Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 2. Oktober 2012 (730 12 71 / 267)

Krankenversicherung

Anspruch auf Übernahme der Kosten eines stationären Aufenthaltes im Kurhotel

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann
Parteien	A.____, vertreten durch Andreas Meier, Rechtsanwalt, Scherrer Vetsch Meier, Kleinwangenstrasse 7, 6281 Hochdorf gegen **B____ AG**, Postfach 8624, 3001 Bern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1963 geborene A.____ ist bei der B____ AG gesetzlich für Krankenpflege versichert. Die behandelnde Ärztin Dr. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, verordnete am 4. März 2010 ab 15. März 2010 für die Dauer von zwei bis vier Wochen eine Erholungskur im Kurhotel D.____. Gleichzeitig überwies sie die Versicherte an dipl. psych. E.____ zur psychologischen Betreuung. Nach Angaben von Dr. C.____ litt A.____ an einer Erschöpfungsdepression bei einer Burnout-Situation. Vom 15. März 2010 bis 3. April 2010 war A.____ zu einem stationären Aufenthalt im Kurhotel D.____. Mit E-Mail vom 16. März 2010 und Schreiben vom 16. April

2010 hielt die B____ AG fest, dass die Voraussetzungen für die Übernahme einer stationären Erholungskur nicht erfüllt seien und deshalb keine Leistungen erbracht würden. Falls der stationäre Aufenthalt der Rehabilitation diene, sei ein erneutes Gesuch um Kostengutsprache einzureichen. Daraufhin ersuchte Dr. C.____ beim vertrauensärztlichen Dienst mit undatiertem Gesuch (Eingang 27. April 2010) um Kostengutsprache für den dreiwöchigen Rehabilitationsaufenthalt im Kurhotel D.____. Mit Schreiben vom 29. April 2010 teilte die B____ AG Dr. C.____ mit, dass bei A.____ keine akute stationäre Rehabilitationsbedürftigkeit bestehe. Zudem seien die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft worden. Das Gesuch um Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation werde deshalb abgewiesen. Auf Intervention der Versicherten hin hielt die B____ AG mit Verfügung vom 15. März 2011 an ihrem Entscheid fest. Die hiergegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 26. Januar 2012 ab.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Andreas Meier, am 24. Februar 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 26. Januar 2012 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, für die medizinischen Kosten und die Pensionskosten des Aufenthaltes im Kurhotel D.____ vom 15. März 2010 bis 3. April 2010 vollumfänglich aufzukommen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die Frage der stationären Behandlungsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin im Frühling 2010 genauer abkläre; unter o/e- Kostenfolge. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, aufgrund einer Fehlinformation der B____ AG habe die Beschwerdeführerin den stationären Aufenthalt im Kurhotel D.____ im Glauben angetreten, die Versicherung komme für die Kosten auf. Folglich habe die B____ AG für den finanziellen Schaden aufzukommen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin seien die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erschöpft und eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin zu bejahen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 24. April 2012 schloss die B____ AG auf Abweisung der Beschwerde.

Der Präsident zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Die örtliche und gemäss § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 auch die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts, ist vorliegend somit gegeben. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Vorliegend beträgt der Streitwert weniger als CHF 10'000.--, sodass gemäss § 55 Abs. 1 VPO die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts entscheidet.

2. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Übernahme der Kosten des stationären Aufenthaltes im Kurhotel D.____ vom 15. März 2010 bis 3. April 2010 aus der obligatorischen Krankenversicherung.

3.1 Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen.

3.2 Zum Leistungsbereich gemäss Art. 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden (lit. a), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. e).

3.3 In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das für den Behandlungszweck erforderlich ist. Demnach haben sie dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 f. E. 3a+b mit Hinweisen). Anwendungsfall des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der Frage nach der Leistungspflicht für stationäre Behandlungen in einem Spital - d.h. in einer Einrichtung, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (vgl. Art. 39 Abs. 1 KVG) - ist das Erfordernis der Spitalbedürftigkeit. Die Spitalbedürftigkeit wird vom Eidgenössischen Versicherungsgericht (EVG; heute: Bundesgericht: sozialrechtliche Abteilungen) dahingehend umschrieben, dass eine Krankheit vorliegen muss, die eine Akutbehandlung oder eine medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können und andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen Aufenthalt nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 326 E. 2b mit Hinweisen).

