

200 15 1082 KV  
GRD/REL/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 11. November 2016**

Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Renz

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Assura-Basis AG**  
Case postale 7, 1052 Le Mont-sur-Lausanne  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 5. November 2015 (1514801)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1931 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte resp. Beschwerdeführerin) ist seit dem 1. Januar 2013 bei der Assura-Basis AG (nachfolgend: Assura resp. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert (Antwortbeilage [AB] 1). Nach einem Hüftprothesenwechsel rechtsseitig am 24. April 2015 trat bei der Versicherten ein Mobilitäts- und Funktionsdefizit auf (AB 4). Mit Gesuch vom 12. März 2015 ersuchte der behandelnde Arzt des Spitals B. \_\_\_\_\_ um Kostengutsprache für eine zweiwöchige stationäre Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates in der Rehaklinik C. \_\_\_\_\_ AG (AB 2). Die Assura erteilte Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation von 14 Tagen (AB 3) sowie für zwei Verlängerungen dieses stationären Aufenthaltes bis zum 6. Juni 2015 (AB 5, AB 7). Ab dem 7. Juni 2015 war die Assura bereit, nur noch den Pflgetarif für den Kuraufenthalt, nicht jedoch die Kosten für eine stationäre medizinische Rehabilitation, zu übernehmen (AB 7). Ein mit „3. Gesuch um Verlängerung des stationären Aufenthaltes als Kur“ betitelttes Gesuch (AB 8) hiess die Assura ebenfalls teilweise gut und erteilte Kostengutsprache für die Verlängerung einer stationären Rehabilitation von einer Woche bis zum 13. Juni 2015 (AB 9).

Ein weiteres Gesuch um Verlängerung des stationären Aufenthaltes als Kur bis zum 20. Juni 2015 (AB 10) sowie ein Revisionsgesuch für den stationären Aufenthalt bis zum 4. Juli 2015 (AB 12) wies die Assura mit Mitteilung vom 9. Juni 2015 (AB 11) bzw. 16. Juni 2015 (AB 13) ab, da Erholungskuren nicht zu den vergütungspflichtigen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gehören.

Am 29. Juni 2015 verlangte die Versicherte den Erlass einer anfechtbaren Verfügung (AB 16). Nach Einholen weiterer medizinischer Akten (AB 18 und AB 19) entschied die Assura mit Verfügung vom 15. Juli 2015, dass die gesetzliche Voraussetzung der Spitalbedürftigkeit ab dem 13. Juni 2015 nicht mehr vorgelegen habe, weshalb sie die Kostenübernahme für die

Verlängerung der stationären Rehabilitation ab diesem Zeitpunkt ablehnte (AB 20).

Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache der Versicherten vom 15. August 2015 (AB 21) wies die Assura – nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt (AB 24) und Einholen einer Stellungnahme der Versicherten (AB 26) – mit Einspracheentscheid vom 5. November 2015 (AB 27) ab.

## **B.**

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte am 5. Dezember 2015 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern und beantragte sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheids und die Übernahme der Kosten für ihren stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ vom 13. bis zum 19. Juni 2015 sowie in der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 19. Juni bis zum 9. Juli 2015 aus der OKP.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 19. Januar 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

In ihren Schlussbemerkungen vom 19. März 2016 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Rechtsbegehren fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom

11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der auf der Verfügung vom 15. Juli 2015 (AB 20) basierende Einspracheentscheid vom 5. November 2015 (AB 27). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Verlängerung des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni bis zum 4. Juli 2015.

Auf das Begehren der Beschwerdeführerin, es seien die Kosten für die Erholungskur in der Klinik E. \_\_\_\_\_ von Fr. 4'908.40 zurückzuerstatten, ist mangels Anfechtungsobjekts nicht einzutreten, da darüber weder in der Verfügung vom 15. Juli 2015 (AB 20) noch im angefochtenen Einspracheentscheid (AB 27) entschieden wurde (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164 f.).

