Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 5. Juni 2014 (730 13 341 / 129)

Krankenversicherung

Leistungen bei Inkontinenz, Abgrenzung totale und schwere Inkontinenz, MiGeL

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiberin i.V. Bettina Brodbeck
Parteien	A.____ als Willensvollstrecker des Nachlasses von B.____, Beschwerdeführer gegen **Vivao Sympany AG**, Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1952 geborene B.____, wohnhaft in C.____ mit Aufenthalt im Schweizerischen D.____-Zentrum (D.____-Zentrum), war bis zum ihrem Tod am 1. Dezember 2013 bei der Vivao Sympany AG (Sympany) obligatorisch krankenversichert. Diese vergütete der Versicherten für das Jahr 2012 Leistungen für Inkontinenzhilfen bei mittelgradiger Inkontinenz. Am 28. Februar 2013 ersuchte die Versicherte, vertreten durch ihren Beistand E.____, die Sympany um Leistungen bei einer totalen Inkontinenz für die Jahre 2012 und 2013 in der Höhe von Fr. 1‘884.-- pro Jahr. Als Beleg reichte sie das durch das D.____-Zentrum ausgestellte „Ärztliche Zeugnis zur Begründung von Inkontinenzmaterial an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung“ vom 12. Januar 2012 ein. Mit E-Mail vom 6. März 2013 teilte die Sympany der Versicherten mit, dass

die Rechnungen für das Jahr 2012 korrekt ausbezahlt worden seien, sie jedoch bereit sei, rückwirkend Leistungen für eine schwere Inkontinenz zu übernehmen. Für das Jahr 2013 bat sie um ein aktuelles ärztliches Zeugnis. Dieses reichte die Versicherte am 19. März 2013 ein. Am 20. Juni 2013 teilte die Sympany der Versicherten mit, dass sie aufgrund der Diagnose und der medizinischen Abklärungen des vertrauensärztlichen Dienstes die Leistungen für den Inkontinenzgrad einer schweren Inkontinenz übernehmen werde. Mit dieser Einstufung des Inkontinenzgrades erklärte sich die Versicherte nicht einverstanden. Sie bat um die Zustellung einer beschwerdefähigen Verfügung. Gleichzeitig reichte sie der Sympany ein Schreiben der D.____-Klinik vom 21. Juni 2013 zur Begründung der totalen Inkontinenz ein. Mit Schreiben vom 27. Juni und 11. Juli 2013 hielt die Sympany an ihrem Entscheid vom 20. Juni 2013 fest. Mit Verfügung vom 29. Juli 2013 teilte sie der Versicherten sodann mit, dass sie für Inkontinenzmaterial ab dem Jahre 2012 den Höchstvergütungsbetrag von Fr. 1‘260.-- pro Jahr für eine schwere Inkontinenz vergüte. Sie führte dazu aus, dass die ergänzenden medizinischen Abklärungen der zuständigen Heimärzte eine totale Inkontinenz im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen nicht zu begründen vermögen.

B. Mit Schreiben vom 27. August 2013 erhob die Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 29. Juli 2013. Sowohl für das Jahr 2012 als auch 2013 seien Leistungen für eine totale Inkontinenz zu erbringen. Sie machte geltend, dass gemäss dem Formular „Ärztliches Zeugnis zur Begründung von Inkontinenzmaterial an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung“ aufgrund der ärztlichen Beurteilung durchaus ein höherer Inkontinenzgrad resultieren könne als gemäss den gesetzlichen Vorgaben. Diesem Umstand werde nicht genügend Rechnung getragen. Andernfalls wäre das vorerwähnte Formular obsolet. Des Weiteren sei das Fachpersonal des D.____-Zentrums entschieden der Auffassung, es läge eine totale Inkontinenz vor; eine Stuhlinkontinenz sei für die Begründung einer totalen Inkontinenz nicht zwingend notwendig. Vielmehr seien mehrere andere Patienten der Klinik von den Ärzten trotz fehlender Stuhlinkontinenz in die Kategorie der totalen Inkontinenz eingestuft und von den entsprechenden Krankenkassen anerkannt worden. Trotz dieser Meinungsverschiedenheiten zwischen den medizinischen Fachleuten sei jedoch der direkte Kontakt nie gesucht worden. Schliesslich beanstandete die Versicherte das Vorgehen der Sympany. Das ärztliche Zeugnis vom 12. Januar 2012 mit der Einstufung in die totale Inkontinenz sei ignoriert und die geschuldete Vergütung erst auf mehrmalige Nachfrage hin für den Grad einer schweren Inkontinenz ausbezahlt worden.

