

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00056 vom 8. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2019.00056

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00056 du 8 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00056 del 8 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1946, ist bei der Stiftung Krankenkasse Wädenswil (nachstehend: Kasse) gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) grundversichert (vgl. Urk. 8/2).

Am 25. März 2019 ersuchte Prof. Dr. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, A.____, die Kasse um Kostengutsprache für eine klinisch-stationäre Aufnahme für einen Aufenthalt von voraussichtlich 4 Wochen (Urk. 8/5/1). Mit Schreiben vom 28. März 2019 (Urk. 8/8 = Urk. 3/1) lehnte die Kasse eine Kostenübernahme ab. Nach einiger Korrespondenz und mehreren Stellungnahmen des Vertrauensarztes verneinte die Kasse ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 30. April 2019 (Urk. 8/26).

Die dagegen am 13. Mai 2019 erhobene Einsprache (Urk. 8/27) wies die Kasse mit Einspracheentscheid vom 20. Mai 2019 ab (Urk. 8/28 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 25 Abs.

E. 1.2

Das besondere Merkmal der medizinischen Rehabilitation besteht darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder sie dient (insbesondere bei chronisch Kranken) der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens. Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen. Erfolgt sie in einer Rehabilitationsklinik, ist eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist (BGE 126 V 323 E.

2c).

E. 1.3

Für die Abgrenzung zwischen Erholungskuren und der medizinischen Rehabilitation ist auf die Zielsetzung der Massnahme abzustellen. Die medizinische Rehabilitation ist auf die

Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtiger Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Erholungskuren dienen Versicherten ohne besondere Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit zur Erholung und Genesung nach Erkrankungen, die eine wesentliche Verminderung des Allgemeinzustandes zur Folge hatten (BGE 126 V 323 E. 2d).

E. 1.4

Gemäss Art. 43 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) nimmt der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor. Das Administrativverfahren ist mithin vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht.

Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende - im Beschwerdefall die urteilende - Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (BGE 117 V 261 E. 3b). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht Urteil des Bundesgerichts 8C_794/2016 vom 28. April 2017 E. 4.1).

E. 2

KVG umfassen die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unter anderem die ärztlich durchgeführten oder an geordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d).

Gemäss Art. 33 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) bestimmt das Eidgenössische Department des Innern (EDI) unter anderem die ärztlich erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter Bedingungen übernommen werden (lit. a) und die nicht ärztlich erbrachten Leistungen (lit. b).

Gemäss Anhang 1 Ziff. 11 zur Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) werden die Kosten stationärer Rehabilitation übernommen, dies mit dem Zusatz «Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt». Betreffend die Rehabilitation für Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen oder Diabetes werden zusätzliche Bedingungen genannt.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erläuterte im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) die in Art. 57 KVG geregelte Funktion des Vertrauensarztes (S. 1) und führte aus, sie sehe keinen Grund, dessen mehrfach erfolgte Prüfung des Falles in Zweifel zu ziehen (S. 2 oben).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), nach dem ablehnenden Entscheid der Beschwerdegegnerin sei der weitere Reha bilitationsaufenthalt vorerst privat finanziert worden, um den bereits festzustellenden positiven Heilungseffekt nicht abrupt zu unterbrechen (S. 2 unten). Es sei schon nach wenigen Tagen eine deutliche Verbesserung ihres Gesundheitszustandes festzustellen gewesen, dies dank hervorragender medizinischer Behandlung, täglicher Wund- und Narbenversorgung, mehrmals täglicher

Schmerzbehandlung, gezielter Lungen- und Atemtherapie, der positiven Wirkung des Höhenklimas auf die reduzierte Lungenfunktion und der erfolgten psychologischen Begleitung (S. 2). Wenn der Vertrauensarzt die Unterlagen als zu rudimentär erachtet habe, hätte er konkret medizinisch nachfragen müssen. Überdies sei der Bericht des B.____ (vgl. nachstehend E. 3.13) ausdrücklich an ihn adressiert gewesen, und es sei fraglich, ob ihm dieser unterbreitet worden sei

(S. 3 Mitte).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht der Empfehlung ihres Vertrauensarztes gefolgt ist und die Kostenübernahme für den Rehabilitationsaufenthalt abgelehnt hat.

E. 3

Dr. med.

H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Medizinische Onkologie, B.____, führte im Bericht vom 23.

