

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00084 vom 18. November 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2012.00084](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2012.00084)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00084 du 18 novembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00084 del 18 novembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

S. 4 Ziff.

#### **E. 1.1**

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde und Klage

grundsätzlich

in die einzelrichterliche Zuständigkeit ( § 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ).

#### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer und Kläger beantragt e , gestützt auf § 11 Abs.

#### **E. 1.3**

Die Beschwerdegegnerin und Beklagte stellte sich auf den Standpunkt, dass sich eine Beurteilung durch das Dreiergremium nicht auf dränge ,

weil kein Fall von grundsätzlicher (rechtlicher) Bedeutung vorliege. Im vorliegenden Verfahren könne die Frage, ob Meniskusoperationen ambulant oder stationär durchgeführt werden könnten, nicht allgemein und für zukünftige Fälle bindend durch das Gericht beantwortet werden. Es sei immer vom Einzelfall auszugehen. Unter gewissen Umständen könne eine stationäre Behandlung durchaus angezeigt sein ( Urk. 13 S. 2 Ziff. 7). 1.

### **E. 2**

Es sei die ÖKK zu verurteilen, dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und dem Versicherten CHF 8'702.80 nebst Zins zu 5 % ab 19.12.2011 zu vergüten.

#### **E. 2.1**

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ( Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen ( Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen ( Art. 13 KVG) als obligatorische Kranken pflegeversicherer ( Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit ( Art. 1 Abs. 2 lit . a KVG) nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2). 2. 2

Eine medizinische Leistung ist wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzu wirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Sie meint die einfache Tatsache der Eignung zur Zielerreichung und stellt insofern einen Teilgehalt der Zweckmässigkeit dar, welche voraussetzt, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel (Untersuchung, Behandlung, Pflege) zu erreichen (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 67 E.

3a mit Hinweisen). Die Zweckmässigkeit kann in diesem Sinn umschrieben werden als „angemessene Eignung im Einzelfall“ (BGE 123 V 63 oben E.

2c/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts K 142/03 vom 24. Juni 2004 E.

1.2).

### **E. 2.2**

Mit Eingabe vom 28. März 2013 (Urk. 15) änderte und mit Replik vom 2. Mai 2013 (Urk. 18) berichtigte der Beschwerdeführer und Kläger seine Anträge wie folgt (Urk. 18 S. 2): „1. Es sei der Einspracheentscheid vom 6.11.2012 aufzuheben. 2. Es sei die ÖKK zu verurteilen, dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und dem Versicherten CHF 7'128.10 nebst Zins zu 5 % ab 11.1.2012 zu vergüten. 2.a Es sei die ÖKK zu verurteilen, dem Versicherten einen Verzugszins von 5 % auf CHF 1'574.70 seit 11.1.2012 bis zum 22.3.2013, CHF 94.05 zu bezahlen. 3. Eventuell sei die ÖKK zu verpflichten, die den Betrag von CHF 1'574.70 übersteigenden Kosten der Behandlung aus der Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung zu decken.

### **E. 2.3**

) verneint .

### **E. 2.4**

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit schliesslich verlangt einen Kostenvergleich der möglichen Behandlungsalternativen mit ungefähr gleichem medizinischem Nutzen. Sind mehrere Behandlungen möglich, hat eine Abwägung stattzufinden zwischen den Kosten und dem Nutzen der einzelnen Vorkehren. Von zwei gleichermassen zweckmässigen Behandlungsalternativen gilt grundsätzlich nur die kostengünstigere als notwendig und wirtschaftlich (BGE 128 V 70 E.

6; RKUV 1998 Nr. KV 988 S.

### **E. 2.5**

).

Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, er sei nicht vollnarkotisiert worden, sei - wie eine klärende Rücksprache bei Dr. Z.\_\_\_\_ ergeben habe - frei erfunden .

