

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00100

vom 10. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2018.00100

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00100 du 10 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00100 del 10 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

2. Juli 2018 die Übernahme der Kosten für den stationären Aufenthalt in der Klinik Y.____ ab 1. Mai 2018

mangels Spitalbedürftigkeit ab (Urk. 15 /

E. 1.1

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs.

E. 1.2

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

E. 1.3

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 ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem

Spital (das heisst unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern 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).

Massgebend sind die gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Spitaleintritts. Der Heilungserfolg rechtfertigt keine nachträgliche Bejahung nicht gegebener Spitalbedürftigkeit (Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2. Auflage, Zürich 201

E. 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) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit . e).

E. 2.1

Die Atupri begründete die Ablehnung des Kostengutsprache gesuchs für die stationäre Entzugsbehandlung in der Klinik Y.____ vom 1. Mai bis 27. Juli 2018 mit der fehlenden Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers. Gemäss Beurteilung des Vertrauensarztes werde ein Aufenthalt in einer geschützten Wohnumgebung als sinnvoll anerkannt, die weiteren Therapien könnten jedoch ebenso gut und zweckmässig auch im ambulanten Rahmen weitergeführt werden. Eine langfristige Therapiebedürftigkeit werde seitens des Vertrauensarztes nicht in Frage gestellt. Hingegen bedürfe diese nicht der apparativen und personellen Voraussetzung eines stationären Umfeldes, sondern könne auch in einer geschützten Wohnumgebung im ambulanten Rahmen weitergeführt werden. Weder aus den ärztlichen Berichten noch aus der Einsprache gingen Umstände oder Therapien hervor, welche einen derart ungewöhnlich langen stationären Aufenthalt rechtfertigen würden. Die Weiterführung der Behandlung im ambulanten Rahmen hätte vorliegend eine adäquate, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlungsalternative dargestellt und wäre nicht mit einem Abbruch der Behandlung gleichzusetzen gewesen

(Urk. 2 S. 2 ; vgl. auch

Urk. 21).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), bei ihm sei auch in der Zeit vom 1. Mai bis zum Klinikaustritt am 27. Juli 2018 eine Spitalbedürftigkeit ausgewiesen. Er leide unter Störungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, und Störungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom, sowie an einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne einer komplexen Traumafolgestörung

sowie einer einfachen Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Aufgrund des komplexen, langjährigen Störungsbildes sowie der Komorbidität und des labilen Gesundheitszustandes sei die dem Behandlungsplan dieser Klinik entsprechende sechsmonatige stationäre Therapie unabdingbar gewesen und hätte ein vorzeitiger Abbruch den Therapieerfolg ernsthaft in Frage gestellt und das Risiko eines Rückfalls in das Suchtverhalten massiv erhöht (S. 6). Der Austrittsbericht der Klinik Y.____ zeige, dass es medizinisch unabdingbar gewesen sei, während der ganzen Zeit vom stationären Therapieangebot der Klinik Gebrauch zu machen, und dass während dieser Therapie auch eine gute Anschlusslösung im betreuten Wohnen habe vorbereitet werden können. Dort habe er dann wie geplant am 27. Juli 2018 physisch und psychisch stabilisiert eintreten können (S. 7 oben). Nur durch ein vollständiges Absolvieren der in der Klinik Y.____ vorgesehenen Behandlung habe der Gesundheitszustand soweit stabilisiert werden können, dass er schliesslich nicht mehr auf eine stationäre Behandlung angewiesen gewesen sei, sondern ein erfolversprechender Übertritt in eine betreute Wohnform möglich gewesen sei. Demzufolge und weil die nötigen therapeutischen Massnahmen nur stationär in einer dafür spezialisierten Klinik zweckmässig und erfolversprechend hätten durchgeführt werden können, sei während des ganzen Aufenthalts in der Klinik Y.____ eine Spitalbedürftigkeit vorgelegen (S. 7 unten; vgl. auch Urk. 18, Urk. 23).

3.3.1

Bei der Klinik Y.____

handelt es sich um eine spezialisierte Einrichtung zur Behandlung von Menschen mit allen Formen von Abhängigkeitserkrankungen und Verhaltenssüchten. Am Standort Y.____ wird eine Entwöhnungstherapie im Rahmen eines umfassenden, fachärztlich geleiteten Therapieprogramms angeboten (vgl. www.sozialtherapie.ch).

