Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 26. September 2013 (730 13 97 / 229)

Krankenversicherung

Ersatz von Verpflegungs- und Übernachtungskosten (Hotelleriekosten) nach KVG

Besetzung	Vizepräsident Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli
Parteien	**A.____,** Beschwerdeführer, vertreten durch Erich Züblin, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel gegen **Krankenkasse SLKK**, Hofwiesenstrasse 370, Postfach, 8050 Zürich, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Der 1942 geborene A.____ ist bei der Krankenkasse SLKK (SLKK) obligatorisch krankenpflegeversichert. Wegen eines hämatogenen Infektes wurde ihm durch Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Klinik Z.____, am 5. Dezember 2012 das künstliche rechte Hüftgelenk entfernt. Am 3. Dezember 2012 stellte Dr. B.____ der Rehaklinik X.____ eine ärztliche Verordnung für eine stationärklinische Rehabilitationsbehandlung ab 21. Dezember 2012 zu. In der Folge beantragte die Rehaklinik X.____ bei der SLKK die Übernahme der Kosten der stationären Rehabilitationsbe-

handlung ab dem 21. Dezember 2012 für die Dauer von drei Wochen. Auf Nachfrage der zuständigen Sachbearbeiterin der SLKK hin empfahl Dr. med. C.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, Vertrauensarzt der SLKK, zwei Wochen zu bewilligen (vgl. Aktennotiz vom 6. Dezember 2012). Am 6. Dezember 2012 erteilte die SLKK Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik X.____ vom 21. Dezember 2012 bis 3. Januar 2013.

Mit Gesuch vom 27. Dezember 2012 beantragte die Rehaklinik X.____, die Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation bis zur Reimplantation des rechten Hüftgelenks am 24. Januar 2013 zu verlängern. Mit Schreiben vom 28. Dezember 2012 teilte die SLKK der Rehaklinik X.____ mit, dass der vertrauensärztliche Dienst festgestellt habe, dass es keine stationäre Umgebung mehr brauche. Die weitere Remobilisation bis zur Reoperation Ende Januar sowie die Antibiose könnten auch in einer weiteren Erholungskur mit intensiver Physiotherapie oder mittels Akut- und Übergangspflege durch die Spitex oder eine andere Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Eine Verlängerung der Kostengutsprache werde deshalb abgelehnt. Daraufhin begab sich A.____ vom 3. Januar 2013 bis 29. Januar 2013 in das Park-Hotel Y.____.

Nachdem Dr. B.____ am 4. Januar 2013 ein Wiedererwägungsgesuch eingereicht hatte, teilte ihm die SLKK mit Schreiben vom gleichen Tag mit, dass keine neuen medizinischen Kenntnisse ersichtlich seien. Der Versicherte brauche aufgrund seiner Fortschritte keine stationäre Umgebung mehr. Die Mobilisation könne mittels intensiver physiotherapeutischer Behandlung im Rahmen einer Kur wiedererlangt werden. Auf Intervention des Versicherten hin hielt die SLKK mit Verfügung vom 22. Januar 2013 an ihrem Entscheid fest und teilte erneut mit, dass sie die Kostenübernahme für die stationäre Rehabilitation ab dem 4. Januar 2013 in der Rehaklinik X.____ aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ablehne. Für die weiterführende Remobilisation bis zur Reoperation Ende Januar 2013 sowie für die Antibiose würden aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für Badekurbeiträge, eine intensive Physiotherapie, allfällige ärztliche Behandlungen, notwendige Medikamente sowie die Übergangspflege durch die Spitex oder eine Pflegeeinrichtung nach anerkannten Verträgen und Tarifen übernommen. Die hiergegen von A.____, vertreten durch den Coop Rechtsschutz, erhobene Einsprache wies die SLKK mit Entscheid vom 22. Februar 2013 ab.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Erich Züblin, am 9. April 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin liess er beantragen, in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 22. Februar 2013 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm auch nach dem 4. Januar 2013 die gesetzlichen Leistungen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. Mit Eingabe vom 22. April 2013 beantragte der Beschwerdeführer zudem die Durchführung einer Parteiverhandlung und signalisierte der Beschwerdegegnerin seine Vergleichsbereitschaft.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 29. Mai 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Die Möglichkeit, sich aussergerichtlich durch einen Vergleich zu einigen, schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung aus.

D. Mit Replik vom 11. Juni 2013 und Replikergänzung vom 14. Juni 2013 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Auch die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 10. Juli 2013 an ihrem Abweisungsantrag fest.

E. An der heutigen Parteiverhandlung haben der Beschwerdeführer, sein Rechtsvertreter Advokat Erich Züblin sowie zwei Vertreter der Beschwerdegegnerin teilgenommen. Die Parteien haben an ihren Anträgen und Begründungen festgehalten.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Der Vizepräsident 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. Der Beschwerdeführer wohnt in G.____. 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 sind damit gegeben. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

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

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf Vergütung der Kosten für den Aufenthalt im Park-Hotel Y.____ vom 3. Januar 2013 bis 29. Januar 2013 aus der obligatorischen Krankenversicherung im Betrag von Fr. 6‘886.-- verneint hat.