Dasselbe gelte für die Angabe der Beschwerdegegnerin, wonach die postoperative Phase unauffällig gewesen sei. Die starken Abgänge ins Redon würden von der Beschwerdegegnerin schlicht geleugnet. Eine Entlassung noch am selben Tag wäre unverantwortlich gewesen und sei - da aufgrund der diagnostischen Resultate schon präoperativ mit Komplikationen zu rechnen gewesen sei -

tatsächlich nicht geplant gewesen. Bei ihm hätten schon am 5. Oktober 2010 ein mässiger Kniegelenkserguss, eine kleine Bakerzyste und ein Ödem vorgelegen. Damit sei die

Indikation für eine stationäre Behandlung für einen verantwortungsbewussten Operateur zwingend gewesen und dieser Entscheidung sei zu respektieren (S. 10 f. Ziff. 2.6). 3.3

Dem hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 13)

entgegen, der stationäre Spitalaufenthalt sei keineswegs indiziert und damit die gewählte Behandlungsmethode nicht zweckmässig gewesen (S.

6 Ziff. 24). Die Argumente für die Notwendigkeit der stationären Operation seien mit zunehmender Dauer des Verfahrens erweitert worden. Zu Beginn sei weder behauptet worden, die Operation sei besonders kompliziert gewesen, noch dargelegt worden, die stationäre Behandlung habe sich aufgrund präoperativer Befunde aufgedrängt. Derartige Argumente seien erst mit dem Operations- und Austrittsbericht nachgeschoben worden. Ob dieser Aussage der ersten Stunde besonderes Gewicht beizumessen sei, könne indes offen bleiben. Gemäss nachvollziehbarer und schlüssiger Argumentation des Vertrauensarztes, welcher sich auf anerkannte wissenschaftliche Untersuchungen stütze, sei eine Redon-Drainage bei dieser Art der Operation nicht notwendig (S. 6 f. Ziff. 26-27).

Wie sich aus einem Aufsatz von Dr. med. A.\_\_\_\_, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie, und B.\_\_\_\_

aus dem Jahr 2003 (Urk. 14/55) und einem von Dr. A.\_\_\_\_

am 16. Dezember 2008 erstatteten Kurzgutachten (Urk. 14/56) ergebe, werde in der medizinischen Fachwelt bereits seit Jahren von der Einlage einer Redon-Drainage abgeraten, weil keine Vorteile im Zusammenhang mit Nachblutungen, Infektionen oder Thrombosen hätten festgestellt werden können. Dr. A.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ hätten bereits im Jahr 2003 anhand von über 500 Operationen in verschiedensten Praxen nachvollziehbar aufgezeigt, dass Blutsperrungen und Redon-Drainagen nicht notwendig seien und derartige Zusatzaufwand in den seltensten Fällen gerechtfertigt sei (S. 7 Ziff. 28).

Auch im konkreten Fall hätten keine Anzeichen dafür bestanden, dass das Absaugen von Flüssigkeit medizinisch indiziert gewesen sei. Weder führe der Eingriff selber zu starker zusätzlicher Blutung, noch seien präoperativ Anzeichen vorhanden gewesen, dass das Kniegelenk derart stark verletzt gewesen sei, dass mit übermässiger Blutung zu rechnen gewesen wäre (S. 7 Ziff. 29). Das ursprünglich und hauptsächlich vorgebrachte Argument von Dr. Z.\_\_\_\_, wonach die

Hospitalisation aufgrund eines entstandenen

Hämarthros

indiziert gewesen sei, sei aufgrund der Operationsdokumente widerlegt. Dr. C.\_\_\_\_ habe schlüssig erklärt, dass weder präoperativ noch postoperativ ein Hämarthros erkennbar sei. Effektiv habe sich das Knie mit der Mobilisierung gefüllt, was jedoch ein völlig normaler Vorgang nach der Operation sei und mit einem eigentlichen Hämarthros keinen Zusammenhang habe. Abgesehen davon wäre es möglich gewesen, den Beschwerdeführer mit einer Redon-Drainage aus dem Spital zu entlassen,

was vom behandelnden Arzt aber gar nie in Erwägung gezogen worden sei (S. 8 Ziff. 30-31).

Sowohl der stationäre Aufenthalt im Spital

als auch die ambulante Behandlung wären wirksam gewesen. Zweckmässig wäre die ambulante Behandlung gewesen, weil der stationäre Aufenthalt im Spital keinen höheren therapeutischen Nutzen bringe und die ambulante Behandlung komplikationslos hätte durchgeführt werden können (S. 10 Ziff. 35).

