

200 15 871 KV  
KOJ/JAP/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 13. November 2015**

Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Jakob

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Visana AG**  
Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 23. September 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1945 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Visana AG (Visana bzw. Beschwerdegegnerin) mit Unfalldeckung obligatorisch krankenkpflegeversichert. Am 5. April 2015 zog sie sich bei einem Sturz einen rechtsseitigen Oberschenkelhalsbruch zu, der tags darauf im Spital C. \_\_\_\_\_ operiert wurde (Akten der Visana, Antwortbeilagen [AB] 1 f.). Nach dem Spitalaustritt am 11. April 2015 hielt sie sich vom 20. bis 27. April 2015 in der Klinik D. \_\_\_\_\_ auf (AB 18, 27/3 f.). In einem Schreiben vom 22. April 2015 (AB 4) orientierte die Visana die Versicherte, dass sie an die «Erholungskur» aus der obligatorischen Grundversicherung die medizinisch anerkannten Heilanwendungen nach geltenden Tarifen vergüte, wobei die gesetzliche Kostenbeteiligung erhoben werde. Mit Verfügung vom 26. Juni 2015 (AB 26) verneinte die Visana hingegen einen Anspruch auf Kostenvergütung für eine stationäre medizinische Rehabilitation in der besagten Klinik. Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 27) gestützt auf eine vertrauensärztliche Beurteilung (AB 31) mit Entscheidung vom 23. September 2015 (AB 32) fest.

### **B.**

Mit Eingabe vom 30. September 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragte sinngemäss, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, den Aufenthalt in der Klinik D. \_\_\_\_\_ als stationäre medizinische Rehabilitation zu vergüten.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 2. November 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Aufforderungsgemäss reichte die Beschwerdegegnerin am 5. November 2015 ein ordnungsgemäss unterzeichnetes Exemplar der Beschwerdeantwort sowie ein fehlendes Aktenstück (AB 31) nach.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 23. September 2015 (AB 32). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Kostenvergütung des Aufenthalts in der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 20. bis 27. April 2015 als stationäre medizinische Rehabilitation statt als Erholungskur.

**1.3** Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.-- (AB 9), weshalb die Beurteilung der Streitigkeit 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 vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (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 aufhält, d.h. 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). 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, 2. Aufl. 2007, S. 530 f. N. 403 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 nach dem früheren Recht (BGE 109 V 270 E. 4 S. 271), 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 (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., S. 532 f. N. 410 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 (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., S. 531 N. 406; BGE 126 V 323 E. 2d S. 327).

### **3.**

**3.1** Die Klinik D.\_\_\_\_\_ wird von der E.\_\_\_\_\_ 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 hievor). Ob dabei aber eine Spitalbedürftigkeit bestand (vgl. E. 2.3 hievor) bzw. welche Zielsetzung mit der Massnahme verbunden war (vgl. E. 2.4 hievor), 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** Nach dem Sturzereignis vom 5. April 2015 trat die Beschwerdeführerin am selben Tag ins Spital C.\_\_\_\_\_ ein (AB 2). Dort wurde \_\_\_\_\_ eine petrochantäre Femurfraktur rechts diagnostiziert und am 6. April 2015 eine geschlossene Reposition und Osteosynthese mittels dynamischer Hüftschraube (DHS) durchgeführt. Im Operationsbericht vom 6. April 2015

(AB 24/3, 27/2) erklärten die Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_, beides Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, unter anderem, während sechs Wochen müsse sich die Beschwerdeführerin an Unterarmgehstöcken fortbewegen, wobei eine Teilbelastung von 15 Kilogramm erlaubt sei.

**3.2.2** Der Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, orientierte die Beschwerdegegnerin am 17. April 2015 darüber, dass sich die Beschwerdeführerin am 5. April 2015 der betreffenden Notoperation unterzogen und bereits am 11. April 2015 aus dem Spital habe entlassen werden können, da die häusliche Pflege durch deren Sohn sichergestellt worden sei. Der Sohn müsse nun aus beruflichen Gründen abreisen, weshalb vom 20. bis 27. April 2015 ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_\_ notwendig sei (AB 27/4).

Gleichzeitig gelangte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ an die E.\_\_\_\_\_ und bat um eine stationäre Rehabilitation seiner Patientin ab 20. April 2015. Er gab an, die Versorgung könne bis am 19. April 2015 durch den Sohn der Beschwerdeführerin gewährleistet werden, anschliessend durch dessen Arbeitstätigkeit jedoch nicht mehr. Ausserdem benötige die Beschwerdeführerin physiotherapeutische Betreuung (AB 3).

