

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00007

vom 4. Oktober 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-10-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2021.00007

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00007 du 4 octobre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00007 del 4 ottobre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1959, war seit Januar 2012 bei der Genossenschaft Krankenkasse SLKK (nachfolgend SLKK) obligatorisch gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) krankenversichert, als bei ihm im Januar 2019 ein diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL), Ann-Arbor-Klassifikation IV (Magenbefall),

diagnostiziert wurde (Urk. 3/3 S. 2). Nach einer durchgeführten Chemotherapie (R-CHOP-14, Erstlinientherapie) mit sechs Therapiezyklen (Urk. 3/

E. 1.1

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Entsprechend dem Grundsatz der Einheit des Verfahrens dürfen an die Beschwerdebefugnis auf kantonaler Ebene nicht strengere Anforderungen gestellt werden, als sie Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) für die Legitimation im Verfahren vor dem Bundesgericht vorsieht. Wer im letztinstanzlichen Verfahren beschwerdebefugt ist, muss im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren ebenfalls zum Weiterzug berechtigt sein. Daher sind die Legitimationsvoraussetzungen gemäss Art. 89 Abs. 1 BGG sowie die hierzu ergangene Praxis auch für das kantonale Rechtsmittelverfahren massgebend (BGE 131 V 298 E. 2, 130 V 560 E. 3.2). Namentlich ist der Begriff des schutzwürdigen Interesses gemäss Art. 59 ATSG gleich auszulegen wie derjenige nach Art. 89 Abs. 1 lit. c BGG für das bundesgerichtliche Beschwerdeverfahren (BGE 133 V 188 E. 4.1 mit Hinweis). Die Rechtsprechung betrachtet als schutzwürdiges Interesse im Sinne von Art. 89 Abs. 1 lit. c BGG jedes praktische oder rechtliche Interesse, welches eine von einem Entscheid betroffene Person an dessen Änderung oder Aufhebung geltend machen kann. Das schutzwürdige Interesse besteht somit im praktischen Nutzen, den die Gutheissung der Beschwerde dem Entscheidadressaten verschaffen würde, oder anders ausgedrückt - im Umstand, einen Nachteil wirtschaftlicher, ideeller, materieller oder anderweitiger Natur zu vermeiden, welchen der angefochtene Entscheid mit sich bringen würde. Das rechtliche oder auch bloss tatsächliche Interesse braucht somit mit dem Interesse, das durch die von der Beschwerde führende Person als verletzt bezeichnete Norm geschützt wird, nicht überein zu stimmen. Immerhin wird verlangt, dass die Person durch den angefochtenen Entscheid stärker als jedermann betroffen sei und in einer besonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache stehe (BGE 133 V 188 E. 4.3.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_751/2018 vom 6. Mai 2019 E. 3.1 f.).

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte mit Verfügung vom 8. Juli 2020 und mit dem diese bestätigenden, angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2020 (Urk. 2) grundsätzlich eine Leistungspflicht für die CAR-T-Zell-Therapie mit « Kymriah » . Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8) geht es vorliegend nicht darum, ob das Universitätsspital Z.____ tarifkonform abgerechnet hat. Vielmehr verneinte sie ihre Leistungspflicht nach KVG mit der Begründung, die Behandlung sei nicht wirtschaftlich beziehungsweise die Voraussetzungen für die Leistung nach KVG würden nicht vorliegen.

E. 1.3

Demzufolge ist hinsichtlich des Rechtsbegehrens des Beschwerdeführers, welches auf die Übernahme der Behandlungskosten

mit « Kymriah » gerichtet ist, ein Rechtsschutzinteresse zu bejahen, und es ist auf die Beschwerde einzutreten. Dass der Leistungserbringer, das Universitätsspital Z.____, bislang auf die Vollstreckung der Forderung verzichtet hat (vgl. Urk. 15 S. 6 Ziff. 30), vermag daran nichts zu ändern. Der Beschwerdeführer muss die Behandlung bezahlen, wenn die Beschwerdegegnerin nicht dafür aufkommt, er hat somit ein aktuelles und praktisches Rechtsschutzinteresse. Den

Ausführungen der Beschwerdegegnerin zur Beschwerdelegitimation des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 8) kann somit nicht gefolgt werden.

