



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Januar 2022 (730 21 152 / 11)

Krankenversicherung

Prüfung der Voraussetzungen zur Übernahme der Kosten eines stationären Rehabilitationsaufenthalts nach einem Schlaganfall

_____ Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Barbara Vögli

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch **B.**_____, dieser vertreten durch Astrid Meienberg, Rechtsanwältin, goldbach law, Gustav-Siber Weg 4, Postfach 645, 8700 Küsnacht ZH

gegen

Krankenkasse SLKK, Hofwiesenstrasse 370, Postfach, 8050 Zürich, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A.1 A._____, geboren 1931, ist bei der Krankenkasse SLKK (SLKK) obligatorisch krankenpflegeversichert. Während eines Aufenthaltes in ihrem Feriendomizil in Z._____ erlitt sie am 9. August 2020 einen Schlaganfall. Zunächst wurde sie in einem Spital in C._____ behandelt. Am 15. August 2020 erfolgte die Verlegung ins Spital D._____, wo neben dem Ischämischen Infarkt temporo-occipital ein Herzinfarkt Typ STEMI 2 und ein Harnwegsinfekt diagnostiziert wurden. Am 20. August 2020 stellte das Spital D._____ bei der SLKK den Antrag auf Übernahme der Kosten für

einen 14-tägigen neurologischen Rehabilitationsaufenthalt im Spital E.____. Dieses Gesuch lehnte die SLKK mit Schreiben vom 21. August 2020 mit der Begründung ab, gestützt auf die medizinischen Unterlagen liege derzeit keine Rehabilitationsfähigkeit vor und die Versicherte sei stark pflegebedürftig. Im Sinne der Austauschbefugnis werde eine 14-tägige Akut- und Übergangspflege (AÜP) mit intensiven multimodalen Therapien zum Kraftaufbau und zur Wiederherstellung der Funktionalität zugesprochen.

A.2 In der Folge übernahm A.____ die Kosten für den stationären Rehabilitationsaufenthalt im Spital E.____ vom 10. September 2020 bis 8. Oktober 2020 selbst. Nach diesem Aufenthalt konnte sie nach Hause entlassen werden. Auf ihr Ersuchen hin erliess die SLKK am 2. Februar 2021 eine Verfügung, mit der sie die Übernahme der Kosten des stationären Rehabilitationsaufenthaltes im Spital E.____ erneut ablehnte. In der Begründung führte sie aus, die Behauptung des Spitals D.____, in den Kantonen X.____ und Y.____ existiere keine AÜP, treffe nicht zu. Die AÜP werde durch die regionalen Spitex- oder Pflegeeinrichtungen angeboten, so beispielsweise durch die Spitex F.____. Ziel der AÜP sei es, die Wiedererlangung der Selbständigkeit in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Sie werde insbesondere dann angeboten, wenn ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt nicht gerechtfertigt sei, die Patienten aber einen befristeten Pflegebedarf benötigen würden. Es stelle sich deshalb die Frage nach der Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation. Aus den der SLKK zur Verfügung stehenden medizinischen Berichten sei nicht ersichtlich, weshalb nur eine stationäre Massnahme in Frage komme. Der Grad der Einschränkung der Versicherten werde als geringgradig wiedergegeben. Zur Bejahung der Spitalbedürftigkeit reiche nicht aus, dass die stationäre Behandlung auf ärztlicher Einweisung beruhe. Gemäss Bericht des Spitals E.____ vom 23. Oktober 2020 sei die Versicherte in gutem Allgemeinzustand gewesen. Es sei aktenkundig, dass sie zu Beginn bei der Selbstversorgung und Mobilität teilweise auf Hilfe angewiesen gewesen sei. Die komplementärmedizinischen Therapien hätten auch in der AÜP durchgeführt werden können. Aufgrund der Aktenlage sei es nicht möglich, eine Spitalbedürftigkeit zu erkennen.

A.3 Dagegen erhob A.____ am 1. März 2021 Einsprache und führte aus, gemäss medizinischer Einschätzung habe ein spezifischer Rehabilitationsbedarf vorgelegen, der nur durch eine stationäre Neurorehabilitation und nicht durch eine AÜP habe gewährleistet werden können. Die AÜP wäre mit einer maximalen Zeitspanne von 14 Tagen viel zu kurz gewesen.

A.4 Die SLKK wies die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 26. März 2021 ab. Zusammenfassend hielt sie fest, dass aus den zur Verfügung stehenden medizinischen Berichten nicht ersichtlich sei, weshalb lediglich stationäre Massnahmen in Frage kommen würden. Diese Frage werde vom Spital D.____ nicht beantwortet. Die Versicherte werde in der Mobilisation und den Aktivitäten des täglichen Lebens als selbständig und der Grad der Einschränkungen als geringgradig beschrieben. Die Behandlung könne auch im ambulanten Setting erfolgen, da es lediglich um Kraft- und Ausdauer Aufbau gegangen sei. Die behandelnden Ärzte würden zu Unrecht behaupten, dass das Konzept der AÜP im Kanton X.____ nicht existiere. Das Merkblatt der Spitex F.____ umschreibe dieses Konzept sehr genau. Es handle sich um einen gesetzlichen Leistungsauftrag. Aufgrund der Aktenlage sei es nicht möglich, eine Spitalbedürftigkeit zu erkennen. Die Wirksamkeit (der neurologischen stationären Rehabilitation) werde im Grundsatz nicht bestritten,

