

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2011.00010 vom 23. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2011.00010

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2011.00010 du 23 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2011.00010 del 23 maggio 2012

Erwägungen

E. 2

2.1 Gemäss Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung in der vorliegend anwendbaren, bis Ende 2010 gäلتig gewesenen Fassung (KVG) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Zum Leistungsbereich gemäss den Artikeln 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden durch Ärzte oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen sowie Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG).

2.2

2.2.1 In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind; Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG).

Eine Leistung gilt als wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten medizinischen Nutzen hinzuwirken beziehungsweise wenn sie den Verlauf einer Krankheit günstig beeinflusst. In der klassischen universitären Medizin gilt der Wirksamkeitsnachweis als erbracht, wenn die Behandlungsmethode für das in Frage stehende Behandlungsziel wissenschaftlich anerkannt ist, das heisst von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis akzeptiert wird (Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], Zürich 2010, Art. 32 Rz 2 ff. mit Hinweisen).

Zweckmässigkeit ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den wirksamen Behandlungsalternativen. Zweckmässig ist jene Anwendung, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken aus vorausschauender Sicht den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen im Einzelfall aufweist (Eugster, a.a.O., Art. 32 Rz 7 ff.).

Wirtschaftlichkeit ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den zweckmässigen Behandlungsalternativen. Wirtschaftlich ist bei vergleichbarem

lokalisierbaren, knotigen Veränderungen in lokaler Anästhesie als sinnvolle Therapiemethode etabliert (Urk. 11/M86, Urk. 11/M89; vgl. auch Urk. 11/M67).

PD Dr. med. F.____, Leitender Arzt der Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des D.____, Departement für Innere Medizin, welcher die Beschwerdeführerin mehrmals im Zeitraum vom 3. August bis 7. Oktober 1998 untersucht hatte, diagnostizierte im Bericht vom 22. Februar 1999 rezidivierende multiple Hautdefekte und Hautulzerationen ungeklärter Aetiologie. Differentialdiagnostisch seien ein Autoimmunprozess im Sinne des klinischen Bildes einer Pannikulitis, eine rezidivierende Follikulitis beziehungsweise rezidivierende abszedierende Hautaffektionen und eine factidia mit einer Komponente der Selbstmutilation zu erwägen. Beim laparoskopischen Eingriff im Jahr 1993 im Spital Y.____ habe sich bei Eröffnung der Dermoidzyste des rechten Ovars Talg mit Haaren entleert. Es sei eher unwahrscheinlich, dass die in den Folgejahren aufgetretenen kutanen und subkutanen Defekte damit kausal zusammenhängen, da ansonsten zu erwarten wäre, dass auch intraabdominal und vor allem intraperitoneal Granulationsprozesse als Komplikation aufgetreten wären. Zudem sei schwer nachvollziehbar, dass die Ruptur der Dermoidzyste zu einer systemischen Mitbeteiligung der Kutis und Subkutis im Abdominal- und Thoraxbereich sowie im Bereich der unteren Extremitäten führe. Die klinische sowie die Laboruntersuchung hätten - gleich wie die von der Beschwerdeführerin mitgebrachten medizinischen Vorakten und Laborresultate - keine Hinweise für das Vorliegen eines infektiösen Prozesses ergeben, welcher die klinischen Befunde erklären könnte. Das klinische Bild biete auch keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer atypischen Mykobakteriose (Urk. 11/M96).

Am 3. März 2006 berichtete G.____, Pflegefachmann mit Fachausweis in Intensivbehandlung und Anästhesie, über die durchgeführten pflegerischen Massnahmen. Die Pflege der Beschwerdeführerin beschränke sich auf die ausgedehnte Wundbehandlung und -versorgung. Nach den regelmässigen Exzisionen von Fremdkörpergranulomen durch die behandelnden Ärzte könnten blutende Gefässe nur provisorisch ligiert und mit angelegtem Tupfer komprimiert werden und müssten wegen allergischer Reaktion der Beschwerdeführerin auf Fadenmaterial innert zwei bis drei Stunden nach dem Arztbesuch wieder entfernt werden. Zurzeit beständen rund 40 offene Wunden und unzählige Fremdkörper-Austrittspforten, welche sich als kleine Läsionen manifestierten, in folgenden Körperbereichen: Gesicht, Ohren, Hande, Fingernagel, Rücken im Schulter- und Hüftbereich, Gesäss und Oberschenkel links, Knie beidseits, Intimbereich, Füsse, Zehen, Wade rechts. Bei akuten und chronischen Wunden bestehe das Behandlungsziel normalerweise darin, die Wunden möglichst schnell aufgranulieren und epithelisieren zu lassen und dadurch zu schliessen. Bei der Beschwerdeführerin gehe es aber darum, in den Wunden möglichst viele Fremdkörper zu identifizieren und zu eliminieren, damit diese nicht im Granulationsgewebe einwachsen. Während einer Behandlung würden durch die akribische Inspektion sämtlicher Wunden mit einer Lupe bis zu 50 sehr kleine Fremdkörperfragmente gefunden. Trotzdem entstanden immer wieder Verhärtungen in Form von Knoten, welche für die Beschwerdeführerin extrem schmerzhaft seien. Diese Knoten würden vom Dermatologen und/oder dem Hausarzt zwei- bis dreimal pro Woche exzidiert. Die Beschwerdeführerin reagiere auf die meisten Kunststoffe allergisch, weshalb keine modernen Wundmaterialien verwendet werden könnten. Da auch bei den meisten Klebstoffen Allergiefahr bestehe, verbleibe als Verbandstechnik

einzig eine feuchte Wundbehandlung mit NaCl-getränkten Baumwoll-Longuetten. Der Zeitaufwand für die zwei Verbandwechsel pro Tag 2,5-3,5 Stunden sei abhängig vom Bestehen neuer Inzisionen, der Anzahl Fremdkörper etc. (Urk. 11/M72; vgl. auch Urk. 11/M63).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einer internen Aktennotiz vom 15. Dezember 2006 berichtete der Vertrauensarzt der Helsana, Dr. med. H. ____, von seinen Besuchen bei den beiden behandelnden Ärzten, Dr. Z. ____, und Dr. A. ____, mit jeweiliger Anwesenheit der Beschwerdeführerin. Er hielt fest, beide Ärzte würden von der Versicherten parallel und hauptsächlich zur grossräumigen Exzision von Fremdkörpergranulomen aufgesucht. Die Granulome seien um fast mikroskopisch kleine Fremdkörper entstanden, welche im ganzen Körper subkutan auftauchten. Nach Auffassung der Ärzte und der Versicherten müssten die winzigen Fremdkörper entfernt werden, weil sie schmerzten. Ferner sei nach den Exzisionen kein Wundverschluss möglich, vielmehr müssten die zahlreichen tiefen Wunden zugranulieren und erforderten deshalb eine lange und aufwendige Wundpflege. Häufig müsse auf Verlangen der Beschwerdeführerin an den Wundrändern nachexzidiert werden, weil dort weiterhin Schmerzen vorhanden seien. Eine rationale Erklärung für das Vorkommen der Fremdkörper im subkutanen Fettgewebe existiere bisher nicht. Auffallend sei, dass beide Ärzte als erstes die Differentialdiagnose eines Münchhausen-Syndroms erwähnten hätten. Beide Ärzte hätten diesbezüglich gesagt, mangels genügender Anhaltspunkte für eine solche Problematik müsse die Hypothese der Beschwerdeführerin, dass anlässlich der 1993 im Spital Y. ____, durchgeführten Operation das Endoskop zerborsten sei, als glaubwürdig gelten. Ebenfalls würden die Ärzte das aufwendige Behandlungsprozedere, welches im Wesentlichen nach den Direktiven der Beschwerdeführerin ablaufe, nicht hinterfragen. Die als schwer leidend beschriebene Beschwerdeführerin habe ihm, Dr. H. ____, einen auffallend heiteren, fast ein wenig euphorischen Eindruck gemacht und agil und beweglich gewirkt, als sie in kaum zu bremsendem Fluss ihre Krankengeschichte geschildert habe. Den Umstand, dass die Fremdkörper nur im subkutanen Gewebe aufgetreten seien, habe sie damit erklärt, dass das Endoskop "beim Herausziehen" kaputt gegangen sei. Dr. H. ____, gelangte zur Beurteilung, dass die Diagnose eines Münchhausen-Syndroms nach wie vor die wahrscheinlichste Erklärung für das Phänomen sei. Deshalb empfehle er einerseits die Durchführung einer eingehenden psychiatrischen Exploration sowie andererseits die Begutachtung der eingespielten Vorgehensweisen der beteiligten Leistungserbringer im Hinblick auf deren Zweckmässigkeit und Wirksamkeit, und zwar unabhängig von den Ursachen der Fremdkörpermanifestationen (Urk. 11/M64).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. B. ____, ebenfalls Vertrauensarzt der Helsana, führte am 28. März 2008 ein Telefongespräch mit Dr. A. ____. Dabei erfuhr er, dass die histologische Aufarbeitung der Exzisate immer die gleichen Befunde ergeben hatte, welche für die Diagnose wenig hilfreich waren: Entzündungsgewebe, Fremdkörper, Fadenresten, Metallteile sowie Glas- und Glasfaserteile. Dr. A. ____, äusserte die Einschätzung, dass das Auffälligste im Zusammenhang mit der Operation im Jahr 1993 die Wundheilungsstörung der Laparotomie gewesen sei, welche aber den späteren Verlauf nicht erkläre. Weiter gab er seiner Vermutung Ausdruck, dass ein Münchhausensyndrom vorliegen könnte. Ein befreundeter Psychiater, mit welchem er den Fall besprochen habe, habe ihm eine psychiatrische Exploration empfohlen, und er habe

der Beschwerdeführerin bereits mehrmals eine solche Untersuchung vorgeschlagen. Sie habe dies aber vehement und standhaft abgelehnt. Er sei der Meinung, dass die Beschwerdeführerin einmal stationär während 24 Stunden unter Bedingungen, die eine Selbstschädigung ausschließen, beobachtet werden sollte (Urk. 11/M49). Seiner Erfahrung nach hätte eine andere Sozialversicherung in einem solchen Fall schon längst eine Einweisung in die Rehaklinik I. in Betracht gezogen (Urk. 11/M50).

