

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2024.00047 vom 13. November 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-11-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2024.00047

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2024.00047 du 13 novembre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2024.00047 del 13 novembre 2025

Erwägungen

E. 1

. Mai 2024 die Re-Rehabilitation im Y.____ bereits wahrgenommen (Urk. 3/3).

E. 1.1

Streitgegenstand bilden die Kosten der Rehabilitation bei Dekonditionierung infolge einer Fussverletzung. Die Rehabilitation wurde noch vor Erlass des angefochtenen Entscheids vom 29. April bis 21. Mai 2024 im Y.____ durchgeführt. Umstritten ist dabei einzig der anwendbare Tarif.

E. 1.2

Bei Einreichung des Gesuchs um Kostengutsprache im Jahr 2023 betrug die Tagespauschale im Y.____ (Kanton Luzern) für bei der Beschwerdegegnerin ver sicherte Personen im Querschnitt-Tarif, D-Indikationen Fr. 1'693.--. Im Jahr 2024 änderte die Tarifstruktur. Einschliesslich der Akutsomatik wurde zwischen der Beschwerdegegnerin und dem Y.____ ein Tarif nach SwissDRG von Fr. 10'600.

vereinbart (vgl. Tarife 2023-2024 stationäre Spitalleistungen nach KVG abrufbar unter <https://gesundheit.lu.ch/themen/gesundheitsversorgung/>

spitalfinanzierung / tarife). Für eine neurologische Rehabilitation ihrer Versicherten im Kanton Luzern hatte die Beschwerdegegnerin für die Jahre 2023 und 2024 einen höchstens zu zahlenden Referenztarif von Fr. 822.-- vereinbart.

Für eine paraplegiologische Rehabilitation der Versicherten der Beschwerdegegnerin in der Klinik A.____ (Kanton Zürich) betrug die Tagespauschale im Jahr 2023 Fr. 1'495.-- und die Basisrate im Jahr 2024 Fr. 9'985.--. Die mit den übrigen Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich (ausgenommen im Bereich der Frührehabilitation und Paraplegie) vereinbarten Basispreise in den Jahr 2023 und 2024 lagen zwischen Fr. 640.-- und Fr. 810.-- (vgl. die Referenz- und Spitaltarife 2023 und 2024 unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalfinanzierung.html>).

E. 1.3

Wie insbesondere die gut vergleichbaren Tarife im Jahr 2023 zeigen, liegt der Streitwert bei einer maximalen Aufenthaltsdauer von 23 Tagen (unter Berücksichtigung des Eintrittstags) und einer Differenz der Kosten zwischen einer paraplegiologischen und einer neurologischen Rehabilitation von unter Fr. 1'000.-- pro Tag unter Fr. 30'000.--. Damit fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Schneider, mit Eingabe vom 4. Juli 2024 Beschwerde (Urk. 1; Beilagen Urk. 3/3-14). Darin beantragte er, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei Kostengutsprache für die Rehabilitation vom 29. April bis 21. Mai 2024 im Y.____ zu erteilen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die CSS Kranken -Versicherung AG zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten derselben (Urk. 1 S. 2). Die CSS Kranken -Versicherung AG schloss in der Beschwerdeantwort vom 10. September 2024 (Urk. 7; Beilagen Urk. 8/1-12) auf Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Versicherten (Urk. 7 S. 2). Die Beschwerdeantwort wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 13. September 202

E. 2.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). Darunter fallen in erster Linie die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Die Leistungen umfassen unter anderem die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG). Eine stationäre Rehabilitation bedarf dabei der vorgängigen Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt (vgl. Anhang 1 Ziff. 11 zur Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, KLV).

E. 2.2

Der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG wird im Gesetz nicht näher umschrieben (BGE 126 V 323 E. 2c). Nach Lehre und Rechtsprechung besteht ihr besonderes Merkmal darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Sie schliesst, mit anderen Worten, an eine 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, ist also auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_253/2020 vom 2. Juni 2020 E. 2.1).

Eine medizinische Rehabilitation kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen. Im letzten Fall ist eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist (BGE 126 V 323 E. 2c). Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (d.h. 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. Ziel ist die Sicherstellung einer notwendigen medizinischen Behandlung, die sonst nicht durchführbar wäre, und zwar auch nicht mit den

Mitteln der Krankenpflege zu Hause oder in einem Kurhaus (vgl. oberwähntes Bundesgerichtsurteil 9C_253/2020 E. 2.2).

E. 2.3

Nach Art. 32 Abs. 1 erster Satz KVG müssen ärztliche Leistungen (Art. 25 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a KVG) wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG). Vorliegend interessieren die Merkmale der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Diese hängen eng zusammen: Zweckmässig ist die Leistung, die im konkreten Fall medizinisch indiziert ist und gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken nach objektiven Kriterien den besten Nutzen aufweist (BGE 130 V 299 E. 6.1, BGE 130 V 532 E. 2.2; BGE 123 V 53 E. 2c/ bb). Das Gebot der Wirtschaftlichkeit im krankensicherungsrechtlichen Sinn wird in Art. 56 Abs. 1 KVG umschrieben. Danach muss sich der Leistungserbringer auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Unter verschiedenen zweckmässigen Vorkehren gilt die bei vergleichbarem medizinischem Nutzen kostengünstigste Alternative als wirtschaftlich (BGE 139 V 135 E. 4.4.3). Unnötige therapeutische oder diagnostische Massnahmen sind unzweckmässig und damit ohne Weiteres auch unwirtschaftlich. Insofern bezieht in Fällen wie dem vorliegenden, wo die Indikation einer bestimmten Massnahme infrage gestellt wird, die Wirtschaftlichkeitskontrolle das Erfordernis der Zweckmässigkeit mit ein (vgl. BGE 150 V 30 E. 2.2.1.1). 3.

3.1

Der Beschwerdeführer machte geltend, da er an den typischen Beschwerden einer Querschnittslähmung leide, seien die Erfolgsaussichten in einer hierauf spezialisierten Klinik am grössten (Urk. 1 Art. 6 und 15). Das Y.____ biete eine ganzheitliche Behandlung mit bewährten Therapien, wie der funktionellen Elektrostimulation (FES), an (Urk. 1 Art. 7). Er sei von Beginn an dort behandelt worden, worauf man aufbauen könne. Zudem sei es dort möglich, Hilfsmittel direkt anzupassen (Urk. 1 Art. 8).