obschon aufgrund der Sachverhaltsschilderung ab 21. August 2020 die Frage der adäquaten Behandlungsinstitution gestellt werden könne. Da aber noch Therapiefortschritte möglich gewesen seien, könne davon ausgegangen werden, dass der Akutspitalaufenthalt während einigen Tagen noch teilweise der Behandlung gedient habe und somit noch wirksam gewesen sei. In Bezug auf die Zweckmässigkeit müsse mit aller Deutlichkeit festgehalten werden, dass keine Auseinandersetzung mit den möglichen Anwendungen im Einzelfall stattgefunden habe. Von Beginn weg sei die Planung gewesen, die Versicherte so schnell wie möglich aus der Akutbehandlung im Spital D.____ zu entlassen. Die Gründe dafür hätten wohl vor allem in der Tarifierung mit dem DRG-Modell gelegen. Es sei daher erstellt, dass mangels Einbezug der Frage der AÜP von Beginn weg keine Alternativen eruiert worden seien. Dies stelle ohne Zweifel eine Verletzung der Zweckmässigkeit dar. Das Spital D.____ habe die Nichteinhaltung der Zweckmässigkeit selbst dokumentiert, indem es lapidar mitgeteilt habe, die AÜP existiere im Kanton X.____ nicht. Eine Verlegung in eine dem Akutspital nachgelagerte Institution wäre möglich und sinnvoll gewesen, die therapeutischen Aktivitäten wären bei sorgfältiger Planung nicht signifikant anders gewesen. In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit sei festgestellt worden, dass die Versicherte nicht wie vom Spital D.____ in der ersten Kostengutsprache angemerkt, ab 21. August 2020 in eine nachgelagerte Institution übergetreten sei, sondern bis 9. September 2020 im Spital D.____ behandelt worden sei und erst dann den stationären Rehabilitationsaufenthalt angetreten habe. Dokumente, aufgrund derer man diese Behandlungsnotwendigkeit hätte überprüfen können, seien nicht übermittelt worden. Somit sei die Behandlung im Wissen und in der klaren Erkenntnis in Anspruch genommen worden, dass seitens der SLKK keine Kostengarantie abgegeben worden sei. Die Frage, ab wann keine Teilakutspitalbedürftigkeit mehr vorhanden gewesen sei, sei retrospektiv nur spekulativ zu beantworten und werde daher mindestens ab Ende August 2020 bestritten. Indessen werde hierzu möglicherweise ein gesondertes Schiedsgerichtsverfahren nach KVG in Anspruch genommen werden müssen. Nach der abschlägigen Beantwortung der Wiedererwägungsgesuche habe das Spital D.____ die Kommunikation eingestellt. Während der Dauer der AÜP wäre Zeit gewesen, das Gesuch für eine Rehabilitation erneut unter den erreichten Teilzielen zu stellen. Das Spital D.____ habe sich nicht für eine gesetzeskonforme Information und Dokumentation eingesetzt. Daraus könne ex post keine Sonderbehandlung der Versicherten gegenüber anderen Versicherten entstehen. Demzufolge werde die Kostenübernahme der nach der Akutspitalbehandlung ohne Wissen der SLKK durchgeführten stationären Rehabilitation verweigert. Für eine Rehabilitation in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik sei eine rechtlich genügend dokumentierte Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt, die nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten beurteilt werde. Dies sei nach der extensiv langen Akutspitalphase nicht anzunehmen und insbesondere sei man in keiner Weise adäquat über eine mögliche Akutspitalbedürftigkeit informiert worden. Demzufolge hätte das Spital D.____ klar die Pflicht gehabt, die SLKK über den Übertritt in die Reha zu informieren resp. zeitnah eine erneute Kostengutsprache zu beantragen. Dass dies unterblieben sei, stelle eine Vertragsverletzung dar. Indes wäre die SLKK nach wie vor bereit, die 14 Tage AÜP im Anschluss an einen retrospektiv zu beurteilenden Übertrittzeitpunkt zu übernehmen.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch ihren Sohn B.____, dieser wiederum vertreten durch Rechtsanwältin Astrid Meienberg, mit Eingabe vom 11. Mai 2021

Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte unter o/e-Kostenfolge, es seien der Einspracheentscheid vom 26. März 2021 und die Verfügung vom 2. Februar 2021 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für die stationäre neurologische Rehabilitation vom 10. September 2020 bis 8. Oktober 2020 in der Höhe von Fr. 28'941.-- zuzüglich Zins von 5 % seit 26. Oktober 2020 vollumfänglich zurückzuerstatten. Gemäss ärztlicher Einschätzung sei die Rückkehr nach Hause mit weitgehender Selbständigkeit nach dem erlittenen Hirnschlag ein realistisches Ziel gewesen, das mit der von der Beschwerdegegnerin bewilligten AÜP nicht hätte erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin sei zu diesem Zeitpunkt auf ein intensives multimodales Therapiesetting angewiesen gewesen, das nur im Rahmen einer stationären Rehabilitation durchgeführt werden können. Dem Bericht von PD Dr. med. G.____, Oberarzt der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals D.____, vom 6. Mai 2021 könne entnommen werden, dass der stationäre Aufenthalt die einzige medizinisch vertretbare Variante gewesen sei, um das therapeutische Ziel wirksam zu erreichen. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei nicht ausreichend stabil gewesen, um eine AÜP in Erwägung zu ziehen. Aufgrund der eingeschränkten Mobilität, Kommunikation und des eingeschränkten Sehens sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage gewesen, sich selbständig zu versorgen, und sei auf umfassende pflegerische Hilfe angewiesen gewesen. Es habe kein stabiler Gesundheitszustand vorgelegen, was gemäss Infoblatt der Spitex F.____ für die AÜP vorausgesetzt werde. Die stationäre Neurorehabilitation sei wirksam und zweckmässig gewesen. Die Wirtschaftlichkeit sei auch erfüllt, da es keine günstigere Alternative gegeben habe. Für den Fall, dass sich das Kantonsgericht dieser Argumentation nicht anschliesse, werde der Antrag gestellt, es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, für die Zeit vom 10. September 2020 bis 8. Oktober 2020 die Kosten einer AÜP zuzüglich der Kosten für zwei weitere Wochen ambulanter Rehabilitation zu vergüten.

