). Der Grund dafür liegt vor allem in der besonderen gesetzlichen Regelung der Leistungsansprüche in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Es besteht in der Krankenversicherung ein besonderes System der zugelassenen Leistungserbringer (Art. 35 ff. KVG), weshalb nicht unter Berufung auf die Austauschbefugnis eine von einem nicht zugelassenen Leistungserbringer erbrachte Leistung übernommen werden kann (BGE 126 V 330 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 9C_238/2011 vom 5. Mai 2011 E. 2.2 mit Hinweis).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.
2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stefan Wehrenberg
- Krankenkasse Wädenswil
- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.