Der Beschwerdeführer wurde am 30. Januar 2018 von der Suchtbehandlung Z.____ (Hospitalisationen vom 20. November bis 22. Dezember 2017 und vom 23. bis 30. Januar 2018) nach vorgängiger

qualifizierter Entzugsbehandlung in der Klinik A.____ (3 Wochen im Sommer 2017) zur Entwöhnungsbehandlung in die Klinik Y.____ zugewiesen (vgl. Urk. 15/3.1 S. 1 f.). Als Therapieziele wurden Suchtstabilität, nachhaltige Abstinenzmotivation, Reduktion der Symptome des Beschwerdeführers (Abendtaumel, Flashbacks, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Alpträume, Affektregulationsschwierigkeiten), ausgewogener Lebensstil einüben, Ressourcen aktivieren, gesunde Beziehungen aufbauen, Nähe und Distanz in Beziehungen besser regulieren lernen und Verarbeitung der Lebensgeschichte formuliert (Urk. 15/3.1 S. 2 unten). 3.2

Im Bericht der Klinik Y.____ vom 26. Februar 2018 (Urk. 15/3.1) werden als Hauptdiagnose Störungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), sowie als Nebendiagnosen Störungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F14.2), sowie eine posttraumatische Belastungsstörung im Sinne einer komplexen Traumafolgestörung (ICD-10 F43.1) genannt. Als anamnestische Diagnose wird zudem eine einfache Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit Beginn in der Kindheit/Jugend (ICD-10 F90.0) aufgeführt (S. 1). Die Ärzte der Klinik

Y.____ führten aus, der Beschwerdeführer sei in Orientierung und Auffassung ungestört und im formalen Denken geordnet. Es bestünden keine Anhaltspunkte für wahnhaftes Erleben

und Wahrnehmungsstörungen. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei zeitweilig leicht eingeschränkt und der Antrieb leicht vermindert. Es bestünden zudem keine Anhaltspunkte für Selbstgefährdung. Die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft sei vorhanden (S. 1).

Die Therapie beinhalte in einem strukturierten Wochenablauf Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Arbeitstherapie, Sozialtherapie und Freizeitgestaltung. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtbiografie, die Erarbeitung einer tragfähigen Lebensperspektive sowohl in beruflicher wie auch in sozialer Hinsicht und die Überwindung untauglicher und selbstschädigender Verhaltensweisen stünden dabei im Zentrum der Therapie.

Der Beschwerdeführer bewohne mit zwei weiteren Patienten eine Wohngruppe und bemühe sich sehr, sich in die Wohngruppe einzufügen und die expliziten oder informellen Regeln der Gruppe zu durchschauen und sich darauf einzustellen. Er habe seine Ängste, aber auch Wutgefühle thematisiert und sich beim Team frühzeitig Hilfe zur funktionalen Bewältigung von belastender Konfliktsituationen geholt (S. 2).

Im Kontext Arbeitstherapie habe der Beschwerdeführer eine zweiwöchige Schnupperphase durchlaufen, bevor er im Arbeitsbereich Schreinerei fest eingeteilt worden sei. Die psychotherapeutischen Gespräche (ein- bis zweimal in der Woche) habe er sehr regelmässig und verbindlich wahrgenommen. Beim Eintritt sei der Beschwerdeführer psychisch und physisch sehr belastet gewesen. Zur Stabilisierung sei als erstes ein zentraler Schwerpunkt auf die medikamentöse Optimierung gelegt worden. Der Beschwerdeführer verfüge über gute kognitive Fähigkeiten und eine starke Veränderungsbereitschaft zur Verbesserung seiner Problemlage. Es sei ihm gelungen, in enger Begleitung stressige Situationen aktiv zu meistern und sich mit Hilfe von sportlichen Aktivitäten, Aufsuchen sicherer Orte und Beziehungen, gezielt in positive Gefühle zu bringen. Der Beschwerdeführer habe die im Rahmen der Suchtbehandlung für ihn neue Situation gut gemeistert und sich in die Wohn- und Hausgemeinschaft immer besser einfinden können. Er leide jedoch nach wie vor unter grossen Stimmungsschwankungen (S. 3 oben).