**1.3** Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.– (7 Tage [13. bis 19. Juni 2015] x max. Fr. 266.–; vgl. Homepage der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_, Preisliste ab 1. Januar 2015: Kuraufenthalt in „Einzelzimmer Suite Südhang“ à Fr. 266.–, einsehbar unter [www....ch/Preisliste-Rehaklinik-D.\\_\\_\\_\\_\\_-ab-01.01.2015.pdf](http://www....ch/Preisliste-Rehaklinik-D._____-ab-01.01.2015.pdf)), weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach Art. 25 - 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

**2.2** Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person 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). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 323 E. 2b S. 326, 120 V 200 E. 6a S. 206; SVR 2012 KV Nr. 13 S. 52 E. 3.1).

**2.3** Im Gesetz nicht näher umschrieben wird der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG. Nach GEBHARD EUGSTER (Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [HRSG.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 545 f. N. 456 ff.) 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, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens. Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen, wobei im letzteren Fall eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt ist, 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 S. 326). Die Kostenübernahme einer stationären Rehabilitation erfolgt nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin (Anhang 1 Ziff. 11 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31]).

**2.4** Im Gesetz nicht erwähnt sind die Erholungskuren, an welche die Krankenversicherer – wie bereits nach dem früheren Recht (BGE 109 V 270) – keine Pflichtleistungen zu erbringen haben. Dies gilt auch für Anwendungen, welche einzig die Erholung oder Genesung fördern sollen, und diagnostische Massnahmen zur Klärung des dafür notwendigen Therapiebedarfs. Von der blossen Erholung ist die Fortsetzung einer begonnenen Heilbehandlung unter Kurbedingungen zu unterscheiden. Dient die Kur der Durchführung besonderer Therapien oder Therapieprogramme bei bestimmten Erkrankungen, hat der Krankenversicherer grundsätzlich die gleichen Leistungen zu erbringen wie bei der ambulanten Behandlung (EUGS-

TER, a.a.O., S. 547 f. N. 463 f.). Für die Abgrenzung zwischen Erholungskuren und der medizinischen Rehabilitation ist auf die Zielsetzung der Massnahme abzustellen. Die medizinische Rehabilitation ist auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Erholungskuren dienen Versicherten ohne besondere Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit zur Erholung und Genesung nach Erkrankungen, die eine wesentliche Verminderung des Allgemeinzustandes zur Folge hatten (EUGSTER, a.a.O., S. 546 N. 459; BGE 126 V 323 E. 2d S. 327).

### **3.**

**3.1** Die Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ wird von der C.\_\_\_\_\_ AG betrieben, welche auf der ab 1. Mai 2012 gültigen kantonalen Spitalliste Rehabilitation figuriert und einen Leistungsauftrag für die Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates hat (vgl. <[www.gef.be.ch](http://www.gef.be.ch)>, Rubriken: Gesundheit/Spitalversorgung/Spitäler/Spitalliste). Die Beschwerdeführerin hielt sich somit in einer Klinik auf, die der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (vgl. E. 2.2 hiavor). Ob dabei aber eine Spitalbedürftigkeit bestand (vgl. E. 2.3 hiavor) bzw. welche Zielsetzung mit der Massnahme verbunden war (vgl. E. 2.4 hiavor), ist anhand der medizinischen Aktenlage zu beurteilen.

**3.2** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.2.1** Der behandelnde Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt in seiner „Ärztlichen Verordnung für einen stationären Aufenthalt“ vom 11. März 2015 (AB 2 S. 2) eine Hüft-TP-Lockerung rechts als Einweisungsgrund für eine Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates fest und sah im Anschluss an die Operation vom 17. April 2015 (recte wohl: 24. April 2015) eine geplante Aufenthaltsdauer von 14 Tagen vor. Behandlungsziel sei die Selbstständigkeit zu Hause, wobei er als zusätzliche soziale Indikationen ankreuzte, dass die Beschwerdeführerin alleine/abseits von medizinischer Versorgung und in einer Wohnung mit baulichen Hindernissen

lebe, dass die persönlichen häuslichen Umstände den Heilungserfolg gefährden würden und dass durch die stationäre Rehabilitation der Akutspitalaufenthalt verkürzt werden könne. Zudem hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin mit Stockhilfe/Rollator mobil sei.