3.4 Der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG wird im Gesetz nicht näher umschrieben. Nach der Definition in Lehre und Rechtsprechung ist darunter die Therapie zur Nachbehandlung von Krankheiten zu verstehen. Die medizinische Rehabilitation schliesst damit entweder an eine eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder durch die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens. Die Rehabilitation kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen. Dabei muss für Rehabilitationsmassnahmen, die stationär in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt werden, wie bereits dargelegt, eine Spitalbedürftigkeit vorliegen; ob dies der Fall ist, beurteilt sich hier nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten (vgl. BGE 126 V 326 E. 2c). Die Rehabilitation zielt somit auf die Nachbehandlung desjenigen Krankheitsbildes, das bereits Gegenstand der vorangegangenen Behandlung war. Geht es um eine psychiatrische Rehabilitation, muss demzufolge vorerst eine eigentliche psychiatrische Krankheitsbehandlung stattgefunden haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. April 2008, 9C_824/2007, E 3.3.1). Gemäss Anhang 1 Ziff. 11 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV] vom 29. September 1995) bedürfen stationäre Rehabilitationen einer vorgängigen besonderen Gutsprache des Versicherers mit einer ausdrücklichen Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

4. Für die Beantwortung der Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin im Kurhotel D.____ vom 15. März bis 3. April 2010 übernehmen muss, ist die rechtsanwendende Behörde – die Krankenversicherung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Solche ärztliche Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 278). Dabei ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels, noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend.

5. Für die Beurteilung des vorliegenden Falls liegen folgende medizinische Unterlagen vor:

5.1 Im Bericht der Privatklinik D.____, vom 28. April 2010 diagnostizierte Dr. med. F.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, ein Burnout-Syndrom und einen Verdacht auf eine Facettengelenkblockierung L3/4 rechts. Die Versicherte leide seit Beginn des Jahres 2010 unter einem Burnout-Syndrom und einer damit zusammenhängenden Erschöpfungsdepression. Neben der Mehrfachbelastung durch Haushalt, Familie und Berufstätigkeit seien möglicherweise Umstrukturierungen im Arbeitsumfeld dafür verantwortlich zu machen. Seit Anfang

Februar 2010 sei die Patientin arbeitsunfähig und befinde sich in psychologischer Mitbetreuung. Momentan stünden eine ausgeprägte Müdigkeit und Kopfschmerzen im Vordergrund. Als Rehabilitationsziele nannte Dr. F.____: Erholung, Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes und Vermittlung rückengerechten Verhaltens. Es seien Krankengymnastik, Bewegungstherapie im Thermalbad, klassische Massage und Kraniosakraltherapie durchgeführt sowie Entspannungstechniken vermittelt worden. Zudem sei die Versicherte psychologisch mitbetreut worden. Sie habe sich während des Aufenthaltes recht gut erholen können. Als besonders wertvoll habe sie die psychologische Mitbetreuung empfunden. Die Schmerzen in der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) seien am ehesten im Rahmen einer Facettengelenksarthrose zu sehen. Auch hier hätten sich die Beschwerden durch die Therapie deutlich gebessert.

5.2 Auf Aufforderung der Versicherung hin, hielt Dr. C.____ am 7. Juni 2010 betreffend das Erfordernis einer stationären Rehabilitation fest, dass die Versicherte wegen der Erschöpfungsdepression resp. Burnout-Syndrom sowie der Exacerbartion von chronisch rezidivierenden Rückenbeschwerden kurz vor der Dekompensation gestanden habe. Probleme am Arbeitsplatz hätten "das Fass zum Überlaufen gebracht". Die Versicherte sei psychisch wie physisch an die Grenze der Belastbarkeit angelangt. Anstelle einer Akut-Hospitalisation hätten sie sich in einem gemeinsamen Gespräch für eine rasche Reha-Behandlung entschlossen. Die Situation habe einer rasche Reaktion erfordert, ansonsten eine Notfalleinweisung nötig geworden wäre. Die Situation habe nicht ambulant gelöst werden können; die Versicherte habe dringend eine Auszeit benötigt, zumal auch familiär eine überdurchschnittliche Belastung (Kind im Jugendalter mit ADHS) bestünde. Hinsichtlich vorgängiger ambulanter Therapien hielt Dr. C.____ fest, dass die Versicherte seit Jahren wegen Rückenbeschwerden in Behandlung sei und zur Stabilisation wiederholt Physiotherapien benötigt habe. Sie habe bereits im Januar 2010 die Arbeit unterbrechen müssen um sich etwas zu erholen. Sie stehe seither auch unter antidepressiver Therapie. Die Versicherte habe lange die Symptome ignoriert und sie habe erst in einem fortgeschrittenen Stadium ärztliche Hilfe angefordert, was aber die ambulante Therapie erschwert habe.