C. Mit Vernehmlassung vom 23. Juli 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. In Anerkennung des Eventualantrags verpflichtete sie sich, die Kosten für 14 Tage AÜP gemäss den hierfür einschlägigen Berechnungs- und Einstufungskriterien zu übernehmen. Vorbehalten bleibe der Regress auf das Spital D.____ wegen nicht gerechtfertigter Verlängerung des initialen Akutspitalaufenthaltes. Der Antrag der Beschwerdeführerin, es seien die Kosten für eine an die AÜP anschliessende ambulante hypothetische Rehabilitation von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen, sei mangels ausgewiesener Notwendigkeit abzuweisen.

D. Mit Verfügung des instruierenden Präsidiums vom 4. August 2021 wurde die Angelegenheit der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim sachlich und örtlich zuständigen Kantonsgericht eingereichte Beschwerde vom 11. Mai 2021 ist einzutreten.
2. Zwischen den Parteien ist umstritten, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf Vergütung der Kosten für den stationären neurologischen Rehabilitationsaufenthalt

der Beschwerdeführerin vom 10. September 2020 bis 8. Oktober 2020 im Spital E._____ in der Höhe von Fr. 28'941.-- verneinte.

3.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25-31 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die gesetzlichen Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim von Ärzten oder Ärztinnen durchgeführt werden, die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d) und die Kosten für den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

3.2 Die medizinische Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG wird im KVG nicht näher umschrieben. 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 (GEBHARD EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2015, Rz. 456). Sie bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung der Krankheit selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben. Sie ist somit auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Grundlegende Anspruchsbedingung ist ein ausgewiesenes Rehabilitationspotenzial. Dieses setzt voraus, dass nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann. Wenn die medizinische Rehabilitation praktisch keine nennenswerte Verbesserung der beeinträchtigten Funktionen mehr verspricht, ist das Stadium des Pflegefalles erreicht (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 457). Die medizinische Rehabilitation kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen. Erfolgt sie in einer dafür spezialisierten Klinik, ist eine Spitalbedürftigkeit (vgl. dazu Erwägung 3.4 hiernach) vorausgesetzt. Stationäre Rehabilitation bedarf der vorgängigen Kostensprache des Krankenversicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes bzw. der Vertrauensärztin berücksichtigt (vgl. Anhang 1 Ziff. 11 zur Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [KLV] vom 29. September 1995).

3.3 Wie alle anderen medizinischen Massnahmen auch muss der hier zu prüfende stationäre Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin zudem den Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit entsprechen (Art. 32 Abs. 1 KVG). Eine medizinische Behandlung ist in der Regel wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 329). Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus. Eine Behandlung ist zweckmässig, wenn sie aus medizinischer Sicht geboten oder zumindest vertretbar ist. Es geht um die angemessene Eignung im Einzelfall (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 331). Wirtschaftlichkeit setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus. Sie ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den

zweckmässigen Behandlungsalternativen und beurteilt sich nach objektiven Kriterien. Wirtschaftlich ist bei vergleichbarem medizinischem Nutzen die kostengünstigere Variante (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 336). Auch die vom Arzt veranlassten Leistungen müssen wirtschaftlich sein. Das Wirtschaftlichkeitsgebot bezieht sich nicht nur auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, insbesondere die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder stationär durchzuführen ist und in welche Heilanstalt oder Abteilung einer solchen die versicherte Person vom medizinischen Standpunkt aus hingehört (BGE 126 V 334 E. 2b). Die Frage nach der Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Massnahme beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten, persönliche, familiäre und soziale Umstände sind jedoch auch zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C_940/2011, E. 3.1 und vgl. dazu auch Erwägung 3.4 hiernach).

3.4 Der Anspruch auf stationäre Leistungen erfordert zunächst, dass sich die versicherte Person tatsächlich in einem Spital, d.h. 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). Zusätzlich bedarf es der Spitalbedürftigkeit. Diese ist gegeben, wenn die versicherte Person an einer Krankheit leidet und die Akutbehandlung, die Überwachung des Gesundheitszustands oder die medizinische Rehabilitation notwendigerweise unter Spitalbedingungen erfolgen müssen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 444). Das Erfordernis der Spitalbedürftigkeit ist für den Regelfall Ausfluss des Gebots wirtschaftlicher Behandlungsweise (vgl. Art 32 Abs. 1 KVG); es gilt der Grundsatz der Nachrangigkeit der Hospitalisation gegenüber kostengünstigeren Alternativen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 445). Spitalbedürftigkeit ist jedoch gegeben, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind und nur ein Spitalaufenthalt noch Aussicht auf Erfolg verspricht. Die Spitalbedürftigkeit im Zusammenhang mit Rehabilitationsmassnahmen ist nach der erforderlichen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierenden Krankheiten zu beurteilen (BGE 126 V 323 E. 2c). 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juni 2020, 9C_253/2020, E. 2.2 und 2.3 mit Hinweis auf BGE 126 V 323 E. 2c). In einem solchen Fall kann eine Hospitalisation selbst dann gerechtfertigt sein, wenn die in der Heilanstalt durchgeführte Behandlung für sich allein, prognostisch beurteilt, keine Spitalbedingungen erfordert hätte. Auch persönliche, familiäre und andere nicht streng medizinische Umstände können einen Spitalaufenthalt rechtfertigen. Die Intensität der ärztlichen Behandlung, welche die Krankheit einer versicherten Person verlangt, ist somit nicht alleiniges Entscheidungskriterium für eine Hospitalisierung – insbesondere dann nicht, wenn eine versicherte Person wegen ihres hohen Alters, ihrer familiären Verhältnisse oder weil sie alleinstehend ist, keine Möglichkeit hat, die ihrem Zustand entsprechende Pflege und Beaufsichtigung zuhause zu erhalten, oder wenn diese der Familie der versicherten Person nicht zugemutet werden kann (BGE 126 V 323 E. 2b, 115 V 48 E. 3b/aa, 120 V 206 E. 6a; BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 190 f.). In zeitlicher Hinsicht sind

sodann für die Frage der Spitalbedürftigkeit und deren Beurteilung die gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Spitaleintritts massgebend. Die Dauer eines Spitalaufenthalts ist auf das erforderliche Mass zu begrenzen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 448 f. mit Hinweisen).