**3.2.2** Der behandelnde Arzt der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, diagnostizierte in seinem Gesuch vom 11. Mai 2015 (AB 4) ein Mobilitäts- und Funktionsdefizit bei Hüftprothesenwechsel rechtsseitig am 24. April 2015 wegen aseptischer Hüft-TP-Lockerung rechts bei Erstimplantation 1997 und eine Wundheilungsstörung. Vom Operateur sei eine Maximalbelastung von 15 kg vorgegeben worden, was bis zur Nachkontrolle sechs Wochen postoperativ strikt eingehalten werden müsse. Die Beschwerdeführerin sei bei allgemeiner Schwäche stark dekonditioniert und es liege zusätzlich eine Wundheilungsstörung mit intensiver Wundpflege vor. Der Verlauf gestalte sich aufgrund des hohen Alters der Beschwerdeführerin und der bestehenden allgemein-internistischen Begleiterkrankungen deutlich zögerlich, so dass es bisher noch nicht gelungen sei, eine eigenständige und ausreichend sichere Beweglichkeit der betagten Beschwerdeführerin zu erreichen, die es gestatten würde, sie bereits wieder in ihre häusliche Umgebung zu entlassen (S. 2). Aktuell könne sie ebenerdig am Böckli mobilisiert werden, sei aber für Strecken von mehr als 40-50m auf einen Transport im, bzw. auf eine Begleitung mit dem Rollstuhl angewiesen. Das notwendige Treppensteigen sei noch nicht möglich und sie sei in einem umfangreichen Mass auf fremde, professionelle Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens angewiesen. Zusammenfassend gestatte der Zustand der Beschwerdeführerin und der bisher erreichte Grad der Selbständigkeit noch keine Entlassung in die häusliche Umgebung und aus fachorthopädischer wie auch aus fachinternistischer Sicht bestehe eine Indikation zur Fortführung des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik um einen Grad der Mobilität und Selbständigkeit zu erreichen, der eine gefahrlose Entlassung nach Hause ermögliche. Es bestehe ein Bedarf an intensiver Hilfeleistung für Aufstehen/Ankleiden/Essen/Toilette/Gehen und es bestehe erhebliche Sturzgefahr.

**3.2.3** Im „2. Gesuch um Verlängerung des stationären Aufenthaltes, ggf. als Kur“ vom 22. Mai 2015 (AB 6) führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, dass sich der Verlauf aufgrund der persistierenden Teilbelastung von 15 kg bis sechs Wochen postoperativ (d.h. ca. bis zum 5. Juni 2015) weiterhin schleppend gestalte. Der ängstlichen Beschwerdeführerin sei es bisher nicht gelungen, eine für die häusliche Umgebung ausreichend sichere Mobilität zu erreichen, weshalb die Fortführung der intensiven und ambulant in diesem Masse nicht durchführbaren Therapie erforderlich sei. Aus fachorthopädischer und fachinternistischer Sicht solle die bisherige Behandlung fortgesetzt werden um einen Grad an Mobilität und Selbständigkeit zu erreichen, der eine weitgehend gefahrlose Entlassung nach Hause ermögliche (S. 2). Es werde auf diesem Weg um eine entsprechende Kostengutsprache gebeten, gegebenenfalls auch im Sinne einer „Kurmassnahme“.

**3.2.4** Auch im „3. Gesuch um Verlängerung des stationären Aufenthaltes als Kur“ vom 1. Juni 2015 (AB 8) wies Dr. med. G. \_\_\_\_\_ darauf hin, dass die Teilbelastung mindestens bis zur Nachkontrolle durch den Operateur vom 8. Juni 2015 eingehalten werden müsse. Die Beschwerdeführerin könne knapp am Böckli ebenerdig anmobiliert werden und Treppensteigen (zu Hause gefordert) sei noch nicht möglich. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ bat deshalb, den Aufenthalt im Rahmen einer Kur um zwei Wochen zu verlängern zum geplanten Mobilisationsaufbau mit geplanter Rückkehr nach Hause.

