

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00037 vom 30. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2012.00037

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00037 du 30 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00037 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 (in der hier anwendbaren, ab 2011 gültigen Fassung) 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

2.4.1.1.1 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 (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).

2.4.2.1 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).

2.4.3.1 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).

2.4.4.4 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).

2.4.5.4 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 B derbehandlungen 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)  ber Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)  bernimmt die Versicherung während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von Fr. 10.-- Franken an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren.

2.5.4.4 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 forderte im angefochtenen Einspracheentscheid aus, die im Zeitraum vom 23. Januar bis 10. Februar 2012 vorgenommene Behandlung sei unter ambulanten Bedingungen erfolgt, weshalb eine rückwirkende Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung ausser Betracht falle. Es bestehe angesichts des pendingen Verfahrens KV.2011.00024, das für die Zukunft weiteren Aufschluss gebe, kein Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung dieser Frage. Nebst den ambulanten Behandlungen seien zudem keine pflegerischen Massnahmen erforderlich, weshalb kein Spitalbett in der Y. in Anspruch genommen werden müsse. Die Zeit in den Pausen zwischen den Behandlungen für einen Erholungsschlaf auch dann zu knapp, wenn er die nahe gelegene Hotelresidenz der Klinik bewohnen würde. Diese sei zudem keine Spitalabteilung. Es handle sich um eine von der Klinik betriebene Hotellerie, für deren Kosten die Krankenversicherung auch im Zusammenhang mit einer parallelen ambulanten Behandlung nicht aufkommen müsse (Urk. 2 S. 1 f.).

3.2. Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, wenn die Frage, ob im konkreten Fall ein Anspruch auf einen stationären Aufenthalt bestehe, nicht bereits hier geklärt werden könne, könnten spätere Gesuche (für spätere stationäre Rehabilitationsaufenthalte) wegen der längeren Verfahrensdauer zeitlich nie rechtzeitig erfolgen. Er hätte dann stets die Kosten vorzuschüssen, was ihm nicht möglich sei. Indem ihm die stationäre Neurorehabilitation zu Unrecht versagt worden sei, sei ihm ein Schaden in der Höhe der Wohnkosten, welche von der Beschwerdeführerin nicht übernommen würden, namentlich von Fr. 559.70 entstanden. Zudem würde die von der Beschwerdeführerin angeforderte begrenzte Kostenübernahme der Physiotherapieleistungen mit nur zwei Physiotherapieeinheiten pro Tag gegenüber der mit einem Pauschalbetrag vergüteten stationären Behandlung einen zusätzlichen Schadensbetrag bedeuten. Eine stationäre Therapie sei eben auch vor dem Hintergrund ausreichender Therapieeinheiten beantragt worden, wobei mehr als zwei Einheiten pro Tag notwendig gewesen seien. Zwar sei er nach wie vor nicht auf Pflegeleistungen im eigentlichen Sinne (Zu-Bett-Bringen, Hilfe beim Aufstehen) angewiesen. Seine gesundheitliche Situation habe sich jedoch im Laufe des vergangenen Jahres verschlechtert. Es sei ihm daher nicht möglich (gewesen), während der Therapiepausen die von ihm angemietete Unterkunft in L. aufzusuchen, was ihm ein Jahr zuvor noch möglich gewesen sei. Der Therapieerfolg wäre grosser gewesen, wenn er zwischen den einzelnen Therapiesitzungen die notwendigen Ruhe- und Erholungspausen hätte absolvieren können. Diese würden einen zwingenden Teil der Therapie darstellen. Er sei daher darauf angewiesen, in unmittelbarer Nähe zur Therapieeinrichtung zu wohnen. Er könne eine Wegstrecke von mehr als wenigen hundert Metern nicht ohne Inanspruchnahme technischer Hilfsmittel respektive nicht in den kurzen Therapiepausen von 45 und 90 Minuten absolvieren. Ausserdem könne in seinem Fall nur die gesamtheitliche intensive Therapie mit entsprechender Ausprägung in der zeitlichen Abfolge und Kombination der Einzeltherapien zum Therapieerfolg führen, was nicht durch das Aufsuchen einzelner ambulanter Einrichtungen erreicht werden könne. Schon deshalb sei eine Spitalbedürftigkeit zu bejahen. Einer Kostenübernahme für eine stationäre Neurorehabilitation stehe auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit nicht entgegen. Denn nur eine solche Therapieleistung im von Prof. Dr. med. F., Chefarzt der Klinik für Neurologie der Y., verordneten Umfang könne mangels Alternative den Gesamterfolg versprechen. Im Rahmen einer ambulanten Behandlung sei dies nicht der Fall (Urk. 1 S. 3