Der Hausarzt Dr. Z. erstattete der Helsana am 22. Februar sowie am 23. November 2008 Bericht. Er diagnostizierte disseminierte intrakutane Fremdkörper (Fäden, Glas, Metall) unklarer Herkunft mit ausgeprägter Fremdkörperreaktion der Haut. Dr. Z. sah die Beschwerdeführerin erstmals am 22. Juli 2001. Laut dem Hausarzt ist der Durchtritt der Fremdkörperfragmente aus der Haut ein sehr schmerzhafter Prozess. Dieser führt an den Händen, im Gesicht und an den Füssen zu lokalen Reaktionen, die nach dem Fremdkörperaustritt spontan wieder abheilen. An den Körperstellen mit reichlich subkutanem Fettgewebe werden sich sehr schmerzhafte, haselnuss- bis kirschgrosse Gewebeknoten bilden, welche bis 2 cm unter die Hautoberfläche reichen. Eine Krankheit im engeren Sinn lasse sich dieser Problematik nicht zuordnen. Es sei bisher leider unbekannt, wie die Fremdkörper in den Körper gelangt seien und sich darin hätten verteilen können. Es müsste angenommen werden, dass ein bisher unbekanntes Unfallereignis anlässlich der Operation im Jahr 1993 für das Phänomen ursächlich sei. In den letzten Jahren habe sich gezeigt, dass nur das Herausschneiden der Fremdkörpergranulome in Lokalanästhesie zu einer Heilung führe. Sehr oft müssten die Ränder der Exzisionsstellen erneut reseziert werden, weil sich dort erneut Fremdkörpergranulome bildeten. Deshalb könnten die Wunden nicht primär vernäht werden, sondern würden mit Gazekompressen belegt, welche zur Kompression beziehungsweise Blutstillung angebracht würden. Er sehe die Beschwerdeführerin in der Regel dreimal wöchentlich zur Exzision von einem bis drei Herden und/oder zur Venofler-Infusion - die Beschwerdeführerin vertrage die orale Eisensupplementierung nicht. Seit Januar 2003 habe er 1221 Exzisionen vorgenommen. Im Rahmen der jeweils morgens und abends bei der Beschwerdeführerin zu Hause erfolgenden Wundreinigung und Pflege würden ebenfalls sehr viele Fremdkörperfragmente entfernt. Im Verlauf habe sich gezeigt, dass Körperregionen zur Ruhe kämen, wenn sich alle Fremdkörperreste irgendwie "herausgeschafft" hätten. Es bestünde die Hoffnung, dass sich mit der Zeit weitere Bereiche ergäben, in welchen keine Fremdkörper mehr aufträten. Ob und wann es zu einer vollständigen Abheilung komme, sei aber ungewiss. Im Laufe der Jahre habe sich das beschriebene Behandlungs- und Pflegekonzept als das effizienteste erwiesen. Wichtig sei nebst den Exzisionen die tägliche Wundpflege durch Pflegefachpersonen, wovon die erstaunlich gute Heilungstendenz wesentlich abhängt. Vorläufig bestehe kaum die Möglichkeit, die Massnahmen zu reduzieren, zumal offenbar noch niemand einen ähnlichen Fall erlebt habe und deshalb alternative Therapiekonzepte fehlen würden (Urk. 11/M37, Urk. 11/M55).

3.2 Im Auftrag des Haftpflichtversicherers des Spitals Y. wurde die Beschwerdeführerin unter Federführung von Dr. C., Leitender Arzt der Dermatologischen Klinik des D., am 18. März 2009 ambulant zu Hause und vom 16. bis 17. April 2009 stationär in der Klinik untersucht mit dem Ziel, den Fall medizinisch zu beurteilen und falls möglich einen alternativen Behandlungsvorschlag zu unterbreiten.

Wie den beiden Berichten vom 21. April sowie 15. Mai 2009 zu entnehmen ist, lehnte die Beschwerdeführerin bereits kurz nach dem Spitaleintritt den Vorschlag, die Verbandstechnik zur Probe einmal auf eine Körperteilregion beschränkt wesentlich zu vereinfachen und beispielsweise mit Zinkleimverbindungen zu arbeiten, ganz entschieden ab. Sie habe die Vorstellung, dass tausendfache kleinste Fremdkörper, welche sich in ihrem Körper befinden, durch minutiöse Handarbeit mit der Pinzette aus den einzelnen Wunden entfernt werden müssten und dass anschliessend Verbindungen angebracht werden müssten, welche genügend durchlässig seien, dass nachfolgende Fremdkörper in den Zeitintervallen zwischen den zweimal täglich durchgeführten Verbandswechseln den Körper verlassen könnten. Die Beschwerdeführerin spreche die Stellen, wo sich neue Fremdkörper zur Elimination anbahnten, genau und gebe dann ihren Ärzten und Pflegern Anweisungen. Dieses Krankheitskonzept sowie die damit verbundene "Kultur" des Verbandswechsels sei mit schulmedizinischen Konzepten, welche standardmässig bei schwer-kranken Wundpatienten zur Anwendung gelangten, nicht vereinbar. Aus diesem Grund sei beschlossen worden, die Beschwerdeführerin nach Durchführung der nötigen medizinischen Abklärungen in ihr gewohntes, gut organisiertes Umfeld zu entlassen. Hinsichtlich der Hypothese, dass die Fremdkörper aufgrund einer kutanen Artefakt-Krankheit in den Körper gelangt seien, müsse festgehalten werden, dass eine solche Pathologie stets eine Ausschlussdiagnose bleibe, welche nicht durch medizinische Tests affirmativ bewiesen werden könne. Die Ärzte hätten deshalb die Aufgabe gehabt, bekannte Hauterkrankungen auszuschliessen. Mittels Hautbiopsie im rechten Unterschenkel habe ein kleiner doppelbrechender Fremdkörper mit einem Durchmesser von wenigen Mikrometern nachgewiesen werden können, welcher mit den bereits zuvor von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunden vergleichbar sei. Die weiterführenden Abklärungen hätten indes keine Hinweise für andere dermatologische Erkrankungen geliefert. Da bildgebende Abklärungen in der Vergangenheit keine Hinweise auf die Krankheitsursache erbracht hätten, sei darauf verzichtet worden. Von den klassischen pathologischen oder pathophysiologischen Konzepten der Medizin entsprächen am ehesten die Embolisation oder die Metastasierung dem von der Beschwerdeführerin postulierten Krankheitsmechanismus. Aus schulmedizinischer Warte müsse jedoch festgehalten werden, dass beide Pathomechanismen das zu beurteilende Krankheitsbild nicht plausibel zu erklären vermöchten. In der Unfall- und Kriegschirurgie sei zudem bekannt, dass Geschosse, welche den Körper penetrieren und an einer ungewöhnlichen oder unzugänglichen Stelle liegen bleiben, oft konservativ behandelt würden und den Standort im Körper zeitlebens nicht mehr änderten. Abschliessend wies Dr. C. ___ darauf hin, dass er aufgrund seiner Beobachtungen zu Hause bei der Beschwerdeführerin und in der Klinik zur Auffassung gelangt sei, dass ein Arzt, welcher sie behandle, in einen Rollenkonflikt gerate, wenn er gegenüber einer Versicherung oder in einem juristischen Verfahren medizinische Fragen zum Krankheitsprozess, welcher sich bei der Beschwerdeführerin abspiele, beantworten müsse. Deshalb empfehle er nachdrücklich, zur Kausalitätsbeurteilung der Beschwerden ein unabhängiges Gutachten bei einer ärztlichen Fachperson einzuholen, welche gegenüber der Beschwerdeführerin keinen Behandlungsauftrag wahrnehme und auch gegenüber den vorbehandelnden Ärzten unbefangen sei (Urk. 11/M31, Urk. 17/6).

3.3 Am 30. November 2009 erstattete Dr. E. ___ der Helsana sein Gutachten, welches auf einer ausgedehnten Literatur-Recherche, einer ambulanten klinischen