**3.2.5** Im Mail an Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015 (AB 23) berichtete Dr. med. F. \_\_\_\_\_ über die Kontrolle sechs Wochen postoperativ und hielt fest, dass er in der Röntgenuntersuchung eine sekundäre Dislokation der Trochanter major Spitze der rechten Hüfte habe feststellen müssen. Bei der klinischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin auch Schmerzen in diesem Bereich angegeben. Nichtsdestotrotz unterstütze er die graduelle Steigerung der Belastung weg aus der Rollstuhlmobilisation auf den Rollator. Kurze Strecken (im Zimmer sowie später in der häuslichen Umgebung) sollten an Unterarmgehstöcken durchgeführt werden. Die Rückkehr in die eigenen vier Wände erachte er erst dann als realistisch, wenn die Beschwerdeführerin ein Mindestmass an Selbständigkeit und

Sicherheit in der Mobilisation (am Rollator oder Stöcken) aufweise. Betreffend die Revision (Trochanter major Refixation) sei ein definitiver operativer Schritt noch nicht festgelegt.

**3.2.6** Am 15. Juni 2015 (AB 12) stellte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ ein „Revisions-Gesuch um Verlängerung des stationären Aufenthaltes“ und hielt fest, dass in der Röntgenuntersuchung sechs Wochen postoperativ ein sekundäre Dislokation der Trochanter major Spitze Hüfte rechts festgestellt worden sei. Dennoch habe eine graduelle Steigerung der Belastung begonnen werden können, wobei kurze Strecken am Rollator bereits möglich seien. Treppensteigen jedoch noch nicht (S. 2). Laut dem Operateur sei eine Rückkehr in die eigenen vier Wände erst als realistisch zu erachten, wenn die Beschwerdeführerin ein Mindestmass an Selbstständigkeit und Sicherheit in der Mobilisation (am Rollator oder Stöcken) aufweise, was aus Sicht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ auch in einer Kur möglich sei. Auf Wunsch des Ehemannes der Beschwerdeführerin werde dieses Gesuch als erneuter Rehabilitationsantrag zur Erreichung dieser Gangsicherheit unter gesteigerter Belastung gestellt. Aufgrund der unklaren Verhältnisse und erneut drohender operativer Revision werde von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ jedoch eine schnellstmögliche Entlassung nach Hause bei Erreichen der Gehfähigkeit an entsprechenden Hilfsmitteln als am sinnvollsten erachtet.

**3.2.7** Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, fasste in seinem Bericht vom 7. September 2015 (AB 24) die vorliegenden medizinischen Akten zusammen und hielt fest, dass kein Grund dafür bestehe, an der Einschätzung bzw. Beurteilung des erfahrenen Rehabilitationsmediziners Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zu zweifeln. Dieser habe insbesondere den klinischen Verlauf während sechs Wochen verfolgen können und sei am besten geeignet gewesen, die Gesamtsituation zu beurteilen (S. 2). Zudem sei seine Einschätzung im Verlauf eindrücklich bestätigt worden, indem die Beschwerdeführerin weitere Fortschritte gemacht habe und nach Hause zurückkehren können (S. 1). Aufgrund der Komplexität der Situation sei eine sechswöchige stationäre Rehabilitation medizinisch indiziert gewesen und bei fehlender Spitalbedürftigkeit habe danach die Rehabilitation im Rahmen einer Kur weitergeführt werden können (S. 2). Er empfehle des-

halb, Leistungen für insgesamt sechs Wochen stationäre Rehabilitation und anschliessend die Kosten für die ambulanten Therapien im Rahmen einer Kur zu gewähren.

**3.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**3.3.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den

Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. November 2015 (AB 27) unter anderem auf die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 7. September 2015 (AB 24).

Der Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (AB 24) erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3.1 hiervor) und erbringt damit vollen Beweis. Dass er die Beschwerdeführerin nicht persönlich explorierte, schmälert den Beweiswert seiner fachärztlichen Einschätzung nicht, konnte er sich anhand der vorhandenen Akten des behandelnden Arztes doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Seine Beurteilung ist nachvollziehbar und überzeugend, so dass darauf abzustellen ist. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hat sich hauptsächlich auf die Berichte des behandelnden Arztes in der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_, Dr. med. G. \_\_\_\_\_ gestützt, welcher überzeugend darlegte, dass nach sechs Wochen stationärem Aufenthalt im Sinne einer Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates das Ziel eines Mindestmasses an Selbständigkeit und Sicherheit in der Mobilisation erreicht werden konnte (AB 12 S. 2). Bereits das zweite Gesuch um Verlängerung des stationären Aufenthaltes vom 22. Mai 2015 (AB 6) hatte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ um den Zusatz „ggf. Kur“ ergänzt und um Kostengutsprache „gegebenenfalls auch im Sinne einer Kurmassnahme“ ersucht. Dass während der Dauer von sechs Wochen bis zum postoperativen Nachkontrolltermin beim Operateur vom 8. Juni 2015 (vgl. auch AB 23) eine Belastung von maximal 15 kg möglich war, was auf einen erhöhten Pflegebedarf und damit allenfalls auch auf eine Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin hinweisen könnte, hat die Beschwerdegegnerin berücksichtigt und entsprechend die Kosten für die medizinische Rehabilitationsmassnahme bis zum 13. Juni 2015 übernommen (AB 11).