ff., Urk. 11).

4.1.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1.1 Bei der Y.____, wo sich der Beschwerdeführer vom 23. Januar bis 10. Februar 2012 ambulant behandeln liess (Urk. 3/25 S. 1), handelt es sich um ein Rehabilitationszentrum im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG. Die Y.____ ist auf Funktionsbeeinträchtigungen des Bewegungsapparates und des Nervensystems spezialisiert (vgl. www.Y.____.ch , eingesehen am 13. November 2012). Es ist unstrittig, dass die Anfang 2012 erfolgte Behandlung keine akute medizinische Behandlung darstellte. Die Spitalbedürftigkeit in einem Akutspital kann 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 L.____ Anfang 2012 lediglich um eine Erholungskur handelte, welche keine Leistungspflicht begründet.

4.2.1.1.1.1.1 Strittig und vorab zu prüfen ist das Rechtsschutzinteresse des Beschwerdeführers an einem Entscheid über die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Kosten einer stationären Rehabilitationsbehandlung in der Y.____.

1.1.1.1.1.1.1 Das schutzwürdige Interesse an der Beurteilung einer Eingabe muss nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht nur bei der Beschwerdeeinreichung, sondern auch noch im Zeitpunkt der Urteilsfällung aktuell und praktisch sein. Auf das Erfordernis, dass die zu beurteilende Frage noch aktuell ist, kann dort ausnahmsweise verzichtet werden, wo sich die aufgeworfene Frage jederzeit unter gleichen oder ähnlichen Umständen wieder stellen könnte, eine rechtzeitige Überprüfung im Einzelfall kaum je möglich wäre und die Beantwortung der Fragen wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung im öffentlichen Interesse liegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts K 77/03 vom 3. Mai 2005 E. 6.1.3 mit Hinweisen; SVR 2010 UV Nr. 16 S. 61, 8C_622/2009 E. 1.1).

4.3.1.1.1.1.1

4.3.1.1.1.1.1 Der Beschwerdeführer liess sich vom 23. Januar bis 10. Februar 2012 in der Y.____ ambulant und nicht stationär behandeln (Urk. 3/25 S. 1), weshalb keine Kosten einer stationären Behandlung entstanden sind. Auch wenn die Frage der Leistungspflicht für die Kosten einer stationären Rehabilitation damit nicht (mehr) aktuell ist, ist das Rechtsschutzinteresse in Bezug auf einen Entscheid über die Frage, ob die Beschwerdegegnerin für die Kosten einer stationären Neurorehabilitation in dieser Zeit hätte aufkommen müssen, ausnahmsweise zu bejahen.