Klar zu verneinen sei schliesslich die Wirtschaftlichkeit der von Dr. Z.\_\_\_\_ gewählten Behandlungsmethode, welche fünf Mal teurer gewesen sei als die ambulante Behandlung, womit zweifellos ein grobes Missverhältnis zwischen den möglichen Methoden vorliege (S. 6 Ziff. 24, S.

### **E. 2.6**

Im Falle einer seitens eines Arztes erbrachten Leistung ist

die Kostenvergütungspflicht der Kasse zu bejahen, sofern die ärztlich erbrachte Leistung nicht gemäss Art. 33 Abs.

### **E. 2.7**

Der vorstehend erwähnte Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 138 V 218 E. 6).

### **E. 2.8**

Die Wirksamkeit wie die Zweckmässigkeit

einer Leistung nach Art. 25 KVG als ein Kriterium der Kostenübernahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 32 Abs. 1 KVG) sind prognostisch zu beurteilen (BGE 130 V 299 E.

5.2; RKUV 2000 Nr. KV 138 S. 357

Erw .

5b). Erfolgt etwa eine medikamentöse Behandlung auf Grund einer Diagnose, die sich nachträglich als falsch herausstellt, ist dies kein Grund für die Verneinung der (Vor-) Leistungspflicht. Massgebend ist, dass eine Verdachtsdiagnose eine Behandlung rechtfertigen kann und diese aus medizinischer Sicht im Durchführungszeitpunkt prospektiv als indiziert erscheint. Tauchen im Nachhinein, beispielsweise gestützt auf ein fachärztliches Gutachten, Zweifel an der ursprünglichen Diagnose auf, führt dies nicht dazu, dass die seinerzeit auf Grund der Verdachtsdiagnose veranlasste, als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gemäss Art. 32 KVG erachtete Behandlung nunmehr als unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich bezeichnet werden kann mit der Folge, dass der Krankenversicherer sich unter Berufung auf Art. 32 KVG der Leistungspflicht entziehen könnte (BGE 131 V 78 E. 2). 3 . 3 . 1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass Meniskusoperationen schon seit längerer Zeit gefahrlos ambulant durchgeführt werden könnten. Eine stationäre Behandlung dränge sich nur noch in Ausnahmefällen auf. Diese von diversen Chirurgen bereits seit längerer Zeit vertretene Ansicht habe kürzlich ihren

Niederschlag im Urteil Nr. KV.2008.00076 des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. August 2010 gefunden ( Ziff. 2.5).

Vorliegend habe aus medizinischer Sicht keine Veranlassung für eine stationäre Operation bestanden. Eine Intubation beziehungsweise Vollnarkotisierung habe entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers nie stattgefunden. Die postoperative Phase sei unauffällig gewesen. Ein Hämarthros (mit Blut gefülltes Gelenk) habe nicht vorgelegen. Eine postoperative Drainage sei aus medizinischer Sicht nicht notwendig. Zudem sei das Anlegen eines Redonsoges kein Hindernis für eine ambulante Behandlung. Es habe keine Indikation für eine überdurchschnittliche Überwachung bestanden. Die früher behauptete starke Blutung habe

nicht stattgefunden. Sodann sei der Zeitpunkt der

Operation aus wirtschaftlichen Überlegungen so zu legen, dass die Entlassung des Patienten im Verlaufe des Tages noch möglich sei, vorausgesetzt, dass ein stationärer Eingriff nicht aus anderen, medizinischen Überlegungen indiziert sei. Die suggerierte, massive Kniepathologie habe nicht vorgelegen. Die auf den Bildern erkennbaren Befunde seien bei Kniearthroskopien an der Tagesordnung und würden ein ambulantes Vorgehen keineswegs ausschliessen ( Ziff. 2.6). Zu ihren Lasten gingen daher lediglich die Kosten einer ambulanten Behandlung gemäss Tarmed-Tarif in der Höhe von Fr. 1'

### **E. 3**

Eventuell sei die ÖKK zu verpflichten, die den Betrag von CHF 1'752 übersteigenden Kosten der Behandlung aus der Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung zu decken.

### **E. 3.5**

In ihrer Duplik ( Urk. 23) hielt die Beklagte daran fest, dass eine stationäre Behandlung des Beschwerdeführers nicht notwendig gewesen sei (S. 2 Ziff. 4).