5.3 Mit Schreiben vom 17. November 2010 teilte Dr. C.____ dem Vertrauensarzt der B____ AG, Dr. G.____, ihr Unverständnis und Befremden für den ablehnenden Kostenentscheid mit. Es widerspreche jedem gesunden Menschenverstand, die Patientin dafür zu bestrafen, dass sie alles versucht habe, um die Kosten gering zu halten und sich mit grosser Willensanstrengung ambulant durchgebissen habe, bis es nicht mehr gegangen sei. Die Patientin sei ihr persönlich bestens bekannt und sie könne ihm versichern, dass diese wirklich "am Rande des Abgrundes" gestanden habe. Als Alternative wäre nur die Notfalleinweisung ins Akutspital übrig geblieben. Die Versicherte sei zufolge starker Schmerzen und eines massiven Burnout-Problems wegen multiplen Problemen im beruflichen und familiären Umfeld am Ende ihrer Kräfte gewesen.

6.1 Zunächst steht aufgrund der glaubwürdigen Angaben der Hausärztin Dr. C.____ fest, dass bei der Versicherten im Januar 2010 ein psychophysischer Erschöpfungszustand vorlag und sie kurz vor der Dekompensation stand. Hintergrund war eine Mehrfachbelastung durch Haushalt, Familie sowie Probleme am Arbeitsplatz. Seit Mitte 2010 wird die Versicherte von dipl. psych. E.____ psychologisch betreut. Weiter steht die Versicherte seit Jahren wegen Rü-

ckenbeschwerden in Behandlung und benötigt wiederholt Physiotherapien. Hinsichtlich der Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation führt Dr. C.____ im Wesentlichen aus, die Situation habe eine rasche Reaktion erfordert, ohne die eine Notfalleinweisung nötig geworden wäre. Sie hätten sich in einem gemeinsamen Gespräch anstelle einer Akut-Hospitalisation für eine Reha-Behandlung entschlossen. Die Situation habe nicht ambulant gelöst werden können; die Versicherte habe dringend eine Auszeit benötigt. Demgegenüber verneint die B____ AG einen Anspruch auf Kostenübernahme der stationären Rehabilitation. Vor Eintritt in das Kurhotel D.____ habe sich die Versicherte weder einer eigentlichen adäquaten psychischen Krankheitsbehandlung bei einem Facharzt unterzogen, noch sei eine Spitalbedürftigkeit ausgewiesen.

6.2 Wie oben (vgl. E. 3.4 hiervor) ausgeführt, besteht das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Demnach ist bei der hier im Vordergrund stehenden psychiatrischen Rehabilitation eine eigentliche psychiatrische Krankheitsbehandlung vorausgesetzt. Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass eine solche nicht durchgeführt wurde. Zwar wird die Versicherte seit März 2010 von dipl. psych. E.____ psychologisch betreut. Weiter wurde ihr von der Hausärztin ein handelsübliches Johanniskraut-Präparat verabreicht. Eine abgeschlossene fachärztliche (psychiatrische) Krankheitsbehandlung als Voraussetzung für rehabilitative Massnahmen im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG wurde aber nicht durchgeführt. Die Ausführungen von Dr. C.____ in den Berichten vom 7. Juni 2010 und 17. November 2010, wonach die Versicherte im März 2010 kurz vor der Dekompensation war und die Situation eine rasche Reaktion erforderte, ohne die eine Notfalleinweisung nötig geworden wäre, lassen vielmehr darauf schliessen, dass eine akute Behandlungsbedürftigkeit und nicht eine Nachbehandlung einer bereits abgeschlossenen Krankheitsbehandlung geboten war. Indes belegt der Umstand, dass die behandelnde Ärztin die Versicherte nicht in ein Akutspital, sondern in eine Rehabilitationsklinik einwies, dass keine Akutspitalbedürftigkeit gegeben war. Zwar bezeugt die Tatsache, dass gemäss den genannten Berichten von Dr. C.____ bei der Beschwerdeführerin medizinische Massnahmen dringend indiziert waren. Die Notwendigkeit solcher Massnahmen ist aber kein Beleg dafür, dass diese nur stationär erfolgen konnten. Allein aufgrund der medizinischen Situation gemäss den vorliegenden Unterlagen drängte sich eine stationäre Behandlung somit nicht auf; Dr. C.____ selbst hatte denn zunächst auch keinen eigentlichen medizinischen Rehabilitationsaufenthalt, sondern eine Erholungskur vorgeschlagen. Sodann finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die im Kurhotel D.____ durchgeführten und offenbar wirkungsvollen (vgl. das undatierte Kostengutsprachegesuch für eine stationäre Rehabilitation) Therapien von ihrer Art oder ihrem Umfang her einen stationären Rahmen erfordert hätten. Jedenfalls ist von der behandelnden Ärztin nicht hinreichend dargelegt worden, warum das ambulante Behandlungspotenzial als ausgeschöpft zu betrachten war. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin die Kostengutsprache für den stationären Aufenthalt zu Recht mit der Begründung verweigert, es liege keine akute Rehabilitationsbedürftigkeit vor und das ambulante Behandlungspotenzial sei nicht ausreichend ausgeschöpft worden. Sie durfte fordern, dass vor einer Rehabilitation eine Krankheitsbehandlung vorliegen muss, und dass nachzuweisen ist, dass eine ambulante Rehabilitation nicht ausreicht.

