

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00057**

## **vom 11. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2016.00057](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2016.00057)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00057 du 11 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00057 del 11 gennaio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Gemäss Art. 80 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) werden Versicherungsleistungen im formlosen Verfahren nach Art. 51 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) gewährt, was - in Abweichung von Art. 49 Abs. 1 ATSG - auch für erhebliche Leistungen gilt.

#### **E. 1.2**

Die formlos gewährte Leistung wird nach Ablauf eines der Rechtsmittelfrist bei formellen Verfügungen entsprechenden Zeitraumes rechtskräftig und kann auch vom Versicherer nur noch unter den Voraussetzungen einer prozessualen Revision oder einer Wiedererwägung ( Art. 53 Abs. 1 und 2 ATSG) in Frage gestellt werden (BGE 129 V 110 ), was aufgrund von Treu und Glauben auch dann gelten

kann, wenn eine Krankenkasse eine Kostengutsprache erteilt hat ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_334/2010 vom 23. November 2010 - in BGE 136 V 395 nicht publizierte - E. 1.1).

#### **E. 1.3**

Gemäss Art. 50 ATSG können Streitigkeiten über sozialversicherungsrechtliche Leistungen durch Vergleich erledigt werden (Abs. 1), wobei der Versicherungs träger den Vergleich in Form einer anfechtbaren Verfügung zu eröffnen hat (Abs. 2).

#### **E. 1.4**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose und Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen ( Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen gemäss

Art. 25 Abs.

#### **E. 1.5**

Eine medizinische Leistung ist als wirksam zu bezeichnen, 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), mithin die einfache Tatsache der allgemeinen Eignung zur Zielerreichung (BGE 133 V 115 E. 3.1)

Die Wirksamkeit (wie auch die Zweckmässigkeit) einer Behandlung beurteilt sich im Hinblick auf den durch sie angestrebten Nutzen im Einzelfall (BGE 130 V 299 E. 6.1).

Daraus, dass durch die Massnahme grundsätzlich eine möglichst vollständige Beseitigung

der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielt werden soll (BGE 127 V 148 E. 5), lässt sich indessen nicht schliessen, dass nur kurative Therapien wirksam wären (vgl. BGE 136 V 395 E. 5.2). Einer bestimmten Behandlung kann daher die Wirksamkeit nicht allein mit der Begründung abgesprochen werden, es gehe nicht um die Bekämpfung der Ursachen der Krankheit, sondern nur um die Behandlung der Symptome (BGE 143 V 95 E. 3.1).

### **E. 1.6**

Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich nach der Rechtsprechung auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht, was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt (BGE 136 V 395 E. 7.4).

### **E. 2**

KVG unter anderem die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d) und den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit. e).

Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit werden als WZW-Kriterien bezeichnet.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss der von ihr eingeholten Beurteilung entsprächen zwei stationäre Aufenthalte pro Jahr, da sie letztlich keine nachhaltige Verbesserungen des Allgemeinzustandes bewirkten, den WZW-Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.4) nicht (S. 5 Ziff. 8). Eine juristische Abklärung habe ergeben, dass die Vereinbarung von 2005 der Prüfung der Leistungspflicht im Rahmen der WZW-Kriterien nicht entgegenstehe (S. 6 Ziff. 13). In der Beschwerdeantwort führte sie dazu aus, die Vereinbarung regle in Bezug auf den Beschwerdeführer lediglich Rechte und Pflichten zwischen diesem und dem Haftpflichtversicherer. Sie sei eine Verbindung von Vereinbarungen zwischen dem Beschwerdeführer und dem Haftpflichtversicherer einerseits und dem Haftpflichtversicherer und den Sozialversicherern andererseits, die gesondert zu betrachten seien (Urk. 8 S. 6 Ziff. 13).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe sich mit der 2005 getroffenen Vereinbarung ihm gegenüber vertraglich verpflichtet, die Kosten des einen der beiden jährlichen Rehabilitationsaufenthalte zu übernehmen (S. 7 Mitte). Die medizinischen Umstände seien im Vergleich zu 2005 unverändert, und die vereinbarte Leistungsübernahme sei - wie auch die regressweise Kapitalisierung gegenüber dem Haftpflichtversicherer - auf Lebenszeit ausgelegt gewesen (S. 9 Mitte). Aus näher dargelegten Gründen sei auch die WZW-Konformität des zweimal jährlichen Rehabilitationsaufenthaltes gegeben (S. 10 f. Ziff. 7).

#### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit einerseits, ob die angekündigte Leistungseinstellung mit der 2005 getroffenen Vereinbarung vereinbar ist, und andererseits, wie es sich mit der WZW-Konformität der zwei jährlichen Rehabilitationsaufenthalte verhält.

### **E. 3.1**

Die im April/Mai 2005 abgeschlossene Vereinbarung zwischen dem Beschwerdeführer, der Beschwerdegegnerin, der Suva und der „Winterthur“ als Haftpflichtversicherer (Urk. 10/3/2) lautete unter anderem wie folgt: Die ab 1.1.2005 entstehenden medizinisch ausgewiesenen Behandlungskosten, die unfallkausal zum Unfallereignis vom 23.10.2000 stehen, werden wie folgt übernommen: SUVA Ambulante Arzt-, Therapie- und Transportkosten (inkl. Hin- und Rückfahrt zu 1 x jährlichem stationären Aufenthalt) Atupri 1 x jährlich ein stationärer Aufenthalt von maximal 6 Wochen in der Privatabteilung  
Präzisierung: Der jährliche sechswöchige stationäre Therapieaufenthalt in der Privatabteilung als Folge des Unfalles von 1978 wird von dieser Vereinbarung nicht berührt. Winterthur Die Winterthur vergütet der SUVA und Atupri diese künftigen Heilungskosten in Kapitalform.

Die von der Winterthur in Kapitalform zu vergütenden künftigen Heilungskosten wurden in einer zwischen den beteiligten Versicherern - mit gleichem Datum - geschlossenen weiteren Vereinbarung (Urk. 10/3/1 = Urk. 3/5/1) näher beziffert, dies bezüglich des von der Beschwerdegegnerin in der erstgenannten Vereinbarung zugesprochenen jährlichen stationären (Reha-) Aufenthalts ab 2005 „bis Endalter (Tod)“ mit total Fr. 423'151.-- (S. 2).

### **E. 3.2**

Bei der Vereinbarung zwischen dem Beschwerdeführer, der Beschwerdegegnerin, der Suva und dem Haftpflichtversicherer handelt es sich nicht um einen Vergleich im Sinne von Art. 50 ATSG (vorstehend E. 1.3). Darin stimmen die Parteien - richtigerweise - überein (Urk. 1 S. 8, Urk. 8 S. 7 Ziff. 16).

### **E. 3.3**

Ein Bestandteil der Vereinbarung ist die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin gegenüber dem Beschwerdeführer zur Kostenübernahme eines jährlichen, maximal 6 Wochen dauernden stationären Aufenthalts. Im Umfang der Kosten eines Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung handelt es sich dabei um eine Leistung der OKP (vorstehend E. 1.4).

Diese OKP-Leistung hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zugesprochen. Die Zusage erfolgte nicht in Verfügungsform, sondern im Rahmen der genannten Vereinbarung, mithin im Sinne der hier massgebenden Verfahrensordnung formlos, was ohne weiteres zulässig ist (vorstehend E. 1.1).

### **E. 3.4**

Leistungszusagen erlangen, auch wenn sie formlos erfolgt sind, Rechtsbeständigkeit, und der Versicherer kann nur auf sie zurückkommen, wenn die Voraussetzungen einer prozessualen Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) oder einer Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) - bei welcher eine zweifellose Unrichtigkeit verlangt wird - gegeben sind (vorstehend E. 1.2).

Dafür, dass dies zuträfe, gibt es keine Anhaltspunkte. Auch die Beschwerdegegnerin hat ihren Entscheid nicht damit begründet.

Dies führt zum Schluss, dass die 2005 erfolgte Leistungszusprache grundsätzlich rechtskräftig ist und als solche von der Beschwerdegegnerin nicht in Frage gestellt werden kann.

### **E. 3.5**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, da es sich um OKP Leistungen handle, sei sie berechtigt und verpflichtet, die Kostenübernahme vom Erfüllen der WZW-Kriterien abhängig zu machen (Urk. 2 S. 2 f. Ziff. 3 f.), was sich im Sinne eines Vorbehaltes auch aus der Vereinbarung ergebe (Urk. 8 S. 8 f. Ziff. 18 ff.), die als öffentlich-rechtlicher Vertrag im Sinne von Art. 50 ATSG - mithin als Vergleich (vgl. aber vorstehend E. 3.2) – aufzu fassen sei (Urk. 8 S. 8 Ziff. 19).