2.2 Die Beschwerdegegnerin ist im angefochtenen Einspracheentscheid gestützt auf die Einschätzung ihres vertrauensärztlichen Dienstes davon ausgegangen, dass nach dem 4. Januar 2013 keine Spitalbedürftigkeit mehr bestanden habe. Da dies eine zwingende Voraussetzung für die Übernahme der Kosten von stationären Leistungen sei, müsse eine Verlängerung der stationären Behandlung abgelehnt werden.

2.3 Der Beschwerdeführer vertritt die Auffassung, dass seine Behandlung nach dem 4. Januar 2013 weiterhin ausschliesslich im Rahmen einer stationären Rehabilitation möglich gewesen sei, da im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Spitalbedürftigkeit bestanden habe. Er hätte aufgrund der medizinischen Ausgangslage nicht einer Erholungskur, sondern

einer medizinischen Rehabilitation bedurft, weil die notwendigen Massnahmen auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln hätten gerichtet sein müssen. Es habe eine Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit bestanden, die nur in stationärem Rahmen zielgerichtet und menschenwürdig hätte befriedigt werden können.

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). 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).

3.3 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, Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2013, 9C_413/2012, E. 4.1). Nach Lehre (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bd. XIV Soziale Sicherheit, 2. Auflage 2007, Rz. 403 ff.) und Rechtsprechung (RKUV 2001 Nr. KV 173 S. 286 E. 3c, Urteil des Bundesgerichts vom 3. April 2008, 9C_824/2007, E. 3.3.1) besteht das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Die medizinische Rehabilitation schliesst an die 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, sie ist also auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen] vom 22. August 2001, K 190/00, und vom 9. Oktober 2001, K 184/00, je E. 1d mit Hinweisen).

3.4 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, Urteil des EVG vom 22. August 2001, K 180/00, E. 1b; GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 405). 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 (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Februar 2013, 9C_413/2012, E. 4.2, und vom 28. Februar 2011, 9C_107/2011, E. 2.2 mit Hinweisen auf BGE 126 V 323 und UELI KIESER, Die ärztliche Anordnung der Spitalbehandlung aus rechtlicher Sicht, in: Schaffhauser/Schlauri, Medizin und Sozialversicherung im Gespräch, 2006, N. 7 und 28).

3.5 Die Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt kann auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen Aufenthalt zwar 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; vgl. zum Ganzen auch Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich vom 26. September 2003, KV.2002.00087, E. 2.5). Hingegen hat die Krankenkasse nicht dafür aufzukommen, wenn eine versicherte Person trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit aus sozialen Überlegungen oder mangels Platzangebot in einem Pflegeheim weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht wird (BGE 124 V 362 E. 1b). 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 EVG vom 22. August 2001, K 180/00, E. 2b; GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 405). Als wirtschaftlich gilt mit Bezug auf den Durchführungsort grundsätzlich die jeweils kostengünstigere Alternative (Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich vom 30. November 2012, KV.2011.00024, E. 2.4.3 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 11. Januar 2008, 9C_193/2007, E. 3). 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 Kostengutsprache des Versicherers mit einer ausdrücklichen Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin (vgl. auch GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 405).

4.1 Zunächst ist festzustellen, dass die Hotelleriekosten aufgrund des Aufenthalts in der Klinik Z.____ und dem anschliessenden Aufenthalt in der Rehaklinik X.____ bis 3. Januar 2013 nicht umstritten sind. Unbestritten ist zudem die Übernahme der Kosten für die weiterführende Remobilisation bis zur Reoperation Ende Januar 2013 sowie die Antibiose durch die Beschwerdegegnerin. In Bezug auf diese Kosten hat die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 22. Januar 2013 (Ziffer 2 des Dispositivs) festgehalten, dass aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für Badekurbeiträge, eine intensive Physiotherapie, allfällige ärztliche Behandlungen, notwendige Medikamente sowie die Übergangspflege durch die Spitex oder eine Pflegeeinrichtung nach anerkannten Verträgen und Tarifen übernommen würden. Strittig

und zu prüfen ist, ob die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung im Park-Hotel Y.____ vom 3. Januar bis 29. Januar 2013 von der Beschwerdegegnerin zu vergüten sind.

