

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2023.00008

vom 16. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2023.00008

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2023.00008 du 16 février 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2023.00008 del 16 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, war insbesondere in den Jahren 2021 und 2022 bei der EGK Grundversicherungen AG gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) obligatorisch krankenpflegeversichert (Urk. 9/4-5). Am 25. April 2021 wurde sie gegen das Coronavirus geimpft. Hernach entwickelte sie diverse Beschwerden, insbesondere eine orthostatische Intoleranz, Präsynkopen und Fatigue (Urk. 9/6), die mehrfach stationär behandelt wurden.

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernahm die EGK Grundversicherungen AG hierbei die Kosten für die neurologische Rehabilitation vom 14. Juli bis 17. August 2021 (Urk. 9/15 und 9/18), die Spitalbehandlung ab dem 10. Januar 2022 (Urk. 9/20), die kardiale Rehabilitation vom 18. Januar bis 5. März 2022 (Urk. 9/42; Urk. 9/24, 9/27, 9/31, 9/34 und 9/37), die Spitalbehandlung ab dem 14. März 2022 (Urk. 9/39) und eine weitere kardiale Rehabilitation vom 25. März bis 14. Mai 2022, während der die Versicherte an Covid-19 erkrankte (Urk. 9/45, 9/47, 9/49 und 9/54). Als Zusatzversicherer beteiligte sie sich zudem an den Kosten einer Erholungskur ab dem 16. Mai 2022 (Urk. 9/55-56). Am 3. Juni 2022 wurde die Versicherte erneut hospitalisiert (Urk. 9/57-58) und begann am 17. Juni 2022 eine weitere kardiovaskuläre Rehabilitation, deren Kosten die EGK Grundversicherungen AG bis und mit 28. Juli 2022 übernahm (Urk. 9/63, 9/67 und 9/75).

Indessen lehnte die EGK Grundversicherungen AG mit Schreiben vom

E. 1.2

Der Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs.

E. 1.3

Um eine Leistungspflicht des Krankenversicherers aus der OKP zu begründen, muss eine medizinische Massnahme gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG sodann wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (sogenannte WZW-Kriterien), wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss.

Nach ständiger Rechtsprechung ist eine medizinische Leistung wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken bzw. den Verlauf einer Krankheit günstig zu beeinflussen (BGE 145 V 116 E.

3.2.1).

Die Zweckmässigkeit setzt die Wirksamkeit der Behandlung voraus. Dabei gilt jene Anwendung als zweckmässig, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist (BGE 145 V 116 E.

3.2.2, 137 V 295 E. 6.2).

Die Wirtschaftlichkeit setzt die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung voraus. Der Leistungserbringer hat sich in seinen Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (vgl. Art.

56 Abs.

1 KVG). Die Wirtschaftlichkeit beurteilt sich objektiv und hat vergleichenden Charakter, indem sie eine Rolle spielt, wenn im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Diesfalls ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen. Erlaubt eine der Massnahmen, den verfolgten Zweck erheblich kostengünstiger zu erreichen als dies mit der anderen Massnahme der Fall wäre, hat die versicherte Person keinen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der teureren Massnahme . Demgegenüber kann eine vergleichsweise grössere medizinische Zweckmässigkeit (durch Vorteile in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht wie z.B. geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend Nebenwirkungen und Spätfolgen) die Übernahme einer teureren Massnahme rechtfertigen (BGE 145 V 116 E . 3.2.3 mit Hinweisen). Die Frage der Wirtschaftlichkeit stellt sich grundsätzlich nicht, wenn es nur eine Behandlungsmöglichkeit bzw. keine Behandlungsalternative gibt. Besteht zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis, ist die Leistung jedoch nach dem allgemeinen Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV) zu verweigern (vgl. BGE 145 V 116 5.1 mit Hinweisen , insbesondere auf BGE 136 V 395 E. 7.4).

E. 2

Ziff. 9-13 und 16-18 ; Urk. 8 Ziff. 12-15 und 19 ; Urk. 13 Rz

E. 2.1

Umstritten ist die Kostenübernahme

für die Verlängerung der stationären kardi ovasculären Rehabilitation vom 29. Juli bis 17.