4.1 Zudem ist auf folgende verfahrensrechtliche Grundsätze hinzuweisen: Art. 43 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 auferlegt den Versicherungsträgern die Pflicht, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende – im Beschwerdefall die urteilende – Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (BGE 117 V 261 E. 3b). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2017, 8C_794/2016, E. 4.1).

4.2 Das kantonale Versicherungsgericht hat die medizinischen Berichte nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Das kantonale Versicherungsgericht hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 115 V 142 E. 8b, je mit Hinweisen).

4.3 Bei der Sachverhaltsermittlung sind der Versicherungsträger und das kantonale Versicherungsgericht auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, dass er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen, darunter fallen auch die beratenden Ärzte und Ärztinnen bzw. die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen der Krankenversicherer gemäss Art. 57 KVG (vgl. dazu GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 209 ff.), kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE

142 V 58 E. 5.1). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll gemäss Bundesgericht der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

5.1 Der medizinische Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:

5.2 Mit ärztlicher Verordnung vom 19. August 2020 (act. B4) für einen 21-tägigen stationären Rehabilitationsaufenthalt ab 24. August 2020 im Spital E.____ wurde von den behandelnden Ärzten des Spitals D.____ als Rehabilitationsziel die Funktionsverbesserung der kompletten motorischen und sensorischen Parese der rechten Extremitäten, die Minderung der Aphasie, das Erlernen von Kraftübungen, der Aufbau und die Hilfsmittel-Anpassung für den Austritt nach Hause angegeben. Die Patientin lebe alleine und sei zuvor im Alltag selbständig gewesen. Die Indikation bestehe im Hemisyndrom rechts und der sensomotorischen Aphasie, der Gangunsicherheit und der Sturzgefahr. Zudem brauche es intensive Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie und Hilfestellung bei den ADL (activities of daily living; auch ATL genannt = Aktivitäten des täglichen Lebens). Die Frage, weshalb eine ambulante Behandlung nicht möglich ist, liess das Spital D.____ unbeantwortet, indem es keines der dafür vorgesehenen Kästchen ankreuzte.

5.3 Dr. med. H.____, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Aktennotiz vom 21. August 2020 (act. B5.2) fest, dass die Versicherte hochbetagt sei, alleine zuhause lebe und keine Unterstützung gebraucht habe. Er empfehle eine einmalige Kostengutsprache für 14 Tage nach Einholung einer Stellungnahme des Leitenden Arztes zum Rehabilitationspotenzial und zum bisherigen Verlauf. Wenn das Rehabilitationspotenzial vorhanden sei und die Versicherte auch schon Fortschritte verzeichnet habe, was allerdings im Bericht nicht erwähnt worden sei, dann mache die stationäre Rehabilitation Sinn.

5.4 Mit Email vom 25. August 2020 bat Dr. med. I.____, Abteilung Neurologie/Stroke Center des Spitals D.____, die Beschwerdegegnerin um Wiedererwägung der Kostengutsprache (act. B6). Die Patientin habe bis zum Schlaganfall selbständig zuhause gelebt und habe frei gehen können. Kommunikationseinschränkungen hätten nicht bestanden. Zu Beginn sei eine sensomotorische Aphasie stark auffällig gewesen. Die Patientin habe sich kaum verständigen und daher ihren Alltag nicht bewältigen können. Unter Logotherapie habe sich die Symptomatik verbessert, jedoch seien weiterhin viele phonematische und semantische Paraphrasen hörbar, die Patientin spreche grösstenteils in Neologismen und Floskeln. Teils seien bei Übungen auch Perseverationen beobachtbar. Das Sprachverständnis habe sich etwas verbessert, sie könne einzelne einfache Handlungsanweisungen umsetzen. Unter regelmässiger, intensiver (= stationärer) Aphasietherapie sehe man grosses Rehabilitationspotenzial. In der Ergotherapie werde die

Wahrnehmungsstörung der rechten Seite beübt, die Patientin vernachlässige noch ihren rechten Arm; eine Mobilisation in den Rollstuhl gehe mit wenig Hilfe. Eine rechtsseitige Ataxie sei im Wochenverlauf fluktuierend gewesen mit Tendenz zur Besserung unter Training der ADL, die sie unter Hilfestellung nun besser durchführen könne. Unter Physiotherapie habe sich das Gangbild verbessert, sie habe laut Physiotherapeuten grosse Fortschritte gemacht, platziere ihren rechten Arm besser, denke teilweise an den rechten Arm und könne heute auch schon besser Gehen – das Hinken sei weniger geworden, es bestehe eine bessere Hüftextension in der Standbeinphase rechts und weniger Divergenz des rechten Fusses. Die Patientin brauche weiterhin Begleitung für die Mobilisation mit dem Rollator. Die Aufmerksamkeit nach rechts habe sich gebessert. Die Patientin brauche noch Stimulation, um den Kopf ganz nach rechts zu drehen. Auch diesbezüglich sehe man, gerade in den ersten Wochen nach Stroke, weiterhin Rehabilitationspotenzial zur Aktivierung und Integration des rechten Armes und der Mobilisation mit und beginnend ohne Rollator (mit therapeutischer Hilfestellung). Eine mehrfach tägliche Therapie sei nur im stationären Setting im Rehabilitationszentrum möglich. Die Patientin sei im Moment keinesfalls in der Lage, selbständig ihren Haushalt zu führen bei weiterhin bestehender Aphasie (Einkauf, Telefonate nicht möglich) und sei nicht fähig, die Körperpflege durchzuführen (Hemiataxie rechts). Unter intensiver Therapie halte man diese Therapieziele in ca. 2-4 Wochen aktuell für realistisch.

