Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. Februar 2022 (730 21 10 / 31)

Krankenversicherung

Prüfung der Voraussetzungen zur Übernahme der Kosten eines stationären Rehabilitationsaufenthalts nach einem Sturz bei postoperativ zahlreichen Einschränkungen

Besetzung	Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber i.V. Egzon Rexhaj
Parteien	**A.____,** Beschwerdeführerin, vertreten durch **B.____** gegen **Krankenkasse SLKK**, Hofwiesenstrasse 370, Postfach, 8050 Zürich, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1928 geborene A.____ ist bei der Krankenkasse SLKK (SLKK) obligatorisch krankenpflegeversichert. Am 5. September 2020 ist sie zu Hause gestürzt und in der Folge ins Spital C.____ eingewiesen worden. Dort ist ihr am 8. September 2020 unter anderem wegen eines intermittierenden AV-Blocks dritten Grades ein Herzschrittmacher implantiert worden. Da postoperativ zahlreiche Einschränkungen bestanden, ersuchte das Spital C.____ mit Schreiben vom 10. September 2020 um Kostengutsprache für eine fünfwöchige geriatrische Rehabilitation in der Klinik D.____. Am 14. September 2020 lehnte die SLKK das Kostengutsprachegesuch mit der

Begründung ab, dass die Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation nicht erfüllt seien. Das Rehabilitationspotenzial sei nicht ausgewiesen, weil die Versicherte nicht adäquat agiere und namentlich zumindest teilweise von Halluzinationen begleitet sei. Im Rahmen der Austauschbefugnis würde man sich aber an den Kosten einer 14-tägigen Akut- und Übergangspflege (AÜP) beteiligen.

B. Mit Wiedererwägungsgesuch vom 15. September 2020 ersuchte das Spital C.____ erneut um Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation. Mit Schreiben vom 16. September 2020 lehnte die SLKK dieses Wiedererwägungsgesuch mit der Begründung ab, dass die Versicherte in den aktuellen Berichten in der Mobilisation mittels Rollator als weitgehend autark beschrieben werde und sie nicht zwingend Treppen nutzen müsse, da bei ihr zu Hause ein Treppenlift zur Verfügung stehe.

C. Am 25. September 2020 erging ein zweites Wiedererwägungsgesuch durch die Klinik D.____. Am 28. September lehnte die SLKK auch dieses Gesuch ab. Die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) seien nicht erfüllt, und es sei kein genügendes Rehabilitationspotenzial ausgewiesen.

D. Auf Nachfrage des Sohns B.____ der Versicherten lehnte die SLKK den Antrag auf Kostengutsprache für eine fünfwöchige geriatrische Rehabilitation schliesslich mit Verfügung vom 26. Oktober 2020 ab. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 fest.

E. Vertreten durch ihren Sohn B.____ erhob die A.____ mit Eingabe vom 13. bzw. vom 29. Januar 2021 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der SLKK vom 11. Dezember 2020 beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragt sie die Aufhebung des Einspracheentscheids. Im Weiteren sei die Krankenkasse anzuweisen, die Rehabilitationskosten in Höhe von Fr. 14'595.-- zu übernehmen. Mit Eingabe vom 9. Februar 2022 stellte sie zusätzlich das Rechtsbegehren, dass die SLKK eventualiter zu verpflichten sei, die medizinischen Kosten während des Rehabilitationsaufenthalts, die im Rahmen der von der SLKK offerierten AÜP ebenfalls angefallen wären, zu übernehmen.

F. Die SLKK schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2021 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

G. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten beide Parteien an ihren Rechtsstandpunkten fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim sachlich und örtlich zuständigen Kantonsgericht eingereichte Beschwerde vom 29. Januar 2021 ist einzutreten.