Die Rehabilitation zur Verbesserung des Gangbilds (zur Erhaltung von Autonomie, Geh- und Restruktionsfähigkeit sowie zur Schmerzlinderung bei zunehmenden Rückenschmerzen und Kompensationsmechanismen) sei interdisziplinär und -professionell nach dem «Notwiler Standard» durchgeführt worden und bio-psychozial verankert. Es seien mehrere Massnahmen ergriffen und die Therapie und Orthesen angepasst/ergänzt worden. So sei aufgrund der Ganganalyse eine massgefertigte Lumbalbandage abgegeben worden. Zudem sei eine Rumpfstimulation mittels FES erfolgt, wobei das Y.____ auf Rumpfstabilität als der Querschnittslähmung inhärente Thematik spezialisiert sei (Urk. 1 Art. 12 f.). Ferner habe man die Sitzposition im Rollstuhl verbessert. In einer neurologischen Rehabilitation, die noch andere neurologische Störungen umfasse, hätte kein solches Therapieangebot bestanden und wären weniger Fortschritte möglich gewesen, da es an auf Querschnittslähmungen zugeschnittenen Behandlungen mit einer intensiven und kontinuierlichen Betreuung durch ein interdisziplinäres Team gefehlt hätte (Urk. 1 Art. 10 und 14 f.).

Der Leistungsauftrag des Y.____ beinhalte die ganzheitliche Behandlung von Querschnittgelähmten, was die neurologische Rehabilitation einschliesse (Urk. 1 Art. 9). In üblichen Rehabilitationskliniken seien neurogene Blasen- und Darmfunktionsstörungen,

over

use -Komplikationen von Gelenken, Anpassung von Orthesen und querschnittsspezifische Anpassung weiterer Hilfsmittel weniger Thema, für Querschnittgelähmte aber unerlässlich. Querschnittlähmung sei eine komplexe Diagnose mit diversen Beschwerden und Nebendiagnosen. Darum gebe es das Y.____. Es bestehe keine kostengünstigere Alternative mit vergleichbarem Nutzen, womit die paraplegiologische Rehabilitation als zweckmässig und zugleich wirtschaftlich gelten müsse (Urk. 1 Art. 11). 3.2

Die Beschwerdegegnerin hielt indessen dafür, der Verlust der Muskelkraft sei auf den Bruch des Mittelfusses zurückzuführen, zumal der Beschwerdeführer normal steh- und gehfähig sei. Es habe sich also nicht um ein typisch paraplegisches Beschwerdebild/eine neuromuskuläre Krankheit gehandelt. Kraftdefizite seien eine häufige Nebenerscheinung neurologischer Diagnosen, hier verstärkt durch die Fussverletzung. Für die WZW-Kriterien sei letztlich nicht die Diagnose, sondern der Einzelfall entscheidend. Spezifischere Begleiterscheinungen, wie Temperatur- und Kreislaufregulation, seien nicht ersichtlich und träten auch bei anderen neurologischen Erkrankungen auf. Jede Rehabilitationsklinik mit neurologischer Abteilung habe Patienten mit Querschnittlähmung – insbesondere, wenn andere Leiden im Vordergrund stünden (Urk. 7 ad Art. 6 und 9, 10 und 11). Soweit sich der Gesundheitszustand nach der Kostengutsprache für eine neurologische Rehabilitation mutmasslich verschlechtert habe, sei dies selbstverschuldet und nicht zu berücksichtigen. Ohnehin sei ein Gesuch prospektiv bei der Einreichung zu beurteilen (Urk. 7 ad Art. 12-14 und 17).

Physio- und Ergotherapeuten, Rehabilitationsärzte und den Beizug von Hilfsmittelspezialisten würden alle Rehabilitationskliniken anbieten (Urk. 7 ad Art. 15 und 16). FES werde in vielen Fachgebieten und daher auch in neurologischen Abteilungen anderer Kliniken eingesetzt, z.B. im Spital B.____ bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS). Es sei nicht ersichtlich, inwiefern sich die Anwendung im Y.____ unterscheiden bzw. dessen Spezialkenntnisse voraussetzen würde. Die Anpassung von Hilfsmitteln, die übrigens in jeder neurologischen Rehabilitationsklinik (etwa vom B.____ bei ALS zur Rumpfstabilisation) angeboten werde, rechtfertige keine mehrwöchige stationäre Rehabilitation mit dem Fokus muskulärer Konditionsaufbau. Zudem bedürften auch andere Patienten eines Rollstuhls und damit einer Sitzkontrolle. Angesichts der Dokumentationspflicht sei der Austausch zwischen Leistungserbringern problemlos möglich.

Es sei nicht die bestmögliche, sondern die zweckmässigste und wirtschaftlichste Versorgung geschuldet (Urk. 7 ad Art. 7, 8 und d12-14). Muskelaufbau, Gehtraining und begleitende Therapien hätten in jeder neurologischen Rehabilitationsklinik durchgeführt werden können und gleichermassen zum Erfolg geführt. Man sei bereit, im Rahmen der geleisteten Kostengutsprache nach ST Reha-Tarif für die Rehabilitationskosten aufzukommen. Dies gelte auch für das Y.____. Die Mehrkosten seien nicht gerechtfertigt (Urk. 7 ad Art. 15 und 16).