4.3.2.1.1.1.1 Der Beschwerdeführer war bereits Anfang 2010 einmal stationär in der Y.____ behandelt worden (Urk. 3/4). Auch für das Jahr 2011 war von den behandelnden Ärzten die Wiederholung einer solchen Behandlung empfohlen worden (vgl. Erwägung 5.1 des heutigen Urteils im Verfahren Nr. KV.2011.00024). Schon damals zeichnete sich eine jährliche Wiederholung der strittigen Problematik ab. Mit Verfügung vom 13. Februar 2012 verneinte die Beschwerdegegnerin wiederum eine Leistungspflicht für die Kosten einer stationären Rehabilitation (Urk. 3/24.1). Zwar erliess die Beschwerdegegnerin diesen Entscheid erst, nachdem der Beschwerdeführer die ambulante Behandlung am 23. Januar 2012 schon begonnen hatte. Eine solche

Kostengutsprache war jedoch bereits vorgängig mehrfach beantragt und von der Beschwerdegegnerin in verschiedenen Schreiben verneint worden (Urk. 3/13, Urk. 3/15, Urk. 3/17, Urk. 3/22), weshalb der Beschwerdeführer von einer stationären Behandlung absah. Sodann wurde im Abschlussbericht der Y. ___ vom 9. Februar 2012 festgehalten, eine erneute intensive ambulante Neurorehabilitation im Verlauf sei sehr zu befürworten (Urk. 3/25 S. 2). Es ist vor diesem Hintergrund und angesichts der progredienten MS-Erkrankung des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich, dass eine stationäre Neurorehabilitationsbehandlung für ihn auch in den nächsten Jahren in Betracht fällt und sich die Frage, welche Leistungspflicht die Beschwerdegegnerin dabei trifft, auch in den nächsten Jahren zumindest in ähnlicher Weise wieder stellen könnte. Eine rechtzeitige (rechtskräftige) Überprüfung wäre dabei kaum je möglich. Jedoch ist dabei zu bedenken, dass der zukünftig gegebenenfalls zu beurteilende medizinische Sachverhalt voraussichtlich nicht demjenigen Ende 2011/Anfang 2012 entsprechen würde, weshalb die Frage heute nicht generell auch für die Zukunft abschliessend beantwortet werden kann. Sie kann aufgrund der vorliegenden Akten ausschliesslich bezüglich der Zeit Ende 2011/Anfang 2012 beantwortet werden. Entsprechend ist auf die Beschwerde hinsichtlich des Antrages des Beschwerdeführers, es sei festzustellen, dass ihm bei gleichbleibendem oder sich weiter verschlechterndem Gesundheitszustand Kostengutsprache für die stationäre medizinische Rehabilitation in der Y. ___ zu erteilen sei (Urk. 1 S. 2), nicht einzutreten.

Im Folgenden ist somit in diesem Zusammenhang allein von schutzwürdigem Interesse und zu prüfen, ob aufgrund der Sachlage im Jahr 2011 und Anfang 2012 eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für eine stationäre Neurorehabilitationsbehandlung des Beschwerdeführers vom 23. Januar bis 10. Februar 2012 in der Y. ___ bestanden hätte.

E. 5

5.1 Mit der intensiven ambulanten Rehabilitationsbehandlung vom 24. Januar bis 11. Februar 2011 in der Y. ___ war gemäss dem Austrittsbericht der Physiotherapie Neurologie vom 18. Februar 2011 das Gangbild und die Funktionen der Muskelkraft des Beschwerdeführers verbessert worden (längeres Gehen bis 500 Meter ohne Unterbrechung und Stolpern, verbesserter Einbeinstand beidseits auf über eine Minute, verbesserte Schwungbeinphase rechts, Joggen zwei mal 100 Meter). Als Hilfsmittel wurde für längere Gehstrecken eine dynamische Bandage angepasst. Andere Hilfsmittel benötigte der Beschwerdeführer weder beim Ein- noch beim Austritt (Urk. 3/5). Gemäss dem Bericht des B. ___ vom 15. August 2011 traten nach einem akuten Schub mit spinaler Klinik Anfang August 2011 Sensibilitätsstörungen, Parästhesien und eine rechtsbetonte Beinschwäche auf. Es sei der Übergang in einen chronisch progredienten Verlauf zu befürchten. Es bestehe bei diesem jungen Patienten ein hohes Rehabilitationspotential, weshalb eine Neurorehabilitation dringend zu empfehlen sei, um weitere (akute) Spitalaufenthalte zu vermeiden und die Rückkehr ins Berufsleben zu gewährleisten (Urk. 3/12 S. 1). Er sei bei Eintritt ins B. ___ am 11. August 2011 nahezu gehunfähig gewesen und eine Verbesserung sei nur zögerlich eingetreten. Beim Austritt am 15. August 2011 sei ein selbständiger Gang teils mit Festhalten und mit Nachziehen des rechten Beins möglich gewesen (Bericht des B. ___ vom 25. August 2011, Urk. 3/14 S. 1). Im Bericht vom 26. September 2011 führte die Oberärztin des B. ___ Dr. med. G. ___ aus, es sollte dem Beschwerdeführer die bestmögliche Rehabilitation zur