Untersuchung am 9. November 2009 durch Dr. med. J. ____, Leitender Arzt der Wundsprechstunde am D. ____, einem gleichentags von Dr. E. ____, durchgeführt. Untersuchungsgespräch mit der Beschwerdeführerin sowie einer Fallbesprechung mit Prof. Dr. med. K. ____, emeritierter Extraordinarius für Psychiatrie und stellvertretender Direktor der psychiatrischen L. ____, basiert. Dr. E. ____, diagnostizierte eine artifizielle Störung ("Factitious Disorder"; DSM-IV 300.19; ICD-10: F68.1) mit multiplen sekundär heilenden Hautwunden und abgeheilten Narben, verteilt am ganzen Integument, mit dem Krankheitskonzept, dass tausendfache kleinste Fremdkörper durch die Haut eliminiert werden, bei Status nach über 3000fachen Exzisionen und Inzisionen der Fremdkörper, tageslang mehrstündigem (rund zweimal drei Stunden) Spitex-Pflegeaufwand mit Débridements (ebenfalls für die Entfernung von Fremdkörpern), mit Ausschlussdiagnostik von sämtlichen schulmedizinisch bekannten ulzero-nekrotischen Hautkrankheiten. Mit Sicherheit konnten eine Herkunft der Fremdkörper beziehungsweise der Hautläsionen aus dem Körperinneren ausgeschlossen werden. Gleiches gelte für sämtliche Differentialdiagnosen für rezidivierende beziehungsweise persistierende Ulzera. Ein Zusammenhang der aktuellen Problematik mit früheren Operationen könne ebenfalls mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Dies bedeute, dass die Fremdkörper von aussen eindringen und mit grosser Wahrscheinlichkeit von der Beschwerdeführerin selbst eingebracht würden. Das Einbringen der zumeist wenige 100 Mikrometer grossen Fremdkörper sei mit Medizinalspritzen verschiedener Grösse problemlos durchzuführen. Aufgefallen seien ihm in diesem Zusammenhang eine kleine Kruste über der Kuppe einer kleinen bläulich-livide verfärbten Läsion an der linken Ferse, bei welcher es sich laut der Beschwerdeführerin um einen typischen Herd handle, der wahrscheinlich einen Fremdkörper berge, sowie drei rötliche Punkte über einer handtellergrossen, leicht erhabenen Stelle an der linken Unterschenkelvorderseite, worunter nach Angaben Beschwerdeführerin bestimmt auch Fremdkörper lägen. Die Motivation für ihr Verhalten sei der Beschwerdeführerin unklar. Für die nicht direkt beteiligte Umgebung sei dagegen evident, dass sie mit ihrem Verhalten versuche, die betroffenen Medizinalpersonen dazu zu bewegen, sich möglichst lange und intensiv mit ihr zu beschäftigen. Aus dem Gespräch mit der Beschwerdeführerin und der ebenfalls anwesenden Tochter und Betreuerin habe sich ergeben, dass diese Zusammenhänge für sie nicht nachvollziehbar seien. Gleichzeitig müsse betont werden, dass die Beschwerdeführerin ihrer Krankheit unfreiwillig unterworfen sei und mit grosser Wahrscheinlichkeit auch darunter leide. Es beständen keinerlei Anhaltspunkte, dass sie aus ihrem Verhalten - abgesehen von der Einnahme der Krankenrolle - irgendeinen Nutzen ziehe. Keine der bekannten weiteren Krankheiten, insbesondere auch nicht der Status nach multiplen Lungenembolien in den Jahren 2000 und 2001, stünde in einem Bezug zur aktuellen, zu begutachtenden Situation. Obwohl nicht ausgeschlossen werden könne, dass einzelne medizinische Eingriffe sinnvoll gewesen seien, müsse klar festgehalten werden, dass die bisherige, in den Vorakten dokumentierte Behandlung nicht zweckmässig gewesen sei. Gemäss Schilderung der Beschwerdeführerin hätten jeweils starke, nicht mit Analgetika behandelbare Schmerzen die Indikation für die Exzision von Fremdkörpern durch die behandelnden Ärzte gebildet. Die Bilder und Histologien der Exzisate zeigten, dass abgesehen von reaktiven entzündlichen Veränderungen durchwegs gesundes Gewebe entfernt worden sei, welches nicht zwingend hätte entfernt werden müssen. Zudem sei nicht einzusehen, weshalb die mikroskopischen, oft deutlich

weniger als einen Millimeter messenden subkutanen Fremdkörper abgesehen vom Zeitpunkt des Eindringens während längerer Zeit hätten Schmerzen bereiten sollen. Die einschlägige Erfahrung mit Splitterverletzungen spreche dagegen, ebenso die Tatsache, dass die zwei von der Beschwerdeführerin während der Untersuchung angegebenen "reifenden" Stellen, an welchen sie Fremdkörper vermutet habe, weder spontan noch auf Druck hin schmerzhaft gewesen seien. Neben diesen Überlegungen spreche auch der 15jährige Verlauf, welcher abgesehen von einer Verlagerung der Läsionen keine Heilungstendenz zeige, gegen die Zweckmässigkeit der bisherigen Behandlung. Vom international anerkannten Team des Wundspezialisten Dr. J. ___ sei folgender Behandlungsplan entworfen worden: Betreuung der Wundsituation durch ein spezialisiertes Team, welches die Behandlungsmassnahmen führe und ein einheitliches, auf modernen Prinzipien basierendes Therapiekonzept anwende; initial dreimalige Wundversorgung pro Woche nach modernen Wundbehandlungsprinzipien ("Feuchttherapie"); häufigere Verbandwechsel seien klar nicht indiziert, mit den heute verwendeten modernen Materialien würden auch viel grössere Wunden in schlechterem Zustand erfolgreich behandelt; diesbezügliche Instruktion der Spitex durch die Spezialisten der Wundsprechstunde des D. ___; möglicher Rückgang auf zweimalige Behandlung pro Woche bei fortschreitender Wundheilung; anfänglich monatliche Kontrollen in der Wundsprechstunde, spätere Kontrollfrequenz je nach Verlauf; Vermeiden von Fremdkörper- und Wundrandexzisionen. In die Behandlung involvierte Medizinalpersonen sollten das vorgeschlagene Konzept unterstützen, was angesichts der stupenden Überzeugungskraft der Beschwerdeführerin wohl nicht immer einfach sein werde. Es sei aber inakzeptabel, dass nebst den bestehenden Läsionen, welche einen monatelangen Heilungsprozess erforderten, immer wieder neue Läsionen geschaffen würden, welche aufgrund der Untersuchungsergebnisse letztlich als iatrogen bezeichnet werden müssten. Ein psychotherapeutisches Vorgehen sei bei langjährigen chronifizierten Fällen wie dem Vorliegenden in aller Regel frustan. Auf jeden Fall sei die Einleitung einer Psychotherapie vom Einverständnis der Beschwerdeführerin abhängig. Abschliessend betonte Dr. E. ___, dass es sich bei der Artefakt-Krankheit der Beschwerdeführerin weder um eine Simulation noch um ein im engen Sinne psychisches Leiden wie beispielsweise eine Konversions-, Somatisierungs- oder Zwangsstörung handle. Der ganze Fall sei mit dem Psychiater Dr. K. ___, einem ausgewiesenen Kenner der Problematik, ausführlich besprochen worden. Er, Dr. E. ___, habe die Beschwerdeführerin und auf deren Wunsch auch ihre Tochter in einem zweistündigen Gespräch mit seinen Untersuchungsergebnissen direkt konfrontiert (Urk. 11/M26, Urk. 11/M26/1-4, Urk. 62/1).

3.4 Am 17. Dezember 2009 teilte Dr. A. ___ der zuständigen Sachbearbeiterin der Helsana telefonisch mit, dass die Beschwerdeführerin ihm das Gutachten von Dr. E. ___ vorgelegt habe. Er habe ihr mitgeteilt, dass er den Inhalt fair finde, bitte die Helsana jedoch zu bedenken, wie schwierig die Situation für die Beschwerdeführerin sei und welche Schmerzen sie habe (Urk. 11/M25).

In einem Bericht vom 11. Februar 2010 bestätigte Dr. A. ___, dass er bei der Beschwerdeführerin bisher noch nie Einstichstellen oder Stichkanäle habe identifizieren können, welche das Einbringen von Fremdkörpermaterial unter die Haut zugelassen hätten. Insbesondere wäre seiner Ansicht nach solchenfalls zu erwarten gewesen, dass es im langjährigen Verlauf gelegentlich zu einem abszedierenden Infekt

gekommen wäre, was bisher nie passiert sei, da eigentliche Wundinfekte praktisch nie gesehen worden seien (Urk. 11/M12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus mehreren Verlaufsberichten der behandelnden Ärzte geht hervor, dass die Beschwerdeführerin auch nach der Begutachtung durch Dr. E. ___ unter schmerzhaften, druckdolenten Knoten litt, welche vor allem dorsal am linken Oberschenkel, Mittel- und Unterbauch lokalisiert waren und sie nach eigenen Angaben auch in ihrer Gehfähigkeit beeinträchtigten. Die behandelnden Ärzte erachteten deshalb die Indikation für weitere Exzisionen als gegeben. Am 29. Oktober 2009 wurden im Rahmen eines stationären Aufenthalts in der Klinik M. ___ in Vollnarkose einerseits mehrere bereits verhärtete Lipome und andererseits kleinere Fremdkörperstrukturen operativ entfernt. In den Exzisaten fanden sich teilweise erneut granulomatöse Fremdkörper, welche nach Aussagen der Beschwerdeführerin in erster Linie die Beschwerden auslösten (vgl. Urk. 11/M11).

3.5 Ä Ä Ä Ä In einer weiteren, im Rahmen des Einspracheverfahrens verfassten Stellungnahme vom 22. Juli 2010 würdigte der Vertrauensarzt Dr. B. ___ das Gutachten von Dr. E. ___. Dabei hielt er fest, dass Dr. E. ___ einer der wenigen Gutachter sei, welche sich der komplexen Begutachtung von Patienten mit Verdacht auf artifizielle Störungen annähmen. Zusätzlich habe Dr. E. ___ die zur Beurteilung der jeweiligen medizinischen Fragestellungen relevanten Fachleute beigezogen. Es sei üblich, dass Gutachter wie Dr. E. ___ gewisse Arbeiten am Patienten, beispielsweise die Erhebung des Status, delegieren würden. Zudem habe sich Dr. E. ___ mit dem Beizug des ausgewiesenen Wundexperten Dr. J. ___ sowie des Psychiaters Dr. K. ___ fachlich bestmöglich abgesichert. Dr. E. ___ habe ihm, Dr. B. ___, bereits während des Aktenstudiums und auch danach in Telefongesprächen mitgeteilt, dass diese Begutachtung bei Weitem die aufwändigste seiner ganzen Karriere sei. In diese Richtung weise auch, dass es nicht möglich gewesen sei, den riesigen Zeitaufwand von Dr. E. ___ realistisch zu verrechnen. Vom Zeitbedarf her habe mithin eine ganz aussergewöhnliche Situation vorgelegen. Festzuhalten sei sodann, dass die Beschwerdeführerin psychisch schwerst krank sei, dass sie dies aber als Eigenart ihres Leidens nicht wahrnehmen könne und dürfe, weshalb sie, wie nicht anders zu erwarten, die gestellte Diagnose weit von sich weise. Auch führe ihre Erkrankung dazu, dass sie permanent versuche, ihre nähere und weitere Umgebung für sich zu instrumentalisieren (Urk. 11/M6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1 Ä Ä Ä Ä Die Helsana begründete die Ablehnung ihrer Leistungspflicht für die von den behandelnden Ärzten vorgenommenen Exzisionen von Fremdkörpern und die Wundbehandlung und -versorgung damit, dass diese Massnahmen nicht wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen seien. Im Einzelnen führte sie aus, zur Beurteilung ihrer Pflicht, die Kosten der beanspruchten Behandlungs- und Pflegemassnahmen zu übernehmen, habe sie das Gutachten von Dr. E. ___ vom 30. November 2009 einholen müssen, da die zahlreichen Berichte der behandelnden Ärzte kein abschliessendes Urteil zugelassen hätten. Bei der Anordnung der Begutachtung seien die Verfahrensrechte der Beschwerdeführerin, insbesondere ihr Anspruch auf rechtliches Gehör, gewahrt worden. Die Beschwerdeführerin und ihr damaliger Rechtsvertreter hätten sich mit der Begutachtung durch Dr. E. ___ einverstanden erklärt. Die