C. Mit Schreiben vom 13. August 2013 führte die Sympany aus, dass auf den Zeugnissen zur Begründung von Inkontinenzmaterial der Jahre 2012 und 2013 die Pflegespezialisten gemäss MDS (Minimum Data Set) auf einen mittleren Grad der Inkontinenz geschlossen hätten, während die ärztliche Beurteilung bei einer totalen Inkontinenz platziert wurde. Dies werde jedoch nicht begründet. Die Vertrauensärzte seien jedoch als „Leistungsspezialisten“ dafür zuständig, die Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes anzuwenden, wobei diese an die gesetzlichen Definitionen gebunden seien. Vorliegend seien die Voraussetzungen für eine totale Inkontinenz nicht erfüllt.

D. Mit Entscheid vom 21. Oktober 2013 schützte die Sympany die Verfügung vom 29. Juli 2013 und wies die Einsprache ab. Sie führte dazu aus, dass gemäss dem ärztlichen Zeugnis

zur Begründung von Inkontinenz-Material an den Vertrauensarzt der Versicherung für das Jahr 2012 neben einer häufigen Blaseninkontinenz auch eine gelegentliche Darminkontinenz bestehe. Gemäss dem diesbezüglichen Formular für das Jahr 2013 bestehe keine Darminkontinenz, jedoch eine häufige Blaseninkontinenz. Dies werde auch durch die Schreiben des D.____-Zentrums vom 21. Juni 2013/27. August 2013 bestätigt. Es werde somit weder das Vorliegen eines dauernden Stuhlabganges geltend gemacht, noch sei ein solcher aus den Unterlagen ersichtlich. Die gesetzliche Einstufung als totale Inkontinenz setzte jedoch einen dauernden Urin- und Stuhlabgang voraus. Folglich liege keine totale Inkontinenz im Sinne des Gesetzes vor. Bezüglich dem Vorbringen der Versicherten, gemäss dem Formular zur Begründung von Inkontinenzmaterial könne ein höherer Inkontinenzgrad vorliegen als gesetzlich vorgesehen, hält sie fest, dass sie sich bei der Bestimmung der Inkontinenzgrade an die gesetzlichen Vorgaben zu halten habe. Gemäss dem Kreisarzt handle es sich somit zum Vornherein nicht um eine Meinungsverschiedenheit fachlicher Natur, sondern strittig sei bloss die Zuordnung zu den gesetzlich festgehaltenen Inkontinenzgraden. Weiter äusserte sich die Sympany bezüglich der beklagten unprofessionellen Abwicklung der Versicherungsleistungen dahingehend, dass sich das ärztliche Zeugnis des D.____-Zentrums vom Jahre 2012 zunächst nicht in ihren Unterlagen befunden habe. Aufgrund dessen seien der Versicherten anfangs Leistungen gemäss der Kategorie der mittleren Inkontinenz vergütet worden. Dies entspreche den gesetzlichen Bestimmungen, wonach neu als inkontinent eingestufte Versicherte bis zu einer zweifelsfreien Zuordnung zum Inkontinenzgrad in den mittleren Inkontinenzgrad eingestuft würden.

E. Gegen den ablehnenden Einspracheentscheid erhob die Versicherte, wiederum vertreten durch ihren Beistand, am 20. November 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheides vom 21. Oktober 2013. Des Weiteren sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, rückwirkend ab dem Jahr 2012 die Inkontinenzstufe totale Inkontinenz anzuerkennen und für die Jahre 2012 und 2013 die entsprechenden Leistungen bis zum Höchstvergütungsbetrag von jährlich Fr. 1‘884.-- zu erbringen.

