

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.25 vom 17. Juni 2020

SO Obergericht, 2020-06-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.25\\_d20200617](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.25_d20200617)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.25 du 17 juin 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.25 del 17 giugno 2020

## Regeste

Krankenversicherung KVG

## Erwägungen

### E. 26

März 2019 Einsprache erheben (CA 4). An ihrer ablehnenden Haltung hielt die Beschwerdegegnerin nach Einholung von zwei vertrauensärztlichen Beurteilungen (CA 7 und 16) mit Entscheid vom 24. Dezember 2019 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) fest. 2. Am 3. Februar 2020 lässt die Beschwerdeführerin dagegen fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben (A.S. 9 ff.) und stellt folgende Rechtsbegehren: 1. Es sei der Einsprache-Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 24. Dezember 2019 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten der Kataraktoperationen mittels Femtosekundenlaser (recte: Femtosekundenlaser) zu vergüten. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2020 (A.S. 16 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Stellungnahme vom 30. Mai 2020 (A.S. 29 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin abschliessend vernehmen. 5. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die beidseitige Femto-unterstützte Katarakt-Operation der Beschwerdeführerin zu übernehmen hat. Die diesbezüglichen Mehrkosten betragen gegenüber der von der Beschwerdegegnerin übernommenen Katarakt-Operation mittels Skalpell 2 x CHF 2'000.00, womit der Streitwert unter CHF 30'000.00 liegt. Demnach ist die Angelegenheit vom Präsidenten des Versicherungsgerichts als Einzelrichter zu beurteilen (§ 54 bis Abs. 1 lit. a kantonales Gesetz über die Gerichtsorganisation [GO, BGS 125.12]). 3. 3.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in Art. 32 - 34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). 3.2 Art. 32 Abs. 1 KVG setzt für eine Übernahme der Kosten bei sämtlichen der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringenden Leistungen (Art. 25 bis 31 KVG) voraus, dass diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Satz 1).

Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden (Satz 2), wobei sie – ebenso wie die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen – periodisch überprüft wird (Art. 32 Abs. 2 KVG). Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt (BGE 130 V 304 E. 6.1 mit Hinweisen). Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg; BGE 133 V 116 f. E. 3.1; SVR 2005 KV Nr. 6 S. 21 E. 1.2).

3.3 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen gemäss Art. 57 KVG sind ein Organ der sozialen Krankenversicherung und beraten die Krankenkassen in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Art. 57 Abs. 4 KVG). Die Leistungserbringer müssen dabei den Vertrauensärzten die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren (Art. 57 Abs. 6 KVG). Weder Versicherer noch Leistungserbringer oder deren Verbände können Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen Weisungen erteilen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer. Diesen wiederum kann Beweiswert beigegeben werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 104 V 211 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 313 E. 1b). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweisen).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin stütze die Beschwerdegegnerin ihre Ablehnung auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. E. \_\_\_ vom 3. Oktober 2019. Dieser mache zusammengefasst geltend, dass bei der Beschwerdeführerin keine krankhaften Augenveränderungen vorgelegen hätten, die ein erhöhtes Risiko dargestellt hätten, aufgrund derer die Operation mittels Femtosekundenlaser hätte erfolgen sollen; die WZW-Kriterien seien daher nicht gegeben. Dies werde bestritten. Dr. med. C. \_\_\_ habe sein Kostengutsprachege such an die Beschwerdegegnerin vom 31. Januar 2019 damit begründet, dass bei der Beschwerdeführerin eine deutliche Unregelmässigkeit des Hornhautendothels bestehe. Diesbezüglich wende Dr. med. E. \_\_\_ lediglich ein, dass die unregelmässige Konfiguration des Hornhautendothels nicht als pathologisch bezeichnet werden könne, ansonsten Dr. med. C. \_\_\_ eine entsprechende Diagnose gestellt hätte. Diese Argumentation sei jedoch nicht stichhaltig. Dr. med. C. \_\_\_ habe in seinem Kostengutsprachege such eine deutliche Unregelmässigkeit des Hornhautendothels erwähnt. Allein aufgrund des Umstandes, dass er dies nicht mit einem ICD-Diagnosecode beschrieben habe, könne nicht behauptet werden, dass kein pathologischer Befund bestanden habe. Die diesbezügliche Behauptung von Dr. med. E. \_\_\_ entbehre also jeglicher Grundlage. Entsprechend sei seine Schlussfolgerung, dass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der Katarakt-Operation mittels Femtosekundenlaser nicht gegeben seien, unhaltbar. Hingegen sei Dr. C. \_\_\_ als behandelnder Arzt der einzige, welcher beurteilen

