

# GR\_GERICHTE S 2024 4 vom 12. März 2024

GR Gerichte, 2024-03-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2024\\_4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2024_4)

FR: GR\_GERICHTE S 2024 4 du 12 mars 2024

IT: GR\_GERICHTE S 2024 4 del 12 marzo 2024

## Regeste

Versicherungsleistungen nach KVG | Krankenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

A.\_\_\_\_\_, geboren 1991, arbeitet beim C.\_\_\_\_\_ und ist bei der B.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend: B.\_\_\_\_\_) gegen die Folgen von Krankheit versichert.

### E. 2

Nachdem der Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ bei A.\_\_\_\_\_ im Juni 2021 eine Depression festgestellt hatte, fand am 3. September 2021 ein Erstgespräch bei Oberpsychologin E.\_\_\_\_\_ der F.\_\_\_\_\_ statt. Dabei diagnostizierte Letztere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode.

### E. 3

Am 7. September 2021 erlitt A.\_\_\_\_\_ eine Covid-19-Infektion, woraufhin sie am 15. September 2021 im G.\_\_\_\_\_ ambulant behandelt wurde. Im entsprechenden Bericht vom 16. September 2021 wurde die Diagnose einer subjektiven Dyspnoe gestellt. Die Nachkontrolle erfolgte am 20. September 2021 bei unauffälligem Befund.

### E. 3.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nach Art. 24 Abs. 1 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Nach Art. 25 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Diese Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin

- 8 - beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG). Im Weiteren übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation sowie für den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. d und e KVG).

### E. 3.2

Die medizinische Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG wird im Gesetz nicht näher umschrieben. Nach Lehre und Rechtsprechung besteht ihr besonderes Merkmal

darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen (vgl. EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016, Rz. 456 mit Hinweisen). Sie bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung der Krankheit selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben. Sie ist somit auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Grundlegende Anspruchsbedingung ist ein ausgewiesenes Rehabilitationspotenzial. Dieses setzt voraus, dass nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann. Wenn die medizinische Rehabilitation praktisch keine nennenswerte Verbesserung der beeinträchtigten Funktionen mehr verspricht, ist das Stadium des Pflegefalles erreicht (vgl. EUGSTER, a.a.O., Rz. 457). Die medizinische Rehabilitation kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer dafür spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen. Erfolgt die medizinische Rehabilitation in einer dafür

- 9 - spezialisierten Klinik, ist eine Spitalbedürftigkeit (vgl. dazu Erwägung 3.4 f. hernach) vorausgesetzt (vgl. BGE 126 V 323 E.2c; Urteil des Bundesgerichts 9C\_253/2020 vom 2. Juni 2020 E.2.3).

### **E. 3.3**

Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach Art. 25 bis 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

#### **E. 3.3.1**

Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt, mit anderen Worten muss sie objektiv geeignet sein, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg) (vgl. BGE 145 V 116 E.3.2.1, 139 V 135 E.4.4.1, 133 V 115 E.3.1 und 130 V 299 E.6.1; EUGSTER, a.a.O., Rz. 329).

#### **E. 3.3.2**

Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt deren Wirksamkeit voraus. Ob eine Leistung zweckmässig ist, muss anhand des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung beurteilt werden (vgl. BGE 137 V 295 E.6.2 und 130 V 299 E.6.1; Urteile des Bundesgerichts 9C\_736/2020 vom 10. Dezember 2021 E.4.1 und 9C\_246/2020 vom 4. März 2021 E.5.2). Die Frage der Zweckmässigkeit hängt damit von medizinischen Kriterien ab und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen. Umgekehrt sind medizinisch nicht indizierte therapeutische oder

- 10 - diagnostische Vorkehren regelmässig auch unzweckmässig (vgl. BGE 139 V 135 E.4.4.2 und 130 V 532 E.2.2).

### **E. 3.3.3**

Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich nach der Rechtsprechung auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Das bedeutet aber nicht, dass dort, wo es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, diese ungeachtet der Kosten in jedem Fall als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit, die für das gesamte Staatshandeln gilt (vgl. Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]), ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht, was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt. Es können somit weder die hohe therapeutische Wirksamkeit noch die Wirtschaftlichkeit je getrennt voneinander betrachtet werden in dem Sinne, dass die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen mit einem kategorialen Ja oder Nein beantwortet werden könnte und bejahendenfalls die Kosten in beliebiger Höhe zu übernehmen wären. Vielmehr ist die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den Behandlungskosten zu beurteilen: Je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt (vgl. BGE 142 V 26 E.5.2.1, 139 V 135 E.4.4.3 und 136 V 395 E.7.4). Das Wirtschaftlichkeitsgebot bezieht sich nicht nur auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, insbesondere die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder stationär (bzw. teilstationär) durchzuführen ist und in welche Heilanstalt

- 11 - oder Abteilung einer solchen die versicherte Person vom medizinischen Standpunkt aus gehört (vgl. BGE 139 V 135 E.4.4.3 und 126 V 334 E.2b).

### **E. 3.4**

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). Zusätzlich bedarf es einer Spitalbedürftigkeit. Diese ist gegeben, wenn die versicherte Person an einer Krankheit leidet und die Akutbehandlung, die Überwachung des Gesundheitszustands oder die medizinische Rehabilitation notwendigerweise unter Spitalbedingungen erfolgen müssen (vgl. EUGSTER, a.a.O., Rz. 444). Eine Spitalbedürftigkeit liegt mithin vor, wenn diagnostische oder therapeutische Anwendungen wegen der apparativen und personellen Anforderungen nur in einem Spital zweckmässig vorgenommen werden können. Das Erfordernis der Spitalbedürftigkeit ist für den Regelfall ein Ausfluss des Gebots wirtschaftlicher Behandlungsweise (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG); es gilt der Grundsatz der Nachrangigkeit der Hospitalisation gegenüber kostengünstigeren Alternativen (vgl. EUGSTER, a.a.O., Rz. 445). Dieser ergibt sich auch aus den von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten Empfehlungen betreffend Behandlungsmöglichkeiten für die Post-Covid-19-Erkrankung (vgl. beschwerdeführerische Akten [Bf-act. 18]): Danach wird eine ambulante Rehabilitation als Erstempfehlung angeführt, wobei eine stationäre Rehabilitation erst in Betracht gezogen werden kann, wenn Fortschritte stagnieren oder sich

nicht verbessern (vgl. dortige S. 4; siehe auch beschwerdegegnerische Akten [Bg-act. 24 S. 27]). Spitalbedürftigkeit ist jedoch gegeben, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind und einzig ein Spitalaufenthalt noch Aussicht auf Erfolg verspricht. Die Spitalbedürftigkeit

- 12 - im Zusammenhang namentlich mit Rehabilitationsmassnahmen ist nach der erforderlichen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen (vgl. BGE 126 V 323 E.2c). 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_253/2020 vom 2. Juni 2020 E.2.2 und E.2.3 mit Hinweis auf BGE 126 V 323 E.2c). In einem solchen Fall kann eine Hospitalisation selbst dann gerechtfertigt sein, wenn die in der Heilanstalt durchgeführte Behandlung für sich allein, prognostisch beurteilt, keine Spitalbedingungen erfordert hätte. Auch persönliche, familiäre und andere nicht streng medizinische Umstände können einen Spitalaufenthalt rechtfertigen. Dies wiederum trifft dann zu, wenn die medizinische Behandlung wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (vgl. BGE 126 V 323 E.2b), bzw. wenn der Krankheitszustand einer versicherten Person nicht unbedingt eine ärztliche Behandlung, sondern lediglich einen Aufenthalt im Spitalmilieu erfordert. Die Intensität der ärztlichen Behandlung, welche die Krankheit einer versicherten Person verlangt, ist somit nicht alleiniges Entscheidungskriterium für eine Hospitalisation – insbesondere dann nicht, wenn eine versicherte Person wegen ihres hohen Alters, ihrer familiären Verhältnisse oder weil sie alleinstehend ist, keine Möglichkeit hat, die ihrem Zustand entsprechende Pflege und Beaufsichtigung zuhause zu erhalten, oder wenn eine solche Betreuung der Familie der versicherten Person nicht zugemutet werden kann (vgl. BGE 120 V 200 E.6a und 115 V 48 E.3b/aa; PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 190 f.).