2. 2.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). Darunter fallen in erster Linie die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Sie umfassen unter anderem die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen sowie die in einem Spital durchgeführten Pflegeleistungen; diese müssen von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen oder von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen, durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG). 2.2

Gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach den Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2). Es handelt sich bei den in dieser Bestimmung statuierten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) um die grundlegenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen jeder Leistung. Ihr Zweck ist es, eine effiziente, qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen. An diesem Ziel haben sich alle Akteure im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (d.h. neben den Versicherten insbesondere auch die Leistungserbringer und die Tarifgenehmigungsbehörden) zu orientieren (BGE 127 V 80 E. 3c/aa; Urteil des Bundesgerichts 9C_176/2016 vom 21. Februar 2017 E. 6.2.1 in fine, in: SVR 2017 KV Nr. 13 S. 59). 2.3

Wirksam ist eine medizinische Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzu wirken beziehungsweise den Verlauf einer Krankheit günstig zu beeinflussen (BGE 143 V 95 E. 3.1; BGE 137 V 295 E. 6.1; BGE 133 V 115 E. 3.1). 2.4

Die Zweckmässigkeit setzt die Wirksamkeit der Behandlung voraus (BGE 137 V 295 E. 6.2). Dabei gilt jene Anwendung als zweckmässig, welche im Einzelfall gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist (BGE 139 V 135 E. 4.4.2; BGE 137 V 295 E. 6.2; BGE 130 V 299 E. 6.1.; BGE 127 V 138 E. 5). 2.5

Die Wirtschaftlichkeit setzt die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung voraus. Der Leistungserbringer hat sich in seinen Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (vgl. auch Art. 56 Abs. 1 KVG). Die Wirtschaftlichkeit beurteilt sich objektiv und hat vergleichenden Charakter, indem sie eine Rolle spielt, wenn im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Diesfalls ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen. Erlaubt eine der Massnahmen, den verfolgten Zweck erheblich kostengünstiger zu erreichen als dies mit der anderen Massnahme der Fall wäre, hat die versicherte Person keinen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der teureren Massnahme (BGE 142 V 26 E. 5.2.1; BGE 139 V 135 E. 4.4.3; BGE 136 V 395 E. 7.4). Demgegenüber kann eine vergleichsweise grössere medizinische Zweckmässigkeit (durch Vorteile in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht wie beispielsweise geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend Nebenwirkungen und Spätfolgen) die Übernahme einer teureren Massnahme rechtfertigen (BGE 142 V 26 E. 5.2.1; BGE 137 V 295 E. 6.3.2). Die Frage der Wirtschaftlichkeit stellt sich grundsätzlich nicht, wenn es nur eine Behandlungsmöglichkeit beziehungsweise keine Behandlungsalternative gibt, weil sich das in Art. 32 Abs. 1 KVG verankerte Erfordernis auf die Wahl

unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen bezieht (BGE 142 V 144 E. 6; BGE 139 V 135 E. 4.4.3; Urteil 9C_195/2013 vom 15. November 2013 E. 5). Allerdings ist rechtsprechungsgemäss unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit (Art.

E. 3

S. 2 f., Urk. 3/4) konnte Ende Mai 2019 zunächst eine komplette Remission festgestellt werden (Urk. 3/3 S. 3). Im Februar 2020 wurde ein Rezidiv mit Zentralnervensystem (ZNS) -Manifestation festgestellt (Urk. 3/5).