September 2022. Die Beschwerdegegnerin erwog, die schwerwiegenden Funktionsstörungen hätten durch die vorangegangenen Rehabilitationen nicht reduziert werden können , vielmehr habe die Beschwerdeführerin teils Rückschritte hinnehmen müssen . Von der angestrebten Wiederherstellung der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen sei sie weit entfernt gewesen . Es habe damals somit kein Rehabilitationspotenzial mehr bestanden . Die Beschwerdeführerin sei

zudem

nur teilweise rehabilitationsfähig gewesen . Ihre Leistungsfähigkeit habe stark geschwankt ; sinnvolle Therapien seien erst nachmittags durchführbar gewesen

(Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt indessen dafür, sie habe im Jahr 2022 aufgrund von Fehlmedikationen (überdosierter Versuch mit Naltrexon ,

IsoM-C19 XMK) Rückfälle erlitten. Zudem hätten eine Covid-

E. 5

).

Im Gesuch vom

3. Oktober 2022 sei vom Behandler eingeräumt worden , dass der körperliche Zustand nicht mehr wesentlich verbessert werden könne, weshalb es zu psychischen Beschwerden gekommen sei . Um damit besser umgehen und ein Leben mit Unterstützung ambulanter Hilfsdienste zu Hause führen zu können, sei eine psychosomatische Rehabilitation beantragt worden (Urk.

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin stützte

sich bei der Ablehnung der Gesuche

um Verlängerung der kardiovaskulären Rehabilitation über den 28. Juli 2022 hinaus auf die Aktenbeurteilungen ihres Vertrauensarztes Dr. med. D.____ , Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie.

Bereits am 13. Juni 2022 wies jener darauf hin, dass es unwahrscheinlich sei, dass ein Naltrexon -induziertes Entzugssyndrom oder ein homöopathisches Medikament (Covid-Impfnosode) Auslöser einer Verschlechterung der Symptomatik seien.

Die Beschwerdeführerin scheine derzeit

aber ambulant nicht behandelbar zu sein .

Die Rehabilitation sei dabei auf zwei Wochen zu begrenzen, da die bisherigen Therapieerfolge unter stationären Bedingungen den Zustand nicht soweit hätten bessern können, dass sie nicht mehr auf fremde Hilfe angewiesen gewesen wäre (vgl. Urk. 9/62) .

Am 27. Juni 2022 stimmte er einer Verlängerung der Rehabilitation nur bei explizitem Hinweis zu, dass die Therapieziele selbständiges Wohnen und Wiederaufnahme des Berufs, insbesondere in Anbetracht der bisherigen Erfolglosigkeit der stationären Massnahmen über mehr als ein Jahr, völlig unrealistisch seien. Selbst nach dem Aufenthalt vom 25. März bis 14. Mai 2022 habe sie lediglich 500 m mit Hilfe eines Rollators/Rollstuhls in 30

Minuten bewältigen können. Kaum sei sie in die häusliche Umgebung ausgetreten, habe der Schwindel überhand genommen ; sie sei nicht in der Lage gewesen, ambulante Therapie aufzusuchen. Rückblickend scheine kein Rehabilitationspotential gegeben (vgl. Urk. 9/65).

Am 14. Juli 2022 betonte er nochmals , das im Mai 2022 erreichte Niveau habe nach wenigen Tagen eine erneute Hospitalisation zur Folge gehabt. Eine Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung sei nie erreicht worden. Nach sechs bis zwölf Wochen ohne Fortschritte sei eine stationäre Massnahme abzubrechen / zu unterbrechen (vgl. Urk. 9/69).

Auf Einwand (vgl. Urk. 9/72) empfahl Dr.

D.____

am 19. Juli 2022 lediglich als Kompromiss, den Aufenthalt doch noch um zwei Wochen zu verlängern. Dabei legte er nochmals ausführlich dar, dass ein Zusammenhang der Symptomatik mit der Impfung und Medikation (etwa der Nosode, in der kein Molekül des Impfstoffes mehr vorhanden sei) nicht gesichert sei und die Symptomatik erfahrungsgemäss unter Belastung

bzw. im Zeitverlauf nach der Covid-19-Infektion abnehme. Eine stationäre Rehabilitation bei einem POTS sei die Ausnahme; einer solchen sei nur aufgrund der Schwere der Beschwerden und der Unfähigkeit, ambulante Therapien aufzusuchen, zugestimmt worden. Eine stationäre Rehabilitation sei jedoch abzubrechen, wenn sich über vier bis sechs Wochen keine messbaren Verbesserungen in der Selbständigkeit einstellen würden. Vorliegend seien über sechs Monate keine nennenswerten Fortschritte erzielt worden (vgl. Urk. 9/73).