2. Zwischen den Parteien ist umstritten, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für den stationären geriatrischen Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin vom 22. September 2020 bis 12. Oktober 2020 in der Klink D.____ in der Höhe von Fr. 14'595.-- zu übernehmen hat.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25-31 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die gesetzlichen Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim von Ärzten oder Ärztinnen durchgeführt werden, und auch die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d). Im Weiteren übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

2.2 Die medizinische Rehabilitation im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG wird im Gesetz nicht näher umschrieben. Nach Lehre und Rechtsprechung besteht ihr besonderes Merkmal darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen (GEBHARD EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2015, Rz. 456). Sie bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung der Krankheit selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben. Sie ist somit auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Grundlegende Anspruchsbedingung ist ein ausgewiesenes Rehabilitationspotenzial. Dieses setzt voraus, dass nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann. Wenn die medizinische Rehabilitation praktisch keine nennenswerte Verbesserung der beeinträchtigten Funktionen mehr verspricht, ist das Stadium des Pflegefalles erreicht (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 457). Die medizinische Rehabilitation kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen. Erfolgt die medizinische Rehabilitation in einer dafür spezialisierten Klinik, ist eine Spitalbedürftigkeit (dazu Erwägung 2.4 hiernach) vorausgesetzt. Eine stationäre Rehabilitation bedarf der vorgängigen Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes bzw. -ärztin berücksichtigt (vgl. Anhang 1 Ziff. 11 zur Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995).

2.3 Um eine Leistungspflicht des Krankenversicherers zu begründen, muss die medizinische Massnahme den Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit entsprechen (Art. 32 Abs. 1 KVG). Eine medizinische Behandlung ist in der Regel wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 329). Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus. Eine Behandlung ist zweckmässig, wenn sie aus medizinischer Sicht geboten oder zumindest vertretbar ist. Es geht um die angemessene Eignung im Einzelfall (GEBHARD

EUGSTER, a.a.O., Rz. 331). Wirtschaftlichkeit setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus. Sie ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den zweckmässigen Behandlungsalternativen. Sie beurteilt sich nach objektiven Kriterien. Wirtschaftlich ist bei vergleichbarem medizinischem Nutzen die kostengünstigere Variante (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 336). Auch die vom Arzt veranlassten Leistungen müssen wirtschaftlich sein. Das Wirtschaftlichkeitsgebot bezieht sich nicht nur auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, insbesondere die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder stationär durchzuführen ist und in welche Heilanstalt oder Abteilung einer solchen die versicherte Person vom medizinischen Standpunkt aus gehört (BGE 126 V 334 E. 2b, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, KVG, Zürich/Basel/Genf 2010, S. 202 zu Art. 32 KVG). Die Frage nach der Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Massnahme beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten, persönliche, familiäre und soziale Umstände sind jedoch auch zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C_940/2011, E. 3.1).

2.4 Der Anspruch auf stationäre Leistungen erfordert zunächst, dass sich die versicherte Person tatsächlich in einem Spital, d.h. einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Zusätzlich bedarf es einer Spitalbedürftigkeit. Diese ist dann gegeben, wenn die versicherte Person an einer Krankheit leidet und die Akutbehandlung, die Überwachung des Gesundheitszustands oder die medizinische Rehabilitation notwendigerweise unter Spitalbedingungen erfolgen müssen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 444). Eine Spitalbedürftigkeit liegt mithin vor, wenn diagnostische oder therapeutische Anwendungen wegen der apparativen und personellen Anforderungen nur in einem Spital zweckmässig vorgenommen werden können. Das Erfordernis der Spitalbedürftigkeit ist für den Regelfall ein Ausfluss des Gebots wirtschaftlicher Behandlungsweise (vgl. Art 32 Abs. 1 KVG); es gilt der Grundsatz der Nachrangigkeit der Hospitalisation gegenüber kostengünstigeren Alternativen (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 445). Spitalbedürftigkeit ist jedoch gegeben, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind und einzig ein Spitalaufenthalt noch Aussicht auf Erfolg verspricht. Die Spitalbedürftigkeit im Zusammenhang namentlich mit Rehabilitationsmassnahmen ist nach der erforderlichen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen (BGE 126 V 323 E. 2c). Ziel ist die Sicherstellung einer notwendigen medizinischen Behandlung, die sonst nicht durchführbar wäre, und zwar auch nicht mit den Mitteln der Krankenpflege zu Hause oder in einem Kurhaus (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juni 2020, 9C_253/2020, E. 2.2 und 2.3 mit Hinweis auf BGE 126 V 323 E. 2c). In einem solchen Fall kann eine Hospitalisation selbst dann gerechtfertigt sein, wenn die in der Heilanstalt durchgeführte Behandlung für sich allein, prognostisch beurteilt, keine Spitalbedingungen erfordert hätte. Auch persönliche, familiäre und andere nicht streng medizinische Umstände können einen Spitalaufenthalt rechtfertigen. Dies wiederum trifft dann zu, wenn die medizinische Behandlung wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 323 E. 2b), bzw. wenn der Krankheitszustand einer versicherten Person nicht unbedingt eine ärztliche Behandlung, sondern lediglich einen Aufenthalt im Spitalmilieu erfordert.