E. 4

zur Kenntnis gebracht (Urk. 9), worauf er mit Eingabe vom 18. September 2024 an seinen Anträgen festhielt (Urk. 10). In der Folge wies das Gericht die CSS Kranken-Versicherung AG darauf hin, dass das Dossier unvollständig sei (Urk. 13 und 16), worauf diese mit Schreiben vom 11. und 29. August 2025 (Urk. 14; Urk. 17) die Policen, die Einsprache

sowie die vertrauensärztlichen Stellungnahmen vom 7. August und 9. Oktober 2023 nachreichte (Urk. 15/1-5; Urk. 18/1-2). Die Einzelrichterin zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Im Gesuch um Kostengutsprache für eine paraplegiologische Rehabilitation, datiert vom 26. Juni 2023, gab das Y.____ an, in der Jahreskontrolle sei der rehabilitative Zustand des Beschwerdeführers als dekonditioniert eingestuft worden. Infolge einer Mittelfussknochenfraktur links im März 2023 sei er zunehmend immobilisiert, so dass er in den unteren Extremitäten objektivierbar viel Muskelkraft verloren habe. Infolgedessen habe sich das Gangbild verschlechtert; es bestehe ein erhöhtes Sturzrisiko. Zudem hätten die Rückenschmerzen aufgrund von Kompensationsmechanismen beim Gehen zugenommen. Geplant seien (1) ein intensives, gezieltes Krafttraining der unteren Extremitäten, (2) eine Gangrehabilitation mit Gang- und Koordinations- sowie propriozeptivem Training, (3) medizinisch-rehabilitative Massnahmen zur Verbesserung der Schmerzsituation und Vermeidung von Schmerzexazerbationen sowie (4) die Evaluation einer FES zur Verbesserung der Kraft und Schmerzlinderung. Ziel sei es, die Selbständigkeit im Alltag zu verbessern und eine allfällige Verlegung in eine Pflegeinstitution zu vermeiden (Urk. 8/1).

Der Vertrauensarzt des Beschwerdegegners, Dr. Z.____, schlussfolgerte am 28. Juni 2023, eine neurologische stationäre Rehabilitation sei medizinisch nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer sei – bei fehlenden vernünftigen Angaben im Rahmen der Gesuchsstellung – offensichtlich geh- und stehfähig. Es würden keine besonderen Hilfsmittel erwähnt. Unter den Angaben sei eine stationäre Neurorehabilitation in jeglicher «normalen» Neurorehabilitation unter ST Reha-Tarif wirksam und zweckmässig. Im Falle eines Wiedererwägungsgesuchs bitte er um exakte Angaben zur Mobilität und um eine Begründung, weshalb nur ein vergleichsweise extrem teures Querschnittszentrum den Beschwerdeführer «retten» könne. Die Durchführung in den Räumlichkeiten des Y.____ sei somit fraglich zweckmässig und sicher nicht wirtschaftlich (vgl. Urk. 8/2).

E. 4.2

Im Wiedererwägungsgesuch vom 3. August 2023 betonte das Y.____, dass die sensomotorischen Einschränkungen eindeutig im Zusammenhang mit einer Querschnittslähmung stünden und der Beschwerdeführer an den hierfür typischen Begleitbeschwerden, wie neurogene Blasen-/Darmfunktionsstörungen, Spastiken und Schmerzen, leide. Mehr als die Hälfte der Muskulatur von Mitte Rumpf an abwärts sei unter einem Kraftwert von M3, sodass eine gewisse Expertise und interprofessionelle Zusammenarbeit (Physio-, Ergotherapie, Orthopädietechnik und Ärzte) notwendig sei, um ihn in seiner Restgehfähigkeit an einer langen Beinorthese bestmöglich zu unterstützen. Man verfüge über bewährte Therapieangebote, z.B. FES. Der Beschwerdeführer werde seit Beginn im Y.____ betreut, was es erlaube, auf früheren Assessments und Behandlungsmethoden aufzubauen. Verschlechterungen könnten rasch und gezielt angegangen werden. Hilfsmittel, insbesondere die lange Beinorthese nach der Mittelfussfraktur, könnten direkt angepasst werden. Das verschlechterte Gangbild gefährde seine Autonomie und Restarbeitsfähigkeit (Urk.

E. 4.3

Im zweiten Wiedererwägungsgesuch vom 31. August 2023 wiederholte das Y.____, dass aufgrund des Beschwerdebilds eine interdisziplinäre stationäre Behandlung mit Schwerpunkt Mobilität notwendig sei. Es betonte, dass die ambulante Therapie ihre

Grenzen erreicht habe und es einer intensiveren Herangehensweise, bedürfe. Die stationäre Behandlung ermögliche eine intensivere und kontinuierliche Betreuung durch ein interdisziplinäres Team. Der stationäre Aufenthalt erlaube (1) eine umfassende Beurteilung der funktionellen Fähigkeiten sowie die Evaluation und Anpassung von Hilfsmitteln, (2) das Erforschen von medikamentösen und anderen Therapien zur Spastikreduktion sowie Optimierung der Schmerzen sowie (3) eine verbesserte Koordination zwischen den Fachdisziplinen, was zu einer nahtlosen effektiven Behandlung führe. Man sei überzeugt, dass eine interdisziplinäre Behandlung wesentlich dazu beitrage, die funktionellen Fähigkeiten zu verbessern und so eine optimale Ausgangslage für eine optimale Autonomie und Restarbeitsfähigkeit darstelle (Urk. 8/6).

Dazu hielt der Vertrauensarzt Dr. Z.____ am 4. September 2023 fest, es ergäben sich keine neuen Aspekte. Niemand zweifle daran, dass das Y.____ eine «superoptimale» Versorgung gewährleisten könne. Ein ambulantes Vorgehen sei nie Thema gewesen. Es gehe um den Aspekt der Wirtschaftlichkeit. Er bleibe daher bei seiner Beurteilung vom 28. Juni 2023 (vgl. Urk. 8/7)

E. 4.4

Schliesslich wies das Y.____ im dritten Wiedererwägungsgesuch vom 26. September 2023 auf seinen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste des Kantons Luzern hin, bei Querschnittgelähmten eine neurologische Rehabilitation zu erbringen; ansonsten ergäbe die Einschränkung auf jene Personengruppe keinen Sinn. Bekräftigt werde dies durch den Zusatz «ganzheitliche» Behandlung». Zudem bestehe explizit ein Leistungsauftrag für die neurologische Rehabilitation als auch die Rehabilitation Querschnittgelähmter. Die Spitalinfrastruktur sei auf die Bedürfnisse von Querschnittgelähmten ausgerichtet und es bestehe spezialisiertes Know-how. Die Behandlung im Y.____ sei einer solchen in einer nicht auf diese Personengruppe spezialisierten Klinik somit hinsichtlich Wirksamkeit und Zweckmässigkeit überlegen. Eine kostengünstigere Alternative mit vergleichbarem medizinischem Nutzen gebe es nicht. Die Behandlung im Y.____ könne auch nicht unter Hinweis auf die höheren Tarife verweigert werden; dies verletze die Spitalwahlfreiheit und den tarifvertraglichen Konsens (Urk. 8/9).