April 2019 (Urk. 8/20 /1 = Urk. 3/3) über die am 17. April 2019 erfolgte Konsultation (vgl. S. 2 Mitte) aus, in Anbetracht der Vortherapien (Radiotherapie und Chirurgie) sei der operative Eingriff vom 19. März 2019 kompliziert gewesen und habe nicht thorakoskopisch erfolgen können. Es sei eine anterolaterale Revisionsthorakotomie mit Restlobektomie des gesamten Lungenunterlappens erfolgt. Am 28. März 2019 sei die Patientin zur weiteren Rehabilitation in die A.____ verlegt worden. Gemäss Beurteilung sämtlicher behandelnder Ärzte sei eine stationäre Rehabilitation indiziert gewesen. Auch die Kriterien der Rehabilitationsfähigkeit, des Rehabilitationspotenzials und dass eine ambulante Behandlung ausser Betracht falle, seien gegeben gewesen. Die am 1.

April 2019 erfolgte Ablehnung der Kostenübernahme der Rehabilitation durch die Beschwerdegegnerin sei für die Patientin ein Schock gewesen, und zusammen mit der Belastung durch die Operation infolge Rezidiv der Krebserkrankung habe sich ihr psychischer Allgemeinzustand verschlechtert. Gemäss Bericht der A.____ sei zur Krankheitsverarbeitung, Vorbeugung einer Exazerbation und Verhinderung einer chronifizierten Anpassungsreaktion dringend eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung unter stationären Bedingungen empfohlen worden (S. 2). Anlässlich der ambulanten Kontrolle vom 17. April 2019 habe die Patientin berichtet, dass es ihr psychisch weiterhin nicht gut gehe. Da sie sich auf eine erneute Konfrontation mit der Beschwerdegegnerin im Hinblick auf die Übernahme einer psychosomatischen stationären Rehabilitation nicht einlassen möchte, erfolge eine ambulante psychoonkologische Betreuung. Bedauerlicherweise sei es durch die abgelehnte Übernahme der Rehabilitationskosten nun bereits zu Folgekosten (Termin im B.____, ambulante Psychoonkologie) gekommen (S. 2 Mitte).

E. 3.1

Prof. Dr. med.

C.____, Facharzt für Chirurgie und für Thoraxchirurgie, D.____, nannte im Bericht vom 25. Februar 2019,

welcher der Be schwerdegegnerin am 2 7. März 2019 per Fax übermittelt wurde (Urk. 8/3) , über seine Untersuchung folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - dringender Verdacht auf Rezidiv-Metastase bei Status nach operativer Therapie eines Endometrium -Karzinoms mit Status nach Hysterektomie, Adnexektomie , pelviner

Lymphonodektomie beidseits am 2 4. August 2010 - Status nach Vaginal- und Lungenmetastasen-Operation rechts 2015 - substituierte Hypothyreose

In seiner Beurteilung führte er aus, aufgrund des Befundes sei die nochmalige operative Resektion klar indiziert (S. 1 unten).

E. 3.2

Im der Beschwerdegegnerin am 2 7. März 2019 per Fax übermittelten Bericht über die am 1 9. März 2019 erfolgte Operation (Urk. 8/4) führte Prof. C.____ aus, nach dem Setzen von 3 Thorakoskopiezugängen hätten sich massive Verwachsungen gezeigt. In der Folge sei eine Thorakotomie und systematische Adhäsio lyse er folgt. Sodann sei der Unterlappen identifiziert und der Tumor palpiert worden, mit anschliessender Restlobektomie (S. 2).

E. 3.3

In der mit dem Datum vom 2 2. März 2019 ausgedruckten Anmeldung für die Aufnahme in die A.____ (Urk. 8/5/2) wurde als gewünschtes Eintrittsdatum der 2 5. März 2019 angegeben. Als Behandlungsziele wurde ange geben: intensive Atemgymnastik, Rekompensierung der kardio-pulmonalen Situ ation, Physiotherapie. In der Rubrik «ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftig keit» - enthaltend die Optionen Akuspitalbedürftigkeit / Rehabilitationsbedürftig keit / ambulante Behandlung nicht ausreichend - wurde die Variante «Rehabili tationsbedürftigkeit» angekreuzt.