F. In ihrer Vernehmlassung vom 10. Dezember 2013 beantragte die Sympany die Abweisung der Beschwerde. Dabei hielt sie im Wesentlichen an ihren Ausführungen im Einspracheentscheid fest und betonte, dass gemäss den anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen eine totale Inkontinenz erst bei dauerndem Urin- und Stuhlabgang vorliege. Die Anerkennung einer totalen Inkontinenz ohne Vorliegen von Stuhlinkontinenz durch andere Versicherungsträger sei nicht dazu geeignet, einen solchen Anspruch auch der Versicherten zuteil kommen zu lassen. Insbesondere weist sie darauf hin, dass diese abweichenden Einstufungen nicht von ihr selbst, sondern von anderen Krankenversicherern vorgenommen wurden.

G. Mit Schreiben vom 11. Dezember 2013 teilte der Beistand der Versicherten dem Gericht mit, dass diese leider am 1. Dezember 2012 verstorben sei. Das Kantonsgericht fragte mit Schreiben vom 17. Dezember 2013 die Bezirksschreiberei C.____ (heute: Zivilrechtsverwaltung Basel-Landschaft) zur Bekanntgabe der gesetzlichen Erben an. Daraufhin liess A.____, Advokat, dem Gericht eine auf seinen Namen lautende Willensvollstreckerbescheinigung zukommen. Er ist bemächtigt und beauftragt, vorbehältlich einer eventuellen Anfechtung der letztwilligen

Verfügung, den Willen B.____ zu vertreten, die Erbschaft zu verwalten und die Teilung des Nachlasses nach den getroffenen Anordnungen und nach Vorschrift des Gesetzes durchzuführen. A.____ beantragte mit Schreiben vom 19. März 2014 die Weiterführung des Verfahrens.

Die Präsidentin zieht **i n E r w ä g u n g :**

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befand sich dieser in C.____. Die Unterbringung einer Person in einer Pflegeeinrichtung begründet gemäss Art. 23 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 für sich allein noch keinen Wohnsitz. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 20. November 2013 ist demnach einzutreten.

1.2 Die prozessuale Rechtstellung des Willensvollstreckers regelt das Gesetz nur indirekt durch die Verweisung auf den amtlichen Erbschaftverwalter. Gemäss Art. 596 Abs. 1 ZGB hat dieser unter anderem die Aufgabe, die Rechte und Pflichten des Erblassers soweit nötig gerichtlich festzustellen. Die Prozesslegitimation des Willensvollstreckers für Aktiv- und Passivprozesse ergibt sich auch aus seiner Aufgabe und selbstständigen Stellung und wird allgemein anerkannt. Nach der Rechtsprechung ist der Willensvollstrecker in Prozessen um Aktiven oder Passiven der Erbschaft Partei, soweit ihm gemäss Art. 518 ZGB die Verwaltung der betreffenden Erbschaftwerte zusteht. Aufgrund seiner gesetzlichen Stellung (Art. 518 in Verbindung mit Art. 596 Abs. 1 ZGB) hat er in eigenem Namen die Nachlassrechte zu wahren. Er führt den Prozess an der Stelle des materiell Berechtigten oder Verpflichteten in eigenem Namen und als Partei, wobei er auf seine gesetzliche Ermächtigung hinzuweisen hat. Es handelt sich dabei um eine Prozessstandschaft oder Befugnis der Prozessführung als Partei (BGE 129 V 113, E. 4.2 m.w.H.). Als Willensvollstrecker des Nachlasses von B.____ tritt im vorliegenden Verfahren ab dem Todeszeitpunkt der Versicherten A.____ als Partei im Prozess auf.

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

2. Anfechtungsobjekt ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Oktober 2013. In der Folge ist zu prüfen, ob die Einstufung des Inkontinenzgrades der Ver-

sicherten zutreffend erfolgte und somit die Leistungen der Beschwerdegegnerin für Inkontinenzhilfen für die Jahre 2012 und 2013 korrekt festgesetzt wurden.

3.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Laut Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG umfassen diese Leistungen unter anderem die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände. Gemäss Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 erlässt das Departement Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, und setzt dabei Höchstbeträge für die Vergütung fest. Laut Art. 20a Abs. 1 der Verordnung des Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 sind die Mittel und Gegenstände in Anhang 2 der Verordnung nach Arten und Produktgruppen aufgeführt. Gemäss Art. 24 Abs. 1 KLV werden die Mittel und Gegenstände von den Versicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung höchstens zu dem Betrag vergütet, der in der Liste für die entsprechende Art von Mitteln oder Gegenständen angegeben ist (Höchstvergütungsbetrag). Die Differenz zwischen dem für ein Produkt von der Abgabestelle in Rechnung gestellten Betrag und dem in der Liste angegebenen Betrag geht zu Lasten der versicherten Person (Art. 24 Abs. 2 KLV). Die Mittel- und Gegenständeliste (Anhang 2 KLV, MiGeL) ist abschliessender Natur (BGE 134 V 83 E. 4.1 m.w.H; nicht publizierte Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) vom 5. November 2001 K157/00 E. 3b; Kranken- und Unfallversicherung –Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. KV 196 S. 8 E. 3b).