Die Vertrauensärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Chirurgie, ging in ihrer Stellungnahme vom 9. Oktober 2023 fälschlicherweise davon aus, die Rehabilitation sei durchgeführt worden. Im Übrigen betonte sie, dass die freie Spitalwahl nicht greife und es zu Hauf alternative Kliniken gäbe (Urk. 18/1). 5. 5.1

Gemäss Austrittsbericht vom 22. Mai 2024 absolvierte der Beschwerdeführer schliesslich vom 29. April bis 21. Mai 2024 einen stationären Aufenthalt im Y.____. Der Eintritt erfolgte mit dem Ziel der Verbesserung des Gangbildes bei aktuell unsicherem und schwankendem Gang. Aus paraplegiologischer Perspektive wurden als Austrittsziele definiert: selbständiges Wohnen zu Hause (inkl. aller Aktivitäten, die auf die eigene Person gerichtet sind), eine mit technischen Hilfsmitteln unterstützte Teilnahme am soziokulturellen Leben ohne personelle Unterstützung und eine sinnstiftende Tätigkeit als Tagesstruktur (Urk. 3/3). Dazu wurden drei detaillierte Berichte der involvierten Fachdisziplinen erstellt. 5.2

Im Arztbericht vom 24. Juni 2024 wurde erläutert, der Beschwerdeführer sei vor allem zur Verbesserung des Gangbildes und damit der Selbständigkeit ins Y.____ eingetreten. Die Therapien seien im Vordergrund gewesen und dort habe er auch am meisten Fortschritte gezeigt. In der Aktivitätsvisite (am 8. Mai 2024, Urk. 3/13 S. 2) sei das Gangbild analysiert

worden. Es sei durch eine Einlage im rechten Schuh (mehr Bodenfreiheit des linken Beines in der Schwungphase) verbessert worden. Auch habe sich gezeigt, dass eine Gleitspitze am linken Schuh nötig sei und die Rumpfstabilität Einfluss habe. Dabei habe sich eine Lumbalbandage als adäquates Hilfsmittel erwiesen und sei massgefertigt abgegeben worden. Eine Elektrostimulation der Rumpfmuskulatur sei dreimal wöchentlich erfolgt und in der Einzeltherapie eine propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) betreffend Becken-Scapula und rechtes Bein durchgeführt worden. Mit der gleichen Zielsetzung sei ein spezifisches Training in der Medizinischen Trainingstherapie (MTT) absolviert worden. Es seien Übungen für ein Mattentraining zuhause instruiert worden.

Alle Anpassungen der Orthesen/Hilfsmittel seien laufend überprüft und angepasst worden; aufgrund des so veränderten Gangbildes seien die Therapien laufend ergänzt und den Bedürfnissen angepasst worden. Durch das veränderte Gangbild habe die Gehfähigkeit gesteigert und die Abhängigkeit vom Rollstuhl verringert werden können. Die Möglichkeit, regelmässig aufzustehen und gewisse Arbeiten im Stehen zu verrichten, sei neben dem massiven Gewinn an Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz auch medizinisch wichtig zur Unterstützung des Kreislaufs, zur Prophylaxe von Osteoporose, zur Vermeidung von Kontrakturen und zur Erhaltung der Muskelkraft.

Der Beschwerdeführer sei über die Vor- und Nachteile seiner Antriebstechnik im manuellen Rollstuhl aufgeklärt und dieser im Service überprüft worden. Bei altersbedingten Mängeln des Sitzkissens seien diverse getestet und Empfehlungen abgegeben worden. Da der Beschwerdeführer zu Hause einzelne Arbeiten im Stehen erledigen möchte, seien mit ihm diverse Stehstühle besprochen und ihm die Masse mitgegeben worden, da er selbst einen bauen wolle (Urk. 3/12). 5.3

Ergänzend wurde im ergotherapeutischen Bericht vom 24. Mai 2024 ausgeführt, die Stimulation des Musculus quadriceps und der ischiocrurale Muskelgruppe links seien via Muskulatur mit RISE-Stimulator im Stehen am Freibarren durchgeführt worden; ein Termin im internationalen FES Center zur Evaluation weiterer Stimulationsmöglichkeiten sei geplant. Der Beschwerdeführer sei mit der Anfang 2024 von der Orthopädietechnik im A.____ massgefertigten Oberschenkelprothese sehr zufrieden. Empfohlen werde das Anbringen einer Gleitspitze am linken Schuh, was der Beschwerdeführer im Rahmen einer Passformkontrolle im A.____ selbst organisiere. Zudem sei es wichtig, dass er die Einlage im rechten Schuh trage. Der Beschwerdeführer habe sein Sitzkissen in den letzten 6 Jahren nie selbst überprüft. Eine Mehrzahl der Zellen sei kaputt. Ein neues Kissen sei bei der Versicherung beantragt worden. Der Beschwerdeführer habe verschiedene Kissen getestet, ein Vicar

Ative

E. 8

/ 4).

In seiner Stellungnahme vom 7. August 2023 wiederholte der Vertrauensarzt, dass die funktionellen Probleme nur angedeutet würden. Wie er dem Gesuch entnehme, sei die Gang- und Standfähigkeit vorhanden. Die neurologischen Belange seien ohne konkrete erhebliche sanierungsbedürftige Problematik selbst redend in jedem Pflegeheim zu behandeln. Ein Querschnittszentrum möge wirksam sein, es sei aber bei wirtschaftlich durchaus adäquater Alternative weder zweckmässig noch wirtschaftlich (vgl. Urk. 18/2).