gutachterliche Beurteilung sei gestützt auf sämtliche verfügbaren Akten ergangen. Weder sei an der Fachkompetenz der bei der Begutachtung involvierten Personen zu zweifeln, noch sei der zeitliche Aufwand für die Expertise zu gering gewesen, noch könne dem Gutachter mangelnde Sachlichkeit bei der Begutachtung vorgeworfen werden. Ferner sei Dr. E. ___ auch auf die Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin eingegangen, soweit diese nicht haftpflichtrechtliche Fragen zur 1993 erfolgten Operation betroffen hätten. Dr. E. ___ habe in seinem Gutachten in nachvollziehbarer Weise aufgezeigt, dass die regelmässigen Exzisionen von subkutanen Fremdkörpern weder zweckmässig noch wirksam seien; die bislang in Anspruch genommene Wundversorgung durch Spitex-Pflegefachpersonen sei mit schulmedizinischen Konzepten nicht vereinbar und mithin nicht zweckmässig. Aufgrund des Gutachtens von Dr. E. ___ stehe fest, dass hinsichtlich der gestellten Diagnose einer artifiziellen Störung ("Factitious Disorder") einzig die zentrale Behandlung beziehungsweise Überwachung der Behandlung durch die Medizinische Poliklinik des D. ___ zweckmässig erscheine. In diesem Rahmen sei es der Beschwerdeführerin unbenommen, sich von ihren bevorzugten Pflegefachpersonen behandeln zu lassen. Eine Einstellung der Leistungen in absoluter Weise liege nicht vor. Vielmehr sei die Übernahme der Behandlungs- und Pflegekosten an die Bedingung einer professionellen Überwachung durch eine einzige Stelle, die fachlich bestausgewiesene Dermatologische Poliklinik des D. ___, geknüpft, damit eine einheitliche, zielgerichtete und wirksame Behandlung gewährleistet sei (Urk. 2, Urk. 10, Urk. 50).

4.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich dagegen auf den Standpunkt, das Gutachten von Dr. E. ___ sei eine untaugliche Grundlage zur Beurteilung von Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlungs- und Pflegemassnahmen, und führt im Wesentlichen folgende Argumente ins Feld: Zunächst sei eine genaue Klärung der Ursache ihrer aktuellen gesundheitlichen Probleme unerlässlich, um die Leistungspflicht der Helsana für die von ihr beanspruchten Behandlungs- und Pflegemassnahmen beurteilen zu können. Es mache einen grossen Unterschied aus, ob sie sich die Fremdkörper selber zuge, oder ob diese infolge eines Operations- und Behandlungsfehlers im Jahr 1993 in ihren Körper gelangt seien. Dr. E. ___ sei die Fragestellung von Anfang an aus psychiatrischer Fachwarte angegangen, ohne über eine entsprechende Fachausbildung zu verfügen. Zudem habe er offenbar keine andere Ursache der Problematik als die von ihm bereits auf der ersten Seite des Gutachtens erwähnte artifizielle Störung in Betracht gezogen. In diese Richtung deute auch, dass er während dem Gespräch mit ihr bereits auf das Gutachten habe verweisen können und dieses mithin offenbar bereits zuvor fertiggestellt habe. Dr. E. ___ sowie der von ihm zu Rate gezogene Dr. med. K. ___ seien nie bei einer der regelmässig durchgeführten Wundversorgungen anwesend gewesen, obwohl dies von ihr ausdrücklich beantragt worden sei. Der von Dr. E. ___ beigezogene Gefässchirurg Dr. med. J. ___ sei kaum 20 Minuten lang anwesend gewesen. Die von ihrem vormaligen Rechtsvertreter mit Schreiben vom 2. September 2009 gestellten Ergänzungsfragen seien im Gutachten übergegangen worden. Dadurch sei ihr Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden (vgl. Duplik S. 4 f.). Im Gutachten fehle eine nachvollziehbare Zusammenstellung und genaue Bezeichnung der Vorakten. Deshalb sei unklar, welche Vorakten Dr. E. ___ zur Kenntnis genommen und auf welche er sich bezogen habe. Er habe auf jeden Fall keine Kenntnis der Vorakten des sie bis 1993 behandelnden Frauenarztes Dr. med. N. ___ gehabt. Sodann sei das Gutachten nicht unterzeichnet worden. Nicht nachvollziehbar sei, wie Dr. E. ___ auf ein Anästhesieprotokoll von Dr. med. N. ___ habe Bezug nehmen können, bezüglich

welchem ihr am 13. Dezember 2005 mitgeteilt worden sei, dass es nicht mehr existiere. Der Gutachter argumentiere, bei der von ihr als Ursache der Problematik angeführten Berstung des Laparoscops während des Eingriffs im Jahr 1993 hätte es zu sofortigen Schmerzen kommen müssen, was nicht der Fall gewesen sei. Dabei übersehe er, dass sie bereits kurz nach der Operation über eine schwere Infektion und weitere Komplikationen berichtet habe. Die Behauptung von Dr. E.____, dass in der Literatur nie eine Berstung eines Laparoscops beschrieben worden sei, sei nicht belegt. Der Gutachter gehe davon aus, dass sie sich die Fremdkörper durch Injektionen selber zugee. Es sei indes nie abgeklärt worden, ob je Injektionsmaterial bei ihr zu Hause entdeckt worden sei. Auch sei die diesbezügliche Einschätzung der mit ihrer Pflege betrauten Personen nicht eingeholt worden. Dr. E.____ habe sich mit blossen Mutmassungen begnügt. Das aus einer Wunde entfernte weisse Härrchen, welches angeblich nicht menschlichen Ursprungs sei, sei nicht weiter untersucht worden. Unklar sei ferner, wie Dr. E.____ zur Einschätzung gelangt sei, dass sie sich dieses Teilchen selbst injiziert habe. Dr. E.____ habe auch nicht in nachvollziehbarer Weise aufgezeigt, wie sie die Injektion der Fremdkörper bewerkstelligt habe, insbesondere im Gesäss- und Rückenbereich. Die beim Verdacht auf Selbstinjektionen naheliegendste Untersuchungsmassnahme, sie einer mehrzügigen Klausur ohne die Möglichkeit zur Selbstbeibringung weiterer Fremdkörper zu unterziehen, und dabei den gesundheitlichen Verlauf zu beobachten, sei von Dr. E.____ nicht angeordnet worden. Sie erkläre sich denn auch jederzeit bereit, sich einer weiteren Begutachtung in einem geeigneten, ihren Gesundheitszustand nicht gefährdenden Institut zu unterziehen. Dr. A.____ habe in seinem Schreiben vom 11. Februar 2010 bestätigt, dass er keinerlei Hinweise auf eine Selbstinjektion der Fremdkörper habe finden können. Im Gutachten bleibe ferner unberücksichtigt, dass das O.____ Institut in einer DVD die wesentlichen Fragmente festgehalten und Dr. med. P.____ klargestellt habe, dass es sich um abgesplitterte Fremdkörper handle, welche nicht selbst injiziert werden könnten. Dr. P.____ habe denn auch angemerkt, dass die Fremdkörpersubstanzen innerhalb des Körpers herumwandern würden und solche Wanderungsbewegungen über die Lymphgefässe und Blutwege möglich seien. Er sei davon ausgegangen, dass es im Rahmen der Ein- oder Ausführung des Laparoscops zu einem explosionsartigen Ab- oder Wegbrechen von Laparoskopteilen gekommen sei, wobei diese subkutan in den Körper eingetreten seien. Es sei auch zu berücksichtigen, dass keine Eiterbildungen aufgetreten seien, was bei einer Einführung der Fremdkörper von aussen praktisch unabwendbar gewesen wäre. Es stehe deshalb ausser Frage, dass die ausgetretenen Fremdkörper Splitterteile des bei der Operation geborstenen Laparoscops seien. Aus den Unterlagen des Spitals Y.____ ergebe sich denn auch, dass es während der Operation zu einem ungewöhnlichen Ereignis gekommen sei. Sie habe nämlich in den Notfalltrakt überführt werden müssen. Im Gutachten fehle eine Auseinandersetzung mit den anders lautenden ärztlichen Beurteilungen. Dr. Z.____ sei der Auffassung, dass in absehbarer Zeit endlich mit einer Heilung gerechnet werden könne, wenn die restlichen Fremdkörper den Austritt gefunden hätten, wozu Exzisionen vorzunehmen seien. Dr. C.____ habe in seinem Gutachten vom 21. April 2009 empfohlen, sie zur Behandlung wieder in ihr gewohntes und gut organisiertes Umfeld zu entlassen. Dr. E.____ habe diese Aussage dahingehend interpretiert, dass es sich dabei nicht um eine Bejahung der Zweckmässigkeit der bisherigen Behandlungsmassnahmen handle; da er diesbezüglich aber nie mit Dr. C.____ Rücksprache genommen habe, habe Dr. E.____ ihren Gehöranspruch verletzt (vgl. dazu Duplik S. 5). Die entsprechenden Stellen in seinem

Gutachten seien deshalb nicht nachvollziehbar. Insgesamt seien die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar begründet, zumal im Gutachten zahlreiche für den medizinischen Laien unverständliche Fachbegriffe verwendet würden. Dr. E. ___ übersehe, dass durch das Unterlassen weiterer Exzisionen - welche im Übrigen mit enormen Schmerzen verbunden seien - das Austreten von Fremdkörpern verunmöglicht werde. Dadurch sei nicht nur eine Heilung ausgeschlossen, vielmehr führe dies zu einer drastischen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes. Aus diesen Gründen könne auf das Gutachten von Dr. E. ___ nicht abgestellt werden, und die Sache sei zur Neubeurteilung an die Helsana zurückzuweisen. Eine Einstellung der Kostenübernahme wäre einzig nach einer eingehenden Untersuchung der Fremdkörper einschliesslich der Frage, wie diese in den Körper hätten eindringen können, sowie gegebenenfalls nach einer psychiatrischen Begutachtung zulässig (Urk. 1, Urk. 16, Urk. 45).