Die Auslegung der Vereinbarung lässt keinen solchen Vorbehalt erkennen. Genannt wurden in der Vereinbarung die ‚medizinisch ausgewiesenen Behandlungskosten, die unfallkausal zum Unfallereignis von 2000 stehen‘. In der Folge wurden diese näher bezeichnet und den beteiligten Sozialversicherern zugeordnet, nämlich je ein jährlicher stationärer Aufenthalt zu Lasten der Suva und zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Diese beiden Massnahmen wurden, so der Text der Vereinbarung, als medizinisch ausgewiesen und unfallkausal qualifiziert. Die Beschwerdegegnerin hat mit anderen Worten die WZW-Konformität des jährlichen Rehabilitationsaufenthaltes im Zeitpunkt der Leistungszusprache wie sorgfältig auch immer - geprüft und bejaht. Wäre die genannte Formulierung als echter Vorbehalt gemeint gewesen, so wären auch die Modalitäten, insbesondere die Periodizität, der Überprüfung zu regeln gewesen. Solches findet sich jedoch in der Vereinbarung bezeichnenderweise nicht, und es hat denn auch während zehn Jahren keine auf einen Vorbehalt schliessende Überprüfung stattgefunden. Es hätte wohl auch der Beschwerdeführer einer Regelung kaum zugestimmt, deren Laufzeit vom doppelten Erfordernis der Unfallkausalität und der medizinischen Indikation abhängig gewesen und damit unsicher gewesen und unter Umständen sehr kurz ausgefallen wäre.

Schliesslich ergibt sich auch aus den übrigen Umständen, dass die Leistungszusprache im Rahmen der Vereinbarung von 2005 seitens aller Beteiligten - also auch der Beschwerdegegnerin - als verbindlich und unbefristet, mithin ohne Vorbehaltsmechanik, verstanden wurde. Deren Gegenwert wurde nämlich bis zum (versicherungsmathematisch verstandenen) Endalter ermittelt und der Kapitaleistung des Haftpflichtversicherers an die Beschwerdegegnerin zugrunde gelegt. Wollte sich die Beschwerdegegnerin gegenüber dem Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellen, ihre 2005 erfolgte Leistungszusprache sei mit Vorbehalten verknüpft gewesen, während sie gegenüber dem sie entschädigenden Haftpflichtversicherer unzweideutig eine unbefristete Leistung in Anschlag brachte, so wäre dies ein widersprüchliches Verhalten, das keinen Schutz verdient.

### **E. 3.6**

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Rahmen der Vereinbarung die Kostenübernahme eines maximal 6-wöchigen jährlichen stationären Rehabilitationsaufenthaltes - als unfallkausale, medizinisch ausgewiesene Behandlungskosten - zugesprochen hat. An diese Leistungszusprache bleibt sie gebunden.

### **E. 4.1**

Am 10. Juli 2012 erstattete Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Suva, eine Beurteilung auf Grund der Akten (Urk. 3/3). Sie führte unter anderem aus, sie gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer an ausgeprägten Einschränkungen im Rahmen der Querschnittsymptomatik leide. Naturgemäss sei es mit zunehmendem Alter zu einer weiteren Reduktion der Fähigkeiten beziehungsweise der Kompensationsmöglichkeiten gekommen. Es könne davon ausgegangen werden, dass er auf regelmässige therapeutische Massnahmen angewiesen sei. Es sei ausgewiesen, dass er von den zweimal jährlichen sechs wöchigen stationären Rehabilitationen mit stationärer Therapiepause von sechs Monaten dazwischen profitiere. Es sei nachvollziehbar, dass insbesondere auf Grund des zunehmenden Alters ambulante Therapien nicht ausreichend seien und dass auch ein nur einmal jährlich stattfindender rehabilitativer Aufenthalt keinen ausreichenden nachhaltigen Effekt hätte (S. 1).

#### **E. 4.2**

Am 15. Juni 2015 erstattete Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Oberarzt Ambulatorium, Zentrum für Paraplegie, B.\_\_\_\_, eine Aktenbeurteilung im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9). Zu drei Austrittsberichten der Y.\_\_\_\_ vom August 2013, Januar und August 2014 (enthalten in Urk. 10/4) führte er aus, mit Ausnahme eines einzigen Satzes seien die Angaben zu Beurteilung und Verlauf identisch (S. 2 Mitte). Auch die Überweisungsschreiben des Hausarztes unterschieden sich kaum; zur Durchführung eines Rehabilitationsaufenthaltes sei üblicherweise das Auftreten von Komplikationen gefordert (S. 2). Sodann kommentierte er eine - in den von der Beschwerdegegnerin eingereichten Akten nicht auffindbare - neurologische Beurteilung vom 25. Mai 2014 (S. 2 f.).