könne, ob die Konfiguration des Hornhautendothels eine Indikation für den Einsatz des Lasers darstelle. Dr. med. E.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin hingegen nie persönlich gesehen bzw. untersucht und kenne daher den Befund gar nicht. Es gehe daher nicht an, dass er seine Meinung über die klar begründete Aussage von Dr. med. C.\_\_\_\_ stelle. Hinzu komme, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ überzeugend darlege, dass der Femtosekundenlaser generell die schonendere Operationsmethode sei und auch aus diesem Grund die Kosten für diesen Eingriff übernommen werden müssten. Des Weiteren unterschlage Dr. med. E.\_\_\_\_ mit dem singulären Zitat aus einer Studie von 2014, wonach die Femtosekundenlaser-assistierte-Kataraktoperation (FLACS) bezüglich Endothelzellverlust nicht wirklich besser sei, dass es auch Studien gebe, die zum gegenteiligen Schluss gekommen seien. So werde in der neusten Fachliteratur das Fazit gezogen, dass der Einsatz der FLACS insbesondere bei Augen mit kompromittierten Endothelzellen von klinisch höherer Relevanz sei, als dies bei Patienten mit gesunden Augen der Fall sei. Zudem sei es entgegen der Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ gemäss dem neuesten Forschungsstand wissenschaftlich erwiesen, dass das Sicherheitsprofil einer FLACS mit der einer konventionellen Kataraktchirurgie vergleichbar sei. Jedoch sei die FLACS mit der deutlich erhöhten Präzision und Reproduzierbarkeit klar überlegen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Kataraktoperation mittels Skalpell zähle zu den häufigsten, sichersten und erfolgreichsten Eingriffen weltweit. Es sei unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten für diese Standard-Operation nach Tarif TARMED aus der OKP übernehme. Erst seit verhältnismässig kurzer Zeit sei die neuartige Methode der Kataraktoperation mittels Femtosekundenlaser verfügbar. Die Mehrkosten für diese Operationsmethode beliefen sich gegenüber der Standardmethode gemäss Kostengutsprache gesuch auf CHF 2'000.00 pro Auge. Es sei unbestritten, dass diese Operationstechnik ebenfalls eine wirksame Methode der Kataraktoperation im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG darstelle. Ob die Methode jedoch auch zweckmässig sei, müsse sich nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen im Einzelfall und unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken beurteilen (BGE 127 V 138 E. 5). Die Beschwerdeführerin unterlasse es jedoch nach objektiven medizinischen Kriterien darzulegen, weshalb bei ihr persönlich die anerkannte Methode der Standard-Kataraktoperation mittels Skalpell nicht zum selben oder zumindest einen vergleichbaren angestrebten medizinischen Erfolg geführt hätte. Es seien keine medizinisch nachvollziehbaren Gründe ersichtlich, weshalb die Operation mittels Femtosekundenlaser vorliegend notwendig gewesen wäre. Insbesondere werde aus den beiden ausführlichen und breit auf zahlreiche Studien abgestützten Einschätzungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ deutlich, dass die seitens Dr. med. C.\_\_\_\_ als Begründung für die Durchführung mit Femtosekundenlaser angeführte Unregelmässigkeit des Hornhautendothels vorliegend keine Grundlage für eine ausnahmsweise Vergütung bilden könne. Es könne insgesamt festgehalten werden, dass die Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ in keiner Art und Weise in Zweifel gezogen worden sei. Insbesondere sei seine Aussage nachvollziehbar, dass eine unregelmässige Endothelzellkonfiguration bei älteren Menschen normal sei und vorliegend kein pathologisches Ausmass angenommen habe, da dies sonst in Form einer Diagnose festgehalten worden wäre. Da der Behandlungszweck auch mit der herkömmlichen Methode hätte erreicht werden können, seien durch die OKP auch nur Leistungen für diese kostengünstigere und damit wirtschaftlichere Anwendung zu erbringen (BGE 121 V 216 E. 4b). Die seitens Dr. med. E.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 3. Oktober 2019 dargelegte Studienlage bestätige, dass die Lasergestützte Methode keinen generellen Vorteil gegenüber