5.5 In der Folge unterbreitete die Beschwerdegegnerin Dr. H.____ das Wiedererwägungsgesuch. In einer Aktennotiz vom 25. August 2020 (act. B7.2) empfiehlt Dr. H.____ erneut die einmalige Kostengutsprache für 14 Tage, dann "VB zum Entscheid, ob s/s realistisch ist oder eine andere Unterbringung ansteht". Die Versicherte bekomme ein hohes Rehabilitationspotenzial ausgestellt und sei vor dem Ereignis im Eigenheim und im Ferienhaus selbständig gewesen. Auch würden sich deutliche Fortschritte während des aktuellen Hospitalisationsaufenthalts zeigen. Diese Aktennotiz wurde sodann von Hand und mit Datum vom 26. August 2020 von der Direktion der Beschwerdegegnerin mit der Bemerkung "14 Tage AÜP" ergänzt.

5.6 Dr. I.____ stellte mit Email vom 27. August 2020 und Schreiben vom 28. August 2020 (act. B8 und B8.1) nochmals ein Wiedererwägungsgesuch. Darin merkte sie an, dass das Konzept einer "Akut- und Uebergangspflege" in den Kantonen X.____ und Y.____ nicht existiere, sondern lediglich eine häusliche Betreuung durch die Spitex. Aufgrund der Aphasie, der Apraxie sowie der Gangunsicherheit bei rechtsbetonter Ataxie sei ein Austritt nach Hause derzeit medizinisch nicht vertretbar. Die Patientin könne nur durch baldige hochfrequente Logo- und Ergotherapie sowie regelmässige Physiotherapie von rehabilitativen Massnahmen profitieren. Diese könnten in einem Alterspflegeheim nicht gewährleistet werden (max. 1-2 Therapieeinheiten pro Woche). Zudem sei, bei bis dato selbständig lebender Patientin, eine Unterbringung im Alters- und Pflegeheim sowohl medizinisch als auch soziopsychologisch in jedem Falle zu vermeiden. Ihrem Wiedererwägungsgesuch legte Dr. I.____ ein Schreiben von Prof. Dr. med. J.____, Sohn der Beschwerdeführerin, vom 27. August 2020 bei (B8.2). Prof. J.____ hält darin folgendes fest: Er sei befremdet darüber, wie die Anfrage nach Kostenübernahme für eine Rehabilitationsbehandlung bearbeitet worden sei. Die zweimalige Ablehnung der Kostengutsprache sei für ihn und die behandelnden Ärzte in keiner Weise nachvollziehbar. Es bleibe unklar, weshalb die Voraussetzungen für einen Rehabilitationsaufenthalt als nicht erfüllt angesehen würden. Die behandeln-

den Neurologen des Spitals D.____ würden ein Rehabilitationspotenzial als klar gegeben ansehen und hätten deshalb den Antrag auf eine Kostenübernahme gestellt, mit einer detaillierten Begründung und konkreter Auflistung der notwendigen Massnahmen. Wieso eine Rehabilitation nicht wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein sollte, sei ihm völlig unklar und werde auch nicht argumentativ belegt. Es sei fraglich, weshalb der Krankenversicherer das Rehabilitationspotenzial besser einschätzen könne als die behandelnden Spezialisten. Er sehe die Fortschritte der Mutter seit Spitaleintritt. Mit einer entsprechend intensiven Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie, wie dies in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik wie dem Spital E.____ angeboten werde, könnten die Fortschritte noch wesentlich beschleunigt werden. Es sei zu erwähnen, dass die Mutter bis zum Ereignis selbständig zu Hause gelebt habe und eine Rückkehr nach Hause mit entsprechender Unterstützung ein realistisches Ziel sei, auch nach Einschätzung der behandelnden Neurologen. Die alternativ angebotene Akut- und Übergangspflege könne das klar vorhandene Rehabilitationspotenzial nicht in vergleichbarer Weise ausschöpfen wie eine spezialisierte Neurorehabilitation.

5.7 In der Folge äusserte sich Dr. H.____ ein weiteres Mal im Rahmen einer undatierten Aktennotiz (B9.2). Er empfahl ein Festhalten an der Entscheid. Nach erneuter Durchsicht der Unterlagen werde ein Rehabilitationspotenzial bescheinigt, aber in keiner Weise konkretisiert. Hingegen scheine es so, dass die Versicherte gemäss Dr. I.____ nach wie vor grösstenteils in Neologismen und Floskeln spreche, teilweise würden Perseverationen beim Üben beobachtet, dies trotz intensiver Logopädie. In der Ergotherapie sei die Versicherte nur noch auf wenig Hilfe angewiesen. Unter der Physiotherapie sei der Fortschritt dokumentiert und es gehe um die weitere Integration der rechten oberen Extremität. All dies gehe in der AÜP. Die Versicherte sei betagt und bedürfe sicher der weiteren Betreuung und Unterstützung.

5.8 Prof. Dr. med. K.____, Leitender Arzt der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals D.____, wandte sich mit einem weiteren Wiedererwägungsgesuch an die Beschwerdegegnerin (act. B11). Im Schreiben vom 4. September 2020 hielt er fest, dass die internen Experten alle Kriterien für eine stationäre Rehabilitation als erfüllt ansehen würden. Die vorgeschlagene AÜP sei nicht verfügbar, reiche zeitlich nicht aus und es liesse sich damit nicht das gleiche Ergebnis erzielen wie mit einer stationären Rehabilitation mit intensivem multimodalem Therapiesetting. Realistisches Ziel sei die Rückkehr nach Hause mit weitest gehender Selbständigkeit in den ADL. Die Patientin habe bis anhin selbständig zu Hause gelebt. In Bezug auf die aktuelle Entwicklung hielt er die gleichen Ergebnisse wie Dr. I.____ im Schreiben vom 28. August 2020 fest. Da man die Patientin aktuell nicht ohne stationäre Rehabilitation nach Hause entlassen könne, müsse sie bis zur Bestätigung der Kostengutsprache hospitalisiert bleiben.