#### **4.4.1**

Die am 5. Oktober 2010 angefertigte Magnetresonanztomographie (MRI) des linken Knies ergab einen dislozierten Korbhenkelriss des Innenmeniskus, einen mässigen Kniegelenkserguss sowie eine kleine Bakerzyste ( Urk. 19/11).

### **E. 4**

f. E.

3c mit Hinweisen). Wenn mit der Behandlungsalternative das Therapieziel kostengünstiger erreicht werden kann, besteht kein Anspruch auf Übernahme der teureren Behandlung. Der in Frage kommende alternative Behandlungsweg muss aber deutlich kostengünstiger sein. Dies muss für den Leistungserbringer zudem auch erkennbar sein (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Basel 207, Rz 297).

### **E. 4.2**

Im Bericht über die am

9. Oktober 2010 durchgeführte Operation ( Urk. 14/14), welcher zugleich als Austrittsbericht bezeichnet wurde, nannte Dr. Z.\_\_\_\_ als Diagnose eine Korbhenkelruptur des medialen Meniskus im Kniegelenk links. Er berichtete, die gleichentags durchgeführte

Operation habe eine Arthroskopie so wie eine arthroskopische  
Menishektomie medial des Kniegelenks links Bein halbiert. Im Recessus  
supra

patellaris habe sich deutlich entzündetes Gewebe gezeigt. Das laterale Kompartiment sei unauffällig gewesen. Im Intercondylarraum /medialen Kompartiment habe vor den beiden Kreuzbändern eine massive Synovitis bestanden. Der eingeklemmte Korbhenkel habe nicht gesehen werden können, weil das entzündete Gewebe gestört habe. Bei dessen Resektion sei eine massive Blutung aufgetreten. Dann habe der Korbhenkel gesehen werden, dorsal und medial abgehängt und in toto entfernt werden können. Eine

im Hinterhorn noch sichtbare Restmeniskusläsion sei unter äusserst schwierigen Bedingungen infolge starker Krümmung des Femurkondylus mühsam entfernt worden, bis auch hier wieder glatte Verhältnisse vorgelegen hätten. Es sei sicher die Hälfte des medialen Meniskus reseziert worden. Die weiteren Schritte beschrieb Dr. Z.\_\_\_\_ wie folgt:

„Spülen, Redon, schichtweiser Wundverschluss, Hausnaht, Kompressionsverband.“ 4.3

Von der Beschwerdegegnerin nach der Diagnose und dem Grund für die stationäre Hospitalisation gefragt (Urk. 14/8), führte Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom

6. Dezember 2010 (Urk. 14/9) aus, am 9. Oktober 2010 sei in erster Linie ein Hämarthros bei partieller Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie einer Korbhelenruptur des medialen Meniskus am Kniegelenk links operativ versorgt worden. Ein stationärer Aufenthalt sei erfolgt, weil sich postoperativ aus der Redon-Drainage massiv Hämarthros entleert und erst nach eineinhalb Tagen eingermässigt habe. 4.4

Mit Stellungnahme vom 19. Januar 2011 (Urk. 14/15 S.

1) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine

Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, fest, dass

die Behandlung ambulant möglich gewesen wäre. 4.5

In seinem Wiedererwägungsgesuch vom 4. Februar 2011 (Urk. 14/18) führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, der stationäre Aufenthalt sei notwendig gewesen, weil sich postoperativ ein Hämarthros von 450

ml gebildet habe und ein Redon habe angelegt werden müssen, welches dreimal gewechselt werden müssen. 4.6

Dr. med. C.\_\_\_\_, Leiter des vertrauensärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin, hielt mit Stellungnahme vom 14. Februar 2011 (Urk. 14/18 unten) fest, dem Operationsbericht seien keine postoperativen Komplikationen zu entnehmen. Damit könne er die Spitalbedürftigkeit nicht bestätigen. 4.7

In seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 23. Februar 2011 (Urk. 14/19) wies Dr. Z.\_\_\_\_ darauf hin, dass der Hämarthros nach der Mobilisation aufgetreten beziehungsweise die Redon-Flasche sich gefüllt habe. Die Mobilisation habe erst um 18.00 Uhr stattgefunden und das Redon habe sich bis etwa um 22.00 Uhr immer wieder mit Blut gefüllt und geleert werden müssen, weshalb eine ambulante Operation nicht möglich gewesen sei. 4.8