der konventionellen Methode bringe. Selbst Dr. med. C. \_\_\_ habe im Kostengutsprachege such vom 31. Januar 2019 die Unregelmässigkeit des Hornhautendothels als Begründung angeführt, weshalb ausnahmsweise eine lasergestützte Kataraktoperation zu vergüten sei. Wie dargelegt sei aber vorliegend weder eine aussergewöhnliche Unregelmässigkeit des Hornhautendothels nachgewiesen, noch bestätige die seitens Dr. med. E. \_\_\_ für seine Beurteilung herangezogene Studienlage, dass in diesem Fall eine lasergestützte Operation vorteilhafter wäre als die konventionelle Methode. Es bestehe somit keine Grundlage für eine ausnahmsweise Vergütung der lasergestützten Katarakt-Operation. 5. Zur Beurteilung der Streitfrage sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen relevant: 5.1 Im Kostengutsprachege such vom

### **E. 31**

Januar 2019 (CA 1) führte Dr. med. C. \_\_\_, Chefarzt, D. \_\_\_ Klinik, aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine deutliche Unregelmässigkeit des Hornhautendothels. Aufgrund dieser Tatsache habe man ihr zu einer Femto-Sekundenlaser-unterstützten Katarakt-Operation geraten. So könne die Operation schonender und mit deutlich weniger Phakoemulsifikations-Energie durchgeführt werden. 5.2 In seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2019 (CA 7) hielt der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E. \_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie FMH, speziell Ophthalmochirurgie, fest, im Kostengutsprachege such werde «eine deutliche Unregelmässigkeit des Hornhautendothels» erwähnt. Dies sei keine medizinische Diagnose. Auch fehlten konkrete Augenbefunde. Die Anwendung des Femtolasers sei keine Pflichtleistung. Bei der Kataraktoperation könne dieser für die Eröffnung der Linsenkapsel und Fragmentierung des Linsenkernes eingesetzt werden. Durch letzteres werde die Phakozeit reduziert. Vergleichsstudien hätten gezeigt, dass die FLACS (femtosecond laser-assisted cataract surgery) keine Vorteile gegenüber der Methode ohne den Laser bringe. Die Operation könne gut konventionell durchgeführt werden. Die WZW-Kriterien für den Femtolaser seien nicht erfüllt. Somit werde empfohlen, die Kosten für eine normale Kataraktoperation beidseits aus der OKP zu übernehmen, jedoch die Übernahme von Zusatzkosten für den Femtolaser wegen nicht erfüllter WZW-Kriterien abzulehnen. 5.3 Mit Stellungnahme vom 18. September 2019 (CA 15) führte Dr. med. C. \_\_\_ aus, die klinische Erfahrung zeige, dass eine Femto-Sekundenlaser unterstützte Katarakt-Operation weniger Phakoemulsifikationszeit benötige. In der Folge sei mit einer schnelleren postoperativen Heilung und mit einer geringeren Belastung des Endothels zu rechnen. Da der Laser während der Eröffnung der Kapsel keinen traktiven Stress auf die Zonula ausübe, verlaufe die Operation für den Aufhänge-Apparat der Linse deutlich stressfreier als bei der herkömmlichen Methode, was eine bessere Zentrierung der Linse zur Folge habe. Da der Deckel der Kapsel erst während der Linsen-Aspiration entfernt werde, werde die Energie, die zur Linsenteilung benötigt werde, noch im Linsenkörper abgegeben, und nicht am offenen Kapselsack. Dadurch sei die Hornhautrückfläche weniger den Ultraschallwellen ausgesetzt. Bei unregelmässiger Endothelzellen-Konfiguration, aber gleichwohl normaler Anzahl, lohne es sich, die entsprechenden Augen schonender zu behandeln, da die Funktion der Endothelzellen ungewisser sei. Somit zeigten diese Augen postoperativ mehr Hornhautödem. Aus den genannten Erläuterungen werde ersichtlich, dass der Einsatz des Femto-Sekundenlasers deutlich schonender sei. Dies zeigten seine klinischen Erfahrungen eindeutig. 5.4 In seiner Beurteilung vom 3. Oktober 2019 (CA 16) hielt Dr. med. E. \_\_\_ fest, Dr. med. C. \_\_\_ führe klinische Erfahrungen an. Es würden aber keine Studien genannt. Aus der Literatur sei z.B. folgende Arbeit zu zitieren: «Effect of Femtosecond Laser Fragmentation on

