

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00121 vom 1. Februar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2017.00121

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00121 du 1 février 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00121 del 1 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1

geborene X.____

war ab dem 1. Januar 2017 bei der Stiftung Krankenkasse Wädenswil

(nachfolgend: Krankenkasse) unter Einschluss der Unfalldeckung obligatorisch krankenpflegeversichert (Urk. 12/2). Am 21. Juli 2017, mit Alter 86, zog sie sich eine Kontusion des rechten Unterschenkels zu, wobei an der verletzten Stelle bereits seit rund zwei Jahren zirkuläre infizierte Ulzera

bestanden hatten. Deshalb wurde sie ab dem 26. Juli 2017 in der Z.____ des A.____ behandelt. Die Ärzte diagnostizierten eine Phlegmone (eitrige Entzündung) und ein Lymphödem im rechten Unterschenkel, eine valvuläre Herzkrankheit sowie eine koronare 1-Gefässerkrankung, eine mittelschwere chronische Niereninsuffizienz und ein normo- bis tachykardes Vorhofflimmern (Urk. 3/3).

E. 1.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

Die Beschwerdeführerin beantragt unter anderem die Übernahme der Kosten von Transporten vom Pflegeheim zum A.____, für einen Rollator und für ärztlich verordnete Physiotherapie (Urk.

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid ihre Leistungspflicht für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin in grundsätzlicher Hinsicht geprüft und verneint.

Obwohl die dem Einspracheentscheid zugrunde gelegene Verfügung vom 20. Oktober 2017 (Urk. 3/20) nur einen Rehabilitationsaufenthalt in der D.____ betraf, hat sie – entsprechend dem Begehren der Beschwerdeführerin in der Einsprache (Urk. 3/21) – auch den Anspruch auf Leistungen für den Aufenthalt im B.____ geprüft und verneint.

Dieses Vorgehen liegt im Interesse der Beschwerdeführerin und dient der Prozessökonomie und ist daher nicht zu beanstanden. Soweit in der Beschwerde um Vergütung der für den Rehabilitationsaufenthalt im B.____ angefallenen Kosten ersucht wird, ist auf die Beschwerde einzutreten und der Anspruch ist materiell zu prüfen. 2.

E. 1.3

Nachdem die Versicherte den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt hatte (Urk. 3/18/1), holte die Krankenkasse bei ihrem Vertrauensarzt eine weitere

Stellungnahme vom 20. Oktober 2017 ein (Urk. 3/19) und erliess die Verfügung vom 20. Oktober 2017, womit sie einen Anspruch der Versicherten auf Übernahme der Kosten für eine stationäre Rehabilitation in der D.____ mangels Spitalbedürftigkeit verneinte (Urk. 3/20). Ab 24. Oktober 2017 war die Versicherte im B.____ hospitalisiert (Urk. 3/22, Urk. 20). Mit Einsprache vom 30. Oktober 2017 opponierte sie gegen die Verfügung und beantragte die Erteilung der Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation im B.____ (Urk. 3/21 S. 1). Nachdem die Ärzte des B.____ mit Stellungnahmen vom 31. Oktober und 3. November 2017 (Urk. 3/22, Urk. 3/24) die Krankenkasse um Wiedererwägung ihres Entscheids ersucht hatten, der Vertrauensarzt hierzu am 2. November 2017 Stellung genommen (Urk. 3/23;

vgl. auch Urk. 3/25-26) und die Versicherte am 12. November 2017 ihre aktuellen Therapiepläne zu den Akten gereicht hatte (Urk. 3/27), verneinte die Krankenkasse mit Einspracheentscheid vom 17. November 2017 ihre Leistungspflicht für eine stationäre Rehabilitation in grundsätzlicher Hinsicht (Urk. 2).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Y.____, mit Eingabe vom 4. Dezember 2017 Beschwerde und beantragte sinngemäss, es sei die Krankenkasse zu verpflichten, ihr die Kosten für die Rehabilitation im B.____ zu vergüten; eventualiter sei ein medizinisches Gutachten einzuholen, welches sich zu ihrer Spitalbedürftigkeit anlässlich des fraglichen Rehabilitationsaufenthaltes äussere (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeergänzung vom 9. Dezember 2017 stellte die Beschwerdeführerin zusätzlich den Antrag auf Übernahme der Kosten von Transporten vom Pflegeheim zum A.____, für einen Rollator und für ärztlich verordnete Physiotherapie (Urk.