E. 3.4

Im von Prof. Z.____ unterzeichnete n Kostengutsprache gesuch der A.____ vom 2 5. März 2019 (Urk. 8/5/1) wurden die folgenden Behandlungs ziele genannt: Wiedererlangen von psychischer und physischer Kraft durch indi viduell dosiertes körperliches Training, Stabilisierung des Kreislaufes, Stabilisie rung und Besserung der Dyspnoesymptomatik , Vermeidung / Verhinderung von COPD-Exazerbationen; Reduktion Schmerzmedikation, Schmerzlinderung, Ver bleiben in der gewünschten sozialen Umgebung, Reintegration in das Alltagsle ben und der Ermöglichung der häuslichen Selbständigkeit sowie Partizipation am Alltagsleben; Vermeidung der Abhängigkeit von Pflegepersonen, Steigerung / Wiedererlangen der Lebensqualität, Prävention von Rückfällen, Förderung der eigenen Körperwahrnehmung.

E. 3.5

Dr. med. E.____ , Facharzt für Rechtsmedizin, Vertrauensarzt der Be schwerdegegnerin , führte in seiner Stellungnahme vom 2 8. März 2019 (Urk. 8/7) aus, aufgrund der (rudimentären) Unterlagen könne nicht einmal eine weiterge hende Notwendigkeit einer Behandlungsfortsetzung unter Spitalbedingungen er kannt werden (S. 1 unten). Es sei nur ersichtlich, dass es sich um eine zuzufolge einer belastenden Erkrankung und vermutlich durch eine belastende Behandlung geschwächte und rekonvaleszente Frau in bereits höherem Alter handle, welche in erster Linie der Erholung bedürfe (S. 1 f.). Rehabilitative Massnahmen zur be schleunigten Erholung seien keine bekannt (S. 2 oben).

E. 3.6

Prof. C.____

(vorstehend E. 3.1) führte im Austrittsbericht vom 28. März 2019 (Urk. 8/9/2) über die Hospitalisation vom 18. bis 28. März 2019 aus, am 19. März 2019 sei die

Operation erfolgt, «wobei eine thorakoskopische Resektion wegen massivsten Adhäsionen nicht möglich ist. Es muss deshalb bei Zustand bei Vorbestrahlung an dieser Stelle eine offene Unterlappenresektion durchgeführt werden. Der peri- und postoperative Verlauf gestaltet sich aber in der Regel komplikationsfrei. Die Drainagen können zeitgerecht gezogen werden, die Lungen sind entfaltet, die Schmerzsituation unter Kontrolle» (S. 2). Es folge die Verlegung der Patientin zur weiteren Rehabilitation in die A.____. Dort sei kurzfristig das Ziel der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit (S. 2 Mitte).

E. 3.7

Prof. Z.____

(vorstehend E. 3.4) führte in seinem Wiedererwägungsgesuch vom 29. März 2019 (Urk. 8/9/1) aus, es handle sich hier um eine am 19. März 2019 zunächst thorakoskopisch, dann offen mittels Thorakotomie operierte Patientin mit einer vorbestehenden Tumorerkrankung. Sie bedürfe dringend der stationären Rehabilitation aufgrund bestehender Schmerzen und starker Funktionseinschränkung sowie Schwäche bei postoperativer Herzkreislauf-Depression.

Zusätzlich seien dringend intensive atemphysiotherapeutische Massnahmen erforderlich, um den Status nach Unterlappenrestresektion pneumologisch auffangen zu können. Die Behandlungsziele der stationären Rehabilitation seien Wiedererlangen von psychischer und physischer Kraft durch individuell dosiertes körperliches Training sowie Stabilisierung des Kreislaufes und Reduktion der Schmerzmedikation in Kombination mit Schmerzlinderung. Ferner werde eine Reintegration der Patientin in

das Alltagsleben, die Ermöglichung der häuslichen Selbständigkeit der Patientin sowie Partizipation am Alltagsleben angestrebt (S. 2).

E. 3.8

Dr. E.____

(vorstehend E. 3.5) führte in seiner Stellungnahme vom 29.

März 2019 (Urk. 8/10)

aus, aufgrund der sehr allgemein gehaltenen und nicht mit klinischen Befunden belegten Aussagen im Bericht von Prof. C.____ (vorstehend E. 3.6) und dem Wiedererwägungsgesuch von Prof. Z.____ (vorstehend E. 3.7) und in den

Vorakten «handelt es sich hier um eine Frau in bereits etwas fortgeschrittenem Alter, welche durch den belastenden Lungeneingriff geschwächt und dementsprechend rekonvaleszent ist.» Sie bedürfe in erster Linie der Erholung, rehabilitative Massnahmen zur beschleunigten Behebung der Schwächen seien keine bekannt (S. 1 unten).