Die Intensität der ärztlichen Behandlung, welche die Krankheit einer versicherten Person verlangt, ist somit nicht alleiniges Entscheidungskriterium für eine Hospitalisierung – insbesondere dann nicht, wenn eine versicherte Person wegen ihres hohen Alters, ihrer familiären Verhältnisse oder weil sie alleinstehend ist, keine Möglichkeit hat, die ihrem Zustand entsprechende Pflege und Beaufsichtigung zuhause zu erhalten, oder wenn eine solche Betreuung der Familie der versicherten Person nicht zugemutet werden kann (BGE 115 V 48 E. 3b/aa, 120 V 206 E. 6a; BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 190 f.).

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

3.1 In verfahrensrechtlicher Hinsicht hat der Versicherungsträger gemäss Art. 43 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende oder im Beschwerdefall die urteilende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, d.h. aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder an die Beweisanträge der Parteien abzuklären und festzustellen hat (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).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

3.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist schliesslich entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E.

5.1 mit Hinweisen). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b mit Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll gemäss Bundesgericht der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen, worunter namentlich auch die beratenden Ärzte und Ärztinnen bzw. die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen der Krankenversicherer gemäss Art. 57 KVG fallen, kommt ebenfalls nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Generell sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1).

4.1 Am 10. September 2020 reichte das Spital C.____ ein Kostengutsprachegesuch bei der der SLKK für die Dauer einer fünfwöchigen geriatrischen Rehabilitation in der Klinik D.____ ab 16. September 2020 ein. Zur Begründung führte es aus, dass die geriatrische Rehabilitation auf jeden Fall indiziert sei, damit der Austritt nach Hause geplant werden könne. Die Versicherte sei bettlägerig und habe Bedarf an intensiver Hilfestellung. Eine Mobilisation sei nur in Begleitung möglich, und es bestehe eine Schmerz-, Kognitions- und Atmungsproblematik. Beim Mobilisieren würde die Versicherte an der Bettkante verkrampfen und falle beim Sitzen und gar beim Liegen immer wieder auf die linke Seite, was die Sturzgefahr erhöhen würde. Rehabilitationsziele seien die Schmerzlinderung, die Rekonditionierung, der Kraftaufbau, ein Gehtraining am Rollator, die Sturzprophylaxe, eine Verbesserung der Ausdauer und der Rumpfstabilität, ein Kognitionstraining, die Verbesserung der Lungenkapazität sowie schliesslich die Selbständigkeit in den Verrichtungen des täglichen Lebens sowie die Wiedereingliederung in das familiäre und soziale Umfeld.

4.2 Dr. med. E.____, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, Vertrauensarzt der SLKK, empfahl in seiner Beurteilung vom 14. September 2020 die Ablehnung der stationären Rehabilitation zugunsten einer zwei- bis dreiwöchigen AÜP. Zur Begründung brachte er vor, dass die Versicherte nicht immer adäquat agiere, weshalb ein allenfalls vorhandenes Rehabilitationspotenzial in Frage zu stellen sei. Fraglich sei deshalb, ob die Versicherte das Rehabilitationspotential überhaupt ausschöpfen könne, da sie ja gar nicht adäquat reagieren würde. In Nachachtung dieser Beurteilung lehnte die SLKK das Kostengutsprachegesuch noch gleichentags ab.

4.3 Am 15. September 2020 reichte das Spital C.____ ein Wiedererwägungsgesuch ein. Aus der entsprechenden Erläuterung von Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, geht hervor, dass die Versicherte eine rüstige 91-jährige Frau sei, die vor ihrem Spitalaufenthalt in ihrer Wohnung selbständig gelebt und den Alltag inklusive Haushalt, Einkauf und Körperpflege mit nur wenig Unterstützung durch die Spitex und ihren Sohn selbst bewältigt habe. Ihre Halluzinationen habe man im Rahmen eines hyperaktiven Delirs interpretiert. Dieses sei als Folge der