5.9 Dem Austrittsbericht der Abteilung neurologische Rehabilitation des Spitals E.____ vom 23. Oktober 2020 (act. B13) kann entnommen werden, dass das Hauptziel der Austritt nach Hause alleine lebend mit Hilfe gewesen sei. Dieses Ziel habe erreicht werden können. Bei Eintritt in die Neurorehabilitation habe man eine 89-jährige Patientin in gutem Allgemeinzustand und normalem Ernährungszustand gesehen, afebril, mit normwertigen Vitalparametern. Sie sei wach und voll orientiert gewesen. In der klinisch-neurologischen Untersuchung hätten sich eine ausge-

prägte sensomotorische Aphasie und ein diskretes motorisches Hemisyndrom rechts, eine Hemianopsie nach rechts, eine Feinmotorikstörung der rechten Hand und eine Gangunsicherheit gezeigt. Im Labor vom 11. September 2020 seien keine relevanten Auffälligkeiten gefunden worden. Die Patientin sei in der interdisziplinären Neurorehabilitation eingebunden worden, bestehend aus Physio- und Ergotherapie, Logopädie sowie rehabilitativer Pflege. Pflegerisch habe die Patientin zu Beginn bei Selbstversorgung und Mobilität Supervision und teilweise Hilfeleistung benötigt. Im Verlauf des Aufenthaltes habe sie für die basalen ADL ihre Selbständigkeit zurück-erlangen können, sei jedoch bei den IADL (Essenszubereitung, Umgang mit Haushaltgeräten etc.) aufgrund ihrer Apraxie weitgehend auf Hilfe angewiesen geblieben. Daher sei eine umfassende Betreuung zu Hause zumindest anfangs für erforderlich erachtet worden. In der Physiotherapie sei vor allem an Gangsicherheit, Gleichgewicht und Ausdauer gearbeitet worden. Die Gehstrecke mit Handstock habe zuletzt 300 m betragen. Aufgrund der Hemianopsie sei draussen die Beachtung von Hindernissen unzureichend gewesen. In der Ergotherapie hätten die Feinmotorik der rechten Hand und die Apraxie im Zentrum gestanden. In beiden Bereichen hätten relevante Verbesserungen erzielt werden können. In der im Zentrum stehenden Logopädie hätten sich ebenfalls gute Fortschritte ergeben.

5.10 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens liess die Beschwerdeführerin einen weiteren medizinischen Bericht einreichen. PD Dr. G. ____ führte im Schreiben vom 6. Mai 2021 (Beschwerdebeilage 4) aus, dass die stationäre Neurorehabilitation die einzige medizinisch vertretbare Möglichkeit gewesen sei, das therapeutische Ziel wirksam zu erreichen. Der Gesundheitszustand der Patientin sei noch nicht ausreichend stabil gewesen und der Therapiebedarf zu hoch, um eine AÜP in Erwägung zu ziehen. Die Patientin hätte aufgrund des Hirnschlags eine Aphasie, Apraxie, Hemianopsie und Hemiparese rechts erlitten, wodurch das Gehen und die Extremitätenfunktion rechts erheblich beeinträchtigt gewesen seien, so dass eine grosse Sturzgefahr bestanden habe und insbesondere in Kombination mit der schweren Aphasie (= erhebliche Störung der sprachlichen Verständigung) und der Sehstörung eine selbstständige Lebensführung unmöglich gewesen sei. Dieser Zustand sei eine absolute Indikation für eine stationäre Neurorehabilitation. Aufgrund der Einschränkungen der Mobilität, der Kommunikation und des Sehens sei sie nicht in der Lage gewesen, sich selbständig zu versorgen und sei auf umfassende pflegerische Hilfe angewiesen gewesen. Um die verlorengegangenen Fähigkeiten nach einem Hirnschlag wiederzuerlangen, sei eine intensive und multimodale Therapie – bestehend aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und neurokognitivem Training – zwingend indiziert, die so nur im Setting einer stationären Neurorehabilitation angeboten werde. Ohne dieses intensive Therapieprogramm über vier Wochen wäre eine Rückkehr nach Hause sehr wahrscheinlich nicht möglich gewesen. Die Defizite nach dem Hirnschlag seien komplex und multimodal gewesen.

6. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungsverweigerung auf die Aktennotizen von Dr. H. ____, die sie als sorgfältig und ausführlich bezeichnete. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden, da die Zuverlässigkeit dieser Aktennotizen durch gewichtige Indizien in Frage gestellt wird. Zunächst ist unklar, um wen es sich bei Dr. H. ____ handelt. Von ihm sind weder Vorname noch Facharztstitel oder Adresse bekannt, was als ungewöhnlich bezeichnet werden darf. Weiter kommt die erstmalige Empfehlung zur AÜP ohne Begründung daher, weshalb sie in keiner Art und Weise nachvollziehbar ist. Dr. H. ____ setzt sich in der Folge nur rudimentär

mit den konkreten Einwendungen und Erläuterungen der fachärztlich spezialisierten Ärzte des Spitals D.____ und des Spitals E.____ auseinander. Die Verpflichtung des Krankenversicherers gemäss Anhang 1 Ziff. 11 KLV, die Empfehlungen der Vertrauensärzte zu berücksichtigen, bedeutet nicht, dass dies unbesehen von Qualität und Aussagekraft stets in zustimmendem Sinne zu erfolgen hat. Darüber hinaus ist nicht eindeutig erkennbar, welche Äusserungen von Dr. H.____ stammen und welche nachträglich von der Administration der Beschwerdegegnerin ergänzt bzw. eingefügt worden sind (so z.B. bei der handschriftlichen Notiz "14 Tage AÜP" auf den Aktennotizen vom 21. August 2020). Den Beurteilungen des Vertrauensarztes fehlt es somit an jeglicher Transparenz. Die versicherungsinternen Abklärungen der Beschwerdegegnerin vermögen nicht zu überzeugen, weshalb gestützt darauf keine rechtsgenügende Beurteilung des Kostenübernahmegesuchs vorgenommen werden kann. Mit dieser Vorgehensweise verletzte die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG, was zur Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids führt.

