

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2017/1 vom 18. August 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-08-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2017_1

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2017/1 du 18 août 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2017/1 del 18 agosto 2017

Regeste

Art. 25 Abs. 1 KVG. Art. 32 Abs. 1 KVG. Wirksamkeit eines lymphovenösen Bypasses zur Behandlung eines Lymphödems mangels Nachweis nach wissenschaftlichen Methoden verneint. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. August 2017, KV 2017/1).

Erwägungen

E. 1

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist die Pflicht zur Kostenübernahme der Beschwerdegegnerin für die geplante LVA. 1.1 Nach Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Art. 25 Abs. 2 KVG enthält einen Katalog von Leistungen, die unter die Übernahmepflicht der Krankenversicherer fallen. Als Pflichtleistung aufgeführt sind unter anderem die von einem Arzt oder einer Ärztin ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim bzw. Spital durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen (lit. a Ziff. 1) sowie der Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit. e). 1.2 Die Übernahmepflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). 1.3 Im Sozialversicherungsprozess gelten gemäss Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung. Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a am Schluss). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson

begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten bzw. von Vertrauensärzten der Versicherer kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen).

E. 2

Beim Lymphödem der Beschwerdeführerin handelt es sich unbestrittenermassen um eine Krankheit i.S.v. Art. 25 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 3 Abs. 1 ATSG. Es ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten der geplanten LVA unter Berücksichtigung der gesetzlichen Voraussetzungen von Art. 32 Abs. 1 KVG zu übernehmen hat. Die Beschwerdegegnerin stellt sich gestützt auf die Einschätzung ihres Vertrauensarztes Dr. C.____ auf den Standpunkt, es bestünden keine ausreichenden Erfolgsaussichten für den geplanten Eingriff, und ein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit sei nicht erbracht (act. G3, G3.4, G7). Die Beschwerdeführerin und Dr. B.____ gehen hingegen davon aus, dass eine LVA langfristig wirksam wäre und eine Verringerung der Beschwerden mit sich brächte (act. G1, G3.5, G5, G5.1).

2.1 Die Wirksamkeit einer Leistung ist dann gegeben, wenn die betreffende Behandlung objektiv geeignet ist, das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen (BGE 128 V 159 E. 5c/aa). Gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG muss die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden erwiesen sein. Es reicht nicht aus, die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode einzelfallbezogen und retrospektiv auf Grund der jeweiligen konkreten Behandlungsergebnisse zu beurteilen. In der klassischen universitären Medizin gilt der Wirksamkeitsnachweis als erbracht, wenn die Behandlungsmethode für das in Frage stehende Behandlungsziel wissenschaftlich anerkannt ist, d.h. von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis akzeptiert wird. Wichtig ist, dass die Methode auf soliden, ausreichenden experimentellen Unterlagen beruht. Auch die Erfolgsdauer kann ein wesentlicher Faktor sein (GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Freiburg/Basel 2010, Art. 32 Rz 4 f. mit weiteren Hinweisen). Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus und versteht sich als "angemessene Eignung im Einzelfall". Zweckmässig ist jene Anwendung, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist (EUGSTER, a.a.O., Art. 32 Rz 7 mit weiteren Hinweisen). Wirtschaftlichkeit setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus. Sie ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den zweckmässigen Behandlungsalternativen. Wirtschaftlich ist bei vergleichbarem medizinischem Nutzen die kostengünstigere Alternative. Unnötige therapeutische Massnahmen oder solche, die durch weniger kostspielige ersetzt werden können, sind daher nicht kassenpflichtig (EUGSTER, a.a.O., Art. 32 Rz 11 mit weiteren Hinweisen).

2.2 Vorerst ist die Wirksamkeit der geplanten LVA zu prüfen. Dabei ist die Methode an sich zu beurteilen, die Qualifikation von Dr. B.____ zu deren Durchführung ist vorliegend nicht entscheidend (vgl. act. G1, G1.3, G1.9, G3).