Verfügung stehen, da mit dem Verbleiben oder Fortschreiten der neurologischen Ausfälle die Rückkehr in seine Volltätigkeit als Bauingenieur gefährdet sei. Eine mehrwöchige stationäre Rehabilitation mit dem Ziel der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit erscheine effektiver als eine ambulante Versorgung (Urk. 3/16 S. 1).

Dr. E._____ führte im Bericht vom 22. November 2011 aus, die schubförmige Aktivität der sekundär progredient verlaufenden MS habe mit immunmodulatorischer Langzeittherapien bis auf den Schub im Sommer 2011 stabilisiert werden können. Dagegen schreite die chronische Krankheitsprogression, für die bis heute keine kausalen Behandlungsmöglichkeiten bekannt seien, in Form einer rechts- und beinbetonten Tetraspastik mit zunehmender Geherschwernis, Fatigue und vegetativen sowie neurokognitiven Ausfallssymptomen weiter fort. Vom letzten Schub habe sich der Beschwerdeführer nur sehr protrahiert und unvollständig erholt. Die damals (im Sommer 2011) dringend indizierte neurologische stationäre Rehabilitation sei leider von der Krankenkasse abgelehnt worden. Dadurch sei eine verlangsamte partielle Erholung entstanden, die unter anderem eine mehrmonatige Teilarbeitsunfähigkeit bis Anfang November bedingt habe. Heute sei trotz intensiver wöchentlicher physikalischer Therapie und täglichem Selbsttraining der Status ante nicht erreicht. Da die Krankheit weiter chronisch progredient verlaufe, sei aus neurologischer Sicht zur Intensivierung der symptomatischen physikalischen Massnahmen dringend eine stationäre Rehabilitation in einer entsprechend spezialisierten Klinik (Neurorehabilitation Y.____) indiziert. Die Behandlung müsse stationär erfolgen, damit der Beschwerdeführer im Unterschied zu den bereits maximal intensivierten ambulanten Massnahmen keine Zeit und Energie für Anfahrtswege verbrauche und seine ganze Energie in die therapeutischen Massnahmen investieren könne, so dass ein optimaler Erfolg erzielt werden könne. Durch diese Behandlung könne der Langzeitverlauf gemindert werden (Urk. 3/18 S. 1). Im Bericht vom 17. Januar 2012 ergänzte Dr. E.____, die freie Gehstrecke liege bei zirka 50 Metern. Der EDSS-Wert (Expanded Disability Status Scale; Skala der Leistungsfähigkeit von 0 bis 10) habe bei Beginn ihrer neurologischen Betreuung im Jahr 2008 bei 3.5 gelegen. Seither sei es jährlich zu einer Verschlechterung um zirka 0.5 gekommen. Der Wert liege seit den letzten Kontrolluntersuchungen am 18. August, 6. September und 10. November 2012 bei 6 bis 6.5 und habe bis heute keine Besserung erfahren. Die im Rahmen des akuten Schubes im Sommer 2011 erfolgte Verschlechterung des Gesundheitszustandes gehe klar über die in den letzten Jahren beobachtete chronische Progredienz hinaus. Nach der Behandlung der Schübe mit Cortison habe im Herbst/Winter 2011 nicht der Status erreicht werden könne, der im Rahmen der chronischen Krankheitsprogression ohne zusätzliche Schübe zu erwarten gewesen wäre. Eine Intensivierung der in dieser Situation nach dem heutigen Stand des medizinischen Wissens einzig effektiven Behandlung der symptomatischen intensiven physikalischen Trainingstherapie sei darum aus fachneurologischer Sicht dringend indiziert. Die Ausweitung der jetzt schon mit grossem Effort ambulant betriebenen aktiven Therapien (tägliches Selbsttraining, zwei bis drei Mal pro Woche ambulante physikalische Trainingstherapie) sei aber nur im stationären Rahmen möglich, in welchem der Beschwerdeführer seine Kräfte voll auf die Therapien fokussieren könne und in welchem er diese bei der bestehenden Gehbehinderung nicht für unnötige Wege verbrauche. Der positive Effekt respektive die Verbesserung der Gehfähigkeit einer solchen intensiven Therapie von einigen Wochen sei auch nach vielen Monaten nachweisbar, wie sich aus dem Forschungsbericht "Effectiveness of rehabilitation