Auch am 2. April 2019 hielt er an seiner Beurteilung fest (Urk. 8/13).

E. 3.9

Prof. C.____ (vorstehend E. 3.1) und Dr. med.

F.____, Assistenzärztin, führ ten i n einer Stellungnahme vom 3. April 2019 (Urk. 8/15) unter anderem aus, am 1 9. März 2019 sei ein sehr komplexer thorakaler Eingriff mit Revisionsthorakotomie, kompletter thorakaler Adhäsiolyse und Restlobektomie des Unterlappens durchgeführt worden (S. 1 Mitte).

Die Patientin sei nach dieser konventionellen Operation selbstverständlich kom promittiert und benötig e eine Rehabilitation mit i ntensiver Physiotherapie inklusive Atemgymnastik zur Wiedererstellung der Leistungsfähigkeit. Die Patientin benötige zudem eine regelmässige ärztliche Kontrolle zur klinischen und labor chemischen Evaluation; Ernährungsberatung und Psychoonkologie kämen ebenso in Frage (S. 1).

Eine Thorakotomie bedeute häufig starke, medikamentös schwer einstellbare postoperative Beschwerden, welche zu einer Einschränkung der Thorax-Mecha nik und zur deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Patienten führen könnten. Bei der Beschwerdeführerin sei äusserst wichtig, einerseits eine pneumonische Entwicklung unbedingt zu vermeiden, andererseits die Funktion der Restlunge zu optimieren. Eine Kur sei unzureichend, eine Entlassung nach Hause sei nicht denkbar (S. 1 unten).

E. 3.10

Dr. E.____

führte in seiner Stellungnahme vom 1 2. April 2019 (Urk. 8/16) aus, mit den Angaben von Prof. C.____ und Dr. F.____ (vorstehend E. 3.9) werde keine über den 2 8. März 2019 hinausreichende Spitalbedürftigkeit ausgewiesen. Die geschilderten Massnahmen wie Atemgymnastik, ärztliche Kontrollen, Ernäh rungsberatung etc. könnten bei fehlender beziehungsweise nicht geltend gemach ter Pflegebedürftigkeit auch am Wohnort vorgenommen werden (S. 1 unten).

E. 3.11

Im Austrittsbericht von Prof. Z.____ (vorstehend E. 3.1) und med. pract . G.____, Stationsärztin, vom 1 1. April 2019 (Urk. 8/21/2) wurde ausgeführt, die Pa tientin habe sich vom 2 8. März bis 1 0. April 2019 in stationärer Behandlung be funden (S. 1 Mitte). Als aktuelle Beschwerden wurden deutliche Schwäche und Leistungsminderung nach dem Spitalaufenthalt, stärkere Belastungen mit Ein schränkungen in Kraft und Atmung und eine psychische Beeinträchtigung durch den Krankheitsverlauf und die kürzlichen Ereignisse genannt. Unterstützung sei indiziert (S. 2 unten).

Zum Verlauf wurde ausgeführt, bei Aufnahme habe sich die Patientin körperlich geschwächt gezeigt und habe Schmerzmittel postoperativ

benötigt. Die Wund verhältnisse hätten sich bereits reizlos gezeigt. Das Fadenmaterial habe im wei teren Verlauf der Rehabilitation komplett entfernt werden können, die Nähte seien gut adaptiert gewesen. Die Patientin habe unter der Kombination von mul timodaler Rehabilitationstherapie und Klimatherapie eine gute Wiederherstellung ihrer körperlichen und geistigen Funktion erreichen können. Sie sei onkopsycho logisch in der Abteilung für Psychosomatik mitbetreut worden. Sie habe ihre kör perliche Belastbarkeit deutlich steigern können, die Rehabilitationsziele seien na hezu vollständig erreicht worden. Die Schmerzmittel hätten nahezu vollständig reduziert werden können. Die Entzündungsparameter seien signifikant rückläufig gewesen (S. 5 Mitte).

Zur Krankheitsverarbeitung und zur Vorbeugung einer Exazerbation und Verhinderung einer

chronifizierten Anpassungsreaktion sei eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung, idealerweise unter stationären Bedingungen, dringend empfohlen (S. 6 Mitte).

E. 3.12

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.5) führte in seiner Stellungnahme vom 24. April 2019 (Urk. 8/23) unter anderem aus, im Austrittsbericht (vorstehend E.