2.2.1 Die Beschwerdeführerin stützt ihre Ausführungen im Wesentlichen auf die Einschätzungen von Dr. B.____ (act. G1, G3.2, G5). Die von diesem eingereichten medizinischen Abhandlungen (act. G1.1, G3.5) nennen als konservative Behandlung Lymphdrainagen und Kompressionstherapie. Operative Methoden seien eine Option, wenn die konservative Therapie fehlschlage. Die neuere Methode der LVA sei zwar vielversprechend, aber vieles sei noch unklar und genauere, standardisierte Untersuchungen

notwendig (AMANDA SILVA/DAVID CHANG, Vascularized Lymph Node Transfer and Lymphovenous Bypass: Novel Treatment Strategies for Symptomatic Lymphedema, Journal of Surgical Oncology, 2016, S. 1 & 6, DAVID CHANG/HIROO SURAMI/ROMAN SKORACKI, A Prospective Analysis of 100 Consecutive Lymphovenous Bypass Cases for Treatment of Extremity Lymphedema, Journal of the American Society of Plastic Surgeons, November 2013, Issue 132(5):1305-1314, S. 1305; vgl. act. G3.5). Es existiere noch keine objektive und allgemein anerkannte Methode zur Einstufung der Qualität oder Schwere von Lymphödemen. Eine andere Herausforderung sei die Unsicherheit bei der Auswahl von Patienten, welche für eine LVA geeignet seien. Dem Artikel von SILVA/CHANG ist zu entnehmen, dass betreffend die Wirksamkeit der LVA die meisten bekannten Studien eine verminderte Cellulitis festgestellt hätten. Das Volumen habe sich bestenfalls bei 73% der Patienten um 75% verringert, schlechtestenfalls bei 50% der untersuchten Patienten zu keiner Differenz geführt. Bei 22 untersuchten Studien hätten 89% der Patienten eine subjektive Verbesserung und 88% eine quantitative Verbesserung erlebt. 56% der Patienten hätten die Kompressionstherapie nicht mehr weiterführen müssen. Die Autoren schliessen daraus nachvollziehbar, aufgrund der grossen Heterogenität der Studien sollten diese zurückhaltend interpretiert werden (SILVA/CHANG, a.a.O., S. 5). Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Lymphödem mit einer LVA nicht geheilt, sondern bestenfalls dessen Symptome gelindert werden können. Die aktenkundigen Studien erwähnen eine Volumenreduktion der betroffenen Körpergegend, weniger Infektionen, das Verhindern des Fortschreitens der Krankheit und eine Verbesserung der Funktionen der Extremität sowie der Ästhetik als mögliche Vorteile des Eingriffs (SILVA/CHANG, a.a.O., CHANG/SUAMI/SKORACHI, a.a.O., S. 1305, vgl. auch Aufsatz von Dr. B.____; act. G5.1). Ein Grossteil der Teilnehmer der verschiedenen Studien habe jedoch nach der Operation die konservative Kompressionstherapie fortgeführt und sei aufgefordert worden, weiterhin Kompressionsstrümpfe zu tragen (SILVA/CHANG, a.a.O., S. 5 f., CHANG/SUAMI/SKORACHI, a.a.O., S. 1308, YUKIO SEKI et. al, The Superior-Edge-of-the-Knee Incision Method in Lymphaticovenular Anastomosis for Lower Extremity Lymphedema, Journal of the American Society of Plastic Surgeons, November 2015, Issue 136(5):665e-675e, S. 666e; vgl. act. G3.5).

2.2.2 Die Beschwerdeführerin leidet seit über 20 Jahren an einem primären Lymphödem des rechten Beines, welches gemäss Einschätzung von Dr. B.____ vom Mai bzw. Juni 2016 das Stadium III erreicht hat. Dr. B.____ führte aus, es fänden sich sowohl am Unterschenkel als auch am Knie rechts eine geschmeidige Haut mit teilweise fibrotischen Hautarealen insbesondere am Fussrücken. In der ICG-Darstellung hätten keine Lymphgefässe im Unterschenkel und dem Fussrücken rechts dargestellt werden können. Aufgrund des stark vorhandenen fibrotischen Gewebes zeige sich überall ein massiver dermaler lymphatischer Rückstau (act. G1.1, G3.5). Eine aktenkundige Studie untersuchte 100 LVA, von welchen jedoch lediglich elf an Lymphödemen der unteren Extremitäten, die restlichen an solchen der oberen Extremitäten durchgeführt wurden. Dabei waren die Volumenreduktionen durch die LVA bei Teilnehmern mit Lymphödemen des Stadiums I und II wesentlich grösser als bei solchen mit Stadium III und IV. Bei letzteren betrug die Volumenverringerung 12 Monate nach der Operation durchschnittlich nur 17% im Vergleich zu 61% bei ersteren. Bei den an sieben Studienteilnehmern mit Lymphödemen der unteren Extremitäten durchgeführten insgesamt elf LVA wurde eine durchschnittliche Volumenreduktion von 38% erzielt. Nur vier dieser Patienten berichteten über eine Symptomverbesserung (entsprechend 57%) und für lediglich zwei von ihnen waren Volumenmessungen verfügbar. Drei Jahre postoperativ