An dieser Beurteilung hielt Dr. D.____ auch in seiner Stellungnahme vom 27. Juli 2022 zum umstrittenen Gesuch fest (vgl. Urk. 9/77). Ergänzend erörterte er am 10. August 2022, um den Schweregrad und Verlauf der Funktionsstörungen aufzuzeigen, werde die Betroffenheit mit Assessmentinstrumenten dargestellt. Dabei sei die maximale Strecke im Sechs-Minuten-Gehtest am 8. Juli 2022 mit 50 bis 100 m und am 3. August 2022 mit 94 m angegeben worden. Die Ergebnisse seien vergleichbar und lägen weit hinter den Erwartungen und Anforderungen des Alltags. Fast ununterbrochene Spitalaufenthalte im Jahr 2022 hätten gezeigt, dass die schwerwiegenden Funktionsstörungen der Beschwerdeführerin durch rehabilitative Massnahmen nicht reduziert werden könnten. Auch mit dem Assessmentinstrument lasse sich während knapp einem Monat kein Fortschritt objektivieren. Eine stationäre Rehabilitation sei nur dann medizinisch indiziert, wenn Aussicht auf Behandlungserfolg unter Spitalbedingungen gegeben sei. Davon könne man rückblickend über die letzten sieben Monate nicht ausgehen. Das angegebene, vorrangige Ziel - die Wiederherstellung der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen - sei unrealistisch. Diesbezüglich bestehe derzeit kein Rehabilitationspotenzial. Die Beschwerdeführerin sei zudem nur eingeschränkt in der Verfassung, an der Rehabilitation teilzunehmen. Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationspotenzial und Rehabilitationsfähigkeit lägen somit nicht oder nur teilweise vor, so dass eine weitere stationäre Rehabilitation auch mit Blick auf die WZW-Kriterien nicht befürwortet werden könne (Urk. 9/82). Die Empfehlung vom 4. Oktober 2022, einer psychosomatischen Rehabilitation zuzustimmen, begründete er mit einem anderen Zugangsweg zu den Problemen sowie der Gesamtsituation (vgl. Urk. 9/94).

E. 5.3

Den in E. 4.1-4.8 zitierten medizinischen Unterlagen lässt sich ohne weiteres entnehmen, dass im Rahmen der Rehabilitationen im ersten Halbjahr 2022 nur geringfügige und insbesondere keine nachhaltigen Fortschritte mit Bezug auf das POTS erzielt wurden, während die übrigen Leiden (Schlafstörung, Kopfschmerzen, Schmerzmittelübergebrauch und psychische Beschwerden) von vornherein keine Kostengutsprache für eine kardiovaskuläre Rehabilitation zu rechtfertigen vermögen.

Dass eine massgebliche Reduktion der Gefahr von Synkopen bzw. Stürzen erzielt worden wäre, ist nirgends dokumentiert.

Die Beschwerdeführerin wurde vor, während und nach den mehrmonatigen Rehabilitationen stets

beschrieben als

praktisch

bettlägerig, in den ADL weitest gehend selbständig und ansonsten bei allen Verrichtungen auf Hilfe angewiesen.

Sie kann aus dem Krankheitsverlauf somit weder prospektiv noch retrospektiv betrachtet etwas zu ihren Gunsten ableiten. Die bis zum effektiven Austritt aus der Rehabilitation am 17. September 2022 erreichte Strecke von 300 m im Sechs-Minuten-Gehtest und die 60 Treppenstufen waren nur in Begleitung möglich und nach wie vor weit von den Anforderungen des Alltags entfernt (vgl. E. 4.6). Das in den vorliegend umstrittenen

(Wiedererwägungs-) Gesuchen der Klinik Z.____

angegebene Rehabilitationsziel einer selbständigen Lebensführung mit Erwerbs-tätigkeit und Teilhabe am Familienleben (vgl. E. 4.4) war nicht ansatzweise realisierbar. Im Austrittsbericht wurde es auf ein Wohnen zusammen mit einer Betreuungsperson sowie mit Unterstützung – wie vom Hausarzt bereits am 2. Juni 2022 postuliert (vgl. E. 4.3) – geändert, nur deshalb wurde es als erreicht beurteilt (vgl. E. 4.5).