intervention in persons with multiple sclerosis: a randomised controlled trial von F. Khan und anderen zeige. Diverse darin zitierte Arbeiten wärden belegen, dass die Intensität der Therapien, das heisse zum Beispiel die Ausweitung von ambulanten zu stationären Massnahmen klar einen zusätzlichen Profit respektive eine Verminderung der neurologischen Einschränkungen bringe. Es entspreche daher der Alltagspraxis, dass nach der Ausweitung der ambulanten Massnahmen auf das höchstmögliche Ausmass eine stationäre Behandlung beantragt werde (Urk. 3/21 S. 1 f.).

Dr. D. ___ stellte in seiner Stellungnahme vom 29. Dezember 2011 fest, der Nachweis, dass zusätzliche weitergehende Intensivierungen der Therapie einen nennenswerten Benefit im Vergleich zur beim Beschwerdeführer bereits durchgeführten ambulanten rehabilitativen Behandlung bringen wärden, werde mit der wissenschaftlichen Publikation von F. Kahn (et al.) nicht erbracht (Urk. 8/2 S. 2). In seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2012 kam er sodann zum Schluss, aufgrund der Angaben von Dr.

E. ___ könne davon ausgegangen werden, dass die heutigen Einschränkungen über das bei einer schubfreien Progredienz des Leidens zu erwartende Mass hinausgehen wärden. Die Indikation für eine intensive mehrwöchige Therapie sei daher grundsätzlich als gegeben zu erachten. Gemäss der Studie von F. Kahn (et al.) hätten die ambulante und die stationäre Rehabilitation je zu gleich guten Ergebnissen geführt respektive es sei darin nicht danach differenziert worden. Die Aussagekraft der Studie bezüglich zusätzlicher Intensivierungen der rehabilitativen Massnahmen bei dauerbehandelten Patienten wie beim Beschwerdeführer bleibe fraglich. Es gelte vorab, die ambulanten Massnahmen auszureizen. Diese könnten beim Beschwerdeführer durch eine wohnortsfremde ambulante Rehabilitation (versicherungstechnisch Kur genannt) mit mehrmals täglichen Therapien über einige Wochen weiter intensiviert werden. Er könne daher eine Gutsprache für die wohnortsfremde intensivierete rehabilitative Behandlung unterstützen (Urk. 8/3 S. 2).