E. 9

aus dem Therapiebestand sei zur Testung der optimalen Füllmenge abgegeben und ihm zum Übergang nach Hause gegeben worden. Der Beschwerdeführer werde mit einem Freund einen Stehtisch inkl. Kniepolster zur Entlastung bauen. Man habe Mass und die Wichtigkeit des Hautschutzes sowie die Dekubitusprophylaxe besprochen. Eine weiterführende ambulante Ergotherapie sei nicht nötig (Urk. 3/13). 5.4

Zusätzlich kann dem physiotherapeutischen Bericht vom 28. Juni 2024 entnommen werden, dass die Rumpfstimulation bei einer zugrundeliegenden gemischten Läsion der die Bauchmuskulatur versorgenden Nerven zur Verbesserung der Rumpfstabilität beim Gehen durchgeführt wurde. Eine weiterführende ambulante Physiotherapie und MTT zum Erhalt und der weiteren Verbesserung der Muskelkraft und Gehfähigkeit sei indiziert (Urk. 3/14). 6.

6.1

Angesichts der Parteivorbringen und aufgelegten medizinischen Unterlagen ist in Ergänzung zu E. 2.3 nochmals zu betonen, dass sich die Wirtschaftlichkeit objektiv beurteilt und vergleichenden Charakter hat, indem sie eine Rolle spielt, wenn im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Diesfalls ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen. Erlaubt eine der Massnahmen, den verfolgten Zweck erheblich kostengünstiger zu erreichen als dies mit der anderen Massnahme der Fall wäre, hat die versicherte Person keinen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der teureren Massnahme. Demgegenüber kann eine vergleichsweise grössere medizinische Zweckmässigkeit (durch Vorteile in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht wie z.B. geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend Nebenwirkungen und Spätfolgen) die Übernahme einer teureren Massnahme rechtfertigen (BGE 145 V 116 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

Unnötige therapeutische oder diagnostische Massnahmen sind unzweckmässig und damit ohne Weiteres unwirtschaftlich. Umgekehrt stellt sich die Frage der Wirtschaftlichkeit grundsätzlich nicht, wenn es nur eine Behandlungsmöglichkeit bzw. keine Behandlungsalternative gibt. Besteht zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis, ist die Leistung jedoch nach dem allgemeinen Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV) zu verweigern (vgl. BGE 145 V 116 5.1 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 136 V 395 E. 7.4). 6.2

Das Y. argumentierte in seinen Gesuchen letztlich, dass es über spezialisiertes Know-how bei Querschnittlähmung und eine auf die Bedürfnisse von Querschnittgelähmten ausgerichtete Spitalinfrastruktur verfüge, weshalb es keine kostengünstigere Alternative mit vergleichbarem medizinischen Nutzen gebe (vgl. E. 4.4). Damit übersieht es, dass der diagnostische und therapeutische Nutzen im Rahmen der Zweckmässigkeit nicht absolut zu berücksichtigen, sondern am konkret angestrebten Erfolg zu messen ist.

Anschauliches Beispiel hierfür bietet das Bundesgerichtsurteil 9C_138/2024 vom 3. Juli 2024 (insbesondere E. 4.3 und 4.6), auch wenn Gegenstand nicht eine Pflegeleistung, sondern ein Hilfsmittel (Oberschenkelprothese mit elektronischem Kniegelenk) war. Die versicherte Person, welche bisher mit einer Prothese des Typs «C-Leg 4» versorgt war, beantragte Kostengutsprache für eine Prothese des Typs «Genium», welche eine technische Weiterentwicklung der erstgenannten Prothese darstellte. Das Bundesgericht

kam zum Schluss, zwar verfüge das teurere « Genium » über bessere Funktionen. Dieser Umstand allein schliesse jedoch nicht aus, dass auch «C-Leg 4» die Bedürfnisse der versicherten Person genügend erfülle respektive zweckmässig sein könne. Bei der versicherten Person seien keine besonderen oder erhöhten Anforderungen an die Mobilität oder relevante zur Gehbehinderung hinzutretende gesundheitliche Einschränkungen (wie eine Seheinschränkung oder kognitive Defizite) ersichtlich. Dass die versicherte Person beim Gebrauch von «C-Leg 4» anstelle von « Genium » unter medizinischen Gesichtspunkten mit konkreten gesundheitlichen Nachteilen rechnen müsse, lasse sich den Berichten ebenso wenig entnehmen. Damit sei die Zweckmässigkeit der Neuversorgung mit dem «C-Leg 4» zu Recht bejaht worden. 6.3

Rehabilitationsbedarf ist dann gegeben, wenn in Abhängigkeit von der Gesundheitsstörung, den daraus resultierenden Schädigungen und Beeinträchtigungen sowie der konsekutiv individuell definierten Zielsetzung im Hinblick auf eine bestmögliche Partizipation zur Vermeidung von Behinderung eine als zweckmässig anerkannte rehabilitative Intervention zur Verfügung steht. Es muss eine objektivierbare therapeutische Indikation (individuelle Erfüllung der Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose) zu stellen bzw. gegeben sein (vgl. das vom Verband der Spitäler H+ verfasste Grundsatzpapier « DefReha ©, Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen », Januar 2025, Version 4.0, S. 13 abrufbar unter <https://www.hplus.ch/de/politik/defrehac>).

Die Kostenübernahme für eine medizinische Rehabilitation im Rahmen der OKP setzt dementsprechend ein Rehabilitationspotential voraus. Ein solches ist nach dem in E. 2.2 Ausgeführten letztlich gegeben, wenn nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann bzw. bei progredienten Erkrankungen - wenigstens - mit einer Stabilisierung (Urteil des Bundesgerichts 9C_413/2012 vom 14. Februar 2013 E. 4.1).

Der für die Beurteilung der Zweckmässigkeit massgebende angestrebte Erfolg richtet sich somit nach dem vorhandenen Rehabilitationsbedarf, begrenzt durch das Rehabilitationspotential. 6.4

Den Gesuchen des Y. ___ ist diesbezüglich – wie vom Beschwerdeführer selbst dar getan (vgl. Urk. 1 Art. 12) – zu entnehmen, dass die stationäre Rehabilitation nötig sei, um das Gangbild zu verbessern und das Sturzrisiko zu reduzieren, womit auch die infolge Kompensationsmechanismen zunehmenden Rücken schmerzen bessern würden; so könne die Selbständigkeit im Alltag erhöht und die Restarbeitsfähigkeit erhalten werden. Um das so umschriebene Rehabilitationspotential auszuschöpfen, wurden ein intensives, gezieltes Krafttraining, eine Gangrehabilitation mit Gang-, Koordinations- sowie propriozeptivem Training und die Evaluation einer FES vorgesehen. Ebenfalls erwähnt, aber nicht näher ausgeführt, wurden medizinisch-rehabilitative Massnahmen in Bezug auf Schmerzen (vgl. E. 4.1).