4.2 Soll der stationäre Aufenthalt in einer Einrichtung eine Leistungspflicht der Krankenkasse nach sich ziehen, ist vorausgesetzt, dass sich die versicherte Person in einem Spital aufhält, das heisst in einer Anstalt oder deren Abteilung, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Leistungen für Hotelleriekosten (Unterkunft und Verpflegung) ausserhalb eines Spitals während einer medizinisch notwendigen Behandlung sind weder in lit. a noch in lit. d von Art. 25 Abs. 2 KVG erwähnt. In diesen Bestimmungen wird vielmehr allein die ärztlich durchgeführte oder angeordnete ambulante medizinische Rehabilitationsuntersuchung oder -behandlung selbst als kassenpflichtige Leistung bezeichnet. Auch den übrigen gesetzlichen Bestimmungen und Durchführungsbestimmungen sind keine derartigen gesonderten Hotellerie-Leistungspflichten zu entnehmen. Hotelleriekosten werden somit im KVG, ausser im Rahmen einer Spitalbedürftigkeit, grundsätzlich nicht vergütet (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

4.3.1 Im vorliegenden Fall handelt es sich um Übernachtungs- und Verpflegungskosten, die dem Beschwerdeführer aufgrund seines Aufenthalts im Park-Hotel Y.____ vom 3. Januar 2013 bis 29. Januar 2013 entstanden sind. Das Park-Hotel Y.____ ist eine Einrichtung, der kein Spitalcharakter zukommt. Es bietet gehobene Hoteldienstleistungen an und zeichnet sich insbesondere durch seine örtliche Nähe zur Rehaklinik X.____ aus; eine Spitaleinrichtung im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG liegt aber nicht vor. Es handelt sich bei diesen Kosten auch nicht um solche, die durch ärztlich durchgeführte oder angeordnete ambulante medizinische Rehabilitationsuntersuchungen oder -behandlungen entstanden wären und gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a oder d KVG erstattet werden müssten.

4.3.2 Die Aufzählung der einzelnen Leistungskategorien im Leistungskatalog von Art. 24 – 33 KVG ist abschliessend. Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Krankenkassen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach Art. 25 – 33 KVG übernehmen. Eine analogweise Erweiterung des Leistungskatalogs ist unzulässig. Alle nicht im Gesetz und seinen Durchführungsbestimmungen aufgeführten Leistungen sind ausschliesslich Gegenstand von Zusatzversicherungen (Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich vom 30. November 2012, KV.2011.00024, E. 5.3.3). Da es sich bei den erbrachten Leistungen somit nicht um Leistungen aus dem Leistungskatalog des KVG handelt, ist eine Pflicht zur Übernahme der Kosten durch die Beschwerdegegnerin zu verneinen. Dies gilt unabhängig davon, ob ab dem 3. Januar 2013 eine Spitalbedürftigkeit vorgelegen hat oder nicht. Es kann deshalb davon abgesehen werden, das Vorliegen der Spitalbedürftigkeit zu prüfen und allfällige weitere medizinische Abklärungen zu dieser Frage anzuordnen.

4.4 Im Übrigen wäre eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten im Park-Hotel Y.____ selbst dann nicht zu bejahen, wenn die Frage der Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers geprüft und bejaht worden wäre. In diesem Falle könnte man sich fragen, ob ein kompensationsweise zu erbringendes Kostenäquivalent in Betracht kommen könnte (Austauschbefugnis). Nach der vor allem in der Krankenversicherung

geltenden Rechtsprechung kann die Austauschbefugnis aber nicht dazu führen, dass Pflichtleistungen durch in Anspruch genommene Nichtpflichtleistungen ersetzt werden, auch wenn diese weniger kostspielig waren (BGE 133 V 218 E. 4.3, 131 V 107 E. 3.2.2; vgl. auch GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 643 f.). Der Grund dafür liegt vor allem in der besonderen gesetzlichen Regelung der Leistungsansprüche in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit dem speziellen System der zugelassenen Leistungserbringer (Art. 35 ff. KVG; vgl. BGE 126 V 330 E. 1b, Urteil des EVG vom 30. Juli 2003, K 67/02, E. 3 und Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich vom 30. November 2012, KV.2011.00024, E. 5.3.5). Aus diesem Grund hat die Beschwerdegegnerin die von dem offensichtlich nicht zugelassenen Leistungserbringer erbrachte Leistung nicht zu übernehmen. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es unter Umständen unbefriedigend sein kann, wenn versicherte Personen, die nach einem negativen Kostengutsprachegesuch – ob zu Recht oder zu Unrecht abgelehnt – in einem Hotel Unterkunft nehmen, diese Kosten später nicht zurückerstattet erhalten. Der Grund, weshalb eine Nichtleistung gewählt worden ist, spielt letztlich keine Rolle.

5. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Hotelleriekosten für den Aufenthalt im Park-Hotel Y.____ vom 3. Januar 2013 bis 29. Januar 2013 aus der obligatorischen Krankenversicherung im Umfang von Fr. 6‘886.-- zu Recht verneint. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. Februar 2013 wird bestätigt und die Beschwerde abgewiesen.

6. 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.

Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 14. Februar 2014 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils. Verfahren-Nr. 9C_143/2014) erhoben.

http://www.bl.ch/kantonsgericht