E. 2.1

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden (lit . a), einen Beitrag an die ärztlich angeordneten Badekuren (lit . c), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit . d) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit . e). 2.2

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. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu

beschränken haben, das für den Behandlungszweck erforderlich ist. Demnach haben sie dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen. Wirksam ist eine medizinische Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Die Zweckmässigkeit kann als „angemessene Eignung im Einzelfall“ umschrieben werden (BGE 123 V 53 E. 2c/ bb ; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 142/03 vom 24. Juni 2004 E. 1.2). 2 .3

2 .3.1

Medizinische Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit . d KVG zeichnet sich dadurch aus, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und dass Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Sie bezweckt, die durch Krankheit oder deren Behandlung bewirkten Funktionseinbussen mit Hilfe medizinischer Massnahmen zu beheben, und kann eine berufliche, funktionale oder soziale Eingliederung zum Ziel haben. Ein Rehabilitationspotential als grundlegende Anspruchsbedingung setzt voraus, dass nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann beziehungsweise, bei progredienten Erkrankungen, wenigstens mit einer Stabilisierung.

Medizinische Rehabilitation kann ambulant, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder stationär in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen (BGE 126 V 323 E. 2c; Urteile des Bundesgerichts 9C_824/2007 vom 3. April 2008, E. 3.3.1, sowie 9C_193/2007 vom 11. Januar 2008, E. 3 ; Eugster , Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3 . Auflage 2016, S. 545

Rz

456 ff. mit weiteren Hinweisen). 2 .3.2

Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, das heisst einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss ein Gesundheitsschaden vorliegen, welcher eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (das heisst unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 323 E. 2b-c mit Hinweisen). Massgebend sind die gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Spitaleintritts. Der Heilungserfolg rechtfertigt keine nachträgliche Bejahung nicht gegebener Spitalbedürftigkeit (Eugster , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2. Auflage, Zürich 2018 , Art. 25 Rz

66 ff. und 70 mit Hinweisen). 2.3.3

Kein Anspruch auf stationäre Rehabilitation besteht, wenn diese ambulant oder in einem Kurmilieu durchführbar ist (Eugster, a.a.O., Art. 25 Rz 58 mit Hinweis). Für die stationäre Rehabilitation von Langzeitpatienten sind die Pflegeheime zuständig, soweit medizinisch aufgrund der notwendigen Behandlungsintensität, des Behinderungsgrades, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierenden Krankheiten nicht ein Aufenthalt in einem Spital notwendig ist (Art. 39 Abs. 3 KVG). Für die Abgrenzung ist die Frage der medizinischen Notwendigkeit beziehungsweise Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entscheidend. Bei den Pflegefällen ohne Spitalbedürftigkeit handelt es sich in der Regel um Dauerleiden, im Hauptanwendungsfall um Alterskrankheiten, bei denen nicht die medizinische Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Allenfalls notwendige ärztliche Behandlung ist ambulant oder mittels Hausbesuchen des Arztes durchführbar, während die Pflege nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung ist, sondern dazu dient, die Folgen der Hilflosigkeit auszugleichen (Eugster, Rechtsprechung, a.a.O., Art. 49 Rz 58 ff. mit Hinweisen). 3.

3.1

Die Krankenkasse begründet ihre Weigerung, die beantragten Kosten für die stationäre Rehabilitation der Beschwerdeführerin im B.____ zu übernehmen, damit, es sei keine Spitalbedürftigkeit ausgewiesen. Ihr Vertrauensarzt Dr. C.____ habe überzeugend dargelegt, dass die betagte Beschwerdeführerin der Erholung nach schwerer Krankheit bedürfe, dass zur Rehabilitation aber keine stationären Massnahmen nötig seien. Die Phlegmonen seien nicht