In zusammenfassender Beantwortung des Fragenkatalogs führte er unter anderem aus, aus medizinischer Sicht bestehe keine begründbare Indikation für derart aufwändige stationäre Rehabilitationsaufenthalte. Sie hätten offensichtlich über die Jahre weder eine letztlich nachhaltige Wirkung noch seien sie auf Grund des extrem hohen Aufwands wirtschaftlich begründbar (S. 4 oben). Auch mit intensiven therapeutischen Massnahmen unter stationären Bedingungen könne bei der seit Jahrzehnten bestehenden Querschnittlähmung keine wesentliche, nachhaltige Verbesserung des Zustandes erreicht werden (S. 4 unten).

Die langjährig geübte Praxis von intensiven therapeutischen Massnahmen unter stationären Bedingungen während jeweils drei Monaten pro Jahr habe ganz offensichtlich und auch erwartungsgemäss zu keiner mittelfristigen Verbesserung des Gesamtzustandes geführt. Eine kritische Überprüfung der Indikation zu diesen stationären Aufenthalten durch eine neutrale Fachperson sei nicht vorgeesehen gewesen, sondern Teil einer (medizinisch nicht nachvollziehbaren) Vereinbarung (S. 5 oben). Von einer Beschränkung der stationären Rehabilitationsaufenthalte seien weder mittel- noch langfristige Nachteile zu erwarten (S. 5 Mitte). Eine solche hätte keinen Einfluss auf die längerfristige Selbständigkeit. Diese hänge jedoch grundsätzlich vom erwartungsgemässen Alterungsprozess beziehungsweise dem durchgeführten persönlichen täglichen Training ab (S. 5).

#### **E. 4.3**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Y.\_\_\_\_, nahm am 26. August 2015 zur Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ Stellung (Beilage zur Eingabe vom 2. September 2015, enthalten gegen Ende der chronologisch geordneten Urk. 10/6).

Dr. C.\_\_\_\_ führte unter anderem aus, der Beschwerdeführer leide an einer inkompletten, beinbetonten Tetraplegie mit starker beinbetonter Tetraspastizität und bei Belastung starker Erhöhung der Spastizität in den Beinen. Er wohne selbständig in einer rollstuhlgerechten Wohnung und sei in der Selbsthilfe weit gehend unabhängig. Der tägliche Aufwand für Hygiene, An- und Auskleiden sowie Toileting sei für ihn sehr gross, insbesondere auch wegen der Spastizität in den unteren Extremitäten. Zudem werde er immer wieder durch nächtliche Spasmen geplagt, die ein Durchschlafen verhindern. Während der regelmässigen Rehabilitationsaufenthalte sei immer wieder versucht worden, Antispastika in verschiedener Kombination und Dosierung zu optimieren (S. 2 oben).

Die positive Wirkung auf die Psyche und Körper dauere keineswegs lediglich für einige Tage/Wochen an. Richtig sei, dass man am Grundzustand keine Änderungen bewirken könne. Es gelte jedoch den Status quo beizubehalten, was ohne intensive therapeutische Massnahmen nicht möglich sei (S. 3 oben).

Die Zielvorgaben der stationären Rehabilitationsaufenthalte seien immer die Erhaltung der Selbständigkeit, Reduktion der Spastizität und dadurch Förderung der Beweglichkeit sowie Muskelaufbautraining gewesen. Ohne den intensiven stationären Rehabilitationsaufenthalt habe der Beschwerdeführer trotz physio- und ergotherapeutischen Massnahmen und Eigentraining nach Monaten immer wieder eine Verschlechterung seines Gesamtzustandes erfahren. Diese habe sich in der Zunahme der Spastizität, den Schlafstörungen und einer deutlichen Verlängerung der Zeit, welche er mit An-/Ausziehen, Hygiene und Toileting verbracht habe, geäussert (S. 3). Ob dies mit lediglich ambulanter begleitender Physio- und Ergotherapie zu erreichen wäre, sei fraglich. Ein zirka halbjährlicher Versuch mit nur ambulanter Therapie habe abgebrochen werden müssen, da die Tetraspastizität kontinuierlich zugenommen habe (S. 3 unten).

Es gehe nicht darum, mit intensiven therapeutischen Massnahmen bei der bestehenden Querschnittslähmung eine wesentliche, nachhaltige Verbesserung des Zustandes zu erreichen, dies sei sicher allen Rehabilitationsmedizinern klar. Es gehe darum, den Status quo zu erhalten, sodass der Beschwerdeführer zu Hause weiterhin integriert bleiben könne. Ohne intensive rehabilitative Massnahmen sei die Wahrscheinlichkeit bei ihm gross, dass er seine Selbständigkeit aufgeben und in ein Pflegeheim eingewiesen werden müsste (S. 4 oben).