Effective Phacoemulsification Time in Cataract Surgery». In dieser Vergleichsstudie werde die Phakoemulsifikationszeit untersucht, also die Zeit, welche zur Linsenverflüssigung benötigt worden sei. Bei vergleichsweise ähnlichen Linsentrübungen seien diese Zeiten mit FLACS (femtosecond laser-assisted cataract surgery) und ohne verglichen. Diese Zeit habe im Mittel  $0.16 \pm 1.21$  sec. bzw.  $4.07 \pm 3.14$  sec. betragen, also mit FLACS deutlich weniger. Hierbei sei aber anzumerken, dass das Auge auch deutlich längere Phakoemulsifikationszeiten ertrage. Zudem werde verschwiegen, dass bei der Durchführung der FLACS, die unmittelbar vor der Kataraktoperation durchgeführt werde, das Auge ebenfalls der Ultraschall-Energie ausgesetzt werde. In der Studie seien es  $54.9 \pm 17.2$  sec. gewesen, wobei ein Range von 27.5 bis 90.3 sec. angegeben werde. Durch die FLACS werde das Auge also mit massiv mehr Ultraschallzeit belastet als ohne. Sodann sei die Aussage von Dr. med. C.\_\_\_\_, wonach die Operation mittels FLACS für den Aufhänge-Apparat der Linse deutlich stressfreier als bei der herkömmlichen Methode sei, da der Laser während der Eröffnung der Kapsel keinen traktiven Stress auf die Zonula ausübe, an sich richtig. Die bei der manuellen Eröffnung der Linsenkapsel auftretenden Scherkräfte seien allerdings sehr gering. Während der Operation würden deutlich grössere auftreten, z.B. bei der Linsenimplantation/-Rotation. Ein gesunder Aufhänge-Apparat (Zonula) vertrage diese Scherkräfte gut. Bei einem krankhaften Auge könne dies unter Umständen Probleme geben. Im vorliegenden Fall sei jedoch ein gesunder Aufhänge-Apparat vorhanden und deshalb nicht damit zu rechnen, dass dieser ohne FLACS geschwächt würde. Des Weiteren erreiche ein geübter Chirurg auch ohne FLACS eine gut zentrierte Kapseleröffnung und damit eine gute Zentrierung der Linse. Die manuelle Eröffnung hinterlasse sogar einen besseren, glatten Kapselrand, welcher weniger zum Einreissen neige. Weiter führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, die Aussage von Dr. med. C.\_\_\_\_, wonach bei der FLACS-Operation die Hornhautrückfläche weniger den Ultraschallwellen ausgesetzt werde, da der Deckel der Kapsel erst während der Linsen-Aspiration entfernt werde und damit die Energie, die zur Linsenteilung benötigt werde noch im Linsenkörper abgegeben werde, und nicht im offenen Kapselsack, treffe allenfalls zu, wenn bei der FLACS zuerst die Linse fragmentiert werde und erst im zweiten Schritt die Linsenkapsel eröffnet werde. Was hier aber verschwiegen werde: Für die Kapseleröffnung mit der FLACS werde Laserenergie benötigt. Die manuelle Kapseleröffnung dagegen brauche keine Laserenergie, womit die Hornhautrückfläche gar keinen Ultraschallwellen ausgesetzt sei. Sodann sei im Kostengutsprachege such «eine deutliche Unregelmässigkeit des Hornhautendothels» erwähnt. Damit sei wahrscheinlich diese unregelmässige Endothelzell-Konfiguration gemeint. Bei einer 70-jährigen Person kämen normalerweise unregelmässige Endothelzell-Konfigurationen vor. Eine Quantifizierung sei hier nicht gemacht worden. Offenbar sei diese nicht derart übermässig, dass sie als pathologisch hätte bezeichnet werden können. Deshalb resultiere daraus auch keine Diagnose. Des Weiteren sei das Resultat folgender Studie anzufügen: «Endothelial cell loss and refractive predictability in femtosecond laser-assisted cataract surgery compared with conventional cataract surgery», erschienen in Acta Ophthalmologica, Volume 92, Issue 7, November 2014, Pages 617-622. Das Ziel sei gewesen, u.a. herauszufinden, wie hoch der Zellverlust mit und ohne FLACS sei. Es sei folgender Schluss gezogen worden: «In conclusion, we found that the performance of FLACS is not significant superior to CPS when an experienced surgeon is performing both procedures» (CPS = conventional phacoemulsification cataract surgery). FLACS sei also bezüglich Endothelzellverlust nicht wirklich besser als die konventionelle Katarakt Operation. Was auch erwähnt werden müsse