rehabilitativ behandelbar, während die Fortbewegungsdefizite auch ambulant behandelt werden könnten. Im Vordergrund stehe eine Mobilisation mit Hilfe der Spitex. Falls diese nicht erfolgreich sei, könne ein vorübergehender Pflegeheimaufenthalt mit entsprechender ambulanter Behandlung übernommen werden. Der regelmässige Besuch einer Physiotherapie könne ohne grössere Probleme vom Pflegeheim organisiert werden. Die sich aus den von der Beschwerdeführerin eingereichten Therapieplänen ergebende intensive stationäre Therapie sei in dieser Form nicht notwendig. Zu keinem anderen Schluss führe der Umstand, dass die Behandlung unter Spitalbedingungen erfolgreich gewesen sei (Urk. 2, Urk. 3/20 S. 3, Urk.

E. 6

S. 2). Diese Leistungsansprüche wurden im Rahmen des angefochtenen Einspracheentscheids nicht behandelt (Urk. 2; vgl. auch Urk.

E. 11

S. 3 ff.). 3.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, ihre Spitalbedürftigkeit anlässlich der stationären Rehabilitation im B.____ sei ausgewiesen; deshalb sei die Krankenkasse verpflichtet,

die Kosten zu übernehmen. Bis Ende Juli 2017 habe sie mit ihrem pflegebedürftigen Mann zu Hause gelebt. Nach ihrem Sturz Ende Juli 2017 habe sie kaum mehr gehen können; zudem sei es zu einer schweren Entzündung am rechten Unterschenkel gekommen. Sie sei in der Folge

notfallmässig ins Spital eingewiesen worden . Der Ehemann habe wegen ihrer Hospitalisation in ein Pflegeheim eintreten müssen. Nach der Operation vom 9. August 2017 habe sie sich im Spital während Wochen kaum bewegen können, worunter ihre Muskeln, ihre Gehfähigkeit und ihre Lunge gelitten hätten. Um nach Hause zurückkehren zu können, habe sie wieder gehen lernen müssen. Wegen der Ablehnung ihres Kostengutsprache gesuchs für eine stationäre Rehabilitation sei sie nach sechswöchigem Aufenthalt aus dem A.____ in das E.____ in F.____ verlegt worden. Da eine medizinische Versorgung

in der nötigen Intensität dort nicht gewährleistet gewesen sei – sie sei ein bis zwei Mal pro Woche mit Physiotherapie und Lymphdrainage behandelt worden und insgesamt sechs Mal mit einem speziellen Transport für Rollstuhlfahrer zur Kontrolle in das A.____ gefahren worden

– und

im E.____ auch keine Möglichkeit zu körperlichem Training bestanden habe , hätten sich ihre körperlichen Defizite nicht verbessert. Als ihr Ehemann am 20. September 2017 im Pflegezentrum gestorben sei, sei sie immer noch im Rollstuhl gewesen.

Wegen der steilen Treppe zwischen den Wohn- und Schlafräumen bei ihr zu Hause habe sie nicht heimkehren können , so lange sie auf den Rollstuhl angewiesen gewesen sei . Da sich ihre Mobilität nach sieben Wochen im Pflegeheim nicht verbessert habe , sei sie am 24. Oktober 2017 aus eigener Initiative und mit ärztlicher Einweisungsverfügung ins B.____ eingetreten. Dank der Einhaltung des strengen und intensiven Trainingsplans

habe sie es geschafft, sich vom Rollstuhl unabhängig zu machen. Wegen der Gefahr von Fehl- und Überbelastung vor dem Hintergrund ihrer Herzkrankung sei konstante ärztliche Aufsicht erforderlich gewesen. Mitte November 2017 habe sie nach Hause zurückkehren können (Urk. 1 S. 5 und 7 , Urk. 3/21 S. 2 f. , Urk. 6 S. 2 f., Urk. 7/1, Urk. 7/4-7) . Ohne die stationäre Therapie

wäre dies nicht möglich gewesen . Sie sei weiterhin auf intensive Physiotherapie angewiesen, um zu lernen, die Treppe ohne Hilfe zu überwinden. Vorläufig lebe sie im unteren Stock ihres Hauses , bewege sich mit Hilfe eines Rollators fort und könne mit Hilfe einer Drittperson den oberen Stock erreichen (Urk. 1 S. 9 , Urk. 3/21 S. 3, Urk. 6 S. 3).