E. 5

5.1 Zur Beurteilung der im Streit stehenden Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlungs- und Pflegemassnahmen ist zunächst eine möglichst genaue diagnostische Einordnung der zur Diskussion stehenden gesundheitlichen Störung vorzunehmen.

Die behandelnden Ärzte gingen mit dem Gutachter Dr. E. ___ darin einig, dass aufgrund der durchgeführten umfassenden somatisch-fachärztlichen Abklärungen davon ausgegangen werden muss, dass die regelmässig unter der Haut der Beschwerdeführerin entdeckten Fremdkörper nicht Symptome einer schulmedizinisch bekannten körperlichen Erkrankung sind. Dies wird auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten.

Zur Diskussion stehen zwei Erklärungsansätze: Zum einen stellten sich die behandelnden Ärzte Dr. A. ___ und Dr. Z. ___ gegenüber dem Vertrauensarzt der Helsana Dr. H. ___ auf den Standpunkt, aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin müsse davon ausgegangen werden, dass die Fremdkörper in der Haut Teile von einem Laparoskop seien, welches beim Herausziehen aus dem Bauch im Rahmen der Operation im Spital Y. ___ im Jahr 1993 geborsten sei (Urk. 11/M64; vgl. auch Urk. 11/M37, Urk. 11/M55). Zum anderen gelangte der Gutachter Dr. E. ___ zum Schluss, die Beschwerdeführerin leide unter einer artifiziellen Störung und injiziere sich die Fremdkörper selbst unter die Haut (Urk. 11/M26 S. 2 ff.).

5.2 Das Gutachten von Dr. E. ___ vom 2. Dezember 2009 ist ausserst umfangreich - es umfasst rund 170 Seiten - und beinhaltet auch Kopien der berücksichtigten medizinischen Fachliteratur (Urk. 11/M26, Urk. 11/M26/1-4). Aus der Anamnese (Urk. 11/M26 S. 3 ff.) ergibt sich, dass Dr. E. ___ - entgegen der beschwerdeführerischen Behauptungen - alle relevanten Vorakten studiert hat (vgl. auch Urk. 11/M30). Insbesondere sind dem Gutachten Kopien des Operationsberichts des Spitals Y. ___ vom 11. August 1993 inklusive Anästhesieprotokoll, des Berichts über die pathologische Untersuchung vom 12. August 1993 sowie der Röntgenuntersuchung des Beckens vom 25. August 1993 beigelegt, des Weiteren Berichte über die in den darauffolgenden Jahren erfolgten bildgebenden Abklärungen (Urk. 11/M26/2). In die gutachterliche Beurteilung flossen auch die Ergebnisse der durch den Wundspezialisten Dr. J. ___ im Auftrag von Dr. E. ___ vorgenommenen klinischen Untersuchung vom 9.

November 2009 und die anlässlich der Hospitalisation in der dermatologischen Klinik des D.____ vom 16. bis 17. April 2009 erhobenen Laborwerte mit ein (Urk. 11/M26 S. 6). Aus der Expertise geht hervor, dass Dr. E.____ - unter Berücksichtigung der medizinischen Vorbefunde - sämtliche als Ursache der Symptomatik hypothetisch in Frage kommenden somatischen (Differential-)Diagnosen in Betracht gezogen hat und die Erklärungshypothesen mangels Plausibilität wieder verwerfen musste (Urk. 11/M26/3). Im Gutachten ist ferner - nebst entsprechender Fachliteratur - die E-Mail-Korrespondenz zwischen Dr. E.____ und dem Hersteller des anlässlich der Operation im Jahr 1993 verwendeten Laparoscops enthalten, woraus hervorgeht, dass dem Hersteller kein Fall einer Explosion eines Laparoscops im Körper eines Patienten bekannt ist (Urk. 11/M26/2). Unter diesen Umständen erweist sich der Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. E.____ sei die Begutachtung von Anfang an aus psychiatrischer Fachwarte angegangen und habe keine andere Diagnose als die artifizielle Störung in Betracht gezogen, als haltlose Unterstellung. Daraus, dass sich der Gutachter mit allen möglichen Erklärungshypothesen auseinandergesetzt hat, ergibt sich als Selbstverständlichkeit, dass er sich auch mit denjenigen ärztlichen Beurteilungen beschäftigt hat, welche mit seiner abschliessenden Beurteilung divergieren. Falls der Gutachter tatsächlich, wie von der Beschwerdeführerin weiter behauptet wird, während des Untersuchungsgesprächs mit ihr bereits auf das Gutachten verwies, bildet dies für sich allein noch kein genügendes Indiz dafür, dass das Gutachten anlässlich der Untersuchung bereits fertiggestellt war. In Anbetracht der von Dr. E.____ vor der Untersuchung durchgeführten ausführlichen Literaturrecherche kann das behauptete Verhalten des Gutachters auch problemlos damit erklärt werden, dass dieser seine umfangreichen Unterlagen zum Gespräch mitnahm (vgl. auch Urk. 11/M6). In den Akten finden sich auch sonst keine Indizien, welche den von der Beschwerdeführerin erhobenen Vorwurf der mangelnden Sachlichkeit des Gutachters erhärten würden. Nicht zum Nachteil gereicht dem Gutachten, dass die klinisch-somatische Abklärung durch Dr. J.____ angeblich kaum 20 Minuten dauerte - entscheidend ist nicht die Dauer der klinisch-somatischen Untersuchung, sondern einzig die Zweckerfüllung. Wie sich aus dem Gutachten ergibt, konnte die Wundsituation von Dr. J.____ eingehend in Augenschein genommen und sogar ein Fremdkörper im Bereich des linken Sprunggelenks extrahiert werden. Zudem lag bereits vor der Untersuchung durch Dr. E.____ und Dr. J.____ ein weitestgehend lückenloser medizinischer Befund vor. Nicht einsichtig ist, weshalb die am Gutachten beteiligten Ärzte zusätzlich - wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht - einer ausführlichen Wundversorgung durch die Krankenpfleger bei ihr zu Hause hätten beiwohnen müssen, zumal das übliche Vorgehen der Pfleger in den Akten genügend dokumentiert ist (Urk. 11/M72), zuletzt durch die Berichte von Dr. C.____ vom 21. April sowie 15. Mai 2009 (Urk. 11/M31, Urk. 17/6). Der Einwand der Beschwerdeführerin, das Gutachten sei nicht unterzeichnet worden, ist entkräftet, nachdem die Helsana auf entsprechende Aufforderung des Gerichts hin am 26. März 2012 eine von den Dres. E.____, J.____ und K.____ unterzeichnete Version des Gutachtens vom 2. Dezember 2009 eingereicht hat (Urk. 57, Urk. 62/1-2; vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 8C_499/2007 vom 4. November 2008, E. 3.2.2 mit Hinweisen). Weiter trifft zwar zu, dass Dr. E.____ die Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin vom 2. September 2009 (Urk. 11/K29; vgl. auch Urk. 11/M28) nicht einzeln in seinem Gutachten aufgeführt und zusätzlich zu den Fragen der Helsana separat beantwortet hat. Indes lassen sich die Fragen, soweit sie für die Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs überhaupt relevant sind, aufgrund der

gutachterlichen Ausführungen problemlos beantworten (vgl. Urk. 11/M26 S. 6 ff.). Es kann auch nicht ernsthaft die Rede davon sein, die Verwendung gebräuchlicher medizinischer Fachbegriffe im Gutachten schmälere dessen Nachvollziehbarkeit, ist es doch der Beschwerdeführerin und ihrem Rechtsvertreter ohne Weiteres zuzumuten, medizinische Fachwörterbücher - etwa im Internet - zu konsultieren. Bemerkenswert ist schliesslich, dass Dr. E.____ wiederholt auf die ganz ausserordentliche zeitliche Belastung durch die Begutachtung und seine starke mentale und psychische Beschäftigung mit dem Fall hinwies (Urk. 11/M6, Urk. 11/M26 S. 1).