- 13 -

### **E. 3.5**

Die Tatsache allein, dass die Behandlung und der Aufenthalt in einem Spital vom behandelnden Arzt verschrieben worden sind, ist für die Übernahme der Hospitalisationskosten nicht entscheidend. Die Anspruchsvoraussetzung der Spitalbedürftigkeit beurteilt sich nach objektiven Kriterien. In zeitlicher Hinsicht sind für die Frage der Spitalbedürftigkeit und deren Beurteilung die gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Spitaleintritts massgebend. Die Dauer eines Spitalaufenthalts ist auf das erforderliche Mass zu begrenzen (vgl. EUGSTER, a.a.O., Rz. 448 f. mit Hinweisen).

### **E. 4**

In der Folge wurde A.\_\_\_\_\_ am 28. Oktober 2021 im Rahmen der Long-Covid-Sprechstunde durch Dipl. med. H.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_, ambulant untersucht. Letztere stellte in ihrem Bericht vom 8. November 2021 namentlich ein Post-Covid-19-Syndrom sowie eine Exazerbation der mittelgradigen depressiven Symptomatik fest.

### **E. 4.1**

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu

berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/ Genf 2020, Art. 43 Rz. 13 ff. und 96 ff.). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen bzw. liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. BGE 144 V 361 E.6.5, 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3 und 124 V 90 E.4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen

- 14 - Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_414/2022 vom 24. Januar 2023 E.4.1 f., 9C\_58/2022 vom 7. Juni 2022 E.4.1.1 f., 8C\_521/2021 vom 22. März 2022 E.3.1.1 f., 9C\_377/2021 vom

#### **E. 4.2**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser 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

- 15 - 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 (vgl. BGE 143 V 124 E.2.2.2, 134 V 231 E.5.1 und 125 V 351 E.3a). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll gemäss Bundesgericht der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b/cc; Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2022 vom 25. Mai 2023 E.5.4, 8C\_736/2021 vom 22. März 2022 E.5.2 und 8C\_660/2020 vom 1. Februar 2021 E.4.4). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen, worunter namentlich auch die beratenden Ärzte und Ärztinnen bzw. die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen der Krankenversicherer gemäss Art. 57 KVG fallen, kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Generell sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 145 V 97 E.8.5, 142 V 58 E.5.1, 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4 und E.4.6 f. sowie 125 V 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C\_410/2022 vom 23. Dezember 2022 E.4.3, 8C\_549/2021 vom 7. Januar 2022 E.7.1 und 8C\_143/2021 vom 7. Juni 2021 E.2.4).

## **E. 5**

Ebenfalls am 28. Oktober 2021 wies der Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ A.\_\_\_\_\_ dem J.\_\_\_\_\_ zur stationären Rehabilitation zu und ersuchte die B.\_\_\_\_\_ gleichzeitig um entsprechende Kostengutsprache. Einen Tag später ersuchte das K.\_\_\_\_\_ um Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation.

### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2023 massgeblich auf die vertrauensärztliche Beurteilung von pract. med. M.\_\_\_\_\_ vom 17. August 2023 (vgl. Bg-act. 14 und 18). Darin führte Letzterer bezüglich des Gesuchs um Kostengutsprache für eine stationäre pulmonale Rehabilitation aus, Frau Kollega H.\_\_\_\_\_ berichte im Rahmen des Wiedererwägungsgesuchs vom November 2021 in kurzer Art vom Leiden der Beschwerdeführerin. Es fehlten objektive Befunde, welche eine Spitalbedürftigkeit medizinisch ausweisen würden. Zudem sei der 6- Minuten-Gehtest zum Zeitpunkt des Eintritts in die K.\_\_\_\_\_ zwar reduziert gewesen (200 m), jedoch ausreichend zur Aufnahme und/oder Intensivierung ambulanter Massnahmen. Objektive Zeichen eines kardialen und/oder pulmonalen Defizits seien im Austrittsbericht der K.\_\_\_\_\_ vom Dezember 2021 nicht festgestellt worden. Der Puls und die periphere Sauerstoffsättigung (SpO2) hätten im Normbereich einer erwachsenen untrainierten Person gelegen. Zeichen der Belastung wären typischerweise ein inadäquater Pulsanstieg in Kombination mit einer Sauerstoffentsättigung (d.h. Werte unter 90 %) im peripheren Blut. Ausserdem diene die Borg-Skala der Erfassung der subjektiven Belastung und die Auswertung der ADL-bezogenen Mobilität sei uneingeschränkt gewesen. Zusammenfassend zeigten die neu eingebrachten Unterlagen keine medizinischen Befunde, die eine Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin ausweisen würden. Die Intensivierung der ambulanten Massnahmen wäre eine WZW-erfüllende Alternative (vgl. Bg- act. 14).

### **E. 5.2**

Zum Krankheitsverlauf der Beschwerdeführerin ergibt sich aus den Akten, dass sie am 15. September 2021 im G.\_\_\_\_\_ ambulant behandelt worden war. Im entsprechenden Bericht vom 16. September 2021 wurde die Diagnose einer subjektiven Dyspnoe, a.e. bei Covid-Infektion vom

- 17 - 7. September 2021, gestellt. In anamnestischer Hinsicht wurde insbesondere ausgeführt, dass eine notfallmässige Selbstvorstellung aufgrund einer neu aufgetretenen Dyspnoe im Rahmen einer Covid- Infektion erfolgt sei. Die Beschwerdeführerin habe über eine seit zwei Tagen bestehende Anstrengungsdyspnoe und eine seit der Nacht des Vorstellungstages bestehende geringe Ruhedyspnoe geklagt. Es hätten Husten sowie eine leichte Rhinitis bestanden, ansonsten hätten keine Symptome einer oberen Atemwegsinfektion vorgelegen. Betreffend Befund wurde Folgendes festgehalten: "Afebril. Kreislauf stabil. Atemfrequenz 35/min. Cor: Reine Herztöne, keine Nebengeräusche. Pulmo: Vesikuläres Atemgeräusch über allen Lungenflügeln, keine Nebengeräusche". Zudem ergab die durchgeführte Blutgasanalyse abgesehen von einem infolge erhöhter Atemfrequenz erniedrigten Kohlendioxidpartialdruckwert einen unauffälligen Befund. Auch in laboranalytischer Hinsicht ergaben sich keine Hinweise auf ein akutes pulmonales Geschehen; die Entzündungswerte lagen im Normbereich. In radiologischer Hinsicht konnten ausserdem keine Hinweise auf ein Infiltrat festgestellt werden. Der

Beschwerdeführerin wurde Symbicort zur Inhalation bei subjektiver Atemnot abgegeben (vgl. Bg-act. 2 und Bf-act. 4). Daraufhin erfolgte am 20. September 2021 eine Nachkontrolle. Im entsprechenden Bericht des Spitals L.\_\_\_\_\_ vom 21. September 2021 wurde in anamnestischer Hinsicht unter anderem ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin über eine Verbesserung der Symptomatik berichte, wobei immer noch Atemnot bei Anstrengung und Husten bestünden. Betreffend Befund wurde Folgendes festgehalten: "Afebril. Kreislauf stabil. Atemfrequenz 24/min, Nativsättigung 99 %. Cor: reine Herztöne, keine Nebengeräusche. Pulmo: vesikuläres Atemgeräusch über allen Lungenfeldern, keine Nebengeräusche". In Bezug auf die Beurteilung und

- 18 - das Procedere wurde schliesslich ausgeführt, dass die Weiterführung der inhalativen Therapie mit Symbicort empfohlen werde. Zudem sei keine weitere Verlaufskontrolle mehr erforderlich. Die Beschwerdeführerin sei ausserdem darauf hingewiesen worden, dass die Regeneration noch einige Wochen in Anspruch nehmen könne und dies im normalen Rahmen einer Covid-Infektion verlaufe (vgl. Bg-act. 3 und Bf-act. 5). Aus den Berichten des G.\_\_\_\_\_ ergibt sich somit, dass die subjektiv beklagten somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin bei erhobenen unauffälligen kardialen und pulmonalen Befunden nicht objektiviert werden konnten. Allerdings ist dazu anzumerken, dass sich diese Berichte nicht zu den gesundheitlichen Verhältnissen zum Zeitpunkt des Klinikeintritts äussern, sondern zu einer weiter zurückliegenden medizinischen Situation (vgl. vorstehend E.3.5). Demnach lässt sich daraus nichts bezüglich der Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Klinik-eintritts am 7. November 2021 ableiten.