3.2.1 Unter dem Titel „Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen“ sind in der Mittel- und Gegenständeliste vom 1. Januar 2013 (welche mit der Fassung vom 1. Januar 2012 bezüglich der Regelungen zur Inkontinenz identisch ist) betreffend der Inkontinenz folgende Ausführungen festgehalten (vgl. Ziffer 15):

„Inkontinenz ist das Unvermögen, Urin- und/oder Stuhlabgang willkürlich zu kontrollieren.

Urin-Inkontinenzgrade:

Leichte Inkontinenz: Urinverlust < 100 ml/4 h
Stressinkontinenz. Urinverlust in kleinen Mengen bei bestimmten Belastungssituationen wie Niesen, Husten, Lachen, Sport. Die „leichte Inkontinenz“(Definition siehe oben) stellt keine Krankheit im Sinne des KVG dar. Slipeinlagen fallen nicht in die Kategorie der Inkontinenzmittel und sind deshalb nicht in der MiGeL aufgeführt.

Mittlere Inkontinenz: Urinverlust 100 - 200 ml/4h
Dranginkontinenz, gemischte Inkontinenz. Abgang von mittleren bis grösseren Urinmengen in unregelmässigen Abständen bei Belastungen und starkem Harndrang mit nicht mehr beherrschbarem Urinabgang.

Schwere Inkontinenz: Urinverlust > 200 ml/4h
Dranginkontinenz, Reflexinkontinenz (neurogen, pathologischer spinaler Reflex, ohne Gefühl für Harndrang). Plötzliche, vollständige Blasenentleerung mit grossen Urinmengen.

Totale Inkontinenz: Unkontrollierter, dauernder Urin- und Stuhlabgang."

3.2.2 Gemäss Ziffer 15.01 der MiGeL werden neu als inkontinent diagnostizierte Versicherte vorerst in die Kategorie der mittleren Inkontinenz eingestuft, sofern sie nicht zweifelsfrei dem totalen Inkontinenzgrad zugeordnet werden können. Änderungen der Kategoriezugehörigkeit erfolgen ausschliesslich durch begründete ärztliche Diagnose und Verordnung. Der Höchstvergütungsbetrag beträgt für die Kategorie Mittlere Inkontinenz Fr. 624.-- pro Jahr, für schwere Inkontinenz Fr. 1'260.-- pro Jahr und für die Stufe totale Inkontinenz 1'884.-- pro Jahr.

3.3 Das Gesetz ist in erster Linie nach seinem Wortlaut auszulegen. Ist der Text nicht ganz klar und verständlich und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente, namentlich des Zwecks, des Sinnes und der dem Text zugrunde liegenden Wertung. Wichtig ist ebenfalls der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt. Vom klaren, d.h. eindeutigen und unmissverständlichen Wortlaut darf nur ausnahmsweise abgewichen werden, so wenn triftige Gründe dafür vorliegen, dass der Wortlaut nicht den wahren Sinn der Bestimmung wiedergibt. Solche Gründe können sich aus der Entstehungsgeschichte der Bestimmung, aus ihrem Grund und Zweck oder aus dem Zusammenhang mit anderen Vorschriften ergeben (BGE 124 V 185 E. 3a mit weiteren Hinweisen).

3.4 Die Abklärung des für die Beurteilung von Ansprüchen versicherter Personen notwendigen Sachverhalts hat gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz die verfügende wie auch die eine Verfügung überprüfende Behörde bzw. das Gericht von Amtes wegen vorzunehmen. Das heisst sowohl die Krankenkasse wie auch das Gericht haben von sich aus, ohne Bindung an die Parteibegehren, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, in welcher Art über die Rechte und Pflichten einer versicherten Person zu entscheiden ist. Dabei sind in Fällen, in denen medizinische Sachverhalte zu klären sind, sowohl die Verwaltung als auch die Justiz zur Beurteilung der sich stellenden Rechtsfragen auf Unterlagen angewiesen, die eine Ärztin bzw. ein Arzt und gegebenenfalls andere Fachpersonen zur Verfügung zu stellen haben (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 68, N.2f. und 8f. mit weiteren Hinweisen).