7.1 Das Kantonsgericht hat folglich die Aufgabe, in eigener, unvoreingenommener Würdigung des Sachverhalts und der medizinischen Beurteilungen des Spitals D.____ und des Spitals E.____ zu prüfen, ob die Kostenübernahme für eine stationäre Neurorehabilitation gerechtfertigt ist.

7.2 Das Rehabilitationspotenzial liegt vor, wenn nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand bzw. bei progredienten Erkrankungen – wenigstens – mit einer Stabilisierung gerechnet werden kann. Zunächst ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin die Empfehlung von Dr. H.____ vom 21. August 2020, eine weitere Stellungnahme zur Frage der Rehabilitationsfähigkeit der Beschwerdeführerin einzuholen, ignorierte. Seiner Aktennotiz vom 25. August 2020 ist sodann zu entnehmen, dass er sich nicht grundsätzlich gegen eine stationäre Rehabilitation aussprach. Entgegen der Empfehlung ihres Vertrauensarztes lehnte die Beschwerdegegnerin die Übernahme dennoch ab und vertrat die Auffassung, dass das Rehabilitationspotenzial nicht ausgewiesen sei und eine starke Pflegebedürftigkeit bestehe. Stattdessen sprach sie die Kosten für eine AÜP zu, ohne eine Abwägung im Sinne der Zweckmässigkeit zu machen oder sich mit den Argumenten des Spitals D.____ auseinander zu setzen. Die Berichte des Spitals D.____, insbesondere die Stellungnahme von Dr. I.____ mit Email vom 25. August 2020, weisen ein Rehabilitationspotenzial der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des geplanten Übertritts von der Akutpflege in die Rehabilitation aus. Dr. I.____ legte die einzelnen Rehabilitationsziele detailliert dar und führte in nachvollziehbarer Weise aus, dass die Rückkehr nach Hause mit weitest gehender Selbständigkeit in den ADL ein realistisches Ziel sei. Sie wies ausserdem darauf hin, dass sich die Symptomatik bereits im Rahmen der Akutbehandlung verbessert habe. Die Beschwerdeführerin befand sich damit keineswegs bereits im Stadium eines Pflegefalles ohne Aussicht auf Verbesserung der Körperfunktionen. Damit ist das Rehabilitationspotenzial im Zeitpunkt des Kostenübernahmegesuchs mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

7.3 Zu prüfen ist die Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdegegnerin führte aus, dass die behandelnden Ärzte darauf verzichtet hätten, die Spitalbedürftigkeit genügend zu dokumentieren. Hierzu ist anzumerken, dass es der Beschwerdegegnerin obliegt, die

behandelnden Ärzte auf ungenügende Informationen hinzuweisen und um Klärung zu ersuchen. In diesem Sinne sind auch die Äusserungen von Dr. H._____ in seiner allerersten Aktennotiz zu verstehen. Von einer Nachfrage kann erst abgesehen werden, wenn ein Sachverhalt gestützt auf aussagekräftige medizinische Unterlagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten kann und es unwahrscheinlich ist, dass weitere Abklärungen neue oder zusätzliche Erkenntnisse liefern werden. Sofern die Beschwerdegegnerin dem Spital D._____ mangelhafte Information unterstellt, kann ihr ohnehin nicht gefolgt werden. Das Spital D._____ wandte sich mehrmals mit ausführlich begründeten Gesuchen an die Beschwerdegegnerin. Wenn die behandelnden Ärzte in der Folge nach mehrmaliger Ablehnung auf weitere Ausführungen verzichteten und die Beschwerdeführerin den Erlass einer Verfügung verlangte, erscheint dies nachvollziehbar.

Dr. I._____ führte im Schreiben vom 27. August 2020 nachvollziehbar aus, weshalb damals eine Spitalbedürftigkeit vorlag, indem aufgrund der Aphasie, der Apraxie sowie der Gangunsicherheit bei rechtsbetonter Ataxie ein Austritt nach Hause medizinisch nicht vertretbar gewesen wäre. Zudem wies sie darauf hin, dass bei bis dato selbständig lebender Patientin eine Unterbringung im Alters- und Pflegeheim sowohl medizinisch als auch soziopsychologisch in jedem Falle zu vermeiden gewesen sei. Damit ist vorliegend bei der Beurteilung der Spitalbedürftigkeit nicht nur die Benötigung der Spitalinfrastruktur zu berücksichtigen, sondern es sind auch die sozialen Umstände der Beschwerdeführerin in die Beurteilung miteinzubeziehen. Die Beschwerdeführerin erlitt aufgrund des Hirnschlags eine akut aufgetretene Aphasie, Apraxie, Hemianopsie und Hemiparese rechts, wodurch das Gehen und die Funktion der rechten Extremitäten erheblich beeinträchtigt waren, so dass eine grosse Sturzgefährdung bestand und in Kombination mit der schweren Aphasie (erhebliche sprachliche Störung) und der Sehstörung eine selbständige Lebensführung unmöglich war. Zusätzlich bestanden verkomplizierende Krankheiten wie das paroxysmale Vorhofflimmern und ein Harnwegsinfekt, später kam eine psychische Verstimmung hinzu. Gemäss der Beurteilung des Spitals D._____ waren angesichts dieser Einschränkungen umfassende und jeweils sehr intensive Therapiemassnahmen notwendig. Es handelte sich um Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und um neurokognitives Training. Aufgrund der Einschränkungen in Mobilität, Sehvermögen und Sprache war zudem eine umfassende pflegerische Betreuung nötig. Dies – neben den massiven gesundheitlichen Problemen – auch aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bereits 89 Jahre alt war und alleine in einem Einfamilienhaus wohnte. Die Spitalbedürftigkeit ist damit zu bejahen. Gemäss Merk- und Informationsblatt der Spitex F._____ (act. B10) kann eine AÜP nur durchgeführt werden, wenn keine Spitalbedürftigkeit besteht. Die AÜP fällt somit vorliegend als alternative medizinische Massnahme ausser Betracht, weshalb die Einwendungen der Parteien dazu nicht weiter zu prüfen sind.