Mit Schreiben vom 26. Februar 2011 (Urk. 14/22) gelangte Dr. C.\_\_\_\_ an Dr. Z.\_\_\_\_. Er führte aus, die Streitigkeiten zwischen Kniechirurgen und Versicherungen betreffend Modalitäten von transarthroskopischen Eingriffen seien bekannt. Grundsätzlich bestehe auch unter Fachkollegen wegen der Notwendigkeit einer Redon-Drainage keine Einigkeit. Er (Dr. Z.\_\_\_\_) weise allerdings doch eine „massive Blutung“ aus und er bitte ihn daher, ihm seine intraoperative,

bildgebende Dokumentation und das Überwachungsprotokoll des Spitals zur Einsicht zur Verfügung zu stellen.

Am 3. März 2011 liess Dr. Z.\_\_\_\_

Dr. C.\_\_\_\_ die Bilder der Arthroskopie sowie das Überwachungsprotokoll der Privatklinik Y.\_\_\_\_ zukommen (Urk. 14/23). 4.9

In seiner Stellungnahme vom 2. April 2011 (Urk. 14/25) führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, ein Hämarthros sei anhand der Bilddokumentation nicht nachvollziehbar. Selbstverständlich werde das Gelenk vor der arthroskopischen Befunderhebung grundsätzlich gespült. Bei einem

Hämarthros blieben jedoch Blutkoagula-Fetzen zurück, welche auf mindestens einem der nun vorliegenden Bilder sichtbar sein sollten. Die Aufnahme im Kreuzbandbereich zeige zwar blutig tingiertes Gewebe lokal umschrieben. Dieses könnte allerdings auch beim Eingehen mit dem Arthroskopie-Instrument entstanden sein. Somit sei dieses nicht beweisend für einen

Hämarthros. Die postoperative Nachbehandlung zeige als Auffälligkeit lediglich eine Titrierung des Beschwerdeführers mit Vilan im Überwachungssaal, ohne dass hier spezielle Schmerzangaben vermerkt worden wären. Anscheinend handle es sich hier eher um ein Standardvorgehen und nicht um eine individuelle schmerzbedingte Therapie. Die Redonfüllung zeige erst nach der Mobilisation eine nennenswerte Flüssigkeitsmenge. Eine Notwendigkeit von solchen Massnahmen sei allerdings bei Weitem nicht bewiesen. Grundsätzlich handle es sich um einen transarthroskopischen Meniskuseingriff ohne weitere Auffälligkeiten, so dass seines Erachtens die Notwendigkeit der stationären Therapie nicht ausgeschlossen sei. Sinngemäss habe er auch Dr. Z.\_\_\_\_ informiert (vgl. Schreiben vom 2. April 2011, Urk. 14/24). 4.10

Mit Schreiben vom 6. April 2011 (Urk. 14/27) wies Dr. Z.\_\_\_\_

Dr. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass dem Kardex für den postoperativen Tag der Vermerk „Redon: 125

ml“ zu entnehmen sei, und äusserte seinen Unmut darüber, dass er (Dr. C.\_\_\_\_) ein peroperatives

Arthroskopiebild beurteile und sich festzustellen erlaube, dass postoperativ kein Hämarthros aufgetreten sei. 4.11

Am 7. Februar 2012 (Urk. 14/42) nahm Dr. C.\_\_\_\_ Stellung zur Einsprache des Beschwerdeführers vom 11. Januar 2012 (Urk. 14/40). Unter Hinweis auf seine Stellungnahme vom 2. April 2011 gelangte er zusammenfassend zum Schluss, dass die postoperative Phase als unauffällig bezeichnet werden müsse. Insbesondere könne nicht von einem Hämarthros (einem mit Blut gefüllten Gelenk) gesprochen werden. Bekanntlich werde die Indikation für eine postoperative Drainage unter Fachleuten kontrovers diskutiert,

wobei klar festzuhalten sei, dass keine wissenschaftlichen Arbeiten existierten, welche eine diesbezügliche Notwendigkeit belegten. Die Notwendigkeit einer stationären Nachbehandlung sei weiterhin nicht belegt (S. 3). 4.12