Die behandelnden Ärzte hätten in ihren Kostengutsprache gesuchen an die Krankenkasse einleuchtend dargelegt , dass die stationäre Rehabilitation wegen der eingeschränkten Mobilität und der persönlichen und häuslichen Umstände , welche den Heilungsprozess erschwerten, nötig sei (Urk. 1 S. 6 , Urk. 3/21 S. 3) .

Im Gegensatz dazu habe Dr. C.____ sie nie persönlich untersucht und auch nie mit den Behandlern Kontakt aufgenommen . Entgegen seiner Ansicht sei die stationäre Rehabilitation auch nicht wegen

der Behandlung von Phlegmonen nötig gewesen . Auf seine Beurteilungen könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 2 , Urk. 3/21 S. 5). Eventuell sei vom Gericht ein ärztliches Gutachten in Auftrag zu geben, welches sich über die Spitalbedürftigkeit bei Eintritt in das B.____ ausspreche (Urk. 1 S. 9 , Urk.

E. 15

). 4. 4.1

Den Akten ist zu entnehmen, dass seit zwei Jahren infizierte zirkuläre Ulzera supramalleolär bestanden hatten, als die Beschwerdeführerin am 21. Juli 2017 eine Kontusion des rechten Unterschenkels erlitt. Ab dem 26. Juli 2017 wurde sie in der G.____

des A.____ stationär behandelt. Die Ärzte diagnostizierten eine Phlegmone (eitrige Entzündung) und ein Lymphödem im rechten Unterschenkel bei kardiovaskulären Risikofaktoren (Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie), eine valvuläre Herzkrankheit sowie eine koronare 1-Gefässerkrankung, eine mittelschwere chronische Niereninsuffizienz und ein normo- bis tachykardes Vorhofflimmern. Sie hielten fest, die schwere Entzündung des distalen Unterschenkels

sei am ehesten sowohl auf das Lymphödem als auch eine crurale

Arteriopathie (Arterienerkrankung im Bereich des Unterschenkels) zurückzuführen (Urk. 3/3).

Die Beschwerdeführerin wurde mit Antibiotika behandelt, und am 2. August erfolgte eine PTA (perkutane transluminale

Angioplastie; Verfahren zur Erweiterung verengter Blutgefäße) der Arteria tibialis

anterior rechts. Am 9. August 2017 wurde der rechte Unterschenkel operativ saniert mit einer Fasziektomie und anschließender Thiersch-Deckung. In der Folge kam es zu starken Blutungen, weswegen der Beschwerdeführerin mehrere Erythrozytenkonzentrate verabreicht werden mussten. Danach befand sie sich in stark reduziertem Allgemein- und Ernährungszustand (Urk. 3/7).

Nach einem Aufenthalt im H.____ in F.____ (Urk. 3/22 S. 2), in dessen Rahmen sie im September und Oktober 2017 ein bis zwei Mal pro Woche mit Physiotherapie und Lymphdrainage behandelt und sechs Mal zur Kontrolle in das A.____ gefahren wurde (Urk. 7/1, Urk. 7/4-7),

befand sie sich vom 24. Oktober bis zum 17. November 2017 stationär im B.____ (Urk. 20) und absolvierte ein Tagesprogramm mit diversen Trainings und Physiotherapie (Urk. 3/27). 4.2

Im ersten Gesuch um Kostengutsprache für eine stationäre kardiologische Rehabilitation vom 8. August 2017 erwähnten die Ärzte der G.____ als Funktionsdefizite eine Wundheilungsstörung, einen unzureichenden Ernährungszustand, eine eingeschränkte Mobilität, Herzrhythmusstörungen sowie einen stark reduzierten Allgemeinzustand. Als therapeutische Massnahme sei eine Physiotherapie nötig. Behandlungsziel sei die Beurteilung der Wiedereingliederung in den Alltag, die Erhöhung der körperlichen Selbstständigkeit (Ausdauer, Beweglichkeit, Kraft, Koordination) und der Aufbau bzw. die Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit nach langer Hospitalisation

mit dem Ziel, die Selbstständigkeit im Alltag wieder zu erlangen und nach Hause zurückkehren zu können. Als soziale Indikationen seien die Wohnsituation mit baulichen Hindernissen (Treppe, kein Lift) und die für den Heilungsprozess schwierigen persönlichen und häuslichen Umstände zu nennen (Urk. 3/4, Urk. 3/6).