Eine mittelfristige Verbesserung des medizinischen Gesamtzustandes könne nicht erreicht werden. Erreicht worden seien eine Stabilisation des medizinischen Zustandes des Beschwerdeführers als Tetraplegiker mit dem Erfolg einer bis dato permanenten Integration zu Hause, eine Reduktion der Spastizität, eine Verbesserung des Schlafes, eine bessere Beweglichkeit sowie die Erhaltung der Selbsthilfe (S. 4 Mitte).

Dr. A.\_\_\_\_ sei darin zuzustimmen, dass grundsätzlich Alterungsprozesse den Zustand negativ beeinflussten. Umso mehr seien intensive rehabilitative Massnahmen indiziert (S. 4 unten).

Zusammenfassend hätten die regelmässigen stationären Aufenthalte vom rehabilitativen Standpunkt aus dem Beschwerdeführer geholfen, ein selbständiges Leben zu führen, weitgehend unabhängig zu sein, schmerzhafte Spasmen in den unteren Extremitäten zu reduzieren und die dadurch bedingten Schlafstörungen zu umgehen. Er sei durch die cervicale Myelopathie schwer betroffen, umso mehr brauche er sowohl von physischer wie auch psychischer Seite viel Energie, ein selbständiges Leben zu führen (S. 5 oben).

#### **E. 4.4**

Der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Dr. A.\_\_\_\_ verneinte in seiner Beurteilung (vorstehend E. 4.2) sinngemäss das Erfülltsein der WZW-Kriterien der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit. Er machte insbesondere und wiederholt geltend, die stationären Aufenthalte hätten zu keiner wesentlichen und nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt. Seine Folgerung, es sei deshalb deren Zweckmässigkeit zu verneinen, beruht jedoch auf einem unzutreffenden Verständnis des Kriteriums der Zweckmässigkeit. Dieses kann im Einzelfall auch dadurch erfüllt sein, dass zwar keine gesundheitliche Besserung erzielt wird, sondern nur - aber immerhin - der Status quo gehalten werden kann. Massgebend ist die allgemeine Eignung der zu prüfenden Massnahme zur Zielerreichung (vgl. vorstehend E. 1.5). Als Ziele der stationären Aufenthalte nannte Dr. C.\_\_\_\_ die Erhaltung der Selbständigkeit, die Reduktion der Spastizität und dadurch Förderung der Beweglichkeit sowie das Muskelaufbautraining (vorstehend E. 4.3). Zur Erreichung dieser Ziele sind die stationären Aufenthalte offensichtlich geeignet und mit zunehmendem Alter des Beschwerdeführers sogar notwendiger, so dass diesbezüglich Dr. A.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden kann.

Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit erachtete Dr. A.\_\_\_\_ die stationären Aufenthalte als ausgesprochen aufwändig und vertrat sinngemäss den Standpunkt, weniger teure ambulante Massnahmen würden ausreichen (vorstehend E. 4.2). Dieser Beurteilung kann nicht gefolgt werden, trägt sie doch den - von Dr. C.\_\_\_\_ angeführten - konkreten Umständen keine Rechnung (vorstehend E. 4.3), nämlich dass die versuchsweise Beschränkung auf ambulante Massnahmen nicht erfolgreich war und dass sich der Zustand des Beschwerdeführers trotz zwischen den stationären Aufenthalten stattfindender ambulanter Physio- und Ergotherapie periodisch verschlechtert. Unbeachtet liess Dr. A.\_\_\_\_ auch, dass beim Verlust der so erhalten bleibenden Selbständigkeit absehbar eine dauerhafte stationäre Unterbringung - mithin eine deutlich kostspieligere Versorgung - erforderlich sein dürfte. Somit überzeugt auch die Beurteilung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit durch Dr. A.\_\_\_\_ nicht.

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die in Frage stehenden OKP-Leistungen als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu beurteilen sind, so dass sich deren Einstellung nicht damit begründen lässt, sie erfüllten die WZW-Kriterien nicht.

Damit erweist sich der angefochtene Entscheid nicht nur in formeller Hinsicht (vorstehend E. 3.6), sondern auch in materieller Hinsicht als unzutreffend.

Dementsprechend ist er aufzuheben und die dagegen erhobene Beschwerde ist mit der Feststellung gutzuheissen, dass die Beschwerdegegnerin für die Kosten eines stationären Aufenthalts von maximal 6 Wochen pro Jahr weiterhin leistungspflichtig bleibt.

#### **E. 5**

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

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