sei, dass bei einer FLACS Komplikationen auftreten könnten, v.a. wenn der Laser nicht gut zentriert sei. Beschrieben würden auch v.a. Bindehautrötungen und -Blutungen sowie nicht vollständige Kapseleröffnungen. Die Bindehautrötungen und -Blutungen seien Ausdruck eines Bulbustraumas, welches durch das Ansaugen des Auges an den Laser erfolge. Bei einer konventionellen Kataraktoperation werde dieses Trauma vermieden. Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass in der Praxis mit FLACS nicht bessere Resultate erzielt würden. Als Beispiel sei hier die Studie «FLACS vs. Standard Phacoemulsification Cataract Surgery» aus dem Journal of Cataract and Refractive Surgery 2016;42:1779-1790 zitiert, welche zu folgendem Schluss komme: «The researchers concluded that both FLACS and conventional phacoemulsification cataract surgery provided excellent visual outcomes, with few complications. However, they found no evidence to support claims that FLACS is superior to conventional phaco; in fact, postoperative complications were lower with the conventional surgery.» Hier werde also darauf hingewiesen, dass die konventionelle Katarakt-Operation sogar weniger postoperative Komplikationen mache als die FLACS. Somit sei zusammenfassend festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin keine krankhaften Augenveränderungen vorgelegen hätten, welche ein erhöhtes Risiko dargestellt hätten, aufgrund derer eine FLACS zu evaluieren gewesen wäre. Die WZW-Kriterien für diese sehr teure und die gesamte Operationszeit verlängernde Methode seien nicht gegeben, insbesondere da damit kein besseres Ergebnis der Graustar-Operation zu erwarten gewesen sei.

5.5 In seiner Stellungnahme vom 11. Januar 2020 (Beschwerdebeilage 2) führte Dr. med. C. \_\_\_ aus, es sei ja so, dass die Phakoemulsifikationszeit, sprich Ultraschallzeit aufgrund der klinischen Erfahrung deutlich reduziert sei. Dies zeige auch die Studie, welche Dr. med. E. \_\_\_ zitiere. Es sei klar, dass auch deutlich höhere Phakoemulsifikationszeiten vom Auge ertragen würden. Aber es sei oberstes Gebot, mit so wenig Aufwand wie möglich, sprich so wenig Energie wie möglich die Operation zu gewährleisten. In diesem Sinne habe eben doch die FLACS durchaus ihre Bedeutung. Die Ultraschallenergien, welche dann weiter zitiert würden von 54,9 Sekunden +- 17,2 Sekunden seien absolut nicht tragbare Werte, die einfach nicht mehr der Realität entsprechen würden. Sodann würde die Aussage von Dr. med. E. \_\_\_, dass während der Linsenrotation deutlich höhere Scherkräfte auf die Kapsel/auf den Aufhängeapparat ausgeübt würden, bei einem erfahrenen Chirurgen sicher nicht stimmen. Die Linsenrotation erfolge unter sogenannter ständiger Irrigation oder eben unter vorhandener Viscoelasticum-Tamponade und somit sollten keine Scherkräfte auf der Kapsel wirken. Aber es gehe hier nicht um Linsenrotation, sondern um eine schonende Behandlung der Linsenkapsel und auch in diesem Sinne sei die Femto-Sekunden-Laser unterstützte Kapseleröffnung eben doch atraumatischer. Des Weiteren stimme es zwar, dass ein geübter Chirurg die Kapseleröffnung gut zentrieren könne, aber die Linse werde nicht im Kapselsack gut zentriert sein, wenn die Aufhängung des Kapselsacks geschwächt werde und somit eine Dezentrierung schon alleine dadurch erfolge. Die Zentrierung wie gesagt, hänge nicht vom glatten Kapselrand ab. Sodann sei anzufügen, dass der Kapseldeckel vor der Fragmentierung stattfinden müsse und während der Fragmentierung Gas entweiche und sonst die Kapsel platzen würde. Es sei aber so, dass der Deckel trotzdem in Ort bleibe und nur minimal angehoben sei und somit eben doch die Energie schonend im Kapselsack abgegeben werde, ohne dass grössere Energiemengen auf die Hornhautrückfläche produziert werde. Schliesslich sei festzuhalten, dass sich die Versicherung auf den Artikel 32 des KVG stütze, wonach die genannte Lasertherapie mittels Femto-Sekunden-Laser nicht zu den Pflichtleistungen gehöre. Jedoch lägen im selben KVG Ausnahmebestimmungen vor, welche die Zweckmässigkeit betreffen würden:

«Zweckmässig ist jene Anwendung, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken, den besten diagnostischen und therapeutischen Nutzen aufweist (BGE 130 V 299, 139 V, 135). Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen (BGE 125 V 95)». Beim Femto-Sekunden-Laser handle es sich um ein Instrument, welches eine schonende Anwendung für das Auge darstelle, die Operationszeit verkürze und die Präzision wesentlich erhöht. Die Effizienz dieses Instrumentes sei international unbestritten und anerkannt. Hunderte von wissenschaftlichen Arbeiten würden dies belegen. Warum die Kommission bis dato die Verbindung dieses Lasers als unnötige, wissenschaftlich nicht erwiesene Methode und somit als Luxusmethode bezeichne, sei in Fachkreisen unverständlich und müsste revidiert werden.

6. 6.1 Gemäss Art. 33 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (Abs. 1). Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher (Abs. 2). Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1 - 3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen (Abs. 5).

6.2 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25 - 33 übernehmen.

6.3 In Bezug auf die ärztlichen (und chiropraktorisches) Leistungen ermächtigt Art. 33 Abs. 1 KVG den Bundesrat zur Bezeichnung einer Negativliste, die abschliessend ist. Die von Ärzten applizierten Heilanwendungen haben somit die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen. Diese Vermutung gilt demnach auch für die beiden vorliegenden zur Diskussion stehenden Behandlungen – der Kataraktoperation mittels Skalpells sowie der Kataraktoperation mittels Femto-Sekundenlaser, nachdem diese nicht in der Negativliste von KLV Anhang 1 enthalten sind.

7. Weitere Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind sodann, wie in E. I 3.2 hiervoor erwähnt, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung (Art. 32 Abs. 1 KVG).

7.1 Eine medizinische Leistung ist wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken (zustimmend BGE 130 V 299 E. 6.1, 127 V 138 E. 5, 128 V 159 E. 4c u.a.m.). Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg) (Eugster, Krankenversicherung, in: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, 2016, Rz. 329). Sowohl die Kataraktoperation mittels Skalpells als auch die Kataraktoperation mittels Femto-Sekundenlaser sind unbestrittenermassen wirksam im Sinne der vorerwähnten Rechtsprechung. Beide sind geeignet, das angestrebte therapeutische Ziel, die Behebung des beidseitigen Katarakts, zu erreichen. Dies geht denn auch aus den medizinischen Akten und den darin erwähnten Studien hervor.

7.2 Die Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus, beurteilt sich grundsätzlich nach objektiven medizinischen Kriterien (BGE 130 V 532 E.2.2, 125 V 95 E.4a; EVG K 102/02 E.2 u.a.m.) und versteht sich als «angemessene Eignung im Einzelfall» (BGE 123 V 53 E. 2c/bb; EVG K 142/03; RKUV 2004 KV 301 390 E. 1.3). Sie ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den zweckmässigen