**3.2.3** Der als leitender Arzt in der Klinik D.\_\_\_\_\_ tätige Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, verordnete am 21. April 2015 Physiotherapie (AB 5/2). Durchgeführt wurden daraufhin allgemeine Physiotherapie und manuelle Lymphdrainagen (AB 5/1, 5/3).

Im undatierten «Formular Pflgethemen in Minuten und Tarifstufe» (Telefax vom 24. April 2015 [AB 10/1]) vermerkte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ die Tarifstufe 2 sowie einen Aufwand von 20 Minuten für die Körperpflege, drei Minuten für die medizinische Pflege und zehn Minuten für «Querschnittsleistungen entlang des Pflegeprozesses».

**3.2.4** In der ärztlichen Verordnung für die Einweisung zur «klinisch-stationären Rehabilitation» vom 11. Mai 2015 (AB 11, 24/2, 27/5) gab Dr. med. H.\_\_\_\_\_ als Funktionsdefizit an, dass ein Gehen nur an zwei Stöcken möglich sei. Die Beschwerdeführerin bedürfe geringgradiger

Hilfeleistungen beim Gehen, sie lebe alleine bzw. abseits ambulanter medizinischer Versorgung; das Behandlungsziel sei eine Selbständigkeit alleine im Haushalt.

**3.2.5** Im Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2015 (AB 18) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ einen altersentsprechenden Allgemeinzustand, einen normalen Ernährungszustand sowie ein gutes Befinden der Beschwerdeführerin fest. Sie sei mit dem Eingriff zufrieden und bisher habe sich der postoperative Verlauf problemlos präsentiert. Unter laufender Medikation bestünden keine wesentlichen Schmerzen. Sie lebe alleine und habe zu ihrer Wohnung zirka zwölf Stufen zu überwinden. Beim Eintritt sei die Mobilität noch eingeschränkt gewesen (Extension 80°) und es habe ein leicht unsicheres Gangbild an zwei Unterarmstöcken bestanden. Als Ziele wurden eine Verbesserung der Gelenkfunktion, insbesondere des Extensionsdefizits und der muskulären Stabilisierung, eine Schmerz- und Schwellungsreduktion, die Instruktion und praktische Übung in Gelenkschutzprinzipien sowie eine Gangschulung und Treppensteigen unter Einhaltung der postoperativen Limite angegeben. Es seien ein multimodales, aktiv und alltagsorientiertes Therapieprogramm mit manueller Therapie passiv-assistiv und Bewegungstherapie sowie Gymnastik im Gehbad mit Limiten nach den Vorgaben des Spitals C.\_\_\_\_\_ angepasst worden. Unterstützend seien auch passive, detonisierende Massnahmen mit Weichteiltechniken und Lymphdrainage erfolgt. Bei Austritt sei die Mobilität deutlich gesteigert gewesen und die Beschwerdeführerin habe sich im Hause sowie auf dem Klinikgelände selbständig und sicher bewegen können. Die Beweglichkeit im Gelenk habe sich verbessert (Extension 90°). Die Versorgung nach dem Austritt sei gesichert; eine Spitex sei organisiert worden.

**3.2.6** Auf Aktenvorlage erachtete Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, als Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin die von der Sachbearbeitung vorgeschlagene Leistungsablehnung am 4. Juni 2015 als korrekt (AB 20).

**3.2.7** In einem an den Vertreter der Beschwerdeführerin adressierten Schreiben vom 23. Juni 2015 (AB 27/3) bestätigte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ den Rehabilitationsbedarf der Beschwerdeführerin nach dem Spitalaustritt

am 11. April 2015. Der Entscheid von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation anzumelden, könne vollumfänglich unterstützt werden.