Im Überweisungsformular für eine orthopädische stationäre Rehabilitation

erwähnten die Ärzte des A.____ am 14. September 2017 unter den Funktionsstörungen neu eine Gangstörung und bei den notwendigen therapeutischen Massnahmen zusätzlich Lymphdrainage und Lymphkompression (Urk. 3/9 ; vgl. auch Urk. 3/15).

Im Wiedererwägungsgesuch vom 11. Oktober 2017 führten die Ärzte des A.____

aus, bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine rüstige und äusserst aktive ältere Dame, die sich bis zuletzt in ihrer eigenen häuslichen Umgebung selbständig versorgt habe und ihren Ehemann gepflegt habe. Sie sei bis zuletzt mobil gewesen, habe ohne Probleme längere Strecken gehen können und sei selbständig Auto gefahren. Wegen eines auslösenden Traumas im Zusammenwirken mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und einer chronisch venösen Insuffizienz sei es am linken (richtig wohl: rechten) Unterschenkel zu einer zunehmenden entzündlichen Reaktion gekommen. Die Wunden seien inzwischen gut geheilt. Nach den zuletzt durchgeführten operativen Massnahmen sei die Beschwerdeführerin äusserst motiviert, wieder den vorherigen Status zu erreichen. Es bestehe ein hohes Rehabilitationspotential. Momentan benötige sie noch Hilfe bei der persönlichen Pflege (Ankleiden, Fortbewegung und Körperpflege), zeige aber stetige Fortschritte. Das Laufen bereite ihr noch Probleme. Deshalb sei eine möglichst baldige gezielte stationäre physikalisch-medizinische Behandlung und Rehabilitation erforderlich (Urk. 3/12).

Im Gesuch vom 31. Oktober sowie im Wiedererwägungsgesuch vom 3. November 2017 um Erteilung der Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation erwähnten die Ärzte des B.____

bei den Diagnosen neu eine ausgeprägte Mobilitäts-, Beweglichkeits- und Alltagsfunktionseinschränkung nach kompliziertem Verlauf einer Unterschenkelphlegmone rechts mit einer aktuell persistierenden Wundheilungsstörung mit zusätzlichem Dekubitus (Wundliegeneschwür) in der Ferse sowie eine rechtsbetonte periphere arterielle Verschlusskrankheit im Stadium II. Laut den Ärzten wurde die Beschwerdeführerin aus dem H.____ in F.____

überwiesen. Bei Eintritt habe sie sich – wegen der langen Inaktivitätsphase und als klare Folge fehlerhafter Lagerungstechniken zur Unterschenkelentlastung - in einem sowohl kardiopulmonal als auch muskuloskelettal deutlich dekonditionierten und reduzierten Allgemeinzustand präsentiert. Zudem sei es zu einer Reduktion und Verkürzung der Muskulatur, speziell im Hüftbereich beidseits und im Kniebereich rechts (Extensionsdefizit 25 %), sowie zu einem ausgeprägten Dekubitus im Fersebereich rechts gekommen. Sie sei bezüglich der primären Alltagsaktivitäten, des Transferwechsels und der Mobilität vollständig auf die Hilfe des Personals und auf Hilfsmittel angewiesen gewesen. Wegen der deutlichen Kraftminderung im Rumpfbereich und in den unteren Extremitäten sei sie zunächst nur für wenige Schritte und in der Folge für Strecken von maximal 30 m am Rollator mobil gewesen; für längere Strecken sei sie auf den Rollstuhl angewiesen gewesen. Zudem habe eine erhöhte Sturzgefahr bestanden.