3.11) werde ein guter Allgemein- und Ernährungszustand ohne wesentliche Pathologien, ohne alltagsrelevante Funktionsbeeinträchtigungen, ohne erkennbaren konkreten Rehabilitationsbedarf und ohne erkennbar zwingende medizinische Notwendigkeit einer weitergehenden Behandlung unter stationären Bedingungen geschildert, und es würden keine konkreten Rehabilitationstherapien beschrieben (S. 2 oben). Es sei weder ein postoperativer Rehabilitationsbedarf ausgewiesen noch eine weitergehende medizinisch zwingende Notwendigkeit einer stationären Nachbehandlung nach dem Klinikaufenthalt mit offener Thoraxoperation (S. 2).

E. 3.14

Dr. E.____

(vorstehend E. 3.5) führte in seiner Stellungnahme vom 26. April 2019 (Urk. 8/25) aus, er könne dem (richtig: im) Schreiben von Dr. H.____ (vorstehend E. 3.13) weder ein eigentliches Wiedererwägungsgesuch noch ein Gesuch um erneute stationäre Rehabilitation erkennen (S. 1 unten). Eine ambulante psycho-onkologische Betreuung nach Tarmed könne der Beschwerdeführerin kaum verwehrt werden. Diese habe trotz angeblich durchgeführter multimodaler Therapie während des 14-tägigen Rehabilitationsaufenthalts nicht ausreißend psycho-onkologisch stabilisiert werden können (S. 2 oben).

E. 4

Gegen diese Entscheidung 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 dem 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 Der Einzelrichter Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

E. 4.1

Soweit Dr. E.____ das ursprüngliche Kostengutsprachegesuch als (zu) «rudimentär» taxierte, wären - wie die Beschwerdeführerin zu Recht sinngemäss geltend machte - im Sinne des Untersuchungsgrundsatzes (vorstehend E. 1.4) weitere Abklärungen beziehungsweise die Aufforderung, die Spital- und Rehabilitationsbedürftigkeit näher zu begründen, angezeigt

gewesen.

Dass sich die Gesuchsteller auf das verwendete Gesuchsformular

(vorstehend E.

3.4) zuzüglich Beilagen (vorstehend E. 3.1-2) beschränkten, dürfte sodann damit erklärbar sein, dass es ihrer Erfahrung entsprach, dass andere, in der Regel deutlich grössere Krankenversicherer dies für einen Rehabilitationsaufenthalt nach einer Operation wie der vorliegenden als hinreichende Begründung genügen liessen. Auch dies hätte eine Nachfrage seitens der Beschwerdeführerin nahege legt.

E. 4.2

Ob das Gesuch tatsächlich derart rudimentär war, wie Dr. E.____ es beurteilte, erscheint überdies fraglich. Immerhin war ihm der Untersuchungsbericht von Prof. C.____ vom 25. Februar 2019 (vorstehend E. 3.1) und dessen Bericht über die Operation vom 19. März 2019 (vorstehend E. 3.2) bekannt und wurden von ihm im Verzeichnis der Unterlagen (S. 1 Mitte) denn auch aufgeführt . Dr. E.____ wäre also in der Lage gewesen, zu erkennen, aufgrund welcher Diagnose welcher Eingriff - eine Operation am offenen Thorax - erfolgt war.

Dass er in seiner Stellungnahme ausführte, die Beschwerdeführerin sei «zufolge einer belastenden Erkrankung» und «vermutlich» durch eine «belastende Behandlung» (lediglich) geschwächt (vorstehend E. 3.5), erscheint vor diesem Hintergrund als ausgesprochen merkwürdige Wortwahl und lässt ernsthafte Zweifel am Bestreben um eine neutrale, unvoreingenommene Beurteilung aufkommen.

In der Folge wurden weitere medizinische Unterlagen eingereicht, zu welchen Dr. E.____ wiederholt Stellung nahm :

E. 4.3

Prof. Z.____

führte unter anderem bestehende Schmerzen und eine starke Funktionseinschränkung sowie Schwäche bei postoperativer Herzkreislauf-Depression an, sowie die Notwendigkeit intensiver atemphysiotherapeutischer Massnahmen (um den Status nach Unterlappenresektion pneumologisch auffangen zu können), eines individuell dosierten körperlichen Trainings sowie der Stabilisierung des Kreislaufes und schrittweisen Reduktion der Schmerzmedikation (vorstehend E. 3.7).