Dem Bericht der Y. ___ vom 9. Februar 2012 ist zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor der ambulanten Neurorehabilitationsbehandlung vom 23. Januar bis 10. Februar 2012 zu entnehmen, dass nebst der schubförmigen Verschlechterung im August 2011 ein weiterer Schub im Dezember 2011 eingetreten war, wiederum mit Abnahme der Gehfähigkeit. Neurologisch-klinisch stehe die spastisch-ataktische Gangstörung im Vordergrund mit alltagsrelevant reduzierter Gehstrecke bei zusätzlicher motorischer Fatigue und einem unökonomischen Gangbild. Es sei ferner eine Afferenzstörung der Beine vereinbar mit einer myelären Läsion aufgefallen (Urk. 3/25 S. 1 f.).

E. 5.2

5.2.1 Die gesundheitliche Beeinträchtigung bestand Anfang 2012 nach den medizinischen Akten somit in einer rechts- und beinbetonten Tetraspastik mit zunehmender Geherschwernis, Fatigue und mit vegetativen sowie neurokognitiven Ausfallsymptomen (Urk. 3/18 S. 1). Der von Dr. E. ___ im Bericht vom 17. Januar 2012 genannte EDSS-Wert von 6.0 bis 6.5 bedeutet, dass eine mässiggradige Behinderung in zwei oder eine leichte Behinderung in mehr als zwei betroffenen funktionellen Systemen besteht und zum Gehen von etwa 100 Metern ohne Rast intermittierend oder auf einer Seite konstant eine Unterstützung durch Krücke, Stock oder Schiene nötig wird (Wert bei 6.0) respektive

konstant beidseits solche Hilfsmittel benötigt werden, um etwa 20 Meter ohne Rast gehen zu können (Wert bei 6.5). Generell kommen die folgenden funktionellen Systeme in Frage: die Pyramidenbahn, das Kleinhirn, der Hirnstamm, das Sensorium, die Blasen- und Mastdarmfunktionen, die Sehfunktionen und die zerebrale Funktionen (vgl.

http://de.wikipedia.org/wiki/Expanded_Disability_Status_Scale ; eingesehen am 13.

November 2012). Die freie Gehstrecke des Beschwerdeführers lag laut Dr. E. ___ trotz zwei- bis dreimaliger physikalischer Therapie pro Woche und täglichem Selbsttraining bei zirka 50 Metern (Urk. 3/21 S. 1 f.). Weitere konkret betroffene funktionelle Systeme und diesbezüglich vorhandene Einschränkungen führte sie im Einzelnen nicht auf und es sind auch den übrigen Akten keine zu entnehmen. Der EDSS-Wert lag daher eher bei 6.0. Nach der Behandlung lag der EDSS-Wert gemäß dem Bericht der Y. ___ vom 9. Februar 2012 bei 4.5 (Urk. 3/25 S. 3).

5.2.2. Mit den Parteien ist bei gegebener medizinischer Sachlage davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer Anfang 2012 jedenfalls die Indikation zu einer (intensivierten) Neuro-Rehabilitationsbehandlung im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG gegeben war. Denn es handelt sich beim Beschwerdeführer aufgrund seiner MS-Erkrankung um einen chronisch Kranken, bei dem die damals für Anfang 2012 vorgesehene medizinische Behandlung in der Y. ___ - wie schon Anfang 2011 - der Erhaltung und zumindest zeitweiligen Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens diene. Vorrangiges Ziel einer intensivierten Rehabilitationsbehandlung Anfang 2012 war die Verminderung der spastisch-ataktischen Gangstörung mit motorischer Fatigue und unökonomischem unsicherem Gangbild respektive die Verbesserung seiner Gehfähigkeit (Urk. 3/21 S. 2, Urk. 3/25 S. 2). Dass dieses Ziel (nach der massgeblichen prospektiven Einschätzung vor der Behandlung 2012) grundsätzlich durch eine therapeutische Behandlung mit intensiver Physiotherapie und Muskeltraining erreicht werden konnte, ist nicht strittig.