Als Indikation für den weiteren stationären Aufenthalt wurden weiterhin das Stärken der Abstinenzmotivation, nachhaltige Suchtstabilität, Optimierung der Pharmakotherapie, Förderung einer ganzheitlichen und realistischen Selbst- und Objektwahrnehmung, Förderung der Impulskontrolle und der Affektregulation sowie das Einüben zwischenmenschlicher Fertigkeiten genannt.

Vor dem Hintergrund seines komorbiden Störungsbildes benötige der Beschwerdeführer für die Stabilisierung seines Gesundheitszustandes weiterhin strukturierte Rahmenbedingungen und das Angebot sicherer Bindungsgefüge. Zum jetzigen Zeitpunkt sei die Fortsetzung der skizzierten Behandlung im stationären Rahmen dringend notwendig. Die abstinenzorientierte stationäre Therapie sei für 5-6 Monate konzipiert (S. 3 unten).

Die Ärzte der Klinik Y. berichteten mit Austrittsbericht vom 6. August 2018 (Urk. 3/6) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 30. Januar bis 27. Juli 2018 und führten aus, während der Entwöhnungstherapie sei es zu keinem Rückfall mit psychoaktiven Substanzen gekommen und der Beschwerdeführer habe auch nur sehr selten ein Verlangen bekundet, etwas zu konsumieren. Es habe sehr motiviert an allen freiwilligen Gruppenangeboten der Klinik teilgenommen. Zusätzlich habe er aktiv an den obligatorischen Gruppen teilgenommen und sich dabei mit eigenen Anliegen gewinnbringend eingebracht,

sowohl für sich selber als auch für die Gruppe. Der Beschwerdeführer habe sich entschieden, in das betreute Wohnen einzuziehen, welche s von der IV finanziert werde. Weiterhin strukturierende und schützende Rahmenbedingungen würden für die Aufrechterhaltung des aktuellen Gesundheitszustandes als deutlich indiziert erachtet. Er sei physisch und psychisch stabilisiert ausgetreten. Aktuell sei der Beschwerdeführer damit beschäftigt, einen geschützten Arbeitsplatz zu suchen. Die ambulante Psychotherapie werde er weiterhin bei seiner Psychologin in der Klinik Y.____ wahrnehmen (S. 5). 3.4

Dr. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, führte am 6. Dezember 2018 aus (Urk. 15/3), vorliegend habe der Beschwerdeführer im Anschluss an zwei Entzugsbehandlungen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung angetreten. Eine Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an eine Entzugsbehandlung finde mehrheitlich im ambulanten Rahmen statt. Zu prüfen sei deshalb, ob und wie weit ein stationäres Setting vorliegend den WZW-Kriterien entspreche.

Seitens der beurteilenden Vertrauensärzte hätten nie Zweifel an der Behandlungsbedürftigkeit bestanden. Die Situation des Beschwerdeführers erfordere eine längerfristige Betreuung in einem geschützten Wohn- und Arbeitsrahmen. Aus den vorliegenden ärztlichen Berichten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer in einer Wohngruppe untergebracht sei. Als KVG-pflichtige Therapien würden psychotherapeutische Gespräche genannt. Allenfalls seien auch Elemente der Sozialtherapie noch KVG-pflichtig. Nicht darunter seien jedoch die Komponenten der Arbeitstherapie und Freizeitgestaltung zu zählen.

Für eine Akutspitalbedürftigkeit im Sinne des KVG werde vorausgesetzt, dass die medizinischen Massnahmen apparative oder personelle Voraussetzungen bedürfen, welche nur im Spital vorhanden seien. Dies liege hier klarerweise nicht vor. Therapien in diesem Umfang könnten (und würden üblicherweise) im ambulanten Rahmen durchgeführt.

Die Vertrauensärzte hätten eine Verlängerung der Kostengutsprache bis längstens 30. April 2018 empfohlen. Dies umfasse insgesamt eine Zeit von rund 3 Monaten und sei ausreichend, um auch die medikamentösen Einstellungen vorzunehmen und eine Anschlussbetreuung sicherzustellen. Die durchgeführten Therapien erforderten über diesen Zeitraum hinaus kein stationäres Setting, sondern sie könnten im ambulanten Rahmen durchgeführt werden. 4. 4.1

In den Akten finden sich keine Hinweise und es wird denn auch nicht geltend gemacht, dass bei Klinikeintritt des Beschwerdeführers am 30. Januar 2018 eine medizinische Notfallsituation oder eine plötzlich auftretende, kurzfristig und heftig verlaufende Gesundheitsstörung im Sinne einer akuten Erkrankung, welche eine stationäre Therapie erfordert (vgl. E. 1.4), gegeben war.