Dr. E.____ ging in seiner Stellungnahme dazu auf kein einziges dieser Elemente ein, er erwähnt es nicht einmal (vorstehend E. 3.8).

E. 4.4

Prof. C.____ und Dr. F.____ charakterisierten die erfolgte Operation als sehr komplexen thorakalen Eingriff und bestätigten die Notwendigkeit einer Rehabilitation mit intensiver Physiotherapie inklusive Atemgymnastik zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und einer regelmässigen ärztlichen Kontrolle zur klinischen und laborchemischen Evaluation. Auch wiesen sie darauf hin, dass eine Thorakotomie häufig starke, medikamentös schwer einstellbare postoperative Beschwerden nach sich ziehe, mit sich anschliessender Einschränkung der Thorax-Mechanik und deutlichen Verschlechterung des

Allgemeinzustandes. Konkret sei äusserst wichtig, einerseits eine pneumonische Entwicklung unbedingt zu vermeiden, andererseits die Funktion der Restlung zu optimieren. Eine Kur sei unzu reichend, eine Entlassung nach Hause sei nicht denkbar (vorstehend E. 3.9).

Auch darauf nahm Dr. E.____ keinen Bezug, sondern erweckte den Eindruck, es sei lediglich von Atemgymnastik, ärztlichen Kontrollen und Ernährungsberatung die Rede gewesen. Solche könnten bei fehlender (beziehungsweise «nicht geltend gemachter») Pflegebedürftigkeit auch am Wohnort vorgenommen werden (vorstehend E. 3.10).

E. 4.5

Dr. H.____ schliesslich führte aus, die Ablehnung der Kostengutsprache sei für die Beschwerdeführerin ein Schock gewesen, in deren Folge sich ihr psychischer Zustand verschlechtert habe und sie fortgesetzt psychoonkologische Betreuung benötige (vorstehend E. 3.13). Dies veranlasste Dr. E.____ zur - sich selbst qualifizierenden - Feststellung, die Beschwerdeführerin habe während des 14-tägigen Rehabilitationsaufenthalts « nicht ausreichend psycho-onkologisch stabilisiert » werden können, dies «trotz» («angeblich») erfolgter Therapie (vorstehend E. 3.14).

E. 4.6

Die Stellungnahmen von Dr. E.____ lassen kein auch nur ansatzweises Eingehen auf die ihm unterbreiteten fachlich-medizinischen Vorbringen erkennen. Er liess sie gänzlich unerwähnt (vorstehend E. 4.3), erwähnte sie ausgesprochen selektiv (vorstehend E. 4.4), oder zog daraus offensichtlich unzutreffende Schlüsse (vorstehend E. 4.5). Zu erkennen ist ausschliesslich ein sich zunehmendes Verharren auf seiner initialen Beurteilung.

Auf eine vertrauensärztliche Empfehlung, die aus einem in dieser Weise zu charakterisierenden, sich gegen alle fachlichen Einwände immunisierenden Positionsbezug resultiert, kann nicht abgestellt werden. Die Verpflichtung gemäss Anhang 1 Ziff. 11 KLV, die Empfehlung des Vertrauensarztes zu «berücksichtigen» (vorstehend E. 1.1), kann nicht bedeuten, dass dies unbesehen von deren Qualität stets im zum stimmenden Sinne zu erfolgen habe.

Vorliegend hätte - in eigener, unvoreingenommener Würdigung des Sachverhalts und der dazu ergangenen Beurteilungen - die Beschwerdegegnerin zu entscheiden gehabt und hat nunmehr das Gericht zu entscheiden, ob die Kostenübernahme für eine stationäre Rehabilitation gerechtfertigt ist.

Angesichts der diesbezüglich (mit der genannten Ausnahme) übereinstimmenden und einleuchtend begründeten ärztlichen Stellungnahmen (vorstehend E. 3.7, E. 3.9, E. 3.11, E. 3.13) ist dies zu bejahen.

E. 4.7

Somit ist der angefochtene Entscheid in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde mit der Feststellung aufzuheben, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf die Kostenübernahme für den erfolgten Rehabilitationsaufenthalt hat.

Der Einzelrichter erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Stiftung Krankenkasse Wädenswil vom 20. Mai 2019 mit der Feststellung aufgehoben, dass die Be

schwerdeführerin Anspruch auf die Kostenübernahme für den erfolgten Rehabilitationsaufenthalt hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Stiftung Krankenkasse Wädenswil - Bundesamt für Gesundheit

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