Behandlungsalternativen (BGE 127 V 138 E. 5; EVG K 102/02 E. 2; RKUV 2003 KV 253 229). Dabei ist prospektiv die Summe der positiven Wirkungen einer Anwendung auf den Gesundheitszustand zu ermitteln und mit den positiven Wirkungen von Behandlungsalternativen oder mit dem Verzicht auf jegliche Massnahme zu vergleichen. Zweckmässig ist jene Anwendung, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist (BGE 130 V 299 E. 6.1, 139 V 135 E. 4.4.2). Zweckmässigkeit hat daher gleich wie Wirtschaftlichkeit komparativen Charakter. Der Behandlungserfolg muss sodann – prognostisch beurteilt – mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erwarten sein (Eugster, a.a.O., Rz. 331). Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus. Sie ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den zweckmässigen Behandlungsalternativen. Sie beurteilt sich nach objektiven Kriterien (BGE 119 V 448; RKUV 1994 K 929 18 E. 4; IVG K 97/85 1. 8c; RSKV 1971 65 82 E. 5). Wirtschaftlich ist bei vergleichbarem medizinischem Nutzen die kostengünstigste Variante (BGE 130 V 532 E. 2.2; siehe auch BGE 127 V 138 1.5; RKUV 1999 KV 64 64 E. 3a, RKUV 1998 K 988 6). Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit verlangt – entsprechend ihrer komparativen Natur – einen Kostenvergleich der möglichen Behandlungsalternativen mit ungefähr gleichem medizinischem Nutzen. Wenn mit einer Behandlungsalternative das Therapieziel kostengünstiger erreicht werden kann, besteht kein Anspruch auf Übernahme der teureren Behandlung (BGE 139 V 135 1.4.4.3). Der in Frage kommende alternative Behandlungsweg muss aber deutlich kostengünstiger (BGE 124 V 196 E. 3; RKUV 1998 K 988 4 E. 3c) und für den Leistungserbringer auch als solche erkennbar sein (Eugster, a.a.O., Rz. 336). Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit setzen voraus, dass eine medizinische Massnahme dem Gebot der Notwendigkeit genügt. Erforderlich oder notwendig ist eine Vorkehrung, wenn sie in medizinischer Hinsicht zur Erzielung des Erfolges unentbehrlich und unvermeidlich ist. Notwendigkeit ist damit ein Aspekt der Zweckmässigkeit. Eine medizinische Massnahme lässt sich aber auch als unnötig qualifizieren, wenn und soweit sie sich durch eine kostengünstigere Leistungsart oder Behandlung ersetzen liesse, ohne dass dadurch der medizinische Erfolg in Frage gestellt würde. Das Merkmal der fehlenden Notwendigkeit bezieht sich in diesem Falle auf den unnötigen Mehraufwand und stellt einen Aspekt des Wirtschaftlichkeitsgebots dar (Eugster, a.a.O., Rz. 332).

7.2.1 Im vorliegenden Fall ist die Notwendigkeit der beantragten medizinischen Massnahme – der Femto-unterstützten Katarakt-Operation – aufgrund der medizinischen Akten nicht erstellt, da sich diese durch eine kostengünstigere Behandlung – der Katarakt-Operation mittels Skalpelle – ersetzen lässt, ohne dass dadurch der medizinische Erfolg in Frage gestellt wird. Damit kann die beantragte Behandlung in medizinischer Hinsicht zur Erzielung des Erfolges auch nicht als unentbehrlich und unvermeidlich bezeichnet werden. So hat der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E.\_\_\_\_, in seinen Berichten unter Berufung auf verschiedene Studien überzeugend aufgezeigt, dass die kostengünstigere und damit dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende medizinische Massnahme – die Kataraktoperation mittels Skalpelle – den angestrebten therapeutischen Erfolg in gleichem Masse erreichen kann, wie die von der Beschwerdeführerin verlangte Femto-unterstützte Katarakt-Operation. Zudem geht aus den Studien und den Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ hervor, dass die beiden Operationsmethoden im direkten Vergleich sowohl Nachteile als auch Vorteile besitzen. Es sind aber keine ausreichenden Gründe ersichtlich, welche dafür sprechen würden, der erheblich teureren Operationsmethode mittels Femto-Sekundenlaser den Vorzug zu geben. Was der behandelnde Arzt, Dr. med. C.\_\_\_\_