5.3.3 Auch inhaltlich überzeugen die gutachterlichen Schlüsse. Dr. E.____ hat im Gutachten unter Bezugnahme auf die diagnostischen Kriterien für eine vorgeträumte Störung mit vorwiegend körperlichen Zeichen und Symptomen gemäss DSM-IV Code 300.19 - 1. Absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen körperlicher Symptome und/oder Befunde; 2. Die Motivation für das Verhalten ist die Einnahme einer Rolle als Kranker ("assuming the sick role"); 3. Es gibt keinerlei äussere Anreize für das Verhalten wie zum Beispiel ökonomischer Nutzen, Vermeidung legaler Verantwortung, Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens (Urk. 11/M26/1) - in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin die Voraussetzungen für die Diagnose einer artifiziellen Störung mit dem Krankheitskonzept, dass tausendfache kleinste Fremdkörper durch die Haut eliminiert werden, gegeben sind. Gemäss Dr. E.____ sind die Fremdkörper mit Sicherheit von aussen in die Haut eingebracht worden. Die vom Gutachter dafür hergeleitete Gründe - gänzlichliches Fehlen von Hinweisen darauf, dass die von der Beschwerdeführerin vermutete Berstung des Laparoscopes anlässlich der Operation vom 10. August 1993 im Spital Y.____ tatsächlich stattgefunden hat, auch in der medizinischen Literatur über Komplikationen bei laparoskopischen Operationen; der gesundheitliche Verlauf nach der Operation, insbesondere das Fehlen von mit bildgebenden Untersuchungsmethoden nachweisbaren Fremdmaterialien im Unterbauch und einer von Anfang an ausgeprägten Symptomatik; die enorme Vielfalt der im zeitlichen Verlauf extrahierten Fremdkörper, welche eine einzige Quelle ausschliessen; die Unmöglichkeit, dass die Serie von Fremdkörpern von einem Laparoskop stammen kann; die Unmöglichkeit einer Embolisation allfälliger im Unterbauch liegender Fremdkörper in den Körper aufgrund des bisherigen Verlaufs, wobei eine Embolisation in die Gewebe des Rückens, welcher in einer Phase des Krankheitsverlaufs befallen gewesen ist, absolut unmöglich ist; Fehlen irgendeiner Beziehung der im Unterhautfettgewebe liegenden Fremdkörper in den zahlreichen, teils mit Dr. C.____ durchgesehenen histologischen Präparaten zu Gefässen; Unmöglichkeit einer Verbreitung der Fremdkörper über das Lymphsystem, welches von der Körperoberfläche weg ins Körperinnere drainiert (Urk. 11/M26/2 S. 1 ff.) - überzeugen. Ferner konnte der Gutachter auf die zahlreichen Ergebnisse medizinischer Tests, aufgrund derer eine körperliche Erkrankung als Ursache für die Fremdkörpermanifestationen ausgeschlossen werden konnte, als weiterer die gestellte Diagnose stützender Faktor verweisen. Dr. E.____ erklärte sodann, es müsse davon ausgegangen werden, dass die Fremdkörper - trotz anderslautender Beteuerungen - von der Beschwerdeführerin von aussen eingeführt worden. Das Einbringen der oft wenige 100 Mikrometer grossen Fremdkörper sei mit Medizinalspritzen verschiedener Grösse problemlos durchzuführen. Die im Rahmen der klinischen Untersuchung angefertigten Fotos von Hautstellen, welche nach Angaben der Beschwerdeführerin vermutlich weitere Fremdkörper bergen würden, zeigten teils deutliche, kleine

Punkt-förmige Hautläsionen, welche von aussen verursacht worden sein müssten, teils ähnliche Läsionen im verkrustenden Stadium sowie schliesslich auch die "Fremdkörpergranulome" als erhobene Stellen, auf deren Scheitelpunkt sich jeweils - quasi als Endergebnis der Fremdkörperereinbringung - eine kleine weissliche Narbe befindet. Auffallenderweise seien diese Befunde während der klinischen Untersuchung auch auf Druck hin völlig indolent gewesen. Dieses Phänomen sei bereits anlässlich einer Ultraschalluntersuchung vom 25. Januar 1999 beobachtet worden. Daneben konnte sich der Gutachter für seine Beurteilung auf eine Reihe - dem Gutachten beigelegter - medizinischer Fachartikel stützen, worin das Instrumentarium zur Selbstmanipulation aufgezeigt und verschiedene dokumentierte Fälle mit artifiziellen Haut-Affektionen beschrieben werden (Urk. 11/M26/4). Auch hinsichtlich der übrigen diagnostischen Kriterien - der Beschwerdeführerin selbst unklare Motivation für ihr Verhalten, obwohl für die nicht direkt beteiligte Umgebung evident ist, dass sie mit der Einnahme der Krankenrolle versucht, die betroffenen Medizinalpersonen dazu zu bewegen, sich möglichst lange und intensiv mit ihr zu beschäftigen; fehlende Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin durch ihr Verhalten, abgesehen von der menschlichen Zuwendung, irgendeinen Nutzen erfährt - zeigte Dr. E. ___ auf, dass diese im Fall der Beschwerdeführerin erfüllt sind. Sodann konnte er auch auf weitere, die Diagnose unterstützende Charakteristika verweisen. Die klinische Präsentation der Ulzera, welche scharfe Ränder von völlig gesunder Haut hätten, sei äusserst atypisch, wobei es sich hierbei eigentlich gar nicht um Ulzera, sondern um exzidierte Haut und Unterhaut-Fettgewebe handle. Ferner sei der Verlauf völlig ungewöhnlich, es seien nirgends Nekrosen zu sehen, abgesehen von den teilweise kontaminierten Wundbänden gebe es keine Hinweise für Infektionen, und die Beschwerdeführerin habe auch nie irgendwelche systemischen Komplikationen entwickelt. Die anamnestische Befragung habe zudem eine äusserst schwierige Jugend zu Tage gefördert, was in solchen Fällen häufig sei. Schliesslich sei die Behandlung schwierig, was durch den über zehn Jahre dauernden Verlauf und die bisherige Erfolglosigkeit sämtlicher ärztlicher Massnahmen, inklusive der bisher über 3000 chirurgischen Interventionen, untermauert werde. In der Schlussbemerkung wies Dr. E. ___ schliesslich darauf hin, dass es sich bei der Artefakt-Krankheit der Beschwerdeführerin weder um eine Simulation noch um ein psychisches Leiden im engen Sinne handle.

5.4 Was die Beschwerdeführerin gegen die gutachterliche Diagnosestellung vorbringt, überzeugt nicht. Weder die diagnostischen Kriterien gemäss DSM-IV (vgl. Urk. 11/M26/1) noch diejenigen laut der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 7. Auflage, Bern 2010, F68.1 S. 272 f. setzen für die Diagnose einer artifiziellen Störung den direkten Nachweis des selbstschädigenden Verhaltens beziehungsweise Beweismittel, welche über die (fach-)ärztlich erhobenen Untersuchungsbefunde hinausgehen, voraus. Weitere Massnahmen, etwa eine Observation der Beschwerdeführerin im stationären Rahmen oder die Sicherstellung von Injektionsmaterial oder ähnlichen nicht direkt im Rahmen der medizinischen Untersuchung erhebbaren Beweisen, welche eine Selbstgefährdung der Fremdkörper indizieren könnten, waren mithin zur Diagnosestellung nicht erforderlich. Es liegt im Wesen dieser Erkrankung, dass die unmittelbar schädigende oder eine Erkrankung induzierende Handlung zielgerichtet und bewusst im Verborgenen geschieht und sich deshalb mit herkömmlichen Untersuchungsmethoden kaum je direkt nachweisen lassen dürfte (Urk. 11/M26/1 S. 1). Dr. C. ___ wies denn auch in seinem Bericht vom 15. Mai

2009 darauf hin, dass es sich bei einer kutanen Artefakt-Krankheit um eine Ausschlussdiagnose handle, welche sich nicht durch medizinische Tests affirmativ beweisen lasse, und die medizinischen Untersuchungen in erster Linie den Zweck hätten, bekannte Hauterkrankungen auszuschliessen (Urk. 17/6 S. 2). Aufgrund des Gesagten musste Dr. E.____ auch nicht detailliert aufzeigen, wie die Fremdkörper in den Körper der Beschwerdeführerin gelangt waren. Im Übrigen ist es aufgrund des vom Gutachter vermuteten Injektionsmechanismus mittels Spritzen durchaus glaubhaft, dass Fremdkörper auch an mit den blossen Händen weniger zugänglichen Stellen selbst eingebracht werden können, etwa im Rücken. In der dem Gutachten beiliegenden Literatur wird denn auch die grosse Kreativität der an einer artifiziellen Störung Erkrankten betont (Urk. 11/M26/4). Einzige bei der Beschwerdeführerin in Frage kommende Differentialdiagnose war die Simulation ("Malingering"; Urk. 11/M26/1 S. 3), welche aber mangels sichtbarer äusserer Anreize für das Verhalten unbestrittenermassen ausser Betracht fällt. Da es nach dem Gesagten in erster Linie um den Ausschluss des Vorliegens einer bekannten Hauterkrankung ging und danach höchstens die unstrittige Beantwortung der Frage, ob das Verhalten der Beschwerdeführerin durch äussere Anreize wie einen ökonomischen Nutzen motiviert war, in das psychiatrische Fachgebiet im engeren Sinn fiel, ist nicht ersichtlich, inwiefern die fehlende fachärztlich-psychiatrische Spezialisierung von Dr. E.____ die Glaubwürdigkeit seiner Schlüsse und der gestellten Diagnose beeinträchtigen könnte, zumal Dr. E.____ die einschlägige Fachliteratur studiert hat und den Fall mit dem Psychiater Dr. K.____ besprechen konnte (Urk. 62/1). Dass letzterer ein ausgewiesener Kenner der Problematik ist, wird auch durch seinen wissenschaftlichen Aufsatz "Automanipulation von Krankheit - Selbstinduzierte, aggravierte, simulierte Krankheit und die Automutilation", welcher dem Gutachten beiliegt (Urk. 11/M26), dokumentiert. Im Übrigen konnte Dr. E.____ auch deshalb auf die Anordnung einer eigentlichen psychiatrischen Untersuchung verzichten, weil sein Auftrag einzig die Beurteilung der Behandlung und Pflege der mit den Fremdkörpern zusammenhängenden körperlichen Beschwerden umfasste. Eine psychiatrische Behandlung stand damals hingegen nicht zur Diskussion (vgl. etwa Urk. 11/M49). Bei den Akten liegen ausführliche Berichte der mit den pflegerischen Massnahmen betrauten Pflegefachleute (vgl. etwa Urk. 11/72). Ferner war eine Pflegerin auf Wunsch der Beschwerdeführerin beim Untersuchungsgespräch mit Dr. E.____ anwesend (vgl. Urk. 11/M26 S. 2). Es ist deshalb nicht anzunehmen, dass die von der Beschwerdeführerin verlangte weitere Einholung der Einschätzung der Pflegefachleute noch wesentliche Erkenntnisse zur Klärung des Sachverhalts beisteuern könnte. Angesichts der zahlreichen aktenkundigen pathologischen und physikalischen Analysen der Exzisate und Fremdkörper (vgl. etwa Urk. 11/M35-36, Urk. 11/M61, Urk. 11/M70, Urk. 11/M78, Urk. 11/M84, Urk. 11/M88-91), im Rahmen welcher immer wieder verschiedenste Substanzen nachgewiesen werden konnten, ist auch nicht einzusehen, weshalb ein aus einer Wunde entferntes weisses Härchchen auch noch analysiert werden müsste, zumal selbst Dr. A.____ dem Vertrauensarzt Dr. B.____ am 28. März 2008 mitteilte, die Zusammensetzung der Exzisate sei für die Diagnosestellung wenig hilfreich (Urk. 11/M49). Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, Dr. E.____ habe sie nicht der in Anbetracht des Verdachts auf Selbstinjektion der Fremdkörper naheliegendsten Untersuchungsmassnahme, einer mehrzügigen Klausur ohne die Möglichkeit zur Selbstbeibringung weiterer Fremdkörper, unterzogen, ist ihr entgegenzuhalten, dass sie derartige Untersuchungsmassnahmen bisher durch ihr Verhalten verunmöglicht hat. So