Nach Einsicht in die Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 27. März 2012 (Urk. 14/45) hielt Dr. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 2. April 2012 (Urk. 14/46) fest, für die Reevaluation der Situation bestehe noch Bedarf auf Aktenergänzung. Dem Beschwerdeführer sei mitzuteilen, dass noch die Akten benötigt würden, welche den geltend gemachten HämARTHROS klar belegten. Ebenso solle er die Evidenzen nachliefern, welche eine Triage des Operationsverfahrens nach MRI beschrieben (stationär oder ambulant). Sodann sei noch eine Kopie des Anästhesieprotokolls einzuholen, da die beschriebene komplexe, mehrstufige Anästhesie nicht dokumentiert sei. 4.13

Am 3. August 2012 (Urk. 14/50) nahm Dr. C.\_\_\_\_ Stellung zu den vom Beschwerdeführer und Kläger in der Folge beigebrachten Unterlagen (Urk. 14/49). Zusammenfassend hielt er fest, dass eine Entlassung am Abend offensichtlich gar nicht vorgesehen gewesen sei. Anhand der Blutdruck- und Pulswerte und der Handnotizen (Befindlichkeit des Beschwerdeführers und Klägers) dürfe im Weiteren davon ausgegangen werden, dass eher eine Übersiedlung und nicht eine streng bedarfsorientierte Schmerzmedikation stattgefunden habe. Die Schmerzmedikation scheine sich somit nach einem nicht weiter dokumentierten Schema zu richten und nicht nach wirklichem, individuellem Patientenbedarf. Bei der geförderten Redonmenge lasse sich zwischen Gelenkguss und am Schluss der Operation eingebrachten Schmerzmitteln nicht unterscheiden respektive die entsprechende Menge nicht subtrahieren. Anhand der Dokumentation lasse sich allerdings eine akute Nachblutung nach der Operation mit hoher Sicherheit ausschließen. Wie bereits früher beschreiben, sei eine gewisse Gelenkrezirkulation nach der Operation mit entsprechender Gelenkguss-Förderung als üblich und normal zu bezeichnen.

Insgesamt könnten aufgrund der vorliegenden Dokumentation keinerlei Probleme oder therapeutische Massnahmen genannt werden, welche für einen ausserordentlichen Verlauf sprächen oder als überraschende Entwicklung bezeichnet werden könnten. Der bei Einleitung der Anästhesie beschriebene Kollaps sei ein bekanntes Phänomen, bedürfe aber aufgrund des weiteren dokumentierten Verlaufs keinerlei Therapie oder zusätzlicher Überwachung. Somit sei die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht belegt (Urk. 14/50 S. 2).

#### **E. 4.14**

Am 12. Oktober 2012 (Urk. 14/54) nahm Dr. C.\_\_\_\_ im Einzelnen Stellung zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 28. September 2012 (Urk. 14/53). Er führte unter anderem aus, dass das Anlegen eines Redonsoges kein Hindernis für die ambulante Behandlung darstelle. Ob ein solches Vorgehen bei Arthroskopien überhaupt notwendig sei, werde in der Literatur kontrovers dargelegt und von namhaften Orthopäden bestritten. Wichtig sei in diesem Zusammenhang, dass keine akute Blutung wie primär behauptet habe nachgewiesen werden können. Damit habe kein Grund für eine überdurchschnittliche Überwachung oder sogar für einen eventuellen Zweiteingriff bestanden (Ziff. 6). Ein Aktengutachten auf universitärem Niveau wie vom Beschwerdeführer beantragt sei dann notwendig, wenn die medizinischen Meinungen klar divergierten und mit der üblichen medizinischen Literatur die Fragestellung nicht klar beantwortet werden könne. Vorliegend sei der Beschwerdeführer den Beweis schuldig geblieben, dass in der Literatur die

minimalinvasiven interventionellen Therapien im Kniegelenkbe reich grundsätzlich einer stationären Überwachung im postoperativen Setting bedürfen ( Ziff. 11). 5.

#### **E. 5**

KVG von der Kostenvergütungspflicht ausgenommen worden ist. Die von Ärzten als Angehörige eines freien Berufes applizierten Heil anwendungen haben somit die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Kranken pflegeversicherung entsprechen (BGE 125 V 28 Erw .

5b). Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene ärztliche (oder chiro praktorische ) Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei ( Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Ver hältnisse abzuklären und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu ver fügen (BGE 129 V 167 E. 3.2).

#### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin vertritt den Standpunkt , Meniskusoperationen könnten gefahrlos ambulant erfolgen, eine stationäre Behandlung dränge sich nur noch in Ausnahmefällen aus; im konkreten Fall habe keine Veranlassung für eine stationäre Behandlung bestanden (vorstehend E. 3.1).

Dies

bedeutet im Kontext der massgebenden rechtlichen Kriterien, dass die Beschwerdegegnerin die Zweckmässigkeit des gewählten Vorgehens (vorstehend E.

#### **E. 5.2**

Die Frage der Zweckmässigkeit ist prognostisch zu beurteilen (vorstehend E.

2.8), mithin nach Massgabe der Verhältnisse in dem Zeitpunkt, als der Entscheid ge fällt wurde.

Zahlreiche der von den Parteien ausgetauschten Argumente beschlagen nicht diesen entscheidwesentlichen Punkt, sondern befassen sich mit Erkenntnissen, die sich im Nachhinein ergeben haben; sie erweisen sich dementsprechend nicht als weiterführend.

#### **E. 5.3**

Gemäss den Ausführungen von Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) ist davon auszuge hen, dass ein ambulanter Eingriff und unter anderem der Verzicht auf Redon-Drainage einem erfolgreichen minimalinvasiven Vorgehen entsprechen, so dass ein medizinischer Zusatzaufwand nur in seltenen Fällen gerechtfertigt sei ( Urk. 14/55 S. 540 Spalte 1).

#### **E. 5.4**

Auf Nachfrage erklärte der behandelnde Arzt, mit dem Eingriff sei in erster Linie ein Hämarthros ( mit Blut gefülltes Gelenk ) bei partieller Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie einer Korbhenkelruptur des medialen Meniskus am Kniegelenk links operativ versorgt worden. Ein stationärer Aufenthalt sei erfolgt, weil sich postoperativ aus der Redon-Drainage massiv Hämarthros entleert und erst nach eineinhalb Tagen einigermassen sistiert habe (vorstehend E. 4.3). 5. 5

Die Stellungnahme des behandelnden Arztes ist dahingehend zu verstehen, dass gemäss seiner prä-operativen Beurteilung mit einem blutgefüllten Gelenk zu rechnen gewesen war.

Gemäss seinem Operationsbericht (vorstehend E. 4.2) er wies sich dies zwar nicht als zutreffend, sondern eine (in der Folge mittels Redon-Drainage angegangene) massive Blutung trat erst bei der Resektion des entzündeten Gewebes auf. Damit stimmt die Angabe über ein, postoperativ habe sich aus der Redon-Drainage massiv Blut entleert; dies sei der Grund für die stationäre Versorgung gewesen.

#### **E. 5.6**

Gestützt auf diese Ausführungen erscheint die Entscheidung des behandelnden Arzt es für eine Redon-Drainage und eine stationäre Behandlung als plausibel. Zwar hat die Blutung nicht, wie ursprünglich angenommen, vorbestanden, aber sie ist interoperativ aufgetreten, und dass es unzweckmässig (oder gar falsch) gewesen sein sollte, ihr mit einer Redon-Drainage zu begegnen, wird auch von der Beschwerdegegnerin nicht behauptet.

Zu berücksichtigen ist bei der Beurteilung, ob die getroffene Entscheidung in prognostischer Hinsicht nachvollziehbar sei, auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer am 1. Oktober 2010 eine Knieverletzung erlitt und am 9. Oktober 2010 operiert wurde (Urk. 14/1-2, Urk. 14/14). Es handelte sich mit anderen Worten um eine ausgesprochen akute Beschwerdeproblematik und gerade nicht um den wohl bedeutend häufigeren Fall eines nicht dringenden Wahleingriffs, bei welchem der Zeitpunkt frei gewählt werden kann und aus medizinischer Sicht die ambulante Behandlung der stationären ebenbürtig oder gar vorzuziehen sein mag.

#### **E. 5.7**

Dies führt zum Schluss, dass - entgegen dem von der Beschwerdeführerin vertretenen Standpunkt - aus der nachvollziehbaren Sicht des behandelnden Arztes im konkreten Fall durchaus ausreichende Veranlassung bestand, sich für eine stationäre Behandlung zu entscheiden. 6. 6.1

Bei diesem Ergebnis hat der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch darauf, dass die Kosten der stationären Behandlung von der Grundversicherung übernommen werden. Dieser Anspruch erstreckt sich auf die Kosten, welche der obligatorische Krankenversicherer effektiv zu übernehmen hat (BGE 126 V 334 E. 2c).