Zwischen den stationären Rehabilitationen verbrachte die Beschwerdeführerin nur wenige Tage zu Hause bzw. in der Kur, bevor sie erneut dekompenzierte.

Dabei legte der Vertrauensarzt nachvollziehbar dar, dass – wie von den Behandelnden erwähnt (vgl. E. 4.2) – zu bezweifeln ist, dass die angegebenen medikamentösen Faktoren das POTS tatsächlich beeinflusst haben (vgl. E. 5.2).

Damit führte letztlich bereits eine zufolge Erkältungssymptomen oder Isolation reduzierte Aktivierung während weniger Tage jeweils zum vollständigen Verlust der in den Wochen zuvor errungenen kleinen Fortschritte (vgl. zusammenfassend Bericht des Hausarztes in E. 4.7).

Schliesslich indizieren der jüngste Austrittsbericht der Klinik Z.____

(vgl. E. 4.5) wie auch die neurologische Beurteilung von Dr. B.____

(vgl. E. 4.6) eine

erhebliche psychische Komponente

und

weitere massgebliche Komorbiditäten im Sinne chronischer

Kopfbeschwerden

und eines

Schmerzmittelübergebrauchs. Ein Indiz für eine relevante psychische Komponente ist auch die Tatsache, dass nach Angabe der Beschwerdeführerin alle medikamentösen Therapieversuche – sei es mit Bezug auf das POTS, die psychischen Beschwerden oder die Erkältung – nur (teils sogar unwahrscheinliche) Nebenwirkungen, aber keinen Erfolg zeitigten. Ob die Komorbiditäten den ausgebliebenen Therapieerfolg zu erklären vermögen oder teils erst später hinzutraten, ändert im Übrigen nichts am Ergebnis, dass die

Fortsetzung einer kardiovaskulären Rehabilitation im Juli 2022 überwiegend wahrscheinlich nicht zielführend war. Erst wenn sich in Bezug auf die Komorbiditäten ein relevanter Behandlungserfolg einstellt, wird sich die Frage stellen, ob und inwieweit damit die Erfolgsaussichten von anderen Behandlungen der POTS-Symptomatik relevant verbessert werden könnten.

E. 5.4

Ob die Beschwerdeführerin nach einer mehrmonatigen stationären Behandlung einige Meter mehr mit etwas weniger Pausen gehen kann, etwas mehr Treppenstufen schafft oder weniger Minuten

länger sitzen kann, ändert an ihrer Selbstversorgungsfähigkeit letztlich nichts und ermöglicht ihr weder eine Teilnahme am Familienleben noch die Erledigung von Haushaltsaufgaben oder gar die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit.

In den ADL war sie auch in den akuten Phasen soweit selbständig.

Was sich zwischen dem Gesuch um Kostengutsprache für eine Verlängerung der kardiovaskulären Rehabilitation im Juli 2022 und dem Gesuch um Kostengutsprache für eine psychosomatische Rehabilitation im September 2022 veränderte, ist – wie vom Vertrauensarzt festgehalten – allein der Zugang zu den gesundheitlichen Problemen.

Es kann somit vollumfänglich auf seine Beurteilung abgestellt werden. 6.

Nachdem alle Therapien – wie von Dr. D. ___ dargetan – entgegen dem üblichen Verlauf eines POTS (auch im Rahmen von Long-Covid) die Symptomatik nicht zu verbessern vermochten, bestand

Ende Juli 2022 im Rahmen einer noch maligen Verlängerung der kardiovaskulären Rehabilitation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein relevantes Verbesserungspotential der Selbständigkeit mehr und eine solche ist rückwirkend betrachtet auch nicht eingetreten.