### **E. 5.3**

Im Weiteren ist daher zu prüfen, ob sich die Notwendigkeit einer stationären pulmonalen Rehabilitation aus den Berichten zu den in der Folge stattgehabten (notfallmässigen) ambulanten Behandlungen im I.\_\_\_\_\_ ergibt. Zunächst wurde die Beschwerdeführerin am 28. Oktober 2021 im Rahmen der Long-Covid-Sprechstunde durch Dipl. med. H.\_\_\_\_\_, Oberärztin Medizin, untersucht. Im entsprechenden Bericht vom 8. November 2021 diagnostizierte Letztere unter anderem ein Post-Covid-19-Syndrom bei folgendem klinischen Bild: ausgeprägte Atemnot, trockener Husten, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und einer post exertional malaise (Anmerkung des Gerichts: bei Letzterem handelt es sich um eine Verschlechterung der Symptome schon nach geringer körperlicher, geistiger oder emotionaler Anstrengung, siehe dazu auch Urteil des

- 19 - Verwaltungsgerichts [VGU] S 22 33 vom 3. Mai 2022 E.5.5.1). In anamnestischer Hinsicht berichtete die Beschwerdeführerin namentlich, sie sei Anfang September 2021 anlässlich einer Hochzeit an Covid-19 erkrankt. Initial habe es sich wie eine normale Grippe angefühlt. Erst im Verlauf (ca. eine Woche nach Symptombeginn) hätten sich eine ausgeprägte Atemnot und Kraftlosigkeit eingestellt. Zu diesem Zeitpunkt habe sie wegen der Schwäche und des Schwindels keine kurzen Strecken gehen können. Ab der dritten Woche sei zusätzlich ein stark störender, trockener Husten hinzugekommen. Aufgrund der Hustenanfälle leide sie unter progredienten Schmerzen im Bereich der rechten Rippe. Sie atme nur noch sehr oberflächlich und könne häufig kaum gehen oder stehen. Darüber hinaus leide sie seit Beginn der Covid-19-Erkrankung an einer ausgeprägten Vergesslichkeit und Konzentrationsstörung. Sie habe das Gefühl, Zusammenhänge nicht mehr zu realisieren, und Wörter zwar zu hören, aber diese nicht mehr zu verstehen. Dies habe sie von früher nicht gekannt. Aufgrund ausgeprägter Muskelschmerzen und der post exertional malaise sei sie praktisch nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu führen. Früher

habe sie etwa 30 Minuten für die Badezimmerreinigung gebraucht. Nun müsse sie diese Tätigkeit auf drei bis vier Tage aufteilen. Sie fühle sich zunehmend zittrig, innerlich unruhig und angetrieben. Insgesamt sei die Situation für sie sehr belastend und kaum mehr auszuhalten. Vor der Coronavirusinfektion sei sie normal fit gewesen, habe Sport getrieben und am sozialen Leben teilgenommen. Die Phasen der Müdigkeit und wenigen Energie seien nur sehr selten aufgetreten. Betreffend Systemanamnese führte Dipl. med. H. \_\_\_\_\_ insbesondere aus, dass die kardio-pulmonale körperliche Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt sei und intermittierendes Herzrasen sowie Palpitationen bestünden. In neurologischer Hinsicht bestünden ein intermittierend ungerichteter Schwindel und ein dumpfes Gefühl im Kopf, welche an Tagen ausgeprägter Müdigkeit verstärkt seien. Betreffend Erhebung der

- 20 - Lebensqualität mittels der EQ-5D-5L Analogskala gab die Beschwerdeführerin unter anderem was folgt an: "Beweglichkeit/Mobilität: 2/5; Allgemeine Tätigkeiten: 1/5 und Schmerzen/körperliche Beschwerden: 1/5", wobei 1/5 Punkte für eine maximale Einschränkung steht. In Bezug auf die visuelle Analogskala ordnete Letztere ihre Gesundheit ausserdem bei 10 von 100 Punkten ein. Infolge Hyperventilation der Beschwerdeführerin konnte weder eine Bodyplethysmographie noch der 6-Minuten-Gehtest durchgeführt werden. Das durchgeführte EKG ergab folgenden Befund: "Normokarder Sinusrhythmus, Steil-Typ, Zeiten unauffällig, normale R-Progression, R/S- Umschlag V3/V4, unauffällige De- und Repolarisation". Schliesslich führte Dipl. med. H. \_\_\_\_\_ im Rahmen ihrer Beurteilung insbesondere aus, initial habe sich bei der Beschwerdeführerin nach erlittener akuter Coronavirusinfektion Anfang September 2021 ein milder Verlauf in Form einer gewöhnlichen Erkältung gezeigt. In der Folge seien allerdings eine ausgeprägte Atemnot und ein stark störender Husten hinzugekommen. Darüber hinaus stünden für die Beschwerdeführerin derzeit eine ausgeprägte Müdigkeit und Leistungsintoleranz, eine post exertional malaise sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Beginn der Erkrankung. Laboranalytisch sowie elektrokardiographisch hätten sich keine wegweisenden Befunde gezeigt. Aufgrund der Anamnese mit subjektiv stark störender Dyspnoe seien ebenfalls die D-Dimere bestimmt worden, welche negativ ausgefallen seien. Eine venöse Thromboembolie erscheine somit unwahrscheinlich. Eine geplante Lungenfunktionsprüfung habe aufgrund einer schweren Episode von Hyperventilation nicht durchgeführt werden können. Insgesamt zeige die Beschwerdeführerin ein typisches Bild eines Post-Covid-19-Syndroms. Neben medikamentösen Massnahmen sei der Beschwerdeführerin ein erweitertes Therapiekonzept vorgestellt worden. Von einer spezifischen Atemtherapie

- 21 - und Entspannungstechniken würde Letztere profitieren. Eine entsprechende Verordnung sei ausgestellt worden und die Beschwerdeführerin werde sich um einen Termin bemühen. Darüber hinaus sei die Aufnahme einer Ergotherapie besprochen worden, insbesondere zum Erlernen von Pacing-Strategien im Rahmen der momentan vorhandenen Ressourcen. Diesbezüglich werde sich die Beschwerdeführerin beim Schweizerischen Roten Kreuz melden (vgl. Bf- act. 11). Sodann erfolgte am 30. Oktober 2021 eine ambulante Untersuchung der Beschwerdeführerin auf der Notfallstation des I. \_\_\_\_\_. Im entsprechenden Bericht vom selben Tag diagnostizierten Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Oberärztin Medizin, und Dipl. med. N. \_\_\_\_\_, Assistenzärztin, ebenfalls ein Post- Covid-19-Syndrom. Zum aktuellen Leiden führten sie unter anderem aus, es sei eine notfallmässige Selbstzuweisung bei bekanntem Long-Covid- Syndrom und subjektiv zunehmender

Dyspnoe seit Tagen bis Wochen erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe über persistierende Hustenanfälle mit anschliessenden Schmerzen im Bereich des linken Rippenbogens geklagt. Im Rahmen der Befunderhebung wurden ein guter Allgemeinzustand und eine Sauerstoffsättigung (SpO<sub>2</sub>) von 97 % festgestellt. Bezüglich der kardialen Befunde wurde zudem was folgt ausgeführt: "Reine, rhythmische, normofrequente, leise Herztöne ohne Nebengeräusche". Hinsichtlich der pulmonalen Befunde wurden ausserdem ein vesikuläres Atemgeräusch, keine Rasselgeräusche und eine sonore symmetrische Perkussion festgestellt. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und Dipl. med. N.\_\_\_\_\_ beurteilten insbesondere, dass sich die Beschwerdeführerin normoton, normokard, normopnoeisch und afebril mit einer Sättigung von 98 % unter Raumluft präsentiert habe. In der klinischen bzw. laborchemischen Untersuchung seien keine wegweisenden Befunde aufgefallen. In Zusammenschau der Befunde sei

- 22 - mit der Beschwerdeführerin weiterhin eine symptomorientierte Behandlung sowie Physiotherapie und anschliessend eine Verlaufskontrolle in der Long-Covid-Sprechstunde in ca. vier Wochen vereinbart worden (vgl. Bf-act. 9). Im Weiteren erfolgte am 3. November 2021 eine erneute Untersuchung der Beschwerdeführerin auf der Notfallstation des I.\_\_\_\_\_. Im entsprechenden Bericht vom selben Tag stellten Dipl. med. O.\_\_\_\_\_, Oberärztin Medizin, und Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, unter anderem die Diagnosen eines Post-Covid-19-Syndroms sowie einer hyperventilationsbedingten Hypophosphatämie. In anamnestischer Hinsicht hielten sie insbesondere fest, es sei eine notfallmässige Selbstvorstellung aufgrund von akuter Dyspnoe bei bekanntem Post- Covid-19-Syndrom erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei in der Physiotherapie gewesen, als es zu einer Atemnot mit zunehmender Hyperventilation und Panikgefühl gekommen sei. Sie leide seit der Covid- Erkrankung an diesen Beschwerden. Zudem berichte sie von Schwindel, Müdigkeit und Erschöpfung. Diese Beschwerden führten dazu, dass die ambulante Rehabilitation nicht mehr durchgeführt werden könne. Betreffend Status wiesen Dipl. med. O.\_\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_\_ einen leicht reduzierten Allgemeinzustand, eine Herzfrequenz von 93/min und eine native Sauerstoffsättigung von 100 % aus. In Bezug auf die kardialen Befunde hielten sie zudem Folgendes fest: "Reine, rhythmische Herztöne. Keine Herzgeräusche auskultierbar". Bezüglich der pulmonalen Befunde wurde ausserdem was folgt ausgeführt: "Abgeschwächtes Atemgeräusch rechts basal, sonst vesikuläres Atemgeräusch ubiquitär. Keine Nebengeräusche". Dipl. med. O.\_\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_\_ beurteilten insbesondere, dass sich die Beschwerdeführerin bei Eintritt in die Notfallstation tachypnoeisch gezeigt habe mit einer guten Sauerstoffsättigung. Letztere sei hämodynamisch stabil gewesen. In der