Später ergänzte das Y. ___ , dass der stationäre Aufenthalt eine umfassende Beurteilung der funktionellen Fähigkeiten, die Evaluation und Anpassung von Hilfsmitteln sowie das Erforschen von medikamentösen und anderen Therapien zur Spastikreduktion und Optimierung der Schmerzen ermögliche (vgl. E. 4.2). Ein zusätzlicher Rehabilitationsbedarf wurde damit nicht aufgezeigt. Neben der Dekonditionierung der unteren Extremitäten wurde in den Gesuchen keine andere neue/verschlechterte

Symptomatik bzw. Komplikation im Rahmen der typischen Begleiterscheinungen der Querschnittlähmung (wie der neurogenen Blasen-/

Darmfunktionsstörung) beschrieben, die einer stationären Behandlung bedurft hätte. Ebenso wenig finden sich in den Gesuchen Hinweise darauf, dass in der ambulant durchgeführten Jahreskontrolle ein weitergehender Abklärungsbedarf festgestellt worden wäre. Ergänzend kann auch auf den Austrittsbericht vom 22. Mai 2024 zur inzwischen im Y.____ stattgehabten Rehabilitation verwiesen werden, der keine Hinweise auf eine entsprechende Medikation enthält (vgl. Urk. 3/3).

Zudem lässt sich dem dazugehörigen ergotherapeutischen Bericht entnehmen, dass die Klinik A.____ dem Beschwerdeführer Anfang 2024 eine massgefertigte Oberschenkelprothese abgegeben hatte und die Gleitspitze am linken Schuh erst später in einer vom Beschwerdeführer selbst organisierten Passformkontrolle in eben genannter Klinik angebracht wurde (vgl. E. 5.3). Wie insbesondere auch beim während besagter Rehabilitation durchgeführten Rollstuhlservice und der stattgehabten Beratung betreffend Stehstuhl (vgl. E. 5.2) handelt es sich um Leistungen, die durchaus bei Gelegenheit eines stationären Aufenthalts bezogen werden können, indessen bestehen keinerlei Anhaltspunkte für gesundheitliche Nachteile bei der Erbringung derselben im ambulanten Setting. 6.5

Seitens der Beschwerdegegnerin wurde nicht bestritten, dass die angestrebte Verbesserung der Mobilität in einer paraplegiologischen Rehabilitation erwartet werden konnte (und auch effektiv eintrat, vgl. E. 5.2). Indessen machte sie geltend, diese wäre auch in einer neurologischen Rehabilitation erreichbar gewesen wäre. Es stellt sich somit die Frage, ob der Beschwerdeführer sein Rehabilitationspotential im Rahmen der durch den ST Reha-Tarif für eine neurologische Rehabilitation gedeckten Leistungen hinreichend hätte ausschöpfen können oder er hierzu der aktuell durch den SwissDRG -Tarif bzw. früher durch den Querschnitt-Tarif gedeckten Leistungen im Rahmen einer paraplegiologischen Rehabilitation bedurfte (vgl. E. 1.2).

Dazu ist vorweg festzustellen, dass in den letzten Jahren für sämtliche stationäre Behandlungen in der Schweiz leistungsbezogene Pauschalen eingeführt wurden. Die stationären Tarifstrukturen reflektieren dabei keine OKP-Leistungen, d.h. aus der Eingruppierung der Fälle in eine Fallgruppe (und der Ermittlung von Zusatzentgelten) kann nicht auf eine Leistungspflicht der Sozialversicherungen geschlossen werden kann (vgl. <https://www.swissdr.org/de/rehabilitation/st-reha>, Rubrik «ST Reha System 2.0/2024», Dokument «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha [Mai/2023]», S. 7). 6.6

Der Anwendungsbereich für ST Reha-Pauschalen gemäss RCG-Katalog umfasst die Vergütung aller stationären Rehabilitationsaufenthalte in Rehabilitationskliniken und -abteilungen mit Ausnahme der Bereiche Paraplegiologie und Frührehabilitation. RCG (Rehabilitation Cost Groups) können dabei als leistungsbezogene Kostengruppen definiert werden, die sich aufgrund ihres klinischen Inhalts als auch ihres Ressourcenverbrauchs unterscheiden. Das Zuordnungsverfahren der Falldaten zu den einzelnen RCGs ist im Definitionshandbuch beschrieben. Unter die hier interessierende Basis-RCG TR13 «Neurologische Rehabilitation» sind – bei Berücksichtigung des hohen Ressourcenverbrauchs – auch Leiden im Zusammenhang mit Paresen und Paraplegien einzuordnen (vgl. <https://www.swissdr.org/de/rehabilitation/st-reha>, Rubrik «ST Reha System 2.0/2024», Dokumente «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und

ST Reha [Mai/2023]», S. 10 f. und «Definitions handbuch ST Reha Abrechnungsversion [2024/2024]», S. 6 f. und RCG TR13C).

Für eine Vergütung der paraplegiologischen Behandlung unter der SwissDRG -Tarifstruktur müssen die folgenden minimalen Abgrenzungskriterien kumulativ erfüllt sein: (1) Bestehen eines expliziten Leistungsauftrages gemäss Spitalliste für Akutsomatik oder Paraplegiologie, (2) Erfüllung der Mindestmerkmale gemäss Schweizerischer Operationsklassifikation (CHOP) für die paraplegiologische Komplexbehandlung und (3) transparente Ausscheidung der Kosten und Leistungen. Hervorzuheben ist, dass für eine Abrechnung der Paraplegiologie unter SwissDRG kein Fallsplit zwischen der Akut- und der Rehabilitationsphase vorgenommen wird (vgl. oberwähntes Dokument «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha [Mai/2023]», S. 11).