4.1 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, ob bei der Versicherten eine schwere oder eine totale Inkontinenz vorlag. Zur Ermittlung des Inkontinenzgrades sind insbesondere folgende ärztlichen Zeugnisse zu berücksichtigen:

4.2 Gemäss dem ärztlichen Zeugnis zur Begründung von Inkontinenz-Material an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung für das Jahr 2012 vom 12. Januar 2012 beurteilte das D.____-Zentrum die Darmfunktion als „gelegentlich inkontinent" (Kategorie 2), d. h. ein mal wö-

chentlich inkontinent. Die Blaseninkontinenz wurde als häufig (Kategorie 3) eingestuft, was einer täglichen Inkontinenz mit vorhandener Restkontrolle entspricht. Aufgrund dieser Beurteilung befanden die Ärzte des D.____-Zentrums betreffend die Limitatio von Inkontinenz-Material eine totale Inkontinenz. Der Vorschlag aus dem MDS hingegen sah Material für eine schwere Inkontinenz vor.

4.3 Gemäss dem ärztlichen Zeugnis zur Begründung von Inkontinenz-Material an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung für das Jahr 2013 vom 1. Januar 2013 beurteilte das D.____-Zentrum die Darmfunktion als kontinent (Kategorie 0), d.h. unter vollständiger Kontrolle. Die Blasenkontinenz wurde der Kategorie 3, häufig inkontinent zugeordnet, worunter eine tägliche Inkontinenz mit vorhandener Restkontrolle zu verstehen ist. Während die Beurteilung des D.____-Zentrums betreffend der Limitiatio für Inkontinenz-Material eine totale Inkontinenz feststellte, sah der Vorschlag aus dem MDS eine mittlere Inkontinenz vor.

4.4 Mit Schreiben vom 21. Juni 2013/27. August 2013 begründete das D.____-Zentrum die seinerseits diagnostizierte totale Inkontinenz. Es wurde ausgeführt, dass die Versicherte an einer neurogenen Blasenentleerungsstörung mit Inkontinenz und einem chronischen Harnwegsinfekt leide. Gemäss Pflegediagnose bestehe in der Nacht eine totale Urininkontinenz, was per Definition ein ständiger und nicht vorhersehbarer Urinabgang darstelle. Am Tag bestehe eine Drangurininkontinenz, welche sich durch einen unfreiwilligen Urinabgang direkt nach einem starken Harndrang äussere. Dabei sei die Versicherte mindestens ein mal täglich unfähig, die Toilette zu erreichen. Bei akutem Harnwegsinfekt zeige sich dies drei- bis viermal täglich.

4.5 Am 19. November 2013 bestätigte die Abteilung Beratung und Entwicklung Pflege des D.____-Zentrums, dass gesamthaft 78 Bewohner mit Inkontinenz betreut werden, wovon neben der Beschwerdeführerin bei sechs Patienten die Einstufung totale Inkontinenz verfügt wurde, obwohl bei diesen keine Stuhlinkontinenz vorliege. Diese Einstufung sei durch das gleiche Formular erfolgt („Ärztliches Zeugnis zur Begründung von Inkontinenz-Material an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung“) und von den betroffenen Krankenversichern ohne Weiteres akzeptiert worden.