habe eine dieser Personen im rechten Bein eine Volumenreduktion von 33%, im stärker betroffenen linken Bein jedoch nur von 7% gehabt. Die zweite habe über signifikante Verbesserungen berichtet und keine Kompressionsstrümpfe mehr getragen, jedoch keine signifikante Volumenverringerung aufgewiesen (CHANG/SUAMI/SKORACKI, a.a.O., S. 1305, 1309 & 1311, vgl. SILVA/CHANG, a.a.O., S. 5). Diese Studie hat folglich für die Situation der Beschwerdeführerin wenig Aussagekraft, zumal nur wenige vergleichbare Fälle untersucht wurden, weshalb sie kaum als repräsentativ gelten kann. Zudem befasste sich die Studie ausschliesslich mit Patienten, die an einem sekundären Lymphödem infolge einer Krebserkrankung litten. Bei der einzigen vollständig dokumentierten LVA an einem stark ausgeprägten Lymphödem der unteren Extremität wurde ausserdem nur eine geringe Volumenreduktion von 7% beschrieben. Die Verfasser der Studie folgerten, eine LVA könne das Ausmass eines Lymphödems reduzieren, dies jedoch vor allem bei Patienten mit Lymphödem der oberen Extremitäten in einem frühen Stadium. Eine LVA sei bei jenen Patienten am wirksamsten, die intakte Lymphgefässe und nur minimal irreversibel fibrotisches Gewebe aufwiesen. Im Stadium III oder IV stünden nur wenige funktionierende Lymphgefässe für die LVA zur Verfügung, was zusammen mit der signifikanten irreversiblen Fibrose zu geringen Erfolgsaussichten führe (CHANG/SUAMI/SKORACKI, a.a.O., S. 1305 & 1310 ff.). SILVA/CHANG erwähnen auch eine weitere Studie, welche die These stütze, wonach die Wirksamkeit bei früheren Stadien höher sei. Die Autoren empfahlen die LVA vor allem bei mild bis moderat ausgeprägten Lymphödem der oberen Extremitäten mit einer moderaten Menge funktionierender Lymphgefässe und minimaler Fibrose, entsprechend dem ICG-Stadium II (SILVA/CHANG, a.a.O., S. 5 f.). Die Beschwerdeführerin gehört demnach zur Gruppe von Lymphödem-Betroffenen, für welche durch eine LVA die geringste Wirksamkeit zu erwarten ist. Zwar ist ein wissenschaftlicher Artikel über eine Studie zu einer neuen Methode der LVA aktenkundig, welche bei Lymphödem der unteren Extremitäten bessere Ergebnisse erziele als das bis dahin angewendete Verfahren, da es unter anderem das Auffinden grosser Lymphgefässe in den Beinen vereinfache. Die Studie beinhaltete jedoch nur Operationen bei 15 Patienten mit einem Lymphödem Stadium II und wurde retrospektiv erstellt, weshalb die Ergebnisse nicht genügend aussagekräftig sind, um die Wirksamkeit im Allgemeinen und bei der Beschwerdeführerin mit ihrem fortgeschrittenen Lymphödem im Speziellen zu bejahen (SEKI et. al, a.a.O.).

2.2.3 Die Lymphödem Vereinigung Schweiz hält fest, operative Behandlungsmethoden hätten sich noch nicht gänzlich etabliert. Wenn nicht wichtige medizinische Gründe einen Eingriff notwendig machten, müsse generell von Operationen im Bereich von Lymphödem abgeraten werden, da unweigerlich jeder Schnitt und jede Verletzung erneut Lymphgefässe schädigen könne, respektive diese im Rahmen des Heilungsprozesses belaste (vgl. <http://www.lv-schweiz.ch/das-lymphoedem.php>, abgerufen am 4. August 2017). Gemäss den Leitlinien der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (S2k Leitlinie – Diagnostik und Therapie der Lymphödeme, AWMF Reg.-Nr. 058-001, Mai 2017, abrufbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/058-0011_S2k_Diagnostik_und_Therapie_der_Lymphoedeme_2017-05.pdf, S. 49, eingesehen am 4. August 2017) sollte eine operative Therapie in Betracht gezogen werden, wenn ein Patient trotz leitliniengerechter konservativer Therapie und Therapieadhärenz einen Leidensdruck oder eine Zunahme von sekundären Gewebeveränderungen aufweist. Vorliegend erwähnte Dr. B. ___ in seinem Bericht vom 28. Juni 2016 zwar, es liege eine Therapieresistenz vor, verneinte jedoch gleichzeitig die vollumfängliche Ausschöpfung der