Aus rehabilitativer Sicht seien spezifische Massnahmen zur Erholung und Rekonditionierung der Funktionsdefizite bekannt. Hierzu gehörten in erster Linie aktivierende und interdisziplinär betreute physio- und ergotherapeutische Massnahmen wie Transfer-, Stand-, Geh- und Gleichgewichtstraining, Treppenmobilitätsübungen, die

Instruktion von Selbstübungen und der gezielte Kraftaufbau im Rahmen einer medizinischen Trainingstherapie. Auch passive Massnahmen wie Traktion, Massage und Muskelpunktbehandlung seien effektiv. Diese Massnahmen seien im stationären Rahmen bereits engmaschig durchgeführt worden (vgl. Urk. 3/27) und zeigten gute Erfolge. Übergeordnetes Ziel der vor dem Ereignis komplett selbständigen und soziokulturell aktiven Beschwerdeführerin sei der Austritt nach Hause. Das Potential zum Erreichen der Rehabilitationsziele sei trotz diverser Vorerkrankungen zweifelsfrei gegeben und eine stationäre Rehabilitation zwingend erforderlich (Urk. 3/22, Urk. 3/24). 4.3

Der Vertrauensarzt der Krankenkasse und Rechtsmediziner Dr. C.____ verneinte in seinen Stellungnahmen vom 9. und 25. August

(Urk. 3/5, Urk. 3/7), 25. September (Urk. 3/10), 13., 16. und 20. Oktober (Urk. 3/13, Urk. 3/16, Urk. 3/19) sowie 2. November 2017

(Urk. 3/23 S. 3 f.) jeweils eine Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin. Dies begründete er in seinen letzten Beurteilungen vom 16. Oktober sowie 2. November 2017 damit, die Beschwerdeführerin habe

schon vor der aktuellen Unterschenkelproblematik wegen ihrer Vorerkrankungen und ihres hohen Alters eine verminderte Erholungsfähigkeit aufgewiesen. Die Phlegmone, deren Behandlung und die dabei aufgetretenen Komplikationen hätten zusammen mit dem langen Akutspitalaufenthalt zu einer weiteren Schwächung ihres Allgemeinzustandes mit unspezifischen Folgen wie einem Selbstpfledefizit und einer allgemeinen Muskelschwäche zufolge Kraftverlust geführt. Spezifische, durch die Phlegmone verursachte Defizite seien nicht ausgewiesen. Deswegen könnten keine messbaren Rehabilitationsziele definiert werden, mit Ausnahme der Wundpflege durch eine spezialisierte Pflegefachperson, welche aber auch ausserhalb eines Spitals erfolgen könne. Die Beschwerdeführerin sei wegen ihrer schweren Krankheit und ihres hohen Alters geschwächt und müsse sich nun erholen. Spezifische Massnahmen zur Beschleunigung der Erholung seien nicht bekannt. Die in der Rehabilitationsklinik unter dem Titel «multimodales Therapieprogramm» zusammengefassten Massnahmen, welche angeblich das Wiedererlangen der geschwundenen Kräfte förderten, hätten keine konkret messbaren Ziele.

Die Fortbewegungsdefizite seien auch ambulant behandelbar; falls eine Mobilisation mit Hilfe der Spitex wider Erwarten nicht gelingen sollte, könne ihr die Krankenkasse einen vorübergehenden Pflegeheimaufenthalt anbieten (Urk. 3/16, Urk. 3/23). 5.

5.1

Nach Lage der Akten war die Beschwerdeführerin vor ihrer Hospitalisation im A.____

ab Ende Juli 2017 trotz hohem Alter rüstig und aktiv, versorgte sich in ihrer eigenen häuslichen Umgebung selbständig und pflegte ihren Ehemann. Die Akutbehandlung der Phlegmone war bei Eintritt in das B.____ abgeschlossen. Nach einem mehrwöchigen Aufenthalt in

einem Pflegeheim mit ein bis zwei Mal Physiotherapie und Lymphdrainage pro Woche und sechs Kontrollen im A.____ (Urk. 7/1, Urk. 7/4-7) befand sie sich am 24. Oktober 2017 bei Eintritt in das