Zu den Mindestmerkmalen für eine paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung gemäss CHOP-Version 2024 (vgl. [https://www.bfs.admin.ch/asset/](https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23085962)

[de/23085962](https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23085962)) gehören neben einer entsprechenden Diagnose als Indikation (Punkt 1), dass eine intensive stationäre physikalisch-rehabilitative Behandlung durch ein multiprofessionelles Team erfolgt, von welchem mindestens ein Drittel über zwei Jahre Erfahrung in der Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit einer Querschnittslähmung verfügt und für welches ein Konzept für eine rehabilitationsspezifische Fortbildung von mindestens einer Stunde pro Woche vorliegt. Ärztliche Visiten müssen an mindestens fünf von sieben Tagen statt finden mit auch Besprechung mit dem therapeutischen und pflegerischen Personal. Es wird der wöchentliche Einsatz von mindestens fünf Therapieeinheiten aus mindestens drei der folgenden Therapiebereiche gefordert: aktive Physiotherapie inkl. Robotik, Ergotherapie, Physikalische Therapie, Psychologische Verfahren und Psychotherapie, Kunsttherapie, Logopädie, Dysphagietherapie und Entspannungstechniken. In patientenbezogener Kombination müssen zusätzlich Sozialarbeiter und -pädagogen, Arbeitspädagogen, Berufs- und Laufbahnberater sowie Orthopädie- und Rollstuhltechniker verfügbar sein. Die ärztliche Leitung und Stellvertretung des multiprofessionellen Teams müssen mitunter mindestens drei Jahre Erfahrung in der Behandlung und Rehabilitation Querschnittgelähmter sowie die Anerkennung der Schweizerischen Gesellschaft für Paraplegie besitzen. Im Haus müssen ferner folgende fachärztliche Spezialisierung vorhanden sein: Physikalische Medizin und Rehabilitation, Neurologie, Innere Medizin und Neuro-Urologie. Weitere Fachdisziplinen müssen nach Bedarf zumindest in Kooperation verfügbar sein. Eine Facharztperson muss zudem an 24/24 Stunden sowie 7/7 Tagen erreichbar sein. Mindestens 50 % des zum Behandlungsteam gehörenden Pflegepersonals muss diplomiert sein, inkl. der Schichtleitung. Mindestens eine Pflegeperson pro Schicht muss zudem die spezifische Erfahrung mit Dekubitusbehandlung, Haut- und Wundbehandlung, Infektionsmanagement, Lagerungs- und Transfertechnik, Blasen- und Darmmanagement, Erkennen und Behandlung von autonomer Dysreflexie, Spastik, Respiration-, Atem- und Trachealkanülenmanagement, Schmerzmanagement, Ernährung und Betreuung von Schluckstörungen verfügen (Punkte 3 und 4).

Für eine neurologische Rehabilitation gelten zunächst die allgemeinen Mindestmerkmale einer Rehabilitation. Danach wird innert drei Tagen ein patientenbezogener Behandlungsplan erstellt, der sich nach der dokumentierten individuellen Zielsetzung richtet (Punkt 2). Die Therapieeinheiten und die Edukation erfolgen in Einzel- oder

Gruppentherapie je nach Indikation und in Abhängigkeit der Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten (Punkt 3). Es findet wöchentlich eine fachärztliche Visite statt (Punkt 4) und auch die Koordination / Teambesprechung unter fachärztlicher Leitung erfolgt wöchentlich (Punkt 5). Für die neurologische Rehabilitation im Besonderen gilt zusätzlich, dass an mindestens zwei von sieben Tagen eine Visite durch den Stationsarzt erfolgt. Im Behandlungsplan obligatorisch sind zudem Physiotherapie in patientenbezogenen Kombinationen mit mindestens einer der folgenden Therapien und Beratungen: Physikalische Therapie, Logopädie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Psycho- und Gesprächstherapie, Ernährungsberatung/-therapie. Nicht dazu zählen, aber auch möglich sind Sozial-, Raucherstopp- und Diabetesberatung.

Ergänzend ist auf die Kapitel 3.3.5 Neurologische Rehabilitation (S. 33 f.) und 3.3.7 Paraplegiologische Rehabilitation (S. 38-40) im oberwähnten, vom H+ verfassten Grundsatzpapier «DefReha ©, Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen» hinzuweisen. 6.7

Demnach lässt allein die beim Beschwerdeführer diagnostizierte sensomotorisch inkompletten Paraplegie unterhalb Thorakalwirbel 7 (AIS C) nach einer spinalen Ischämie bei Spinalis-anterior-Syndrom (vgl. Sachverhalt E. 1.1) noch nicht auf

die Notwendigkeit einer

paraplegiologischen Rehabilitation

schliessen. Vielmehr sind neurologische Rehabilitationen von Paraplegikern auch unter dem STR e ha-Tarif vorgesehen, der sich letztlich auf die Daten der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) stützt, die wiederum für jeden in einem Spital behandelten Fall routinemässig erhoben werden (vgl. «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha [Mai/2023]», S. 4). Ohne Relevanz ist indessen, dass unmittelbarer Auslöser des Muskelabbaus die Fussverletzung war; entscheidend ist einzig, dass der Muskelaufbau nötig, aufgrund der Paraplegie aber nur unter stationären Bedingungen möglich war.

Für die Vergütung als paraplegiologische Rehabilitation wird im Vergleich zur neurologischen Rehabilitation – soweit aus den Tarifen ersichtlich – vorab ein breiteres Spektrum an Therapiemöglichkeiten verlangt, es ist Beratung und Unterstützung bei der beruflichen Integration und im Alltag anzubieten, die ärztliche Leitung und ein Teil der Mitarbeiter müssen über spezifische Erfahrung im Umgang mit Querschnittlähmung verfügen und die Rehabilitation ist besonders engmaschig durch Arztvisiten und Teambesprechungen zu begleiten. Zu den Einschlusskriterien für den Beginn der «Querschnittrehabilitation» gehört gemäss vorerwähntem Grundsatzpapier von H+ (S. 40) sodann etwa, dass die Vitalfunktionen für Rehabilitationsbehandlungen genügend stabil sind oder eine überwachungspflichtige, querschnittspezifische Intensivbehandlung angezeigt ist. Zudem sind gegebenenfalls weitere chirurgisch-medizinische Behandlungen notwendig oder der Patient ist beatmungspflichtig bei stabiler Ventilation oder der Patient benötigt erhebliche pflegerische Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens («ADL») oder die Mobilität ist erheblich oder vollständig eingeschränkt oder der Patient braucht Unterstützung bei der Ausscheidung oder der Patient wird mit Sonde oder parenteral ernährt.