konservativen Therapiemassnahmen. Zudem gab er zwar an, eine LVA würde die Lebensqualität der Beschwerdeführerin deutlich verbessern, führte jedoch nicht aus, inwiefern diese eingeschränkt ist (act. G3.5). Ein ausgeprägter Leidensdruck, welcher durch den Eingriff vermindert werden könnte, lässt sich sodann auch aus den Eingaben der Beschwerdeführerin nicht ersehen (act. G1, G1.9, G5). Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die im Alltag einschränkende Kompressionstherapie allenfalls auch nach erfolgter LVA weitergeführt werden müsste (vgl. nachfolgende E. 2.3). Eine Zunahme von sekundären Gewebeveränderungen ist nicht nachgewiesen, zumal die Beschwerdeführerin von einer Stabilisierung des Lymphödems spricht (act. G1.3, G1.9, G3.2) und Dr. B.____ die in seinen Kostengutsprachegesuchen aufgeführte Progression nicht begründete (act. G1.1, G3.5).

2.2.4 Insgesamt können die wenigen dafür sprechenden Studien die Wirksamkeit der LVA nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegen, dies insbesondere nicht für ein Lymphödem Stadium III der unteren Extremität, wie es bei der Beschwerdeführerin vorliegt. Zur Langzeitwirkung liegen sodann soweit bekannt keine Studien vor, da es sich um eine relativ neue Therapie handelt.

2.3 Bei nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesener Wirksamkeit der LVA als Behandlung eines Lymphödems sind die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit i.S.v. Art. 32 Abs. 1 KVG grundsätzlich nicht weiter zu prüfen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass aufgrund der Aktenlage Zweifel an der Zweckmässigkeit bestehen. So riet einzig Dr. B.____, welcher den Eingriff selbst durchführen würde, der Beschwerdeführerin zu einer LVA. Weitere ärztliche Berichte liegen, abgesehen von den abweichenden Einschätzungen von Dr. C.____, nicht vor. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (act. G3), ist nicht erwiesen, dass eine LVA im Vergleich zur konservativen Behandlung einen besseren therapeutischen Nutzen aufwiese. So führte die Beschwerdeführerin selbst aus, das tägliche Tragen von Kompressionsstrümpfen sowie wöchentliche Lymphdrainagen stabilisierten ihr Lymphödem mehr oder weniger (act. G1.3, G3.2). Eine Verschlechterung brachte sie nicht vor. Dr. B.____ bemerkte am 28. Juni 2016 zwar, alle konservativen Massnahmen seien ausgeschöpft, vermerkte aber im gleichen Schreiben sowie in seinem Kostengutsprachegesuch vom 13. Mai 2016, die konservativen Therapiemassnahmen seien nicht vollumfänglich ausgeschöpft (act. G1.1, G3.5). Letztlich ist auch nicht nachgewiesen, dass im konkreten Fall keine geeignetere und kostengünstigere Behandlungsmethode als eine LVA für die durch das Lymphödem bewirkten Beschwerden in Frage kommt. Dr. B.____ vertritt zwar sinngemäss den Standpunkt, die LVA könnte die konservative Behandlung ersetzen und sei die kostengünstigere Alternative (Schreiben vom 13. Mai 2016; act. G3.5), eine LVA führt jedoch gemäss den erwähnten Studien nicht zu einer Heilung, sondern bestenfalls zu einer Verminderung der Symptome. In vielen Fällen ist eine konservative Therapie auch nach dem Eingriff notwendig (vgl. E. 2.2). Selbst der von der Beschwerdeführerin eingereichte Beitrag von Dr. B.____ enthält den Hinweis, eine LVA steigere durch den verbesserten Abfluss und damit verbunden der Reduktion der "Lymphlast" die Wirksamkeit der konservativen Therapien (act. G5.1). Auch Dr. B.____ geht somit nicht davon aus, dass eine LVA ein Lymphödem grundsätzlich heilt und weitere Therapien überflüssig macht. Da kein Kostenvoranschlag für die geplante Operation vorliegt, können keine abschliessenden Aussagen zur Wirtschaftlichkeit gemacht werden. Diese ist jedoch jedenfalls fraglich, da mit hoher Wahrscheinlichkeit trotz der LVA weiterhin (allenfalls in geringerem Umfang als zuvor) Kosten für konservative Massnahmen entstünden.

2.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen der Kostenübernahme gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG für die geplante LVA nicht erfüllt sind.

Die Einschätzungen von Dr. C.____ sind nicht zu beanstanden und weitere Abklärungen, insbesondere der beantragte Beizug eines Angiologen oder spezialisierten Chirurgen (act. G5), erweisen sich als nicht notwendig.

E. 3

Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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