Bei der chronisch progrediente Krankheitsverlauf nicht gegen die Wirksamkeit (Art. 32 Abs. 1 KVG) einer intensivierten rehabilitativen Physiotherapie. Denn einer bestimmten Behandlung kann die Wirksamkeit nicht allein mit der Begründung abgesprochen werden, sie ändere nichts an der Progredienz des Leidens (Urteil des Bundesgerichts 9C_374/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 4.2). Zudem war die progrediente Krankheitsentwicklung im Vergleich zum Vorjahr nunmehr von einer schubweisen Verschlechterung des Gesundheitszustandes Anfang August 2011 und im Dezember 2011 überlagert worden (Urk. 3/25 S. 1).

5.2.3. Eine - wie hier Anfang 2012 - grundsätzlich zweckmässige und wirksame medizinische Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) kann rechtsprechungsgemäss - 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. 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 aufgrund des gesamten Gesundheitszustandes einer versicherten Person zu beantworten (Urteil des Bundesgerichts K 184/00 vom 9. Oktober 2001 E. 3b). Dabei ist die Tatsache allein, dass von den Ärzten des B. ___ und von Dr. E. ___ eine stationäre Rehabilitation empfohlen wurde (Urk. 3/12, Urk. 3/14, Urk. 3/18 S. 1 f, Urk. 3/21 S. 1 f.), für die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht

entscheidend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine gewisse Erhaltung und Verbesserung des Funktionsvermögens konnte Anfang 2012 unstrittig nicht nur durch eine stationäre sondern auch durch eine ambulante intensive Neurorehabilitationsbehandlung gewährleistet werden. Insofern bestand nicht nur noch im Rahmen eines Spital- respektive stationären Rehabilitationsaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg und insofern waren die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung, welche die kostengünstigere, wirtschaftlichere Variante darstellte, nicht erschlüsselt. Die kostengünstigere und damit wirtschaftlichere Anwendung ist grundsätzlich aber nur dann zu wählen, wenn zwischen zwei alternativen Behandlungsmethoden vom medizinischen Standpunkt aus keine ins Gewicht fallenden Unterschiede in dem Sinne, dass sie unter dem Gesichtspunkt der Zweckmässigkeit mit Bezug auf den angestrebten Erfolg als gleichwertig zu bezeichnen sind, bestehen (BGE 127 V 138 E. 5 mit Hinweisen). Ist die Erfolgsprognose einer kostengünstigeren Massnahme nicht eindeutig, kann im Rahmen des allgemeinen Rechtsgrundsatzes der Schadenminderungspflicht zumindest ein Versuch damit verlangt werden (BGE 130 V 299 E. 6.2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_824/2007 vom 3. April 2008 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hier ist die Frage, ob Anfang 2012 (prospektiv, mithin aus der Sicht vor Therapiebeginn) davon auszugehen gewesen wäre, dass eine Unterkunft in der Y. ____ während der Rehabilitation deren Behandlungserfolg massgeblich erhöht hätte, zu verneinen. Zwar tritt bei physischer Aktivität von MS-Erkrankten gegenüber Gesunden eine stärkere Ermüdung nach Ausübung einer Aktivität auf (Beer/Kesselring, Neurorehabilitation bei Multipler Sklerose, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Nr. 160, 2/2009, S. 49; www.asnp.ch). Es ist - zumindest nach der Gesundheits- und Sachlage Anfang 2012 - jedoch nicht davon auszugehen, dass das Aufsuchen eines Klinikzimmers in den Pausen zwischen den Therapiesitzungen respektive die Möglichkeit dazu und die Übernachtung in der Klinik die Erholung derart gesteigert hätte, dass sich dadurch letztlich die Gehfähigkeit nochmals zusätzlich erheblich verbessert hätte, soweit und sofern überhaupt von einer derartigen Korrelation auszugehen ist. Dass die Erholung an sich dadurch allenfalls gesteigert werden können und allenfalls die Ressourcen für die Arbeitsfähigkeit länger angehalten hätten, ist hier nicht relevant.