dagegen vorbringt, vermag die einleuchtende Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht umzustossen. Dr. med. C.\_\_\_\_ legt zwar durchaus nachvollziehbar dar, dass die Kataraktoperation mittels Femto-Sekundenlaser für das Auge insgesamt schonender sei, als die Operation mittels Skalpell, da damit Phakoemulsifikationszeit vermindert werde. Aus seinen Ausführungen geht aber nicht hervor, dass damit ein erheblich besseres Resultat erzielt bzw. Schäden vermieden werden könnten, so dass es sich deshalb rechtfertigen würde, die erheblich teurere Operation mittels Femto-Sekundenlaser durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu vergüten. Zudem vermag Dr. med. C.\_\_\_\_ auch nicht darzutun, weshalb die beantragte operative Massnahme im konkreten Fall der Beschwerdeführerin eine medizinische Notwendigkeit darstellen sollte. Er verweist darauf, dass bei der Beschwerdeführerin eine deutliche Unregelmässigkeit des Hornhautendothels vorliege. Dass aufgrund dessen die Femto-unterstützte Katarakt-Operation die einzig sinnvolle medizinische Massnahme darstellen würde, vermag Dr. med. C.\_\_\_\_ jedoch nicht überzeugend zu begründen. Wie Dr. med. E.\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang zudem nachvollziehbar vorbringt, sei eine unregelmässige Endothelzellkonfiguration bei älteren Menschen normal. Aus den Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ geht denn auch nicht hervor, dass die bei der Beschwerdeführerin vorliegende unregelmässige Endothelzellkonfiguration in einem derartigen Ausmass vorliegt, dass die Operation mittels Femto-Sekundenlaser gegenüber der Operation mittels Skalpell aus medizinischen Gründen klar den Vorzug verdienen würde. Wie Dr. med. E.\_\_\_\_ weiter zu Recht darauf hinweist, beruft sich Dr. med. C.\_\_\_\_ bei seinen Ausführungen einzig auf seine klinischen Erfahrungen. Studien, welche auf objektiven Erhebungen beruhen und seine Argumentation stützen, nennt er dagegen nicht. Sodann bringt die Beschwerdeführerin vor, Dr. med. C.\_\_\_\_ sei als behandelnder Arzt der einzige, welcher beurteilen könne, ob die Konfiguration des Hornhautendothels eine Indikation für den Einsatz des Lasers darstelle. Dem ist entgegenzuhalten, dass Notwendigkeit und Zweckmässigkeit nicht aus der subjektiven Sicht des Versicherten oder des Arztes bestimmt werden. Denn eine unnötige Massnahme wird nicht schon dadurch zur notwendigen, dass der Versicherte oder der Arzt sie für notwendig hält (Eugster, a.a.O., Rz. 333). Die Notwendigkeit einer Massnahme beurteilt sich nach den medizinischen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Entscheidung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_567/2007 vom 25. September 2008 E. 1.2). Die medizinischen Erkenntnisse ergeben sich aus den vorhandenen medizinischen Akten und damit auch aus den Berichten von Dr. med. C.\_\_\_\_, welche wie vorgehend dargelegt, die Notwendigkeit einer Femto-unterstützten Katarakt-Operation nicht überzeugend zu begründen vermögen. An diesem Resultat vermag schliesslich auch der Verweis der Beschwerdeführerin auf einen aktuellen Artikel in «Der Ophthalmologe 2020, S. 405 ff., Springer Medizin Verlag» (Beilage 1 zur Replik) nichts zu ändern. Darin wird zwar die Meinung vertreten, dass der Einsatz der FLACS insbesondere bei Augen mit kompromittierten Endothelzellen von klinisch höherer Relevanz sei, als dies bei Patienten mit gesunden Augen der Fall sei. Es wird aber auch eingeräumt, dass einige Studien hätten zeigen können, dass die FLACS weniger Verlust der Endothelzellzahl verursache, als die herkömmliche Phakoemulsifikationstechnik, es aber auch andere Daten geben, die diesen Unterschied nicht hätten bestätigen können (Der Ophthalmologe, a.a.O., S. 410). Und auch wenn in diesem Beitrag das Fazit gezogen wird, das Sicherheitsprofil einer FLACS sei mit der einer konventionellen Kataraktchirurgie vergleichbar, jedoch sei die FLACS mit der deutlich erhöhten Präzision und Reproduzierbarkeit klar überlegen, so ist damit im vorliegenden Fall die Notwendigkeit für die Anwendung der erheblich teureren FLACS nicht belegt. 7.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der

Behandlungszweck im vorliegenden Fall auch mit der herkömmlichen Methode der Katarakt-Operation mittels Skalpell erreicht werden kann, weshalb es nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur Leistungen für diese kostengünstigere und damit wirtschaftlichere Anwendung erbringen will (BGE 121 V 216 E. 4b). Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. Für die Begründung einer Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wäre eine entsprechende Regelung erforderlich, welche aber bisher, wie auch Dr. med. C.\_\_\_\_ am Ende seiner Stellungnahme vom 11. Januar 2020 einräumt, nicht besteht. 8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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