Mit Dr. med. G.\_\_\_\_\_, welcher als erfahrener Rehabilitationsmediziner den klinischen Verlauf während sechs Wochen verfolgen konnte und bestens geeignet war, die Gesamtsituation zu beurteilen, ist nach Ablauf der sechs Wochen eine Spitalbedürftigkeit jedoch zu verneinen. Eine solche ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung anzunehmen, wenn eine Krankheit vorliegt, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (BGE 126 V 323 E. 2b S. 326). Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hat bereits in seinem zweiten Gesuch vom 22. Mai 2015 (AB 6) eine Fortsetzung des Aufenthaltes als Kur in Erwägung gezogen und festgehalten, dass die Behandlung in der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ fortgesetzt werden sollte, jedoch nur um den Grad der Mobilität und Selbständigkeit zu verbessern, was keiner medizinischen Rehabilitation mehr bedurfte, sondern auch im Rahmen der von ihm beantragten „Kurmassnahme“ zu erreichen war. Im dritten Gesuch vom 1. Juni 2015 (AB 8) sowie in demjenigen vom 8. Juni 2015 (AB 10) beantragte er sodann einen weiteren Aufenthalt ausschliesslich „als Kur“ und änderte seinen Antrag erst im Revisions-Gesuch vom 15. Juni 2015 (AB 12) – und auf ausdrücklichen Wunsch des Ehegatten der Beschwerdeführerin – wieder auf einen „Rehabilitationsantrag“ (S. 2). Aus diesen Anträgen geht klar hervor, dass sich die Beschwerdeführerin spätestens ab der sechsten Woche postoperativ nur noch zur Durchführung eines physiotherapeutischen Übungsprogramms gemäss den Vorgaben des operierenden Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ aufhielt. Über weitere medizinische oder therapeutische Massnahmen ist den Akten nichts zu entnehmen. Auch aus dem Mail des operierenden Arztes Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015 (AB 23) lässt sich nichts Weiterführendes ableiten: Darin führt der Operateur aus, dass er zwar eine sekundäre Dislokation der Trochanter major Spitze der Hüfte rechts festgestellt habe und eine Rückkehr in die eigenen vier Wände als noch nicht realistisch erachtete. Dennoch unterstützte er aber in diesem Zeitpunkt eine graduelle Steige-

rung der Belastung – weg aus der Rollstuhlmobilisation auf den Rollator. Eine Spitalbedürftigkeit lässt sich daraus nicht ableiten.

Schliesslich bleibt zu erwähnen, dass auch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ ab dem 8. Juni 2015 (AB 10) in seinen Berichten die zuvor genannte Diagnose einer Wundheilungsstörung nicht mehr aufführte, sondern nunmehr eine „passagere Wundheilungsstörung“ nannte. Eine sich aus einer aufwändigeren Wundversorgung ergebende Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin konnte damit ab diesem Zeitpunkt ebenfalls nicht mehr vorliegen, zumal eine allenfalls noch notwendige Versorgung der Wundheilungsstörung auch durch die Spitex möglich war.

Zusammenfassend ist damit auf Grund der vorhandenen medizinischen Akten erstellt, dass die Beschwerdeführerin während des Klinikaufenthaltes spätestens ab dem 14. Juni 2015 allein erholungsbedürftig, nicht aber spital- oder rehabilitationsbedürftig im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d bzw. e KVG gewesen ist. Damit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht ab diesem Zeitpunkt den Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine medizinische Rehabilitation verneint.

#### **4.**

Nach dem hiervor dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 5. November 2015 (AB 27) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit überhaupt darauf einzutreten ist.

#### **5.**

**5.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - Assura-Basis AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.