hat sie die von Dr. C.____ im Rahmen der stationären Hospitalisation in der Dermatologischen Klinik des D.____ vom 16. bis 17. April vorgeschlagene alternative Verbandstechnik bereits kurz nach dem Spitaleintritt derart entschieden abgelehnt, dass Dr. C.____ sie nach einem Tag wieder nach Hause entlassen musste (Urk. 17/6). Auch eine geplante Hospitalisation in der Klinik M.____ musste unterbleiben, weil die Beschwerdeführerin weiterhin auf der gewohnten, rund sieben Stunden pro Tag in Anspruch nehmenden Pflege bestand, welche in der Klinik nicht angeboten werden konnte (Urk. 11/M11 S. 5 und 9 f.). Unter diesen Umständen ist es nachvollziehbar, dass Dr. E.____ auf eine Hospitalisation der Beschwerdeführerin verzichtete (vgl. Urk. 11/M26 S. 11). Wenn sie sich nun im Rahmen des Beschwerdeverfahrens bereit erklärt, sich einer weiteren Begutachtung in einem geeigneten, ihren Gesundheitszustand nicht gefährdenden Institut zu unterziehen, muss aufgrund ihres bisherigen Verhaltens davon ausgegangen werden, dass sie einer längerdauernden, strikten Klausur weiterhin nicht zustimmen wird. Wie zuvor ausgeführt reichen zudem die vorhandenen Befunde zur diagnostischen Einordnung des Geschehens.

Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass die von Dr. C.____ entfernten Fremdkörper teils von einem blauen Polarisationsfilter stammen könnten. Hierbei handelt es sich um eine blosser, nicht hinreichend belegte Behauptung, welche angesichts der gesamten Beweislage nicht weiter zu prüfen ist. Ihre Behauptung, es sei während der Operation im Spital Y.____ zu einem ungewöhnlichen Ereignis gekommen, findet in den Akten und dabei insbesondere im Operationsbericht vom 11. August 1993 und im Anästhesieprotokoll ebenfalls keine Stütze (Urk. 11/M26/2). Soweit die Beschwerdeführerin auf die Beurteilung eines Dr. P.____ verweist, wonach die Exzisate abgesplitterte Fremdkörper enthielten, welche nicht selbst injiziert werden könnten, ist zu berücksichtigen, dass der zitierte Bericht ihrem Rechtsvertreter erklärtermassen nie vorgelegen hat und er ihn auf entsprechende Aufforderung des Gerichts hin auch nicht zu den Akten reichen konnte (Urk. 56, Urk. 63). Deshalb beruht auch dieser Einwand auf blossen unbewiesenen Behauptungen. Dass Dr. A.____ laut eigenen Angaben im Bericht vom 11. Februar 2010 noch nie Einstichstellen oder Stichkanäle identifizieren konnte, welche das Einbringen von Fremdkörpermaterial unter die Haut zulassen würden (Urk. 11/M12), kann etwa mit seiner Rolle als hauptsächlich auf die Behandlung des Leidens fokussierter Arzt erklärt werden und vermag für sich allein die gut dokumentierten gutachterlichen Schlüsse nicht zu erschüttern. Insgesamt fehlen trotz äusserst umfangreicher Abklärungen Anhaltspunkte für die Richtigkeit der beschwerdeführerischen Hypothese, dass die ausgetretenen Fremdkörper Splitterteile eines bei der Operation im Jahr 1993 geborstenen Laparoscops seien. Die gutachterliche Beurteilung von Dr. E.____ ist nicht zuletzt auch deshalb glaubwürdig, weil der Gutachter zwar einen Zusammenhang zwischen einer früheren Operation und dem Auftreten der Fremdkörper kategorisch verneinte, dagegen aber zu Gunsten der Beschwerdeführerin einräumte, er könne nicht ausschliessen, dass einzelne der in der Vergangenheit durchgeführten medizinische Eingriffe sinnvoll gewesen seien (Urk. 11/M26).

Die behandelnden Ärzte Dr. Z.____ und Dr. A.____ gingen im Gegensatz zu Dr. E.____ davon aus, dass die Fremdkörper von einem anlässlich der Operation im Spital Y.____ im Jahr 1993 geborstenen Laparoskop stammten. Gegenüber dem Vertrauensarzt Dr. H.____ begründeten sie dies damit, die Hypothese der Beschwerdeführerin, dass anlässlich der 1993 im Spital Y.____ durchgeführten

Operation das Endoskop zerborsten sei, müsse mangels genügender Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Mänchhausensyndroms als glaubwürdig gelten (Urk. 11/M64). Diese Beurteilung überzeugt deshalb nicht, weil sie allein auf den unkritisch übernommenen subjektiven Mutmassungen der Beschwerdeführerin beruht und sich nicht - wie das Gutachten von Dr. E. ___ - auf umfassenden, allseitigen Abklärungen stützt. Es fällt zudem auf, dass die Angaben von Dr. A. ___ zur Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht in all seinen Berichten gleich lauten und teils in klarem Widerspruch zueinander stehen, wobei sich der behandelnde Dermatologe gegenüber der Helsana mehrmals im Sinne der Beurteilung von Dr. E. ___ geäußert hat (Urk. 11/M25 Urk. 11/49-50, Urk. 11/64). Dies deckt sich mit der Bemerkung von Dr. C. ___ am Ende seines Berichts vom 15. Mai 2009, aufgrund seiner Beobachtungen sei er zur Auffassung gelangt, dass ein die Beschwerdeführerin behandelnder Arzt in einen Rollenkonflikt gerate, wenn er gegenüber einer Versicherung oder in einem juristischen Verfahren medizinische Fragen zum sich abspielenden Krankheitsprozess beantworten müsse (Urk. 17/6 S. 3). Da schliesslich auch die Dres. F. ___ und C. ___ einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Fremdkörper und der 1993 erfolgten Operation ausschlossen und das Gutachten von Dr. E. ___ nach dem Gesagten voll beweiskräftig ist, muss - in Anbetracht der gesamten Umstände und bei fehlenden weiteren Erklärungsansätzen - mit dem auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. vorstehend Erwägung 2.4) als erstellt gelten, dass die Beschwerdeführerin an einer artifiziellen Störung leidet und die Fremdkörper selbst von aussen in die Haut einbringt.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1 Ä Ä Ä Ä Zu prüfen bleibt, ob das von Dr. E. ___ empfohlene Behandlungskonzept zweckmässiger ist als die bis anhin durchgeführten Behandlungsmassnahmen.

6.2 Ä Ä Ä Ä Dr. E. ___ führte in seinem Gutachten aus, die bisherige Behandlung sei nicht zweckmässig gewesen. Dies werde durch den beinahe 15jährigen Verlauf unterstrichen, welcher abgesehen von einer Verlagerung der Läsionen keine Heilungstendenzen zeige. Die "Ulzera" beziehungsweise Läsionen in der Haut der Beschwerdeführerin gingen auf Exzisionen von Fremdkörpern durch ihre behandelnden Ärzte zurück. Indikation für die Exzisionen seien laut Angaben der Beschwerdeführerin starke, mit Analgetika nicht behandelbare Schmerzen gewesen. Zum einen sei aber aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchung und auch während des Gesprächs nie über Schmerzen geklagt habe, auch nicht bei Druck auf den zwei angeblich "reifenden" Stellen mit von der Beschwerdeführerin vermuteten subkutanen Fremdkörpern. Dies korrespondiere mit den Beobachtungen anlässlich der Ultraschalluntersuchung vom 25. Januar 1999. Es entspreche denn auch der einschlägigen medizinischen Erfahrung, dass etwa Fremdkörper, welche bei Explosionen unter die Haut eindringen, allenfalls zu Beginn Schmerzen verursachen können, in der Folge aber von Granulationsgewebe umgeben und inert werden. Es gebe sehr viele Menschen, die ihr Leben lang mit solchen, teils an sensiblen Orten liegenden Fremdkörpern in ihrem Körper ohne jegliche Beschwerden oder Komplikationen lebten. Deshalb sei nicht einzusehen, weshalb mikroskopische, oft deutlich weniger als einen Millimeter umfassende subkutane Fremdkörper - vom Zeitpunkt des Eindringens in den Körper abgesehen - über längere Zeit Schmerzen bereiten sollten. Zum anderen hätten die durch die Exzisionen verursachten Läsionen völlig reizlose und nichtnekrotische Wundränder.