kardialen Dekompensation zu werten, hervorgerufen durch den räumlichen Ortswechsel von der Normalstation auf die Überwachungsstation und wieder zurück auf die Normalstation. Die Halluzinationen seien jedoch nur vorübergehender Natur gewesen und seien nicht mehr aufgetreten. Kognitiv würden nur noch leichte Defizite bestehen. In der Physiotherapie habe die Patientin während ihres Aufenthaltes bereits deutliche Fortschritte erzielt. Aktuell sei sie am Rollator gangmobil. Das Gehtraining inklusive das Treppensteigen müsse aber noch weiter ausgebaut werden. Ein Rehabilitationspotenzial sei gegeben und habe zum Ziel, eine selbständige Mobilität wiederzuerlangen und damit eine Rückkehr in das häusliche Umfeld zu ermöglichen.

4.4 In seiner Beurteilung vom 16. September 2020 empfahl Dr. E.____ in der Folge, am bisherigen Entscheid der SLKK festzuhalten. Er begründete seine Empfehlung damit, dass die Versicherte zwar sicherlich weiterhin einer weiterführenden Unterstützung bedürfe, diese aber auch durch die zweiwöchige AÜP gewährleistet werden könne. Zudem werde die Versicherte in den aktuellen Berichten als weitgehend autark in ihrer Mobilisation mit einem Rollator beschrieben. Treppen müssten keine zwingend benutzt werden, weil zu Hause ein Treppenlift zur Verfügung stehe.

4.5 Am 25. September 2020 erging das zweite Wiedererwägungsgesuch durch die Klinik D.____. Darin erläutert Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Schwerpunkt Geriatrie, dass der Klinikeintritt in einem stabilen Allgemeinzustand erfolgt sei. Die Patientin sei wach, kooperativ, räumlich und situativ voll, zeitlich allerdings nur partiell orientiert. Ihre Vigilanz sei stabil und der Tag-Nacht-Rhythmus intakt. Hinweise auf ein Delir würden keine mehr bestehen. Die Patientin benötige aktuell noch Unterstützung durch eine Hilfsperson beim Toilettengang sowie beim Transfer vom Liegen in den Sitz und in den Stand am Rollator. Mit ihrem Rollator könne sie in Begleitung mittlerweile eine Distanz von 30 Metern zurücklegen. Die Rehabilitationsindikation und Rehabilitationsfähigkeit seien gegeben. Funktionelles Ziel der Rehabilitation seien der selbständige Transfer vom Liegen in den Stand am Rollator im Innenbereich, der Ausbau der Gehstrecke am Rollator, ein selbständiger Toilettengang und das Treppensteigen von sechs Stufen unter Supervision. Die entsprechende Wiedererlangung der Fortbewegung sei namentlich notwendig, um vom Aussenbereich ins eigene Haus zu gelangen. Zugleich würde in ergotherapeutischer Hinsicht ein kognitives Training bei Status nach Delir und den seither bestehenden leichten bis mittelschweren neurokognitiven Störungen erfolgen. Ferner müsse die kardiale Medikation eingestellt und angepasst werden. Es erfolge eine tägliche Gewichtskontrolle, eine Anpassung der diuretischen Therapie, eine laboranalytische Verlaufskontrolle der Nierenparameter und der Elektrolyte sowie schliesslich auch eine Sozial- und Austrittsplanung.

5.1 Wie eingangs erwähnt ist das Ziel einer Rehabilitation, dass die betroffene Person die infolge ihrer Erkrankung verloren gegangenen körperlichen sowie geistigen Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln zurückgewinnt oder ihre beeinträchtigten Funktionsfähigkeiten zumindest wieder verbessern kann. Bei einer stationären Rehabilitation in einer dafür spezialisierten Rehabilitationsklinik ist darüber hinaus eine Spitalbedürftigkeit der Betroffenen vorausgesetzt. Letztere ist nach dem Ausmass der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens bzw. gemäss allenfalls zusätzlich verkomplizierender Krankheiten im Detail zu beurteilen (oben, Erwägungen 2.2 und 2.4).