**3.2.8** In seiner vertrauensärztlichen Beurteilung vom 21. September 2015 (AB 31) erachtete Dr. med. J. \_\_\_\_\_ die Voraussetzungen für die Kostenübernahme der stationären Rehabilitation als nicht erfüllt. Sowohl im Gesuch des Hausarztes als auch in den nachfolgend eingereichten medizinischen Unterlagen seien die Rehabilitationsart, das Rehabilitationspotential, die Rehabilitationsziele und die Methoden der Behandlung nicht ausgewiesen. Die Voraussetzungen und Kriterien für die Kostenübernahme gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (SGO), der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV), der DefReha des Spitalverbands H+, der Schweizerischen Arzt & Spital-Revue (SAR) und Rechtsprechung des Bundesgerichts für die stationäre Rehabilitation seien somit ebenfalls nicht ausgewiesen. Eine solche sei faktisch nicht durchgeführt worden. Ebenso wenig sei eine intensive ärztliche Überwachung oder pflegerische Betreuung erforderlich gewesen. Die psychosoziale Indikation (Abwesenheit des Sohnes) sowie die kurze Dauer belegten, dass allgemeine pflegerische Massnahmen während des Kuraufenthaltes im Vordergrund gestanden hätten und die Physiotherapie auch ambulant hätte durchgeführt werden können.

**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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**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 Kennt-

nis 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 23. September 2015 (AB 32) unter anderem auf die vertrauensärztliche Beurteilung vom 21. September 2015 (AB 31).

**3.4.1** Vorab ist in formeller Hinsicht anzumerken, dass das besagte Aktenstück (AB 31) Grundlage der Entscheidungsfindung bildete und der Beschwerdeführerin vor Erlass des Einspracheentscheids zur Stellungnahme hätte unterbreitet werden müssen (vgl. BGE 128 V 272 E. 5b bb S. 278; SVR 2008 UV Nr. 1 S. 2 E. 3.2). Die Beschwerdeführerin konnte sich indes vor der mit umfassender Kognition ausgestatteten Beschwerdeinstanz zu

diesem ihr jedenfalls bei Einreichung der Beschwerde bekannten (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 6) Beweismittel äussern, weshalb die nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gilt (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

**3.4.2** Der Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (AB 31) erfüllt die höchststrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3.1 hievore) 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 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 berücksichtigte er insbesondere, dass der Beschwerdeführerin gemäss Sicherungsaufklärung der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ ein Gehen an zwei Unterarmstöcken unter Teilbelastung bis 15 Kilogramm möglich war (AB 24/3, 27/2) und sich der postoperative Verlauf gemäss Dr. med. I. \_\_\_\_\_ problemlos präsentierte (AB 18). Der Beschwerdeführerin wäre es demnach möglich und zumutbar gewesen, die zirka zwölf Stufen zu ihrer Wohnung (AB 18/1) zu überwinden, zumal das beim Klinikeintritt noch bestehende rechtsseitige Streckdefizit (Extension 80°; AB 18/2) sie hierbei unter Zuhilfenahme der Unterarmstöcke nicht wesentlich eingeschränkt hätte. Der nachträglich seitens des Hausarztes postulierte Bedarf an geringgradigen Hilfeleistungen beim Gehen (AB 11, 24/2, 27/5) wurde nicht näher begründet und kontrastiert mit dem altersentsprechenden Allgemeinzustand (AB 18/1). Dass die Physiotherapie nach Auffassung des Vertrauensarztes ambulant hätte durchgeführt werden können, ist demnach einleuchtend. Die Behauptung des Hausarztes, dass seine Patientin abseits ambulanter medizinischer Versorgung lebe (AB 11, 24/2, 27/5), ist insoweit zu relativieren, als zumindest mehrere Physiotherapeuten im Wohnort der Beschwerdeführerin praktizieren (beispielsweise im Gesundheitszentrum K. \_\_\_\_\_, vgl. <[www.....ch/gz-K.\\_\\_\\_\\_\\_](http://www.....ch/gz-K._____)>). Die von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ mehrfach durchgeführte «kleine rheumatologische Untersuchung» (AB 8) wäre angesichts der ohnehin geplanten Sprechstunden mit bildgebenden postoperativen Verlaufskontrollen im Spital C. \_\_\_\_\_ wohl nicht erforderlich gewesen bzw. hätte ebenfalls keines stationären Settings

bedurft. Hinzu kommt, dass die Kriterien der Empfehlung der SGV für Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen (AB 31/3) vorliegend klar gegen eine stationäre medizinische Rehabilitation sprechen. Die Beschwerdeführerin unterzog sich keinem beidseitigen Eingriff, litt weder an postoperativen Komplikationen noch an Wundheilungsstörungen oder an relevanten Komorbiditäten und sie erreichte auch noch nicht die Altersgrenze von über 75 bis 80 Jahren. Auch die kumulativen Eintrittskriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation gemäss DefReha (S. 31; abrufbar unter <[www.hplus.ch](http://www.hplus.ch)>, Rubriken: Publikationen/Fachpublikationen) waren nicht alle erfüllt, da die Beschwerdeführerin insbesondere nicht täglich eine ärztliche Visite benötigte und die Schmerzsituation unter Analgesie stabilisiert war (AB 18/1).