- 23 - arteriellen Blutgasanalyse habe sich eine Hypokapnie bei Hyperventilation ohne Hinweis auf eine respiratorische Insuffizienz gezeigt. Laboranalytisch sei eine leichtgradige Leukozytose bei normwertigem CPR und sonst blandem Befund festgestellt worden. Eine vorbekannte Hypophosphatämie habe sich im Vergleich zum Vorbefund verbessert gezeigt. Dies sei im Rahmen der Hyperventilation interpretiert worden. Ein Thoraxröntgen habe bei vermindertem Atemgeräusch rechts basal in der Auskultation kein Hinweis auf eine Pneumonie, einen Pneumothorax oder eine dislozierte Rippenfraktur ergeben. Im Weiteren hielten Dipl. med. O.\_\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_\_ zum Prozedere namentlich fest, da die ambulanten Therapien zur Erschöpfung und Panikattacken führten, seien diese aktuell nicht zielführend (vgl. Bf-act. 10). Im vom Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin erwähnten Wiedererwägungsgesuch von Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ vom 8. November 2021 führte Letztere

aus, aufgrund einer nach der Covid-19-Infektion persistierenden Dyspnoe, wiederholten Husten-Attacken, ausgeprägten Konzentrationsstörungen sowie typischer schwerer Fatigue bestehe bei der Beschwerdeführerin derzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sie sei nicht in der Lage, ihren Alltag wie gewohnt selbstständig zu meistern. Hierdurch sei es auch zu einer zunehmenden psychischen Belastung mit intermittierenden Panikattacken gekommen. Eine Therapie im ambulanten Setting sei derzeit nicht möglich. Die organisierte Physio- und Ergotherapie habe aufgrund von Dyspnoe- und damit einhergehenden Panikattacken mehrfach nicht wahrgenommen werden können. Stattdessen sei es nun zu mehreren Konsultationen auf der Notfallstation gekommen. Eine stationäre Rehabilitationsbehandlung sei daher zwingend indiziert (vgl. Bf-act. 6 und Bg-act. 8). Mit Blick auf die für die Beurteilung der Spitalbedürftigkeit massgebende Frage, ob die Möglichkeiten ambulanter Behandlungen ausgeschöpft

- 24 - waren, lässt sich den vorerwähnten Berichten des I.\_\_\_\_\_ entnehmen, dass Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 8. November 2021 zu der am 28. Oktober 2021 durchgeführten ambulanten Untersuchung ein typisches Bild eines Post-Covid-19-Syndroms feststellte und mit der Beschwerdeführerin neben medikamentöser Massnahmen ein erweitertes Therapiekonzept besprach. Dieses umfasste insbesondere eine ambulant durchzuführende spezifische Atemtherapie, Entspannungstechniken und Ergotherapie zum Erlernen von Pacing-Strategien im Rahmen der vorhandenen Ressourcen (vgl. Bf-act. 11 S. 4; siehe dazu auch die von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten Behandlungsmöglichkeiten für die Post-Covid-19-Erkrankung [Bf-act. 18]). Gleichermassen vereinbarten Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und Dipl. med. N.\_\_\_\_\_ gemäss Bericht zur Untersuchung auf der Notfallstation am 30. Oktober 2021 bei fehlenden wegweisenden Befunden mit der Beschwerdeführerin die Weiterführung der symptomorientierten Behandlung sowie eine Physiotherapie (vgl. Bf-act. 9). Insofern sprechen die Berichte vom 30. Oktober 2021 (Untersuchung vom selben Tag) und 8. November 2021 (Untersuchung vom 28. Oktober 2021) eher gegen die Ausschöpfung ambulanter Therapiemöglichkeiten, zumal darin erst noch solche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten verordnet bzw. besprochen worden sind und der Klinikeintritt bereits kurze Zeit später erfolgte (vgl. Bf-act. 9 S. 2 und 11 S. 4). Ferner sind keine Berichte über den Verlauf der erwähnten ambulanten Therapien aktenkundig und es fehlen Angaben zur Behandlungsintensität. Auch steht in einem gewissen Spannungsverhältnis, wenn Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ anlässlich der ambulanten Untersuchung vom 28. Oktober 2021 mit der Beschwerdeführerin die Durchführung eines erweiterten Therapiekonzepts vereinbarte und lediglich rund eineinhalb Wochen später das ambulante Therapiesetting als derzeit nicht durchführbar erachtete (vgl. Wiedererwägungsgesuch vom 8. November 2021 [Bf-act.

- 25 - 6]). Allerdings geht bereits aus dem Bericht von Dipl. med. O.\_\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_\_ zur ambulanten Untersuchung auf dem Notfall am 3. November 2021 hervor, dass die ambulante Rehabilitation bisher erfolglos gewesen sei (vgl. Bf-act. 10 S. 2). Wenn die Beschwerdegegnerin dies in der Vernehmlassung damit abtut, dass die fehlende Durchführbarkeit einer ambulanten Rehabilitation lediglich der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin entsprungen sei (vgl. Vernehmlassung vom 31. Januar 2024 Ziff. 12), scheint sie zu übersehen, dass es nachweislich die Ansicht der beiden genannten Ärztinnen war, dass die zur Erschöpfung und Panikattacken führenden ambulanten Therapien nicht zielführend seien (vgl. Bf-act. 10 S. 3). Zudem ist diese Beurteilung von

Dipl. med. O.\_\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_\_ (auch) im Zusammenhang mit dem damaligen psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu sehen, zumal im besagten Bericht ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt als dringend indiziert erachtet und ein solcher ausführlich besprochen wurde (vgl. Bf-act. 10 S. 2 f.; siehe zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin E.6.1.1 ff. hernach). Insofern drängt sich die Frage auf, ob sich bei der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Klinikeintritts aufgrund der Schwere des Leidens zusammen mit zusätzlich komplizierender Krankheiten eine Spitalbedürftigkeit ergab. Dies ist nachfolgend unter Einbezug der Berichte der K.\_\_\_\_\_ zu prüfen.

#### **E. 5.4**

Die Beschwerdeführerin befand sich vom 7. November 2021 bis zum 7. Dezember 2021 in stationärer Behandlung im J.\_\_\_\_\_ der K.\_\_\_\_\_. Aus den Beilagen zum entsprechenden Austrittsbericht von Dipl. med. Q.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt, Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, vom 7. Dezember 2021 ergibt sich, dass sowohl eine labormedizinische Untersuchung als auch eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt wurden. Hierzu wurde im besagten

- 26 - Austrittsbericht in befundlicher Hinsicht ausgeführt, dass sich am 12. November 2021 normale statistische und dynamische Lungenvolumina sowie ein normaler Atemwegswiderstand und unauffällige laborchemische Werte gezeigt hätten (vgl. Bg-act. 10 und Bf-act. 13 S. 2). Zudem wurde im Bericht vom 7. Dezember 2021 erwähnt, dass die Beschwerdeführerin während des stationären Aufenthalts in ein multidisziplinäres Therapieprogramm integriert worden sei, an welchem sie motiviert teilgenommen habe. So sei die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Austritts derart rekonditioniert gewesen, dass sie eine Gehstrecke von 1.8 km ohne Hilfsmittel und ohne Pause habe gehen und beim Treppensteigen 60 Stufen sicher und selbstständig habe zurücklegen können. Aufgrund der dysfunktionalen Atmung nach Covid- Infektion sei eine intensive Atem- und (anfängliche) Inhalationstherapie durchgeführt worden, woraufhin sich eine progressive Steigerung der Belastbarkeit mit Besserung der Atembeschwerden gezeigt habe. Ausserdem sei die Beschwerdeführerin während des Aufenthalts psychotherapeutisch mitbetreut worden (vgl. Bg-act. 10 und Bf-act. 13 S. 2). Im Weiteren ist dem Austrittsbericht der Physiotherapie vom 20. Dezember 2021 zu entnehmen, dass im Zeitpunkt des Klinikeintritts bei der Beschwerdeführerin eine massive Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag, insbesondere der allgemeinen Ausdauer, der Mobilität, der alltäglichen Verrichtungen und der Atemfunktion bei einer Long-Covid-19-Erkrankung als funktionelle Diagnosen festgestellt wurden. Bei Eintritt sei sie im gesamten Klinikgebäude sicher und selbstständig ohne Hilfsmittel mobil gewesen. Sie habe jedoch nach 100 Metern eine Stehpause benötigt, da sie durch die starke Belastungsdyspnoe, die reduzierte kardiorespiratorische Belastbarkeit und die stark reduzierte Beinkraft (1-Minute-Sit-To-Stand-Test: 18