5.2 Den ablehnenden Entscheiden der SLKK liegen zwei sehr kurze, sich auf drei bis sechs Zeilen beschränkende Beurteilungen von Dr. E.____ zugrunde. In seiner ersten Beurteilung vom 14. September 2020 vertrat der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin zunächst die Auffassung, dass die stationäre Rehabilitation zugunsten einer zwei- bis dreiwöchigen AÜP deshalb abzulehnen sei, weil die Patientin nicht immer adäquat agiere und ein allenfalls vorhandenes Rehabilitationspotenzial deshalb in Frage zu stellen sei. Dabei erscheint allerdings als fraglich, ob dem Vertrauensarzt bewusst war, dass eine AÜP von Gesetzes wegen maximal auf zwei Wochen befristet ist (Art. 25a Abs. 2 KVG). Diese Einschränkung ist insofern von Relevanz, als der Vertrauensarzt in seiner ersten Beurteilung nicht strikt von einer nur zweiwöchigen Rehabilitation ausgegangen ist, sondern ursprünglich selbst die Haltung vertreten hatte, dass die Versicherte unter Umständen einer längeren Betreuung bedarf. Seine Einschätzung erweist sich damit als unklar. Sodann bescheinigte Dr. F.____ der Versicherten in ihrem Wiedererwägungsgesuch vom 15. September 2020 nur noch leichte kognitive Defizite, welche einem Rehabilitationspotenzial nicht im Wege stehen würden. Namentlich nicht mehr berichtet wurde über das Auftreten von Halluzinationen. In seiner zweiten Beurteilung vom 16. September 2020 setzte sich Dr. E.____ indessen mit diesen Aspekten namentlich bezüglich der kognitiven Fähigkeiten der Patientin und dem daraus resultierenden Rehabilitationspotenzial nicht mehr auseinander. Alleine schon dieser Umstand lässt weitere Zweifel an seiner Beurteilung aufkommen. Stattdessen führte Dr. E.____ sodann neue Gründe an, weshalb eine stationäre geriatrische Rehabilitation abzulehnen sei. Insbesondere brachte er vor, dass die Patientin zwar sicherlich noch weiterführender Unterstützung bedürfe; diese erhalte sie aber auch in einer 14-tägigen AÜP. Ausserdem werde die Versicherte in den aktuellen Berichten als weitestgehend autark in der Mobilisation mit dem Rollator beschrieben. Die Treppen müsse sie jedoch nicht zwingend nutzen, da zu Hause der Treppenlift zur Verfügung stehe. Aus dem weiteren Wiedererwägungsgesuch vom 25. September 2020 von Dr. G.____ geht hingegen hervor, dass die Patientin das Treppensteigen sehr wohl wieder erlernen müsse, weil sie andernfalls nicht in der Lage sein werde, überhaupt vom Aussen- in den Innenbereich ihres eigenen Hauses zu gelangen. In Bezug auf dieses, im Zusammenhang mit der Fortbewegung einerseits und der Grundvoraussetzung alltäglicher Verrichtungen andererseits zweifelsohne notwendige Erfordernis hat der Vertrauensarzt der SLKK schlicht keine Stellung genommen. Mithin kann auch in diesem Punkt nicht gesagt werden, dass eine rechtsgenügende Auseinandersetzung mit den Vorbringen der behandelnden Geriatrie-Expertin erfolgt wäre. Vielmehr wurden seitens des Vertrauensarztes der SLKK erneut weitere Argumente vorgebracht, weshalb eine geriatrische Rehabilitation abzulehnen sei, namentlich dass die WZW-Kriterien nicht erfüllt würden und generell kein genügendes Rehabilitationspotenzial vorhanden sei. Auch in dieser Hinsicht aber setzte sich Dr. E.____ nur wenig bis gar nicht mit den Vorbringen der Dres. F.____ und G.____ auseinander. Aus seinen Beurteilungen ist nicht ersichtlich, ob und allenfalls inwieweit eine AÜP mit den durchaus als schwer zu beurteilenden Vorerkrankungen und Beschwerden überhaupt zu vereinbaren wäre. Nebst dem Einwand fehlender kognitiver Fähigkeiten, der von Dr. F.____ indessen angesichts der postoperativen Gesamtumstände schlüssig entkräftet worden ist, werden seitens des Vertrauensarztes der SLKK letztlich keine Argumente vorgebracht, welche ein Rehabilitationspotenzial tatsächlich in Frage stellen. Auf die – nota bene von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe verfassten – vertrauensärztlichen Beurteilungen der Beschwerdegegnerin, die sich nur ungenügend mit den ärztlichen Einschätzungen der

behandelnden Experten auseinandersetzen und keine schlüssigen Begründungen liefern, kann deshalb nicht abgestellt werden. Die Verpflichtung gemäss Anhang 1 Ziff. 11 KLV, die Empfehlungen der Vertrauensärzte zu berücksichtigen, kann nicht bedeuten, dass dies unbesehen von deren Qualität stets im zustimmenden Sinne zu erfolgen habe. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid auf eine offensichtlich ungenügende Sachverhaltsabklärung gestützt, was bereits zur Gutheissung der Beschwerde führen muss.