Im Februar 2020 durchlief X.____ den ersten Zyklus einer Chemotherapie nach

« MATRix » -Schema (Kombinationstherapie, 2. Therapielinie) , welche wegen diverser lebensbedrohlicher Komplikationen abgebrochen werden musste (Urk. 3/3 S. 1, Urk. 3/5 , Urk. 3/6 S. 5 f.). Die als Folgetherapie geplante Hochdosischemotherapie mit anschliessender autologer Stammzellretransfusion war aufgrund des komplikativen Verlaufs nach einem Zyklus « MATRix » nicht möglich (Urk. 3/6 S. 7). Die in Erwägung gezogene Therapie mit Ibrutinib , für welche am 31. März 2020 ein Kostengutsprache gesuch bei der SLKK eingereicht und erteilt wurde , wurde aufgrund einer erneuten Hirnblutung nicht begonnen (vgl. Urk. 3/3 S. 1 unten, Urk. 3/5 S. 5, Urk. 3/6 S. 7). Am 6. April 2020 wurde um Kostengut sprache für eine Bridging - Therapie mit

Rituximab und Temodal ersucht (vgl. hierzu Urk. 3/ 11), welche für maximal drei Monate erteilt wurde (Urk. 9/7).

Prof. Dr. med. Y.____ , leitender Arzt Hämatologie, Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, Universitätsspital Z.____, stellte am 7. April 2020 ein Kostengutsprache gesuch zur Durchführung einer CAR-T-Zelltherapie unter Verwendung des Wirkstoffs Tisagenlecleucel

(« Kymriah ») an die SLKK (Urk. 3/7 = Urk. 9/6/18). Am 16. April 2020 wurde der Antrag auf die Behandlung mit « Kymriah » mit dem Hinweis auf Dringlichkeit wiederholt (Urk. 3/8 = Urk. 9/6/20). Nach mehrfachem Schriftwechsel mit den behandelnden Ärzten des Universitätsspitals Z.____ (vgl. Urk. 9/6 /1, Urk. 9/6/3 , Urk. 9/6/21, Urk. 9/6/38 , Urk. 16/2) erliess die SLKK am 8. Juli 2020 eine das Kostengutsprache gesuch abweisende Verfügung (Urk. 28/1).

Die vom Versicherten am 21. August 2020 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 30) wies die SLKK mit Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2020 (Urk. 2) ab.

Zwischen dem 7. und 21. Oktober 2020 wurde der Versicherte mit « Kymriah » behandelt . Die Kosten belaufen sich auf Fr. 297'420.55 (Urk. 3/12) .

2.

Gegen den Einspracheentscheid der SLKK vom 8. Dezember 2020 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 25. Januar 2021 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für die Behandlung mit « Kymriah » (CAR-T-Zell-Therapie) im Rahmen ihrer Leistungspflicht als KVG-Versicherer zu übernehmen (S. 1 Ziff. 1 und 2). Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm Zins zu 5 % auf Fr. 297'420.55 ab dem 14. Februar 2021 zu bezahlen (S. 1 Ziff. 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 5. März 2021 (Urk. 8) beantragte die SLKK, auf die Beschwerde sei nicht einzutreten, eventuell sei die Beschwerde abzuweisen , soweit darauf einzutreten sei. Mit Replik vom 2. Juli 2021 (Urk. 15) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest . Mit Duplik vom 30. September 2021 (Urk. 20) hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 28. Oktober 2021 (Urk. 22) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2021 (Urk. 2) davon aus, dass eine CAR-T-Zell-Therapie die rechtlichen Anforderungen bezüglich Kostenübernahme nicht erfülle (S. 4). Sie habe die Kosten der Therapie mit Rituximab und Temodal im Sinne einer Austausch befugnis gutgeheissen. Diese Therapie habe der Beschwerdeführer in Anspruch genommen und die gestellten Rechnungen seien bereits abgerechnet worden (S. 6).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 8) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Wirksamkeit in casu ganz klar bestritten werde, denn sie sei wissenschaftlich nicht belegt für Fälle, in denen sich der Patient in vollständiger Remission befunden habe . Im vorliegenden Fall sei aktenkundig, dass die Behandlung mit einer CAR-T-Zelltherapie trotz kompletter Remission durchgeführt worden sei. Hierzu fehlten medizinische Evidenzen einer Notwendigkeit und einer Wirksamkeit. Vielmehr sei hier versucht worden, zu