- 27 - Wiederholungen) limitiert worden sei. Das Steigen der Treppe sei für 12 Stufen mit Hilfe des Handlaufs und im Nachstellschritt möglich gewesen, wobei sie anschliessend eine längere Sitzpause benötigt habe, um sich von der Dyspnoe und den Husten-Attacken zu erholen. Bei Klinikaustritt sei die Beschwerdeführerin im gesamten Klinikareal sicher und selbstständig für mindestens 2'000 Meter ohne Hilfsmittel mobil gewesen. Sie habe 96 Treppenstufen in alternierender Schrittfolge und mit einer kurzen Stehpause hochsteigen können. Beim 1-Minuten-Sit-To-Stand-Test habe sie 34 Wiederholungen erreicht. Das Ergebnis spreche für eine deutliche Verbesserung der kardiorespiratorischen Belastbarkeit

und der Beinkraft. Zudem hätten sich die Belastungsdyspnoe und der Reizhusten stark reduziert. Zusammen mit der Beschwerdeführerin seien ein Heimprogramm mit ambulanter Physiotherapie zur Verbesserung des Atemmanagements und eine physiotherapeutisch geleitete medizinische Trainingstherapie (MTT) zur Verbesserung der kardiorespiratorischen Belastbarkeit erarbeitet worden (vgl. Bg-act. 11). Wie aus diesen Berichten des J.\_\_\_\_\_ zur stattgehabten stationären Rehabilitation in den K.\_\_\_\_\_ erhellt, ging der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin pract. med. M.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 17. August 2023 zutreffend davon aus, dass mit Blick auf den durchgeführten Funktionstest zum Zeitpunkt des Klinikeintritts eine im Vergleich zum Austritt reduzierte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorlag (vgl. Bg-act. 14). Wenn nun allerdings die Beschwerdeführerin in ihrer Rechtschrift vorbringt, sie habe vor dem Eintritt in das Rehaszentrum insbesondere nicht mehr Treppensteigen bzw. Laufen können, sind ihre Ausführungen mit Blick auf die physiotherapeutische Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin bei Eintritt im gesamten Klinikgebäude sicher und selbstständig ohne Hilfsmittel mobil bzw. das Treppensteigen für 12 Stufen mit Hilfe des

- 28 - Handlaufes und im Nachstellschritt möglich gewesen sei (vgl. Bg-act. 11 S. 2), zu relativieren. Dasselbe gilt mit Blick auf die Aussage im Wiedererwägungsgesuch von Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ vom 8. November 2021, wonach die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage gewesen sei, ihren Alltag wie gewohnt selbstständig zu meistern (vgl. Bf-act. 6). Dies steht denn auch in einem Spannungsverhältnis zu der anlässlich der physiotherapeutischen Messungen erhobenen uneingeschränkten ADL- bezogenen Mobilität (vgl. Bg-act. 11 S. 2). Ausserdem ist mit dem Vertrauensarzt festzuhalten, dass die im Rahmen des Funktionstests angewandte Borg-10er-Skala ein Bewertungsverfahren zur Einteilung des Schweregrads von subjektiv empfundener Erschöpfung, Dyspnoe oder Schmerzen darstellt (vgl. Bg-act. 11 S. 3 und 14; <https://flexikon.doccheck.com/de/Borg-Skala>, zuletzt besucht am 12. März 2024). Soweit pract. med. M.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 17. August 2023 ferner auf die fehlenden objektiven Zeichen eines kardialen und/oder pulmonalen Defizits hinweist (vgl. Bg-act. 14), ist zwar festzuhalten, dass im Austrittsbericht vom 7. Dezember 2021 genauso wie in den Berichten des I.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen unauffällige kardiale bzw. pulmonale Befunde beschrieben werden (vgl. Bg-act. 10 und Bf-act. 13 sowie Bf-act. 9 ff.). Wenn pract. med. M.\_\_\_\_\_ aber lediglich gestützt darauf mangels medizinischer Befunde das Vorliegen einer Spitalbedürftigkeit im Zeitpunkt des Klinikeintritts verneint, greift dies zu kurz. Denn damit lässt er die im Zusammenhang mit dem nachweislich diagnostizierten Post-Covid-19- Syndrom ausgewiesenen Funktionseinschränkungen ausser Acht und trägt der damit einhergehenden Belastungsintoleranz der Beschwerdeführerin nicht Rechnung. So stellte Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 8. November 2021 zur ambulanten Untersuchung vom 28. Oktober 2021 fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin ein typisches

- 29 - Bild eines Post-Covid-19-Syndroms zeige. In befundlicher Hinsicht führte sie zum klinischen Bild eine ausgeprägte Atemnot, einen trockenen Husten, Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen sowie eine post exertional malaise an. Gleichermassen hielt sie in ihrer Beurteilung fest, es stünden derzeit eine ausgeprägte Müdigkeit und Leistungsintoleranz, eine post exertional malaise sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen im Vordergrund, weshalb die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. Bf-act. 11). Auch in den Notfallberichten vom 30. Oktober 2021 und 3. November 2021 wurde jeweils ein Post- Covid-19-Syndrom diagnostiziert (vgl.

Bf-act. 9 f.), wobei Dipl. med. O.\_\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_\_ in Letzterem – mitunter in Berücksichtigung des psychischen Leidens – die ambulanten Therapien aufgrund der damit einhergehenden Erschöpfung und den Panikattacken für nicht mehr zielführend erachteten (vgl. Bf-act. 10 S. 3; siehe dazu auch der Nachtrag von Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 8. November 2021 [Bf-act. 11 S. 4 unten]). Schliesslich diagnostizierten auch Dipl. med. Q.\_\_\_\_\_, Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_\_ und Dr. med. S.\_\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 7. Dezember 2021 zur stattgehabten stationären Rehabilitation ein Long-Covid-19-Syndrom bei persistierender Müdigkeit und Konzentrationsstörung (vgl. Bg-act. 10 und Bf-act. 13). Dass die Beschwerdeführerin daran leidet, wird denn auch nicht von der Beschwerdegegnerin in Abrede gestellt. Insofern wies Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ in ihrem Wiedererwägungsgesuch vom 8. November 2021 mit der bei der Beschwerdeführerin persistierenden Dyspnoe, den wiederholten Husten- Attacken, den ausgeprägten Konzentrationsstörungen sowie der typischen schweren Fatigue entgegen der Auffassung des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin durchaus Befunde aus, welche auf das Post-Covid-19-Syndrom zurückzuführen sind (vgl. Bf-act. 6). Aufgrund dessen erscheint auch nicht geradezu abwegig, wenn die Beschwerdeführerin die organisierte Physio- und Ergotherapie wegen der