5.2.4.Ä Entscheidend ist vor allem, dass Ende 2011/Anfang 2012 die bei einer stationären Rehabilitationsbehandlung vorausgesetzte Spitalbedürftigkeit zu verneinen war, welche nach den Kriterien der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens (oder zusätzlich komplizierender Krankheiten) zu beurteilen ist (vgl. Erwägung 2.4.3 hiervor).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Denn die zur Verbesserung und Erhaltung der Gehfähigkeit vom 23. Januar bis 10. Februar 2012 ambulant mit Unterkunft vor Ort durchgeführten rehabilitativen Massnahmen erschlüsselt sich gemäss dem Bericht der Y. ____ vom 9. Februar 2012 wie schon die Jahre zuvor (Urk. 3/4-5) in verschiedenen physiotherapeutischen Behandlungen wie Physio-, Wasser-, Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie (MTT; Urk. 3/25 S. 25). Eine anderweitige besondere Pflege- oder Behandlungsbedürftigkeit bestand keine. Auch bei einer stationären Behandlung wäre eine etwa gleichartige Therapie durchgeführt worden. Der Behinderungsgrad,

welche sich auf eine Gangstörung mit einer freien Gehstrecke von 50 Metern beschränkte und die Mobilität insbesondere mit Hilfsmitteln nicht weiter einschränkte, sowie die Schwere des Hauptleidens lagen mit einem EDSS-Wert von um die 6.0 im mittleren Bereich (Urk. 3/21 S. 1 f.) und begründeten keine Notwendigkeit, auch über Nacht innerhalb der Klinik zu verbleiben. Auch litt der Beschwerdeführer nebst der MS unter keinen, die Behandlung zusätzlich komplizierenden Krankheiten. Einzig die Behandlungsintensität mit insgesamt 28 Therapieeinheiten pro Woche respektive 5 bis 6 pro Tag (pro Woche: 10 x Physiotherapie, 5 x MTT Rheuma, 5 x Mattengruppe, 5 x Schwimmgruppe, 3 x Wassertherapie; Urk. 3/25 S. 2) war erheblich. Jedoch vermögen weder ein komplexes chronisches Leiden noch eine hohe Anzahl oder Dichte der durchgeführten Behandlungen für sich alleine eine stationäre Rehabilitationsbedürftigkeit zu begründen (Urteil des Bundesgerichts K 15/05 vom 13. Juni 2005 E. 2.2). Das Ziel, nämlich die Sicherstellung der notwendigen medizinischen Behandlung, die sonst nicht durchführbar wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. August 2001 K 180/00 E. 2b; Eugster, a.a.O., S. 527 Rz 391), hätte auch ohne stationäre Behandlung erfüllt werden können, was die Spitalbedürftigkeit in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik ausschliesst.

5.2.5.5 Die Beschwerdegegnerin hat somit ihre Leistungspflicht für die Kosten einer mehrwöchigen stationären Rehabilitationsbehandlung Ende 2011/Anfang 2012 zu Recht verneint.

Von weiteren Beweismassnahmen, namentlich von Partei- und Zeugenbefragungen, wie sie der Beschwerdeführer beantragt, sind keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweis).

6.1.1.1

6.1.1.1 Weiter beantragt der Beschwerdeführer, es seien die während der Neurorehabilitation im konkreten Fall angefallenen Therapiekosten vollumfänglich zu bezahlen (Urk. 11 S. 7 f.) und es seien ihm die Kosten in der Höhe von (vorerst) Fr. 559.70 für die Unterkunft vor Ort, welche ihm durch die Versagung der stationären medizinischen Rehabilitation in der Y.____ entstanden seien, zu entschuldigenden (Urk. 1 S. 2).

6.2.1.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfbar bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, d.h. ausserhalb des durch die Verfügung bzw. durch den Einspracheentscheid bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser

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.