5.3 Es bleibt zu prüfen, ob die übrigen ärztlichen Berichte genügen, um die Frage der Spitalbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit, der Wirksamkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit der in Frage stehenden geriatrischen Rehabilitation abschliessend zu beurteilen. Dies ist zu bejahen.

5.3.1 Vorab ist festzustellen, dass der Eintritt in die Klinik D.____ nicht wie ursprünglich geplant am 16. September 2020, sondern erst auf den 22. September 2020 erfolgt ist. Der dortige Aufenthalt dauerte bis zum 12. Oktober 2020. Damit lässt sich die Diskrepanz hinsichtlich der Dauer zwischen der geplanten und der schliesslich durchgeführten Rehabilitation erklären. Von den geplanten fünf Wochen wurden damit letztlich nur drei Wochen an Rehabilitation umgesetzt, was sich wiederum aufgrund der verlängerten Pflege noch im Spital C.____ erklären lässt. Daraus alleine vermag die Beschwerdegegnerin indessen nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Die Beschwerdeführerin verlangt denn auch lediglich die Kostenvergütung für die dreiwöchige Rehabilitation.

5.3.2 Zu klären ist vorab die Frage der Spitalbedürftigkeit. Aus dem Kostengutsprachegesuch vom 10. September 2020 geht klar hervor, dass die Versicherte in jenem Zeitpunkt noch spitalbedürftig gewesen ist. Namentlich war sie bettlägerig, benötigte in allen Aktivitäten ihres täglichen Lebens Hilfe und war schliesslich auf eine kontinuierliche Sauerstoffzufuhr angewiesen. Die Spitalbedürftigkeit ist ebenso aber auch für den nachfolgenden Zeitraum zu bejahen. Hierfür spricht alleine schon der Umstand, dass die Versicherte nach der Ablehnung des ersten Kostengutsprachegesuchs weiterhin in stationärer Spitalpflege im Spital C.____ verbleiben musste. Auch im Zeitpunkt des Wiedererwägungsgesuches des Spitals C.____ vom 15. September 2020 befand sich die Versicherte in stationärer Spitalpflege. Ihre Spitalbedürftigkeit ist aufgrund der im Wiedererwägungsgesuch umschriebenen Umstände auch in diesem Zeitpunkt noch immer ausgewiesen, auch wenn sich der Allgemeinzustand der Versicherten mittlerweile deutlich verbessert hatte. Darüber hinaus war zu diesem Zeitpunkt aber auch ein Rehabilitationspotenzial mit dem Ziel vorhanden, die selbständige Mobilität wieder zu erlangen und eine Rückkehr in das häusliche Umfeld zu ermöglichen. Nach dem Eintritt in die Rehabilitationsklinik D.____ erfolgte am 25. September 2020 schliesslich das zweite Wiedererwägungsgesuch. Den dortigen Ausführungen zufolge benötigte die Versicherte auch dazumal beim Mobilitätstransfer wie insbesondere vom Liegen in eine sitzende Position, in den Stand am Rollator und für die Toilettengänge noch weiterhin Hilfe. Trotz verbesserter Verhältnisse bestanden mit anderen Worten offensichtlich weiterhin verschiedene alltagsrelevante funktionelle Defizite. Der Rehabilitationsbedarf per 25. September 2020 wurde dabei schlüssig und echtzeitlich erläutert. Daraus ist ersichtlich, dass die Versicherte im Zeitpunkt ihres Eintritts in die Rehaklinik D.____ am 22. September 2020 in massgebenden