B.____

in einem kardiopulmonal und muskuloskelettal deutlich dekonditionierten und reduzierten Allgemeinzustand und war im Gegensatz zu früher nicht mehr selbstständig in der Lage, für sich zu sorgen; ferner war sie

ohne Rollstuhl praktisch nicht mehr mobil. 5.2

Damit bestanden bei Eintritt in das B.____

noch klare Funktionseinbußen. Auch gab es entgegen der Ansicht von Dr. C.____ ein konkret messbares Rehabilitationsziel, nämlich die hauptsächlich funktionale Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin in ihren früheren aktiven Alltag. Dass eine Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand erwartet werden konnte und damit ein Rehabilitationspotential bestand, wird auch von Dr. C.____ nicht in Abrede gestellt. Es leuchtet ohne Weiteres ein, dass die damalige

kombinierte kardiopulmonale und muskuloskelettale

Dekonditionierung nicht durch bloße Erholung behoben werden konnte. Nach mehrwöchiger Therapie im und vom Pflegeheim aus

bestanden immer noch erhebliche Funktionseinbußen. Dies deutet

darauf hin, dass die Wirksamkeit der in jenem Rahmen möglichen, vergleichsweise weniger intensiven Behandlungsmassnahmen

ungenügend war. Dass

von den Ärzten in dieser Situation intensive therapeutische Bemühungen im Sinne der im B.____ durchgeführten interdisziplinären Massnahmen

(Urk. 3/24 S. 2, Urk. 3/27) verordnet wurden, ist nachvollziehbar.

Ebenso kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass das intensive Training der Beschwerdeführerin angesichts ihrer Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine kontinuierliche ärztliche Aufsicht erforderte.

Unter diesen Umständen war die

Rehabilitation

unter stationären Bedingungen

nötig, wobei die in abnehmendem Ausmass erforderliche Pflege zur Behebung der Folgen der anfänglich noch bestehenden Hilflosigkeit nicht im Vordergrund stand.

Hingegen kann aufgrund des Gesagten nicht auf die Beurteilung von Dr. C.____ abgestellt werden, zumal dieser Arzt die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht hat und – entgegen der Aufforderung der Krankenkasse (Urk. 3/19) – auch keine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten genommen hat. 5.3

Abschliessend steht fest, dass bei Eintritt der Beschwerdeführerin in das B.____

eine Spitalbedürftigkeit bestand und die Notwendigkeit der im stationären Umfeld durchgeführten therapeutischen Massnahmen ausgewiesen ist. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. November 2017 ist aufzuheben und es ist festzustellen, dass die Krankenkasse für die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin

im

B.____ vom 24. Oktober bis 17. November 2017 leistungspflichtig ist. Die Sache ist an die Krankenkasse zurückzuweisen, damit sie den konkret geschuldeten Betrag gestützt auf die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen ermittle und hernach erneut über ihre Leistungspflicht verfüge. 6.

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Die Beschwerdeführerin wurde durch ihre Tochter lic. iur. Y.____

vertreten, welche Rechtsanwältin ist (Urk. 1, Urk. 4, Urk. 7 S. 2). Angesichts der Höhe des Streitwertes und der Komplexität der Streitsache ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die (kostenpflichtigen) Dienste einer anderen qualifizierten Fachperson hätte in Anspruch nehmen müssen, falls ihre Tochter nicht fachkundig gewesen

wäre; ihre Interessenvertretung war ferner mit einem erheblichen Arbeitsaufwand verbunden und es ist nicht davon auszugehen, dass sie völlig kostenlos erfolgte.

Deshalb hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine angemessene Parteientschädigung (vgl. zum Ganzen Wilhelm, in: Zünd/Pfiffner Rauber, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Auflage, Zürich 2009, § 34 Rz 3 ff.).

Diese ist – unter Berücksichtigung eines reduzierten Stundenansatzes, da Y.____

soweit ersichtlich nicht als berufsmässige Rechtsvertreterin tätig ist

- ermessensweise auf Fr. 500.-- festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde, soweit auf sie eingetreten wird, wird der Einspracheentscheid der Stiftung Krankenkasse Wädenswil vom 17. November 2017 aufgehoben und es wird die Sache mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf Vergütung der Kosten der stationären Behandlung im B.____ vom 24. Oktober bis 17. November 2017 hat, an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie den geschuldeten Betrag ermittle und hernach erneut über den Leistungsanspruch verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Y.____ - Stiftung Krankenkasse Wädenswil - Bundesamt für Gesundheit 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

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