Daraus ist nach dem eben Dargelegten zu folgern, dass kein Anspruch auf krankenversicherungsrechtliche Vergütung der stationären medizinischen Rehabilitation besteht.

7.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe aufgrund der Auskünfte, die sie von der Beschwerdegegnerin erhalten habe, insbesondere aufgrund der E-Mail der B____ AG vom 11. März 2010 davon ausgehen können, dass die Kosten für den Aufenthalt im Kurhotel D.____ von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt seien. Die Beschwerdegegnerin bestreitet eine unrichtige Auskunft erteilt zu haben. Damit stellt sich die Frage, ob die Beschwerdeführerin aufgrund einer Verletzung des Vertrauensschutzes Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltend machen kann.

7.2 Abgeleitet aus dem Grundsatz von Treu und Glauben, welcher den Bürger in seinem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten schützt, können falsche Auskünfte von Verwaltungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen eine vom materiellen Recht abweichende Behandlung des Rechtsuchenden gebieten ("Vertrauensschutz"; vgl. BGE 127 I 36 E. 3a). Gemäss Rechtsprechung und Doktrin ist dies der Fall, wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat; sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn die rechtsuchende Person die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte; die Person die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte; sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, und die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat. Der Vertrauensschutz kann ferner aufgerufen werden, wenn der Versicherer ein Verhalten an den Tag gelegt hat, das bei der versicherten Person berechtigterweise Erwartungen und Hoffnungen geweckt hat, an denen diese nicht zweifeln musste.

7.3 Im vorliegenden Fall teilte die B____ AG der Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 11. März 2010 folgendes mit: "… *gemäss Rückfrage bei der Schadensachbearbeiterin sind folgende Kurhäuser anerkannt: Kurhaus D.____ und Kurhaus X.____ … Somit können Sie jetzt mit den beiden oben erwähnten Kontakt aufnehmen. Eine Kostengutsprache können wir aber erst erteilen, wenn uns das ausgewählte Kurhaus eine Kostengutsprache-Anfrage stellt …*". Aus diesen Schreiben lässt sich kein Anspruch auf Vertrauensschutz herleiten. Zunächst steht fest, dass die Beschwerdegegnerin für den Aufenthalt im Kurhotel D.____ keine Kostengutsprache erteilt hat. Auch wenn die Beschwerdeführerin in der E-Mail vom 11. März 2010 darauf hingewiesen wurde, dass sie mit den anerkannten Kurhäusern Kontakt aufnehmen könne, wird deutlich, dass der Entscheid betreffend die Übername der Kosten erst nach Eingang des entsprechenden Gesuchs des Kurhauses D.____ erfolgt. Unter diesen Umständen konnte die Beschwerdeführerin nicht nach Treu und Glauben davon ausgehen, dass die Erteilung der Kostengutsprache bloss noch Formsache ist. Eine Verletzung des Vertrauensschutzes ist nicht ersichtlich. Demnach hat die Beschwerdeführerin aus Vertrauensschutz keinen Anspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin auf Übernahme der Kosten für den stationären Aufenthalt.

8. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Übernahme der Kosten für den stationären Aufenthalt im Kurhotel D.____ vom 15. März bis 3. April 2010 aus der obligatorischen Krankenversicherung verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

9. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Verfahrensausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.