- 30 - genannten Beschwerden teilweise hat ausfallen lassen müssen (vgl. ebenda). Ferner ist mit der Beschwerdeführerin festzuhalten, dass die Konsultationen auf der Notfallstation vor Aufnahme der stationären Rehabilitation zugenommen haben. Die Frage, ob diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen zum Zeitpunkt des Klinikeintritts eine Spitalbedürftigkeit zu begründen vermochten, ist insbesondere auch im Lichte der Befundungen im Austrittsbericht der Physiotherapie vom 20. Dezember 2021 zu beurteilen. Daraus geht hervor, dass die Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin beim Eintritt eingeschränkt war: So benötigte sie bereits nach 100 m Gehdistanz eine Stehpause, da sie durch die starke Belastungsdyspnoe, die reduzierte kardiorespiratorische Belastbarkeit und die stark reduzierte Beinkraft (bei 18 Wiederholungen im 1-Minuten-Sit-To-Stand-Test) limitiert worden war. Ferner konnte sie mit Hilfe des Handlaufs und im Nachstellschritt 12 Treppenstufen hochsteigen, bevor sie eine längere Sitzpause benötigte, um sich von der Dyspnoe und den Husten-Attacken zu erholen (vgl. Bg- act. 11 S. 2). Aus dem gleichen Bericht geht mit Blick auf die häusliche Situation der Beschwerdeführerin hervor, dass sie mit ihrem Partner in einer 3-Zimmerwohnung im zweiten Stock ohne Lift wohnt, welche über 20 Treppenstufen zu erreichen ist (vgl. Bg-act. 11 S. 1). Im durchgeführten 6-Minuten-Gehtest legte die Beschwerdeführerin bei Eintritt ausserdem eine Distanz von 200 m zurück (vgl. Bg-act. 11 S. 3). Darauf stellte auch der Vertrauensarzt pract. med. M.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 17. August 2023 ab und stufte diesen als reduziert ein (vgl. Bg-act. 14), womit er insofern auch die mit dem Post-Covid-19-Syndrom einhergehenden Funktionseinschränkungen anerkannte. Soweit er daraus indes folgerte, die Gehdistanz von 200 m sei zur Aufnahme und/oder Intensivierung der ambulanten Massnahmen ausreichend, erscheint angesichts der vorerwähnten Belastungsintoleranz der

- 31 - Beschwerdeführerin fraglich, ob die notwendige medizinische Behandlung auch ohne einen stationären Rehabilitationsaufenthalt durchführbar gewesen wäre. Die Beschwerdegegnerin bzw. der Vertrauensarzt haben denn auch unterlassen, den Umfang der erforderlichen therapeutischen Massnahmen und die Behandlungsintensität abzuklären, um gestützt darauf – auch in Berücksichtigung der Wohnsituation der Beschwerdeführerin – beurteilen zu können, ob die zum Zeitpunkt des Klinikeintritts vorgelegenen

Beschwerden eine ambulante Behandlung noch zugelassen hätten. Insoweit erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, was nachzuholen ist. Dasselbe gilt mit Blick auf das zusätzlich vorliegende psychische Leiden der Beschwerdeführerin, wie nachfolgend aufgezeigt wird. 6.1.1. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, bei der Beschwerdeführerin im Juni 2021 eine Depression feststellte (vgl. Bf-act. 2 und Bg-act. 7), woraufhin am 3. September 2021 ein Erstgespräch bei Oberpsychologin E.\_\_\_\_\_ der F.\_\_\_\_\_ stattfand. Im entsprechenden Bericht vom selben Tag diagnostizierte Letztere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Betreffend Psychostatus wurde unter anderem festgehalten, die Affektlage sei bedrückt und der Antrieb vermindert. Es bestehe eine Tagesmüdigkeit. Ausserdem seien innerliche Unruhe, Anspannung und schnelle Gereiztheit vorhanden und es würden lebensmüde Gedanken angegeben. Im Rahmen ihrer Beurteilung führte Oberpsychologin E.\_\_\_\_\_ insbesondere aus, dass die erhobenen psychopathologischen Befunde im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Symptomatik zu werten seien. Die Symptome würden aktuell im Vergleich zum Dezember 2020 als milder empfunden. Der Beschwerdeführerin sei eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum empfohlen worden. Diesbezüglich habe sie sich zum

- 32 - Gesprächszeitpunkt noch nicht motivieren können. Allerdings habe sie sich in Bezug auf eine Gesprächstherapie motiviert gezeigt (vgl. Bf-act. 1 und Bg-act. 1). 6.1.2. Sodann geht aus dem Überweisungsschreiben bzw. Kostengutsprachege such von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2021 hervor, dass die Beschwerdeführerin in der T.\_\_\_\_\_ (ambulant) behandelt werde. Zudem nahm sie dazumal unter anderem Trittico- und Sertralin-Tabletten als Dauermedikamente ein (vgl. Bg-act. 4 und Bf-act. 7). 6.1.3. Im Weiteren stellte Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ anlässlich der ambulanten Untersuchung vom 28. Oktober 2021 im Rahmen der Long-Covid- Sprechstunde insbesondere eine Exazerbation der mittelgradigen depressiven Symptomatik fest. In anamnestischer Hinsicht führte sie im entsprechenden Bericht vom 8. November 2021 unter anderem aus, dass sich die Beschwerdeführerin zunehmend zittrig, innerlich unruhig und angetrieben fühle. Sie könne häufig keine klaren Gedanken mehr fassen. Insgesamt sei die Situation für sie sehr belastend und kaum mehr auszuhalten. Eine begonnene psychotherapeutische Begleitung in der T.\_\_\_\_\_ habe bisher keinen Effekt gebracht. Die dort begonnene Begleitung mit Sertralin habe sie sehr schlecht vertragen. Die Beschwerdeführerin wolle vorerst keine weitere medikamentöse Therapie ausprobieren. Letztere wünsche eine psychosomatische Weiterbetreuung im Hause durch Dr. med. U.\_\_\_\_\_ und werde die Therapie in der T.\_\_\_\_\_ beenden. Zudem wurden unter dem Titel "Sozialanamnese" Konflikte in der Partnerschaft erwähnt. Im Rahmen ihrer Beurteilung hielt Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ namentlich fest, dass die Beschwerdeführerin auf ihren Wunsch hin für die psychosomatische Sprechstunde angemeldet worden sei. Letztere werde mit Dr. med. U.\_\_\_\_\_ weitere begleitende medikamentöse Optionen besprechen, insbesondere auch bezüglich des derzeit gestörten, wenig erholsamen Schlafes (vgl. Bf-act. 11; siehe auch Bf-act. 6 und Bg-

- 33 - act. 8, wonach Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ im Rahmen ihres Wiedererwägungsgesuchs vom 8. November 2021 eine zunehmende psychische Belastung der Beschwerdeführerin mit intermittierenden Panikattacken erwähnte). 6.1.4. In der Folge wurden im Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und Dipl. med. N.\_\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2021 über die gleichentags erfolgte ambulante Untersuchung auf der Notfallstation des I.\_\_\_\_\_ betreffend Sozialanamnese ebenfalls Konflikte in der Partnerschaft erwähnt. Zudem wurde in

befundlicher Hinsicht eine starke psychische Belastung der Beschwerdeführerin ausgewiesen (vgl. Bf-act. 9 S. 2). 6.1.5. Ferner diagnostizierten Dipl. med. O.\_\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 3. November 2021 über die gleichentags erfolgte ambulante Untersuchung auf der Notfallstation des I.\_\_\_\_\_ namentlich einen hochgradigen Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung, DD Depression. Zum jetzigen Leiden wurde insbesondere ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei in der Physiotherapie gewesen, als es zu einer Atemnot mit zunehmender Hyperventilation und Panikgefühl gekommen sei. Zudem berichte sie von Schwindel, Müdigkeit und Erschöpfung. Diese Beschwerden führten dazu, dass die ambulante Rehabilitation nicht durchgeführt werden könne. Insbesondere die ambulante Psychotherapie bei Oberpsychologin E.\_\_\_\_\_ könne sie aufgrund der Erschöpfung nicht mehr wahrnehmen. Sie liege mehrheitlich nur noch im Bett und habe wenig Unterstützung. Dipl. med. O.\_\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_\_ beurteilten insbesondere, dass die Beschwerden klar auch im Rahmen einer psychischen Überlagerung zu sehen seien. Eine zugrundeliegende Depression sei wahrscheinlich. Anlässlich eines ausführlichen Gesprächs sei mit der Beschwerdeführerin ein stationärer Aufenthalt besprochen worden. In Rücksprache mit Dr. med. U.\_\_\_\_\_ und Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ sei eine psychiatrische Hospitalisation als dringend indiziert erachtet worden.

- 34 - Die Beschwerdeführerin habe jedoch aktuell keine solche gewünscht, obwohl sie sich im Klaren gewesen sei, dass eine ambulante Rehabilitation bisher erfolglos gewesen sei. Allerdings sei bereits vor einer Woche eine Anmeldung zur stationären Rehabilitation bezüglich Long- Covid erfolgt. Betreffend Prozedere wurde schliesslich festgehalten, dass die Beschwerdeführerin am Folgetag mit Oberpsychologin E.\_\_\_\_\_ der F.\_\_\_\_\_ Kontakt aufnehmen werde, um eine Hospitalisation in der T.\_\_\_\_\_ zu evaluieren. Von der noch ausstehenden Lungenfunktionsprüfung werde zudem abgeraten, da zunächst die vorhandenen psychischen Probleme zu behandeln seien (vgl. Bf-act. 10). 6.1.6. Im Weiteren kann dem Austrittsbericht von Dipl. med. Q.\_\_\_\_\_, Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_\_ und Dr. med. S.\_\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2021 entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin während des stationären Rehabilitationsaufenthalts in psychotherapeutischer Hinsicht mitbetreut worden ist (vgl. Bg-act. 10 und Bf-act. 13 S. 2).