Es ist nicht ersichtlich, inwiefern dieses auf eine ganzheitliche Behandlung bei Querschnittslähmungen ausgerichtete Leistungsangebot in der aktuellen Situation des Beschwerdeführers erforderlich wäre. Die Indikation zur stationären Rehabilitation wurde allein aufgrund des Muskelabbaus der unteren Extremitäten nach einer Fussverletzung gestellt (vgl. E. 6.3). Da die ambulante Therapie ihre Grenzen erreicht hatte, sollte die stationäre Behandlung eine intensivere und kontinuierlichere Herangehensweise an dieses Problem ermöglichen (vgl. E. 4.3). Die dazu nötigen Therapien, vorab Physio- und Ergotherapie, sind auch zentraler Bestandteil einer neurologischen Rehabilitation. Beispielfähig kann auf das Angebot der D.____

verwiesen werden, die als Indikation für eine neurologische Rehabilitation explizit Rückenmarksverletzungen nennen und mitunter eine gerätegestützte Gangrehabilitation und neuromuskuläre Elektrostimulation anbieten. Ebenso werden gemäss vorerwähntem Grundsatzpapier des H+ (S. 34) als mögliche Bereiche, in welchen Mindestleistungen zu erbringen sind, Physiotherapie und Sporttherapie, Ergotherapie sowie Hilfsmittelberatung und -schulung genannt. Soweit der Beschwerdeführer im Umkehrschluss letztlich argumentierte (vgl. Urk. 1 Art. 14), dem multi professionellen Team in der neurologischen Rehabilitation fehle das neurologische Verständnis für die Querschnittslähmung, weshalb eine solche keinen zureichenden Muskelaufbau erlaubt hätte, kann dem nicht gefolgt werden. Dies muss umso mehr gelten, als der Beschwerdeführer – wie vom Vertrauensarzt hervorgehoben (vgl. E. 4.1) – denn auch geh- und standfähig ist.

Das Y.____ merkte einzig im Rahmen der Diagnosestellung an, dass von einer Querschnittslähmung auszugehen sei und der Beschwerdeführer an den dafür typischen Begleitbeschwerden, wie neurogene Blasen-/Darmfunktionsstörungen, Spastiken und Schmerzen, leide. Dass diesbezüglich ebenfalls eine stationäre Behandlung erforderlich wäre, wurde in den Gesuchen nicht behauptet und ergibt sich auch nicht aus dem Austrittsbericht zur bereits durchgeführten Rehabilitation (vgl. Urk. 3/3 und 3/12: nur intermittierender Selbstkatheterismus angegeben, wobei Stuhlgang und Miktion als unauffällig beschrieben; keine Hinweise auf spezielle Schmerztherapie oder Behandlung von Spastiken). Insoweit konstatierte der Vertrauensarzt nachvollziehbar, dass die neurologischen Belange des Beschwerdeführers ohne konkrete erhebliche, sanierungsbedürftige Problematik in jedem Pflegeheim zu behandeln seien (vgl. E. 4.2). 6.8

Zusammenfassend erweist sich die neurologische Rehabilitation in Bezug auf die anvisierte verbesserte Mobilität somit als zweckmässig und auch im Rahmen der Spitalbedürftigkeit ist kein Gesundheitszustand ausgewiesen, der ausschliesslich in einem Paraplegikerzentrum gepflegt werden kann. Fest steht weiter, dass eine neurologische im Vergleich zur paraplegiologischen Rehabilitation wesentlich kostengünstiger ist (vgl. E. 1.2). Folglich hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine neurologische Rehabilitation nach ST-Reha Tarif.

Es wird nicht bestritten, dass eine paraplegiologische Rehabilitation im Y.____ für den Beschwerdeführer zusätzliche Vorteile bot (wie Rollstuhlservice, Stehstuhlberatung, Sitzkontrolle und sofortige Massanfertigung der Lendenbandage); diese trugen jedoch zur Erreichung des in den Gesuchen umschriebenen aktuellen Rehabilitationsbedarfs nicht sichtlich bei und wären auch im ambulanten Setting möglich gewesen. Insoweit kann nicht davon gesprochen werden, es bestünde eine grössere medizinische Zweckmässigkeit der paraplegiologischen Rehabilitation, welche in der hier zu beurteilenden Konstellation die massiv höheren Kosten über mehrere Wochen rechtfertigen würde. Daran ändert nichts,

dass sich im Nachhinein eine Lumbalbandage als geeignetes Hilfsmittel erwies und – etwas weniger als ein Jahr nach Feststellung des Rehabilitationsbedarfs – sofort abgegeben werden konnte (vgl. E. 5.2). Gleiches gilt für den Umstand, dass neben dem selbständigen Wohnen weitere Partizipationsziele wie technisch unterstützte Teilnahme am soziokulturellen Leben und sinnstiftende Tätigkeit als Tagesstruktur (vgl. E. 5.1) definiert wurden, aber letztlich im Hintergrund standen und auch nicht weiter dokumentiert sind (vgl. Urk. 3/12 erster Absatz).

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Die Begründungen in den Gesuchen wie auch die neu aufgelegten Berichte zur inzwischen durchgeführten Rehabilitation lassen keinerlei Zweifel an den abgegebenen Empfehlungen der Vertrauensärzte aufkommen. 7.

Nach dem Ausgeführten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache nach dem ST Reha-Tarif geleistet und die Vergütung als paraplologische Rehabilitation abgelehnt hat. Dass die Kostenübernahme des ST Reha-Tarifs auch für das Y.____ gilt, wird seitens der Beschwerdegegnerin im Prozess nicht in Abrede gestellt (vgl. Urk. 2 S. 6 und Urk. 7 ad Art. 15 und 16). Die Einzelrichterin erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2 .

Das Verfahren ist kostenlos. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Mirjam Schneider unter Beilage einer Kopie von Urk. 13-18 - CSS Kranken-Versicherung AG - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Einzelrichterin Die Gerichtsschreiberin Philipp Bonetti

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