7.4 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in den Schreiben vom 26. August 2020, vom 31. August 2020 und vom 7. September 2020 zudem auf den Standpunkt, dass die WZW-Kriterien nicht erfüllt seien. Begründet wurde diese Schlussfolgerung von der Beschwerdegegnerin einzig mit dem Hinweis auf die AÜP, die – wie bereits ausgeführt – aufgrund der Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin nicht in Frage kommt. Die Wirksamkeit der Massnahme wird von der Beschwerdegegnerin nicht wirklich bestritten (vgl. Einspracheentscheid, S. 5, Ziffer III.3) und ist aufgrund der Berichte des Spitals D._____ klar zu bejahen. Der stationäre Aufenthalt in einer auf neurologische Krankheiten spezialisierten Rehabilitationsklinik wie dem Spital E._____ ist ob-

ektiv betrachtet geeignet, dem angestrebten medizinischen Nutzen, nämlich der Wiederherstellung der eingeschränkten Funktionen der Beschwerdeführerin, zu dienen. Die Zweckmässigkeit ist auch gegeben. Der Vergleich zwischen der Nichtintervention und dem Rehabilitationsaufenthalt zeigt, dass dieser den besten therapeutischen Nutzen aufweist. Dem Einwand der Beschwerdegegnerin, das Spital D.____ habe keine Auseinandersetzung mit den möglichen Anwendungen im Einzelfall vorgenommen, kann nicht gefolgt werden. Die behandelnden Ärzte haben mehrfach ausgeführt, dass nur eine intensive, mehrfach tägliche Rehabilitation mit verschiedenen Therapien den gewünschten Erfolg erzielen könne. Auch die Wirtschaftlichkeit ist gegeben, da zwischen Aufwand und Nutzen kein erhebliches Missverhältnis besteht. Die Beschwerdegegnerin versäumte es, dieses mit konkreten Zahlen aufzuzeigen. Der Nutzen für die Beschwerdeführerin, nach einer schweren Verletzung und einem Monat Rehabilitationsaufenthalt nach Hause zurückzukehren und dort wieder selbständig zu leben, rechtfertigt in jedem Fall den Aufenthalt im Spital E.____. Ein krasses Kosten-Nutzen-Fehlverhältnis ist nicht zu erkennen.

7.5 Damit ist gestützt auf die ausführlichen und schlüssig sowie nachvollziehbar begründeten Berichte der behandelnden Ärzte des Spitals D.____ und des Spitals E.____ davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zur Übernahme der Kosten für den Aufenthalt im Spital E.____ vom 10. September 2020 bis 8. Oktober 2020 aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verneinte. Die geltend gemachte Höhe der Kosten für den Aufenthalt in der Höhe von Fr. 28'941.-- wurden von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten.

8. Die Beschwerdeführerin beantragt zudem die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, einen Verzugszins zu bezahlen. Art. 26 Abs. 2 ATSG sieht vor, dass die Sozialversicherungen, sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig werden. Der Anspruch auf Übernahme der Kosten des Rehabilitationsaufenthalts entstand im Oktober 2020. Damit wird die Beschwerdegegnerin für die Forderung frühestens ab Oktober 2022 verzugszinspflichtig. Sofern die Beschwerdeführerin ab 26. Oktober 2020 die Bezahlung eines Verzugszinses von der Beschwerdegegnerin fordert, kann ihr nicht gefolgt werden.

9. Damit ist zusammenfassend festzustellen, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf die Kostenübernahme für den Rehabilitationsaufenthalt im Spital E.____ vom 10. September 2020 bis 8. Oktober 2020 hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. März 2021 ist aufzuheben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin Fr. 28'941.-- zu bezahlen. Die Beschwerde wird in diesem Sinne teilweise gutgeheissen.

10.1 Art. 61 lit. f ATSG in der seit dem 1. Januar 2021 massgebenden Fassung hält fest, dass das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig ist, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Das KVG sieht keine Kostenpflicht vor, weshalb der vorliegende Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

10.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführerin ist nur in einem Nebenpunkt mit ihrer Beschwerde nicht durchgedrungen, weshalb ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen ist. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 10. Mai 2021 einen Zeitaufwand von insgesamt 13,58 Stunden geltend gemacht. Die noch vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids ergangenen Bemühungen in der Höhe von insgesamt drei Stunden sind in Abzug zu bringen, womit für das Beschwerdeverfahren noch ein Aufwand von 10,58 Stunden zu berücksichtigen ist. Die Rechtsvertreterin macht für ihre Aufwendungen einen Stundenansatz von Fr. 300.-- geltend. Praxisgemäss sind die Bemühungen vorliegend jedoch nach dem für durchschnittliche Fälle in Sozialversicherungsprozessen zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden ist sodann die in der Honorarnote angeführte Spesenpauschale von 3 %. Der Beschwerdeführerin ist folglich eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'934.15 (10,58 Stunden à Fr. 250.-- und Spesenpauschale von 3 % zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in diesem Sinne teilweise gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. März 2021 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, der Beschwerdeführerin die Kosten für die stationäre neurologische Rehabilitation vom 10. September 2020 bis 8. Oktober 2020 in der Höhe von Fr. 28'941.-- zu bezahlen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'934.15 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>