## **E. 6**

Nachdem A.\_\_\_\_\_ am 30. Oktober 2021 auf der Notfallstation des I.\_\_\_\_\_ ambulant behandelt und dabei ein Post-Covid-19-Syndrom bei fehlenden

- 3 - wegweisenden Befunden festgestellt worden war, lehnte die B.\_\_\_\_\_ die Kostenübernahme für einen stationären Aufenthalt mit Schreiben vom 1. November 2021 mit der Begründung ab, der Krankheitswert und die Spitalbedürftigkeit seien nicht ausgewiesen.

### **E. 6.2**

Aus diesen echtzeitlichen Beurteilungen erhellt, dass im hier massgeblichen Zeitpunkt des Klinikeintritts neben dem Post-Covid-19- Syndrom eine psychische Belastungssituation vorlag, gestützt auf welche die behandelnden (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte eine psychiatrische Hospitalisation als dringend indiziert erachteten. Der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist im Rahmen der vertrauensärztlichen Beurteilung vom 17. August 2023 allerdings unberücksichtigt geblieben (vgl. Bg-act. 14). Gleiches gilt für die damals vorgelegenen Einschränkungen aufgrund des diagnostizierten Post- Covid-19-Syndroms. Somit hat die Beschwerdegegnerin ihren ablehnenden Entscheid

auf eine ungenügende Sachverhaltsabklärung gestützt bzw. die Frage des Vorliegens einer Spitalbedürftigkeit mit Blick auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Klinikeintritts nicht abgeklärt und dementsprechend auch

- 35 - nicht beurteilt. Die Angelegenheit ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie dies nachholt. Eine Rückweisung ist vorliegend in Anbetracht der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung möglich, weil sie letztlich in der notwendigen Erhebung einer bisher ungeklärten Frage begründet ist (vgl. BGE 139 V 99 E.1.1 und 137 V 210 E.4.4.1.4; Urteile des Bundesgerichts 9C\_354/2020 vom 8. September 2020 E.2.1 und 8C\_503/2019 vom 19. Dezember 2019 E.2.1). Dass bei der Frage der Spitalbedürftigkeit der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ganzheitlich unter Würdigung des Post-Covid-19-Syndroms und des psychischen Leidens zu erfolgen hat, ergibt sich denn auch aus dem neusten Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. Dezember 2023, mit welchem sie Kostengutsprache für eine stationäre psychosomatische Rehabilitation erteilt hat (vgl. Bf-act. 17 und Bg-act. 23). Diesem zugrunde lag einerseits der Bericht der aktuell behandelnden Psychotherapeutin M. Sc. V.\_\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2023, in welchem diese eine stationäre Therapie aufgrund der exazerbierten depressiven Symptomatik für indiziert erachtete, um diese zu behandeln und zu stabilisieren, die Einstellung der notwendigen Medikation zu begleiten, funktionale Coping- Strategien zu vermitteln und eine ausgeglichene, teilhabende Tagesstruktur zu installieren (vgl. Bg-act. 22). Andererseits wies auch Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 7. Dezember 2023 darauf hin, dass bei der Beschwerdeführerin weiterhin ein schweres Post-Covid-19-Syndrom mit zunehmend depressiven Symptomen vorliege. Es bestünden eine ausgeprägte Fatigue, Leistungsintoleranz, Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen. Nach Besprechung mit der behandelnden Psychologin sähen sie eine erneute stationäre Rehabilitation mit psychosomatischem Fokus für dringend indiziert. Die ambulanten Therapiemassnahmen seien ausgeschöpft, ohne dass sie zu einer signifikanten Verbesserung der klinischen Situation geführt hätten (vgl. Bf- act. 16 und Bg-act. 20).

- 36 - 7. Vor dem Hintergrund des Ausgeführten kann auf die Einvernahme des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ bzw. der Beschwerdeführerin in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (vgl. BGE 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3, 127 V 491 E.1b, 124 V 90 E.4b und 122 V 157 E.1d; Urteil des Bundesgerichts 8C\_831/2019 vom 13. Februar 2020 E.3.2.1). 8. Insgesamt ergibt sich somit, dass die Beschwerde gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2023 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen zu weiteren Abklärungen sowie zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

## **E. 7**

Am 3. November 2021 erfolgte eine erneute ambulante Untersuchung auf der Notfallstation des I.\_\_\_\_\_. Im entsprechenden Bericht vom gleichen Tag wurden neben einem Post-Covid-19-Syndrom ein hochgradiger Verdacht auf funktionelle Überlagerung (DD Depression) sowie eine hyperventilationsbedingte Hypophosphatämie diagnostiziert. Dazu wurde insbesondere ausgeführt, neben dem Long-Covid-Syndrom seien die Beschwerden klar auch im Rahmen einer psychischen Überlagerung zu sehen. Eine zugrundeliegende Depression sei wahrscheinlich. Eine psychiatrische Hospitalisation sei dringend indiziert.

## **E. 8**

November 2021 stellte Dipl. med. H.\_\_\_\_\_ ein Wiedererwägungsgesuch und informierte die B.\_\_\_\_\_ dahingehend, dass sie A.\_\_\_\_\_ im Rahmen der Long-Covid-Sprechstunde betreue. Aufgrund einer nach Covid-19-Infektion persistierenden Dyspnoe, wiederholten Husten-Attacken, ausgeprägten Konzentrationsstörungen sowie typischer schwerer Fatigue bestehe bei ihr derzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sie sei nicht in der Lage, ihren Alltag wie gewohnt selbstständig zu meistern. Hierdurch sei es auch zu einer zunehmenden psychischen Belastung mit intermittierenden Panikattacken gekommen. Eine Therapie im ambulanten Setting sei derzeit nicht möglich. Die Physio- und Ergotherapien habe A.\_\_\_\_\_ aufgrund von Dyspnoe- mit einhergehenden Panikattacken mehrfach nicht wahrnehmen können. Daher sei eine stationäre Rehabilitationsbehandlung zwingend indiziert.

## **E. 9**

Am 9. November 2021 hielt die B.\_\_\_\_\_ an ihrem ablehnenden Entscheid fest.

- 4 -

### **E. 9.1**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 141 V 281 E.11.1 und 137 V 210 E.7.1; Urteile des Bundesgerichts 9C\_41/2022 vom 8. September 2022 E.6.1, 8C\_54/2022 vom 23. Mai 2022 E.6 und 9C\_712/2020 vom 24. Januar 2022 E.7.1). Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist; sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht bei solchen Streitigkeiten vor, so kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen. Da das KVG keine Kostenpflicht statuiert und Mutwilligkeit oder Leichtsinns nicht vorliegen, werden keine Gerichtskosten erhoben. 9.2.1. Die Beschwerdeführerin hat gestützt auf Art 61 lit. g ATSG zudem Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Als Bemessungskriterien für dessen Höhe nennt Art. 61 lit. g ATSG die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses. Im Übrigen wird die Bemessung dem kantonalen Recht überlassen (vgl.

- 37 - Urteile des Bundesgerichts 8C\_672/2020 vom 15. April 2021 E.5.2, 9C\_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E.6.2, 8C\_98/2017 vom 27. Oktober 2017 E.4.1 f. und 8C\_136/2016 vom 11. August 2016 E.2.1 f.). Art. 78 Abs. 1 VRG bestimmt, dass im Rechtsmittel- und Klageverfahren die unterliegende Partei in der Regel verpflichtet wird, der obsiegenden Partei die durch den Rechtsstreit verursachten notwendigen Kosten zu ersetzen. Nach Art. 16a Abs. 2 des kantonalen Anwaltsgesetzes (Anwaltsgesetz; BR 310.100) bemisst sich die Parteientschädigung für die Kosten der anwaltlichen Vertretung in Verfahren vor Gerichts- und kantonalen Verwaltungsbehörden nach dem für eine sachgerechte Prozessführung notwendigen Zeitaufwand sowie der Schwierigkeit und der Bedeutung der Sache. Nach Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) setzt die urteilende Instanz die Parteientschädigung der obsiegenden Partei nach Ermessen fest. Ausgangspunkt ist dabei grundsätzlich der Betrag, welcher der entschädigungsberechtigten Partei für die (anwaltliche) Vertretung in Rechnung gestellt wird (vgl. Art. 2 Abs. 2 HV). 9.2.2. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin machte in seiner Eingabe vom 14. Februar 2024 insgesamt einen Aufwand von 14.25 Stunden à CHF 240.-- (CHF 3'420.--) zuzüglich