Handen der sozialen Krankenversicherung Forschung zu betreiben (S. 14). Nachweislich sei die Auseinandersetzung mit Therapieoptionen vor der Gabe von « Kymriah » erfolgt, indem eine Kombination aus Chemo- und Immuntherapie verabreicht worden sei. Diese sei nachweislich erfolgreich gewesen, so dass der Beschwerdeführer im Mai 2020 als in kompletter Remission stehend habe erkannt werden können. Demzufolge sei die eingeleitete Therapie umfassend erfolgreich gewesen. Die Applikation von « Kymriah » habe sich jedenfalls zu diesem Zeitpunkt in keinsten Weise aufgedrängt, so dass die Verweigerung der Kostengutsprache zu Recht erfolgt sei. Es erscheine vorliegend so, dass die CAR-T-Zelltherapie im Sinne einer Rezidiv-Prophylaxe appliziert worden sei. Eine solche Behandlung könne keinesfalls unter die Bestimmungen der KLV subsumiert werden (S. 15).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer brachte hiegegen vor (Urk. 1),

dass die Voraussetzung für eine Übernahme der Kosten der streitigen Behandlung gemäss dem Anhang 1 zur KLV erfüllt seien (S. 12, S. 15). Im konkreten Fall hätten keine gleich oder mindestens ähnlich wirksamen Therapien zur Verfügung gestanden. Im März 2020 habe die vorbereitende Chemotherapie bereits nach 1 von 4 Zyklen abgebrochen werden müssen wegen der schweren und lebensgefährlichen Komplikationen. Deshalb sei die Hochdosistherapie mit anschliessender Stammzelltransplantation im Frühjahr 2020 als zu riskant eingeschätzt worden. Eine Stammzelltransplantation sei zudem nicht möglich gewesen, da sich im Knochenmark nicht genügend Stammzellen hätten mobilisieren lassen. Somit sei schon im Sommer 2020 klar gewesen, dass die Stammzelltransplantation als Therapie mit heilendem Charakter nicht zur Verfügung gestanden habe. Deshalb sei einzig die Therapie mit « Kymriah » als Therapie mit heilendem Charakter verblieben (S. 12). Die Therapie mit Rituximab und Temodal habe keinen heilenden Charakter. Vorliegend sei diese Therapie als gut verträgliche überbrückende Behandlung bis zur CAR-T-Zelltherapie gewählt worden (S. 13 f.). Da es keine Therapiealternativen mit vergleichbarem Nutzen gegeben habe, die Behandlung mit « Kymriah » dem Therapiestandard/anerkannten Therapieschema in solchen Fällen entsprechen habe und er ohne die Behandlung mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 90 % innerhalb der nächsten 12 Monate am DLBCL verstorben wäre, sei die Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 KVG zu bejahen (S. 15). 4. 4.1

Im Folgenden gilt es vorerst zu prüfen, ob die streitige Behandlung mit « Kymriah » gemäss dem Kostengutsprache gesuch vom 7. April 2020 (Urk. 3/7) den Voraussetzungen gemäss Anhang 1 der KLV für die Übernahme einer CAR-T-Zell-Therapie entspricht. 4.2

Prof. Dr. med. Y.____, leitender Arzt Hämatologie, Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, Universitätsspital Z.____, führte in seinem Kostengutsprache gesuch für eine stationäre Behandlung mit « Kymriah » vom 7. April 2020 (Urk. 3/7) aus, beim Beschwerdeführer sei es in diffus-grosszelliges B-Zell Lymphom diagnostiziert worden. Nur vier Monate nach Abschluss der intensiven Primärtherapie sei es zu einem Rezidiv gekommen. Damit habe der Beschwerdeführer ein grosses (> 90 %) Risiko, innerhalb von 12 Monaten an dem Lymphom zu versterben, wenn er konventionell behandelt werde. Aktuell habe der Beschwerdeführer einen Zyklus MATRix erhalten, hierauf zeige sich ein partielles Ansprechen der zerebralen Läsion. Theoretisch wäre bei komplikationslosem Verlauf in einer solchen Situation eine Dosisintensivierung mittels Hoch