In den ADL war die Beschwerdeführerin zu allen Zeiten weitestgehend selbständig; den umstrittenen Gesuchen lässt sich denn auch nicht entnehmen, dass mit der Rehabilitation dieses tiefe Niveau hätte stabilisiert werden sollen (vgl. E. 4.4). Damit erfüllte der beantragte

stationäre kardiovaskuläre Aufenthalt zur Behandlung der POTS-Symptomatik Ende Juli 2022 die WZW-Kriterien nicht mehr. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Gabriel Hüni - EGK
Grundversicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 8

Ziff. 16 und 20). Ob eine solche indiziert und die Beschwerdeführerin davor nicht mehr auf Pflege angewiesen gewesen sei, bilde nicht Prozessgegenstand (Urk.

E. 13

Rz

4) . Die vertrauensärztliche Stellungnahme sei nachvollziehbar und der Sachverhalt genügend abgeklärt (Urk. 2 Ziff.

E. 14

; Urk.

8 Ziff.

E. 17

; Urk. 13 Ziff. 3) , womit e ine Kostengutsprache entgegen derselben

Ziffer 11 Anhang 1 KLV widerspräche (Urk. 1 5

Rz 8).

E. 19

und 23 f. ; Urk. 12 Ziff. 9).

Ein posturales Tachyk ar diesyndrom (POTS)

gelte grundsätzlich als heilbar und

werde vorab

mit körperlichem Konditions- und Aktivierungstraining behandelt (Urk. 1 Rz 12).

Es s ei nirgends vermerkt, dass sie das notwendige Training nicht habe absolvieren können , wie auch der B ehand lungsplan bestätige

(Urk. 1 Rz 28 ; Urk. 12 Rz 13). Die Ärzte hätten dargelegt, dass durch die stationäre Rehabilitation

nicht nur die funktionelle n Einbussen weiter reduziert

würden, sondern die Behandlung im ambulanten Setting gar nicht möglich sei und ohne Rückschritte eintreten würden

(Urk. 1 Rz 13 , 15 und 22 ; Urk. 12 Ziff. 9 und 11) . Als

Rehabilitationspotenzial genüge es , dass mit einer Stabilisierung der Erkrankung gerechnet werden könne (Urk. 12 Ziff. 6) . Das Rehabilitationsziel, mit Unterstützung zuhause zu leben, sei auch erreicht worden. Sie habe mit Rollator 300 m und auch 60 Treppenstufen gehen können und sei nicht mehr auf pflegerische Hilfe angewiesen gewesen (Urk. 1 Ziff. 14 ; Urk. 12 Rz 10).

Auch im Gesuch vom 3. Oktober 2022 sei die muskuloskeletta le / kardiovaskuläre Rehabilitation als wirksamste Therapie angegeben worden , womit sie ein Niveau erreicht habe , das ein Leben im häuslichen Umfeld erlaube. Einer weitere n

Dekonditionierung habe durch hochfrequentes, angepasstes Training entgegengewirkt werden können. Im Herbst sei dann eine psychische Verschlechterung eingetreten (Urk. 12 Rz 10 und 12).

Bei ärztlicher Anordnung und Durchführung in der Schweiz sei die Wirksamkeit der Rehabilitation

zu vermuten

(Urk. 1 Ziff. 18) . Diese könne nicht aufgrund der bisherigen Rehabilitationen , die auch verschiedene Beschwerden betroffen hätten,

verneint werden . Damit umgehe die Beschwerd e gegnerin das eigentliche Beweis thema der Kausalität zwischen Behandlung und zu erwartender Wirkung. Wenn überhaupt seien die Kosten bzw. die Verhältnismässigkeit

der Massnahme unter dem Titel der Wirtschaftlichkeit abzuhandeln . Diese sei aber unbestritten. Dank der Rehabilitation sei sie nicht auf kostenintensive Pflege angewiesen (Urk.

1 Ziff.

E. 21

f. und 25 f. ; Urk. 12 Ziff. 7).

M assgebend seien die gesetzlichen Voraus setzungen , nicht die vertrauensärztliche Empfehlung (Urk. 12 Rz 15). 3.