Spesen von CHF 83.35 (Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2023) und einer Spesenpauschale von 3 % (CHF 102.60) sowie 8.1 % MWST (CHF 285.35) geltend. Der in der Honorarnote geltend gemachte Stundenansatz von CHF 240.■■■ entspricht dem Stundenansatz, welcher bei fehlender Honorarvereinbarung praxisgemäss anzuwenden ist (vgl. VGU S 22 119 vom 28. November 2022 E.4, S 21 89 vom 7. September 2022 E.8.2, S 22 17 vom 31. Mai 2022 E.7.2, S 20 52 vom 24. März 2022 E.11.3 und S 18 72 vom 5. Oktober 2021 E.8.2.1). Insofern kann darauf abgestellt werden. Der

- 38 - zeitliche Aufwand von 14.25 Stunden erscheint zudem als angemessen, ebenso die geltend gemachte Kleinspesenpauschale von 3 % auf das Honorar (vgl. dazu VGU S 22 119 vom 28. November 2022 E.4 und S 20 52 vom 24. März 2022 E.11.3). Allerdings beziehen sich die nicht belegten Auslagen für den Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2023 nicht auf das vorliegende Beschwerdeverfahren, weshalb die Honorarnote um diese Position zu reduzieren ist. Damit hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin im Umfang von CHF 3'807.95 aussergerichtlich zu entschädigen (vgl. dazu auch Art. 2 Abs. 2 Ziff. 1 und 2, Art. 3 Abs. 1 und Art. 4 Abs. 1 HV). III. Demnach erkennt das Gericht:

#### **E. 10**

Bereits zuvor trat A. \_\_\_\_\_ am 7. November 2021 in das J. \_\_\_\_\_ der K. \_\_\_\_\_ zur stationären Rehabilitation ein, wo sie sich bis zum 7. Dezember 2021 in Behandlung befand. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 7. Dezember 2021 wurde betreffend Verlauf insbesondere ausgeführt, dass A. \_\_\_\_\_ in ein multidisziplinäres Therapieprogramm integriert worden sei. Sie sei bei ihrem Austritt so rekonduktioniert gewesen, dass sie eine Gehstrecke von 1.8 km ohne Hilfsmittel und Pause habe gehen können. Treppensteigen sei für 60 Stufen sicher und selbstständig möglich gewesen. Im Rahmen der durchgeführten Atemtherapie habe sich eine progressive Steigerung der Belastbarkeit mit Besserung der Atembeschwerden gezeigt. Während des Aufenthalts sei A. \_\_\_\_\_ auch psychotherapeutisch mitbetreut worden.

#### **E. 11**

Im physiotherapeutischen Austrittsbericht vom 20. Dezember 2021 über die entsprechende Behandlung während des stationären Rehabilitationsaufenthalts wurde bezüglich des Eintritts eine massive Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag festgestellt. Betreffend Beurteilung bei Austritt wurde ausgeführt, dass A. \_\_\_\_\_ im gesamten Klinikareal sicher und selbstständig für mindestens 2 km ohne Hilfsmittel mobil sei. Zudem könne sie 96 Treppenstufen hochsteigen mit alternierender Schrittfolge und einer kurzen Stehpause. Beim 1-Minute- Sit-To-Stand-Test erreiche sie 34 Wiederholungen. Das Ergebnis spreche für eine deutliche Verbesserung der kardiorespiratorischen Belastbarkeit und der Beinkraft.

#### **E. 12**

Nachdem die B. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 24. Oktober 2022 ausgeführt hatte, dass die Kosten der bereits stattgefundenen stationären Rehabilitation weiterhin nicht übernommen werden könnten, und in der Folge im August 2023 im Rahmen eines Wiedererwägungsgesuchs erneut eine vertrauensärztliche Beurteilung stattgefunden hatte, hielt die B. \_\_\_\_\_ am 22. August 2023 an ihrem Entscheid vom 24. Oktober 2022 fest.

- 5 -

#### **E. 13**

Mit Verfügung vom 2. November 2023 lehnte die B. \_\_\_\_\_ die Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt in den K. \_\_\_\_\_ ab. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die vorliegenden Berichte wiesen keine medizinischen Befunde für das Vorliegen einer Spitalbedürftigkeit von A. \_\_\_\_\_ aus.

#### **E. 14**

Die dagegen erhobene Einsprache wies die B. \_\_\_\_\_ mit Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2023 ab.

#### **E. 15**

Dagegen liess A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 10. Januar 2024 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erheben und beantragen, der Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2023 sei aufzuheben und die B. \_\_\_\_\_ zu verpflichten, die Kosten für den stationären Aufenthalt im J. \_\_\_\_\_ für die Zeit vom 7. November 2021 bis zum 7. Dezember 2021 zu übernehmen. Zur Begründung brachte sie zusammenfassend vor, vorliegend sei aufgrund der Empfehlungen der Fachgruppe FMH und BAG die stationäre Rehabilitation bei Post-Covid- Erkrankungen eine Behandlungsmethode, welche die WZW-Kriterien erfülle. Sodann müsse die Spitalbedürftigkeit bejaht werden, weil die Beschwerdeführerin aufgrund des damaligen psychischen Gesundheitszustandes und der Post-Covid-Erkrankung nicht in der Lage gewesen sei, die medizinisch dringend indizierten ambulanten Therapien regelmässig wahrzunehmen. Ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt sei deshalb ab November 2021 notwendig gewesen.

#### **E. 16**

In ihrer Vernehmlassung vom 1. Februar 2024 (Datum Poststempel) beantragte die B. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, da es an der Spitalbedürftigkeit gefehlt habe, erfülle eine stationäre Rehabilitation vorliegend die WZW-Kriterien nicht. Den Empfehlungen der Fachgruppe FMH und BAG folgend sei eine ambulante Therapie das

- 6 - empfohlene Ausgangssetting. Erst wenn bei ambulanten Massnahmen keine Besserung der Symptome eintrete, könne eine stationäre Rehabilitation in Betracht gezogen werden. Vorliegend habe aus medizinischer Sicht nicht dargelegt werden können, dass ambulante Massnahmen nicht erfolgsversprechend gewesen wären. Zum Zeitpunkt des Eintritts in die Reha-Klinik am 7. November 2021 seien die Möglichkeiten ambulanter Behandlung noch nicht ausgeschöpft gewesen und auch die persönlichen Lebensumstände hätten eine solche nicht verunmöglicht. Folglich sei die Ablehnung der Kostenübernahme für die erfolgte stationäre Rehabilitation rechtmässig erfolgt.

#### **E. 17**

Die Beschwerdeführerin replizierte am 14. Februar 2024.

#### **E. 18**

Am 21. Februar 2024 (Datum Poststempel) teilte die Beschwerdegegnerin ihren Duplikverzicht mit. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften und auf den angefochtenen Einspracheentscheid sowie auf die im Recht liegenden Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den

Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 1. Dezember 2023. Dieser Entscheid stellt gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ein taugliches Anfechtungsobjekt dar. Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden ist gegeben. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen

- 7 - Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Vorliegend hatte die Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz bei Einreichung der Beschwerde am 10. Januar 2024 in L. \_\_\_\_\_. Die sachliche und funktionelle Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100), wonach das Verwaltungsgericht Beschwerden gegen Einspracheentscheide und Verfügungen in Sozialversicherungssachen beurteilt, die gemäss Bundesrecht der Beschwerde unterliegen. Auch die Legitimation ist gegeben: Als formelle und materielle Adressatin ist die Beschwerdeführerin vom angefochtenen Entscheid berührt und sie weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten. 2. Streitgegenstand bildet vorliegend die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für den stationären Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin vom 7. November 2021 bis zum 7. Dezember 2021 im J. \_\_\_\_\_ der K. \_\_\_\_\_ zu Recht abgelehnt hat.

## **E. 22**

Oktober 2021 E.5.3.1, 8C\_641/2019 vom 8. April 2020 E.3.3.1, nicht publ. in: BGE 146 V 121, 8C\_398/2018 vom 5. Dezember 2018 E.3.1 und 8C\_616/2013 vom 28. Januar 2014 E.2.1; KIESER, a.a.O., Art. 43 Rz. 18 f. und 29 f.). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an die Verwaltung zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E.5). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle (Art. 43 Abs. 1 ATSG) oder des Sozialversicherungsgerichts (Art. 61 lit. c ATSG) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 144 V 427 E.3.2 und 138 V 218 E.6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_414/2022 vom 24. Januar 2022 E.4.3).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.