Dies und der Umstand, dass der Beschwerdeführer von seinen behandelnden Ärzten in die Klinik Y.____, und nicht in ein Akutspital eingewiesen wurde, belegt, dass bei Klinikeintritt keine Spitalbedürftigkeit in einem Akutspital gegeben war (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_193/2007 vom 11. Januar 2008 E. 4). 4.2

Unbestritten und nach eigenen Angaben machte der Beschwerdeführer aufgrund seiner Suchtleiden vor dem Klinikeintritt in Y.____ Entzugsbehandlungen in der Klinik A.____ sowie zweimalig in der Suchtbehandlung Z.____. Der Klinikeintritt in Y.____ erfolgte somit nicht zum Entzug, sondern gemäss Ausführungen der dortigen Ärzte als

Entwöhnungsbehandlung zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Dies geht denn auch aus dem Bericht der Klinik Y.____ (vgl. vorstehend E. 3.2) hervor, wonach der Beschwerdeführer beim Eintritt in Orientierung und Auffassung ungestört und im formalen Denken geordnet gewesen sei und zudem keine Anhaltspunkte für wahnhaftes Erleben und Wahrnehmungsstörungen bestanden hätten. Einzig die affektive Schwingungsfähigkeit sei zeitweilig leicht eingeschränkt und der Antrieb leicht vermindert gewesen. Auch die formulierten Therapieziele (vgl. vorstehend E. 3.1) machen deutlich, dass der Klinikeintritt des Beschwerdeführers zur stationären Therapie nicht der Behandlung einer akuten Krankheit unter der Erforderlichkeit von Spitalbedingungen dient (vgl. vorstehend E. 1.3). Es steht somit fest, dass im relevanten Zeitraum eine eigentliche Krankheitsbehandlung bereits stattgefunden hatte, die beim Klinikeintritt abgeschlossen war. Es bleibt somit zu prüfen, ob bei Klinikeintritt Anlass für eine medizinische Rehabilitation bestand, da eine solche definitionsgemäss an eine eigentliche Krankheitsbehandlung anschliesst (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_824/2007 vom 3. April 2008, E 3.3.1, sowie vorstehend E. 1.3.3). 4.3

Selbst wenn die im Streit stehende Behandlung als medizinische Rehabilitation qualifiziert würde, war per 1. Mai 2018 jedenfalls keine Spitalbedürftigkeit mehr gegeben und die Rehabilitation hätte nach diesem Zeitpunkt ambulant beziehungsweise in einem Kurmilieu durchgeführt werden können (vgl. hierzu vorstehend E. 1.5).

So führte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin in seiner Stellungnahme von Dezember 2018 (vgl. vorstehend E. 3.4) gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte nachvollziehbar aus, dass zwar keine Zweifel an der Behandlungsbedürftigkeit des Beschwerdeführers in einem geschützten Wohn- und Arbeitsrahmen bestünden, vorliegend jedoch klar keine Akutspitalbedürftigkeit (mehr) vorliege und die Therapien in diesem Umfang im ambulanten Rahmen durchgeführt werden könnten. Auf diese Einschätzung ist abzustellen. Bereits aus dem Bericht der Ärzte der Klinik Y.____ von Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 3.2) geht hervor, dass keine Anhaltspunkte für eine Problematik vorliegen, die für die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation sprechen. Die im Bericht aufgeführten Punkte, welche eine stationäre Rehabilitation indizieren würden, vermögen nicht zu überzeugen. Es ist aufgrund des dokumentierten Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht ersichtlich, weshalb die psychotherapeutischen Gespräche sowie die Sozialtherapien ab dem 1. Mai 2018 nicht in einem ambulanten Rahmen zweckmässig durchgeführt werden könnten. Sie erfordern keine stationäre Massnahme, zumal der Beschwerdeführer in der Klinik bereits in einer Wohngruppe betreut wird und nach Lage der Akten dort weder der apparativen noch personellen Voraussetzungen bedarf. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass nur noch im Rahmen eines Klinikaufenthaltes Aussicht auf Behandlungserfolg besteht. Die gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers konnten bis zum 1. Mai 2018 stabilisiert werden sowie die medikamentöse Einstellung ausreichend erfolgen, so dass die Notwendigkeit einer Weiterführung der Entwöhnungsbehandlung in einem stationären Rahmen nicht mehr ausgewiesen ist. Die pauschale Begründung der Ärzte der Klinik Y.____, wonach die abstinenzorientierte stationäre Therapie für 5-6 Monate konzipiert sei, überzeugt angesichts der Ausführungen des Vertrauensarztes sowie auch des bisherigen, erfolgreichen Therapieverlaufs des Beschwerdeführers nicht. Sodann ist die Vermutung des Beschwerdeführers, dass ein vorzeitiger Abbruch den Therapieerfolg in Frage stelle und das Risiko eines Rückfalls in das Suchtverhalten massiv erhöhe, spekulativ und durch