Aus den vorhandenen Unterlagen lässt sich nicht entnehmen, welche fakturierten Leistungen in welchem Umfang von der Grundversicherung zu übernehmen sind.

Die Beschwerde ist deshalb in dem Sinne gutzuheissen, dass ein Anspruch auf Kostenübernahme der stationären Behandlung besteht und die Sache zur Befriederung dieses Anspruchs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 6.2

Ob nach erfolgter Kostenübernahme durch die Grundversicherung ein unter die Zusatzversicherung fallender ungedeckter Betrag verbleibt, und ob diesbezüglich weiterhin unterschiedliche Standpunkte eingenommen werden, lässt sich beim gegenwärtigen Verfahrensstand nicht beurteilen.

Die vom Beschwerdeführer ergänzend erhobene Klage erweist sich deshalb als verfrüht. Auf sie ist nicht einzutreten, da es dem Beschwerdeführer unbenommen bleibt, sie - sofern erforderlich - erneut zu erheben, wenn er sie beziffern kann. 6.3

Dem anwaltlich vertretenen und obsiegenden Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und

Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Die Einzelrichterin erkennt: 1.

Der Einspracheentscheid der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG vom 6. November 2012 wird mit der Feststellung aufgehoben, dass der Versicherte Anspruch auf Übernahme der von der Grundversicherung gedeckten Kosten der stationären Behandlung hat, und die Sache wird zur Bezifferung des Anspruchs an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2.

Auf die gleichzeitig erhobene Klage wird nicht eingetreten. 3.

Das Verfahren ist kostenlos. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Felix Hunziker-Blum - Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Philipp - Bundesamt für Gesundheit 6.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Einzelrichterin Die Gerichtsschreiberin KächRyf

## **E. 7**

Mitte). Was die Wirtschaftlichkeit anbelange, so habe die Beschwerdegegnerin nie dartun können, inwiefern die Behandlungskosten durch die stationäre Behandlung das Mass überstiegen hätten, welches in seinem Interesse gelegen habe, und nie nachweisen können, dass die stationäre Behandlung über das Mass des Behandlungszwecks

hinausgegangen wäre (S. 7 unten). Die Beschwerdegegnerin habe nicht geltend gemacht, die Behandlung sei unwirtschaftlich gewesen. Sie lehne einfach

die stationäre Behandlung aus Prinzip ab, weil sie naturgemäss teurer sei (S. 8 oben). In ihren Allgemeinen Vertragsbedingungen lege die Beschwerdegegnerin den Entscheid, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung stattfindet, richtigerweise in die Hand des behandelnden Arztes, der ja auch die Verantwortung trage, wenn eine ambulant begonnene Behandlung sich zu einer stationären entwickle, weil Komplikationen einträten. Seien solche absehbar oder sei mit solchen zu rechnen, wie im vorliegenden Fall aufgrund der präoperativen Untersuchungen, so müsse der Arzt die zweckmässigere wählen, als Folge einer Risikoabschätzung (S. 8 unten).

Dass Meniskusoperationen ambulant durchgeführt werden könnten, sei bekannt, aber das heisse nicht, dass sich eine stationäre Behandlung nur noch in Ausnahmefällen aufdränge,

sondern die Frage der Behandlungsart sei bei jedem Patienten neu zu prüfen und zu entscheiden.

Der diesbezügliche Ermessensentscheid des behandelnden Arztes sei vom KVG-Versicherer grundsätzlich zu respektieren. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin habe ihre Doktrin betreffend ambulante Meniskusoperationen keinen Niederschlag gefunden im von ihr erwähnten Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich. Im Gegenteil habe der Richter den medizinischen Akten entnommen, dass Patienten mit Redonschläuchen hospitalisiert, das heisse stationär behandelt, werden müssen (S. 9 f. Ziff.

**E. 10**

Ziff. 22, S.

**E. 13**

f. Ziff. 31) und auch wirtschaftlich (S.

**E. 18**

Ziff. 45) gewesen sei.

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