3.1

Mit Blick auf die Argumentation der Parteien ist vorweg festzuhalten, dass es sich ge mäss der Rechtsprechung bei der im Anhang 1 der KLV vorgeschriebenen Rücksprache mit dem Vertrauensarzt bzw. der darin vorgeschriebenen Berücksichtigung der Empfehlung des Vertrauensarztes nicht um eine vorgeschriebene vertrauensärztliche Zustimmung im Sinne von Art. 58h Abs. 1 lit . a KVG (in der ab 1. April 2021 gültigen Fassung) handelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_224/2009 vom 1 1. September 2009 E. 4.3). Eine im Anhang 1 zur KLV vorgeschriebene Einholung einer Kostengutsprache durch den Versicherer ist zudem nicht Anspruchsvoraussetzung im einzelnen Leistungsfall, da sie in Art. 58h Abs. 1 lit . a KVG nicht als solche vorgesehen ist (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl., Basel 2016, S. 526 Rz . 3 9 2, zu Art. 58 Abs. 2 lit . a KVG, in der bis 3 1. März 2021 in Kraft gewesenen Fassung). 3.2

Wie e ingangs erörtert, schliesst die medizinische Rehabilitation im Sinne von Art.

E. 25

Abs. 2 lit . d KVG alsdann 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, sie ist also auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktions Fähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet .

Zu ergänzen ist, dass sie b ei Chronischkranken insbesondere der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens dient .

E in Rehabilitationspotenzial setzt somit letztlich voraus, dass nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann bzw. bei progredienten Erkrankungen - wenigstens - mit einer Stabilisierung (vgl. von Parteien zitiertes Urteil des Bundesgerichts 9C_413/2012 vom 1 4. Februar 2013 E. 4.1). 4. 4.1

Das ursprüngliche Rehabilitationsziel , zu Hause zu wohnen ohne Unterstützung, wurde bereits in der Rehabilitation mit Austritt am 5. März 2022 aufgegeben (vgl. Urk. 9/42/4).

Damals erreichte die Beschwerdeführer in im Sechs-Minuten- Gehtest mindestens 500 m (bzw. 310 m als Abschlusswert) und 100 Treppenstufen ; im Aussenbereich und für längere Strecken benötigte sie eine Begleitperson. In den ADL (Activities

of Daily Living) war sie selbständig, benötigte aber schon damals bei allen anderen Verrichtungen Hilfe (vgl. Urk. 9/42/8; Urk. 9/43/1). Gemäss Angaben in einem späteren Gesuch konnte sie den Alltag damals nach dem Austritt einige Tage mit viel Unterstützung durch Familie und Freunde im gewohnten Umfeld bewältigen und die Physiotherapie ambulant im Spital Y.____ sowie eine Domizilergotherapie wahrnehmen (vgl. Urk. 9/48/2 f.). 4.2

Bereits am 15. März 2022 stellte das Spital Y.____

ein

Gesuch um Kostengutsprache für eine weitere stationäre Rehabilitation, da die Beschwerdeführerin sich nur noch wenige Meter selbständig mobilisieren und nur sehr kurze Zeit sitzen könne. Bei weitgehend ausgeschöpften medikamentösen Therapiemöglichkeiten habe jene eine Tablette Naltrexin eingenommen, worauf es zu einer mehrstündigen Schwindelattacke und Bewegungsunfähigkeit schon im Liegen und der beschriebenen Verschlimmerung der POTS-Symptomatik gekommen sei. Einen direkten Zusammenhang mit der Naltrexineinnahme erachteten die Ärzte dabei als fraglich und begründeten das Rehabilitationspotential insbesondere mit der im Jahr 2021 erreichten mehrmonatigen Stabilisierung (vgl. Urk. 9/40/2).

Gemäss Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache vom 10. April 2022 war die Beschwerdeführerin beim Eintritt am 25. März 2022 mit Hilfe einer Begleitperson mobil und bei den ADL auf Pflege angewiesen gewesen. Nach einer Covid-Infektion und Isolation erreiche sie nun im Sechs-Minuten- Gehtest 50 m und maximal 350 m mit fünf Pausen. Aufgrund der anhaltend ausgeprägten Einschränkungen sei eine Entlassung noch unrealistisch (vgl. Urk. 9/46).