nichts bewiesen, war er diesbezüglich doch sowohl vor als auch während und nach dem Rehabilitationsaufenthalt stabil. Diesbezüglich bleibt mit der Beschwerdegegnerin anzumerken, dass die Weiterführung der Behandlung im ambulanten Rahmen eine adäquate, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlungsalternative darstellt und keinesfalls mit einem Abbruch der Behandlung gleichzusetzen ist. Weshalb die Gefahr eines Rückfalls unter diesen Umständen nicht intensiv ambulant, sondern stationär therapiert werden müsste, um eine zweckmässige Behandlung zu ermöglichen, ist nicht nachvollziehbar.

Eine sinnvolle Tagesstrukturierung kann sodann auch in einem ambulanten Behandlungssetting erarbeitet und gewährleistet werden. Der blosser Umstand, dass eine stationäre Therapie rückwirkend erfolgreich war, kann sodann nach der Rechtsprechung keine Spitalbedürftigkeit begründen (vorstehend E. 1.3).

4.4

Aufgrund des Gesagten ist die für die Übernahme der streitigen stationären Rehabilitation in der Klinik Y. ___ erforderliche Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers ab dem 1. Mai 2018 nicht ausgewiesen, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

5. 5.1

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 5.2

Mit Honorarnote vom 3. Mai 2019 (Urk. 25) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter Dr. Peter Stadler einen Aufwand von 17 Stunden geltend.

Gemäss § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) ist eine Entschädigung in dieser Höhe nicht angemessen. Namentlich erscheint ein Aufwand von rund 8.5 Stunden für die Beschwerdeschrift angesichts deren Umfangs sowie des nicht aussergewöhnlichen Schwierigkeitsgrades als überhöht und ist auf 5 Stunden zu kürzen. Damit ergibt sich ein zu entschädigender Aufwand von 13.5 Stunden. Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundensatzes von Fr. 220.-- sowie einer Auslagenpauschale von 3 % auf dem entschädigten Aufwand ergibt dies eine Entschädigung von Fr. 3'059.10 zuzüglich 7.7 % Mehrwertsteuer, mithin von Fr. 3'294.65. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, wird mit Fr. 3'294.65 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler - Atupri
Gesundheitsversicherung - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 Bundesge

setzes 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 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schüpbach

E. 6

3 E. 2c/ bb ; Urteil des Bundesgerichts K 142/03 vom 24. Juni 2004 E. 1.2).

E. 8

und 66 ff. mit Hinweisen). 1.4

Akuts hospitalbedürftig sind in der Regel plötzlich auftretende, meist kurzfristig und heftig verlaufende Gesundheitsstörungen, welche eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordern (Urteil des Bundesgerichts 9C_107/2011 vom 28. Februar 2011 E. 2.2 mit Hinweisen). 1.5

Medizinische Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG zeichnet sich dadurch aus, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und dass Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Sie bezweckt, die durch Krankheit oder deren Behandlung bewirkten Funktionseinbussen mit Hilfe medizinischer Massnahmen zu beheben, und kann eine berufliche, funktionale oder soziale Eingliederung zum Ziel haben. Stationäre Rehabilitation erfordert Spitalbedürftigkeit (BGE 126 V 323 E. 2c; Urteile des Bundesgerichts 9C_824/2007 vom 3. April 2008, E. 3.3.1, sowie 9C_193/2007 vom 11. Januar 2008, E. 3). Kein Anspruch auf stationäre Rehabilitation besteht, wenn diese ambulant oder in einem Kurmilieu durchführbar ist (Eugster, a.a.O., Art. 25 Rz

58 mit Hinweis). 2.

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