5.1 Die Beschwerdegegnerin hat die Versicherte zu Recht in die Kategorie der schweren Inkontinenz eingestuft. Gemäss der Definition der MiGeL setzt eine totale Inkontinenz unkontrollierten und dauernden Urin- und Stuhlabgang voraus. Der Gesetzestext ist klar und eindeutig. Es besteht somit kein Grund, über den klaren Wortlaut hinaus weitergehende Auslegungen heranzuziehen. Die rechtliche Würdigung und die Zuordnung der festgestellten medizinischen Beschwerden zu den gesetzlichen Definitionen der MiGeL durch die Fachspezialisten der Krankenversicherung sind nicht zu beanstanden. Insbesondere handelt es sich vorliegend nicht um eine medizinische Meinungsverschiedenheit. Vielmehr wurde der medizinische Sachverhalt mehrfach widerspruchsfrei erhoben und ist an sich unbestritten. In den vorliegenden medizinischen Berichten des Heimpersonals wurde weder im Jahre 2012 noch 2013 eine dauernde Stuhlinkontinenz festgestellt oder geltend gemacht. Dass das D.____-Zentrum die Versicherte ohne Begründung einem anderen Inkontinenzgrad zuordnete, vermag keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen. Es ist nicht die Aufgabe der behandelnden Ärzte eine

rechtliche Würdigung des Sachverhaltes vorzunehmen. Sie legen vielmehr die medizinischen Grundlagen dar, welche als Beweismittel dienen. Die Einschätzung des Inkontinenzgrades durch das D.____-Zentrum wäre sodann als eine Empfehlung zu verstehen; die endgültige Zuordnung muss jedoch nach den gesetzlich vorgegebenen Definitionen erfolgen.

5.2 Weiter machte die Versicherte geltend, dass ihr Fälle bekannt seien, in welchen andere Krankenkassen trotz fehlender Stuhlinkontinenz die Leistungen für eine totale Inkontinenz übernommen hätten. Sinngemäss verletze das Vorgehen der Sympany ihren Anspruch auf rechtsgleiche Behandlung. Zum einen scheitert ein solcher Anspruch schon daran, dass vorliegend die Leistungspflicht verschiedener Versicherer zur Diskussion steht. Zum andern ist darauf hinzuweisen, dass nach der immer wieder bestätigten bundesgerichtlichen Rechtsprechung der Grundsatz der Gesetzmässigkeit der Verwaltung dem Rechtsgleichheitsprinzip in der Regel vorgeht. Hat eine Behörde in einem Fall eine vom Gesetz abweichende Entscheidung getroffen, so gibt dies dem Bürger, der sich in der gleichen Lage befindet, grundsätzlich keinen Anspruch darauf, ebenfalls abweichend von der Norm behandelt zu werden. Erst wenn eine Behörde nicht nur in einem oder in einigen Fällen, sondern in ständiger Praxis vom Gesetz abweicht, und wenn sie zu erkennen gibt, dass sie auch in Zukunft nicht gesetzeskonform entscheiden werde, kann der Bürger verlangen, gleich behandelt, d.h. ebenfalls gesetzwidrig begünstigt zu werden. Das Interesse an der Gleichbehandlung der Betroffenen gegenüber demjenigen an der Gesetzmässigkeit überwiegt mit anderen Worten erst, wenn eine Behörde nicht gewillt ist, eine rechtswidrige Praxis aufzugeben (BGE 122 II 446 E. 4a, BGE 127 I 1 E. 3a, Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2013 8C_754/2012 E. 4.4 je mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Da diese Voraussetzungen vorliegend offensichtlich nicht erfüllt sind, kann die Versicherte auch aus dieser Argumentation nichts zu ihren Gunsten ableiten.

5.3 Schliesslich kritisierte die Versicherte das Vorgehen der Sympany, ihr für das Jahr 2012 vorerst Leistungen für eine mittlere Inkontinenz auszurichten. Erst im Nachhinein seien Leistungen für eine schwere Inkontinenz vergütet worden. Der Krankenversicherer ist gemäss Gesetz dazu verpflichtet (vgl. Ziff. 15 MiGeL), bei neu als inkontinent eingestuften Versicherten bis zur zweifelsfreien Zuordnung zu einem Inkontinenzgrad Leistungen im Rahmen eines mittleren Inkontinenzgrades zu erbringen. Dass die endgültige Festsetzung des Inkontinenzgrades einige Zeit in Anspruch nehmen kann, ist dabei unvermeidbar. Das Vorgehen der Sympany entsprach somit den gesetzlichen Bestimmungen und ist nicht zu beanstanden.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der angefochtene Einspracheentscheid der Sympany vom 21. Oktober 2013 nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

7. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG und § 20 VPO werden am kantonalen Versicherungsgericht keine Verfahrenskosten erhoben. 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.

http://www.bl.ch/kantonsgericht