Im nachfolgenden Gesuch vom 22. April 2022 wurde die Gehstrecke mit 200 m am Rollator angegeben und die Beschwerdeführerin in der Selbstversorgung (unter entsprechender körperlicher Anstrengung und mit entsprechendem Zeitaufwand) als selbständig beschrieben. Es sei aber noch nicht realistisch, dass sie wie der eine ambulante Physiotherapie im Spital wahrnehme; der Weg sei nicht machbar. Zudem sei sie in allen Bereichen auf Hilfe angewiesen (vgl. Urk. 9/48/2). Dabei blieb es gemäss Gesuch vom 26. April 2022. Darin wurde ausgeführt, nach einer Covid-Infektion (29. März 2022) sei die Beschwerdeführerin am Rollator mit Pausen flurmobil, erreiche im Gehtest 135 m und sei im häuslichen Bereich nicht auf Pflege angewiesen, doch seien ihr weder die Haushaltsführung noch eine ambulante Physiotherapie möglich (vgl. Urk. 9/50/2).

Am 14. Mai 2022 trat die Beschwerdeführerin aus der Rehabilitation in eine Kur über – mit anamnestisch deutlicher Besserung von Schwäche und Schwindel (vgl. Urk.

9/62/1 und Urk. 3/3 S. 2).

Gemäss Angaben der Klinik Z.____ schaffte sie damals im Sechs-Minuten- Gehtest 200 m und konnte 60 Treppenstufen bewältigen sowie mit Sitzpausen im Rollstuhl 90 Minuten im Freien gehen (vgl. Urk. 9/68/3).

4.3

Schon a m

2.

Juni 2022 ersuchte der Hausarzt um nochmalige kardiovaskuläre Rehabilitation und auch um Organisation bzw. Evaluation einer längerfristigen Betreuungsmöglichkeit . Als

Rehabilitationsziel gab er nur noch

«Leben zuhause ohne dauernde Überwachung» an . Nach einem Infekt am 30.

Mai 2022 hätten sich POTS und Long- Covid verschlechtert.

Seither habe die Beschwerdeführerin zwei Präsynkopen erlitten, sei kaum in der Lage auf das WC zu gehen, könne noch knapp 5 m gehen und benötige rund um die Uhr Überwachung. Keine Einschränkungen bestünden bezüglich

Anziehen , Verständigung, Körperpflege, Essen und Toilettengang (vgl. U rk. 9/59).

Am Folgetag wurde die Beschwerdeführerin notfallmässig im Spital Y.____ hospitalisiert (vgl. Urk. 9/57).

De n

Gesuch en der Klinik Z.____ um Verlängerung der Rehabilitation

ist zu entnehmen, dass es am 3. Juni 2022 zu einer Exazerbation der Schwäche nach der Einnahme von homöopathischen Kügelchen (am 3 1. Mai 2022, vgl. Urk. 9/72 und Urk. 3/3 S. 2) im Rahmen eines oberen viralen Atemweginfekts gekommen sei . D er Übertritt in die Rehabilitation sei am 17.

Juni 2022 erfolgt , wobei die Beschwerdeführerin in den ADL selbständig und mit Hilfe von Walkingstöcken mobil gewesen sei . Aufgrund von orthostatischem Schwindel gefühl sei sie grösstenteils an eine liegende Position gebunden , die Stehfähigkeit nicht gegeben gewesen. Initial sei sie nur WC-mobil gewesen, habe nicht weiter als 3 bis 4 m gehen können (Urk. 9/64/2 und 9/68/2) . Das G esuch vom 2 4. Juni 2022 wurde damit begründet, dass die Beschwerdeführerin

100 m mit 5-6 Sitz pausen erreiche und eine weitestgehend unabhängige Lebensführung zu Hause sowie die Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit an strebe

(vgl. Urk. 9/64) . Gemäss G esuch vom 8. Juli 2022 waren einige Fortschritte zu beobachte n . Bei ausgepräg te r Symptomatik am Morgen würden Mobilität und Handlungsfähigkeit im Verlauf des Tages bessern. Die maximale Gehstrecke im Sechs-Minuten- Gehstest betrage nun 50 bis 100

m, die Sitztoleranz 15 bis maximal

E. 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Gerichtsschreiberin
Philipp Bonetti

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