**3.4.3** Soweit beschwerdeweise auf die «Weisungen der medizinischen Fachinstanzen (Spital C.\_\_\_\_\_ und Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_\_))» hingewiesen wird (Beschwerde S. 2), gilt es anzumerken, dass nicht die behandelnden Ärzte über die Kostenübernahme entscheiden, sondern die jeweiligen Träger der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gestützt auf die gesetzlichen Grundlagen und die erhobenen Akten im Einzelfall. Nach den Vorgaben des Bundesrates ist für die stationäre Rehabilitation zusätzlich eine explizite Bewilligung des Vertrauensarztes erforderlich (vgl. Anhang 1 Ziff. 11 KLV). Selbstredend darf die Verwaltung dabei ärztliche Verordnungen und Beurteilungen nicht «einfach ignorieren» (Beschwerde S.2 Lemma 2), sondern hat sich mit diesen im Rahmen einer Beweiswürdigung auseinanderzusetzen, was hier auch geschah.

Im vorliegenden Fall begründete der Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ die medizinische Rehabilitation gegenüber der Beschwerdegegnerin bzw. der Leistungserbringerin am 17. April 2015 hauptsächlich mit dem Umstand, dass die häusliche Pflege ab 20. April 2015 nicht mehr durch den Sohn der Beschwerdeführerin sichergestellt sei bzw. diese physiotherapeutische Betreuung benötige (AB 3, 27/4). Dies genügt zur Annahme einer Spitalbedürftigkeit jedoch nicht. Die Physiotherapie hätte nach dem Gesagten ambulant durchgeführt werden können und die Notwendigkeit einer (fach-) ärztlichen Behandlung wurde weder geltend gemacht noch

wäre eine solche anhand der medizinischen Aktenlage ausgewiesen. Die Pflegebedürftigkeit war mit Blick auf die festgelegte Stufe 2 des BESA Einstufungs- und Abrechnungssystems (AB 6, 10/1) nicht erheblich und das Hauptleiden allein begründet noch keine Spitalbedürftigkeit, zumal eine solche höchstrichterlich selbst nach einer Hüfttotalendoprothesen-Operation verneint wurde (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 22. August 2001, K 180/00, E. 2). Das Ziel des Aufenthalts in der Klinik D.\_\_\_\_\_ war somit nicht die Sicherstellung einer notwendigen medizinischen Behandlung, die auch nicht mittels Spitex oder in einem Kurhaus durchführbar gewesen wäre (vgl. EVG K 180/00 E. 2b; GEBHARD EUGSTER, a.a.O., S. 531 N. 405; DERS., Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, Art. 25 N. 56). Allenfalls bestand eine Erholungs-, nicht aber eine Spital- oder Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der vorerwähnten Grundsätze (vgl. E. 2.2 ff. hievor). Die nachträgliche Unterstützung der Anmeldung zur stationären medizinischen Rehabilitation im Schreiben von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2015 (AB 27/3) wurde – wie Dr. med. J.\_\_\_\_\_ zutreffend festhielt (AB 31/2) –medizinisch nicht weiter begründet und ändert daran nichts.

**3.4.4** In Abweichung zum Schreiben des Hausarztes an die ärztliche Leitung der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 17. April 2015 (AB 3), in welchem dieser unter dem Titel «Frage» um stationäre Rehabilitation ersuchte, wurde die Beschwerdeführerin mit ihrer unterschriftlichen Einwilligung als «Gast mit ärztlicher Kurverordnung» aufgenommen (AB 17). Nach dem Dargelegten erteilte die Beschwerdegegnerin am 22. April 2015 folgerichtig Kostengutsprache für eine Erholungskur (AB 4) und die Leistungserbringerin fakturierte den Aufenthalt auch in diesem Sinne (AB 5-7). Dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Kostenübernahme einer stationären medizinischen Massnahme verneinte und dies mit Einspracheentscheid vom 23. September 2015 (AB 32) bestätigte, ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

#### **4.**

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

**4.2** 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.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Visana AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

**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.