Bereichen weiterhin auf medizinische Hilfestellungen angewiesen war, die nur in einem stationären Setting gewährleistet werden konnten. Es trifft zwar zu, dass die Versicherte zu Hause über einen eigenen Treppenlift verfügt. Um aber ins Haus zu gelangen, muss sie sechs Treppenstufen bewältigen können. Unter diesem Blickwinkel kann der Ansicht des Vertrauensarztes der SLKK nicht gefolgt werden, wonach die Fähigkeit des Treppensteigens nicht erforderlich wäre. Für eine Ermöglichung der Rückkehr nach Hause war für die Versicherte zudem ein weiteres notwendiges Ziel, eine selbständige und sichere Mobilität am Rollator wiederzuerlangen. Vor ihrem Sturz war es der Versicherten jedenfalls möglich, annähernd selbständig alleine zu leben. Dabei war sie nur auf punktuelle Unterstützung durch die Spitex und durch ihren Sohn angewiesen. Mit Blick auf diese Umstände hat prospektiv jedenfalls nichts dagegengesprochen, dass dieser Zustand mit einer stationären Rehabilitation wieder erreicht hätte werden können.

5.3.3 Bezüglich der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin diese Kriterien in ihrem Einspracheentscheid grundsätzlich zu Recht bereits bejaht hat. Daran ist festzuhalten (vgl. angefochtener Einspracheentscheid, S. 4, Ziffer III. 8). Der stationäre Aufenthalt in einer unter anderem auf Geriatrie spezialisierten Rehabilitationsklinik wie der Klinik D.____ ist objektiv betrachtet denn auch zweifelsohne geeignet, den angestrebten medizinischen Nutzen in Form einer Wiederherstellung der eingeschränkten körperlichen Funktionen der Beschwerdeführerin zu erreichen. Auch dessen Zweckmässigkeit ist gegeben, ist doch nicht ersichtlich, dass es möglich gewesen wäre, die verloren gegangenen Fähigkeiten der Versicherten in einem lediglich ambulanten Setting wiederaufzubauen.

5.3.4 Die Frage der Wirtschaftlichkeit und der Austauschbefugnis stellt sich nur, wenn mehrere wirksame und zweckmässige Behandlungen zur Verfügung stehen (vgl. BGE 139 V 135 E. 4.4.3). Bezüglich der AÜP wurde bereits erwähnt, dass diese von Gesetzes wegen auf 14 Tage beschränkt ist. Aus den schlüssigen medizinischen Berichten ergibt sich aber, dass aus medizinischen Gründen eine Behandlungsdauer von drei bis sogar fünf Wochen indiziert war, so dass die AÜP von vornherein keine taugliche Alternative darstellte. Die Beschwerdegegnerin hat es im Übrigen unterlassen aufzuzeigen, wie die von ihr befürwortete ambulante AÜP im vorliegenden Fall angesichts der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen hätte durchgeführt werden können. Entgegen der insoweit aktenwidrigen Ausführungen im Einspracheentscheid ging es bei den Rehabilitationsbehandlungen gerade nicht ausschliesslich um den Aufbau von Kraft und Ausdauer. Nachdem eine ambulante AÜP vorliegend nicht als wirksam und zweckmässig qualifiziert werden kann und eine stationäre Rehabilitation notwendig war, erübrigen sich weitere Ausführungen zur Wirtschaftlichkeit.

6. Zusammenfassend resultiert, dass die Versicherte während ihres Rehabilitationsaufenthaltes in der Klinik D.____ als spitalbedürftig zu bezeichnen war und während dieser Zeit die für den Aufenthalt erforderlichen WZW-Kriterien erfüllt hat. Ausgewiesen war im Zeitpunkt ihres Eintritts am 22. September 2020 ausserdem ein Rehabilitationspotenzial. Die Versicherte besitzt demnach Anspruch auf Kostenübernahme für den erfolgten Rehabilitationsaufenthalt vom 22. September 2020 bis 12. Oktober 2020 in der Klinik D.____. Die Beschwerde ist im Ergebnis somit gutzuheissen, und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, die entsprechenden Rehabilitationskosten in Höhe von Fr. 14’595.-- zu übernehmen.

7.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das KVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Darunter sind allerdings nur Kosten zu verstehen, die einer Beschwerde führenden versicherten Person für den Beizug einer Rechtsanwältin bzw. eines Rechtsanwalts entstanden sind. Da die obsiegende Beschwerdeführerin anwaltlich nicht vertreten ist, sind vorliegend keine Parteikosten zu verlegen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, die Kosten für die dreiwöchige geriatrische Rehabilitation in der Klinik D.____ in Höhe von Fr. 14`595.-- zu übernehmen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Gesundheit

Präsident Gerichtsschreiber i.V.