Aufgrund der vorliegenden Bilder von Exzisionen müsste auch festgestellt werden, dass durchwegs gesundes Gewebe entfernt worden sei, wobei auch die vorhandenen Histologien der Exzisionen abgesehen von reaktiven entzündlichen Veränderungen keine pathologischen Veränderungen zeigten, welche zwingend eine Entfernung indiziert hätten. Die Exzisionen seien mithin unnötig, und weitere Exzisionen würden nur neue Wunden mit einem viele Monate dauernden Heilungsprozess schaffen, so dass die anhaltende Behandlungsbedürftigkeit letztlich als iatrogen bezeichnet werden müsste. Deshalb sei durch Dr. J. ___ von der spezialisierten Wundprechstunde der Klinik für Herz- und Gefässchirurgie folgender Behandlungsplan entworfen worden: Betreuung der Wundsituation durch ein spezialisiertes Team, welches die Behandlungsmassnahmen führe und ein einheitliches, auf modernen Prinzipien basierendes Therapiekonzept anwende; initial dreimalige Wundversorgung pro Woche nach modernen Wundbehandlungsprinzipien ("Feuchttherapie"); häufigere Verbandwechsel seien klar nicht indiziert, mit den heute verwendeten modernen Materialien würden auch viel grössere Wunden in schlechterem Zustand erfolgreich behandelt; diesbezügliche Instruktion der Spitex durch die Spezialisten der Wundprechstunde des D. ___; möglicher Rückgang auf zweimalige Behandlung pro Woche bei fortschreitender Wundheilung; anfänglich monatliche Kontrollen in der Wundprechstunde, spätere Kontrollfrequenz je nach Verlauf; Vermeiden von Fremdkörper- und Wundrandexzisionen (Urk. 11/M26 S. 12 f.).

6.3. Das gutachterliche Behandlungskonzept überzeugt. Zum einen basiert es, im Gegensatz zu den bisher vorgenommenen Massnahmen, auf der klaren, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellten Diagnose einer artifiziellen Störung, in deren Rahmen die Beschwerdeführerin sich die Fremdkörper selbst unter die Haut injiziert. Zum anderen entspricht es den neuesten Prinzipien der Wundbehandlung. Sodann legte Dr. E. ___ überzeugend dar, dass die bisherige Behandlung nicht zweckmässig war. Im gleichen Sinn bemerkte bereits Dr. C. ___, das Krankheitskonzept der Beschwerdeführerin sowie die damit verbundene "Kultur" des Verbandwechsels sei mit schulmedizinischen Konzepten nicht vereinbar (Urk. 17/6). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin trifft es nicht zu, dass Dr. C. ___ ihre bisherige Behandlung in seinem Bericht vom 15. Mai 2009 als zweckmässig bezeichnete (Urk. 17/6). Schliesslich stand, wie bereits zuvor ausgeführt (Erwägung 5.4), eine psychiatrische Behandlung bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids nicht zur Diskussion (vgl. auch Urk. 11/M26 S. 13), weshalb eine psychiatrische Abklärung unterbleiben konnte.

Des Weiteren ist nicht zu beanstanden, dass die Helsana der Beschwerdeführerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid angezeigt hat, nur diejenigen Kosten für Behandlungs- und Pflegemassnahmen zu übernehmen, welche von der Medizinischen Poliklinik des D. ___ selbst durchgeführt, angeordnet oder überwacht würden (Urk. 2, Urk. 11/K18). Da die die Beschwerdeführerin parallel behandelnden Dres. A. ___ und Z. ___ das aufwendige Behandlungsprozedere, welches im Wesentlichen nach den Direktiven der Beschwerdeführerin ablief, nicht hinterfragten und Dr. A. ___ auch nach Kenntnisnahme des Gutachtens von Dr. E. ___ weitere Exzisionen vornahm beziehungsweise anordnete (vgl. Urk. 11/M11-12, Urk. 11/M25), bestehen zumindest erhebliche Zweifel, dass diese Ärzte das von Dr. E. ___ vorgeschlagene Konzept uneingeschränkt mittragen. Indes ist es für eine erfolgreiche Therapie von Personen mit einer artifiziellen Störung gemäss Dr. E. ___ von zentraler Bedeutung, dass

diese von einer Bezugsperson beziehungsweise von einem Team betreut werden und ein "Doktor-Shopping" unterbleibt; zudem sollten die behandelnden Ärzte trotz der stupenden Überzeugungskraft der Beschwerdeführerin am von Dr. E. ___ festgelegten Behandlungskonzept festhalten (Urk. 11/M26 S. 13). Weil die Beschwerdeführerin bis anhin kategorisch an ihrem bisherigen Krankheits- und Behandlungskonzept festhielt und weder eine bezüglich den von Dr. E. ___ empfohlenen Massnahmen vergleichbar zweckmässige Behandlung vorschlug noch valable Gründe vorbrachte, weshalb ihr eine durch die Spezialisten der Wundsprechstunde des D. ___ überwachte Behandlung unzumutbar sei, durfte die Helsana diese Ärzte als medizinische Leistungserbringer bestimmen. Mit einer Behandlung durch die fachlich bestqualifizierten Spezialisten der Wundsprechstunde des D. ___ ist sichergestellt, dass die Behandlung der Beschwerdeführerin den neuesten medizinischen Standards entspricht und angemessen auf ihre Allergien (vgl. Urk. 11/M26 S. 6) Rücksicht genommen wird. Gleichzeitig steht es der Beschwerdeführerin frei, ihre Pflegerinnen und Pfleger, welche die Wundversorgung unter der Aufsicht der Spezialisten des D. ___ vornehmen, selbst zu bestimmen.

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführerin auch bei Anwendung des von Dr. E. ___ empfohlenen Behandlungskomplexes im Falle von Komplikationen oder unerwarteten Entwicklungen selbstverständlich der Zugang zu den notwendigen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung freisteht.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

Die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters wird gestützt auf Art. 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 8 und Art. 9 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht bemessen, wobei ein unnötiger oder geringfügiger Aufwand nicht ersetzt wird (Art. 8 Abs. 1).

Der mit Verfügung vom 23. Januar 2012 (Urk. 51) bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Eric Stern, machte mit seiner Kostennote vom 20. Februar 2012 einen Zeitaufwand von 120,9 Stunden bei einem Stundensatz von Fr. 200.-- sowie Barauslagen von Fr. 367.20 geltend, was unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer einer Entschädigung von Fr. 26'506.65 entsprechen würde (Urk. 55).

Das geforderte Anwaltshonorar überschreitet die praxisgemäss vom hiesigen Gericht bei ähnlich schwierigen und aktenmässig umfangreichen Fällen zugesprochenen Entschädigungen deutlich. Bereits im Hinblick auf die rechtsgleiche Behandlung der vom Gericht bestellten unentgeltlichen Rechtsvertreter ist der Aufwand gemäss Kostennote angemessen zu kürzen. Wie zudem aus der eingereichten Aufstellung der Kosten hervorgeht, hat der Rechtsvertreter vor allem für die Instruktion der Beschwerdeführerin unnötig viel Zeit aufgewendet und dem Gericht den Aufwand für zahlreiche Fristenstreckungsgesuche in Rechnung gestellt, welche nicht direkt mit dem Fall zusammenhingen, sondern durch die eigene Arbeitsorganisation oder private Hinderungsgründe bedingt waren (vgl. etwa Urk. 25-26, Urk. 39, Urk. 40-41). Ferner sind seine Ausführungen in der Replik und Triplik teils repetitiv beziehungsweise beschränken sich, wie von der Helsana in der Quadruplik zu Recht bemerkt (Urk. 50 S. 2), darauf, seitenweise Ausführungen der Helsana zu wiederholen. Auch dies hat als

unentgeltlicher Aufwand zu gelten. Deshalb rechtfertigt es sich, die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters ermessensweise festzusetzen. Bei grosszügiger Betrachtung können angesichts der besonderen Umstände des Falls fünf Stunden Aufwand für die Instruktion vor und eine Stunde für die Instruktion nach Erhalt des Urteils, zwölf Stunden für das Studium der umfangreichen Akten, zwölf Stunden für das Verfassen sich auf das Wesentliche beschränkender Rechtsschriften (Beschwerdeschrift, Replik und Triplik), zwei weitere Stunden für das mit zahlreichen Belegen eingereichte Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege, eine Stunde für weitere Korrespondenz mit dem Gericht sowie eine Stunde für den Beizug diverser Unterlagen als gerechtfertigt betrachtet werden. Dieser Zeitaufwand von 34 Stunden entspricht - multipliziert mit dem gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- - einer Entschädigung von Fr. 6'800.--. Die geltend gemachten Auslagen von Fr. 367.20 liegen noch im angemessenen Rahmen, weshalb diese von der Gerichtskasse übernommen werden können. Unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 8 % ist dem unentgeltlichen Rechtsvertreter daher eine Entschädigung von aufgerundet Fr. 8'000.-- aus der Gerichtskasse zuzusprechen.

Die Beschwerdeführerin ist darauf hinzuweisen, dass sie diesbezüglich laut § 16 Abs. 4 GSVG zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Das Verfahren ist kostenlos.
 3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, wird mit Fr. 8'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.
 4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Eric Stern
 - Helsana Versicherungen AG, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 56 und 63
 - Bundesamt für Gesundheitsowie an:
 - Gerichtskasse
 5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).
- Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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