dosischemotherapie und autologer Stammzelltransplantation indiziert. Der Beschwerdeführer habe die Chemotherapie so schlecht toleriert, dass ein weiteres Hochdosiskonzept mit Transplantation nicht möglich sei. Als einzige verfügbare kurative Therapieoption seien sogenannte chimärige Antigenrezeptor T-Zellen zur Behandlung zugelassen (S. 3). Beim Beschwerdeführer liege eine sehr seltene Konstellation verschiedener klinischer Probleme vor. Dennoch erfülle er die Ein- und Ausschlusskriterien der JULIET-Studie im Wesentlichen. Beim Beschwerdeführer werde der ZNS-Befall weiter behandelt mit Chemotherapie und/oder gegebenenfalls lokalisierter Bestrahlung. Da der bisherige aggressive Krankheitsverlauf vermuten lasse, dass sich die Erkrankung mit konventionellen Behandlungen nicht heilen lassen werde, werde gebeten, die Kostenübernahme von « Kymriah » zu prüfen (S. 4). 4.3

Prof. Dr. Y. ___ sowie Dr. med. A. ___, Oberärztin, Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, Universitätsspital Z. ___, berichteten am 14. Mai 2020 (Urk. 3/3) und nahmen ergänzend Stellung zum Kostengutsprache gesuch vom 7. April 2020. Sie nannten folgende, vorliegend relevante, Diagnosen (S. 2 ff.): - diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL), NOS, non-GCB nach Hans, Erstdiagnose Januar 2019 - Ann-Arbor-Klassifikation IV (Magenbefall) - IPI III (Stadium IV, ECOG, LDH) - hoch-intermediäres Risiko - PET-CT 31. Januar 2019 - multiple, metabolisch aktive Läsionen im Magen - metabolisch aktive supra- und infradiaphragmale

Lymphadenopathie - metabolisch aktive Splenomegalie (unspezifisch)

- Knochenmarkuntersuchung 31. Januar 2019 - Histologie: normozellulär, ohne Hinweise auf Lymphominfiltration - Immunphänotypisierung: kein Hinweis für das Vorliegen einer reifzelligen B-Zell Neoplasie beziehungsweise für das Vorliegen auffälliger T und NK-Lymphozyten. Jedoch kleine, klonialitätsverdächtige B-Zell-Population. - Gastroskopie mit Endosonographie und LK Biopsie 1. Februar 2019 - multiple mucosale

Erhabenheiten gastral, Differentialdiagnose Metastasen, Differentialdiagnose Lymphombefall, Short Barrett-Ösophagus - Histologie: hochmalignes B-Zell Lymphom im Sinne eines DLBCL, keine MYC-Rearrangierung, non GCB-Typ nach Hans - Liquoruntersuchung

1. Februar 2019 - keine reifzellige klonale B-Zell Population abgrenzbar

- histologisch gesichertes Rezidiv des DLBCL mit ZNS-Manifestation, Erstdiagnose 24. Februar 2020 - IELSG-Score: 2 Punkte - Klinik: Störung des Kurzzeitgedächtnisses, Wortfindungsstörung, Konzentrationsschwierigkeiten - PET-CT 18. Februar 2020 - neu: mehrere stark metabolisch aktive noduläre Foci periventrikulär rechts - metabolisch aktive Raumforderung suprasellär - MRI 20. Februar 2020 - ausgedehnter zerebraler Lymphombefall mit Hauptbefunden am periventrikulären Marklager rechtshemisphärisch und im Hypothalamus - kleinste Herde infratentoriell periventrikulär - Histologie nach navigationsgesteuerter Nadelbiopsie frontal rechts 24. Februar 2020 - Invasion des ZNS-Gewebes durch ein malignes Lymphom, immunhistochemisch DLBCL - Immunhistochemie positiv

Sie führten aus, der Beschwerdeführer leide an einem rezidierten DLBCL und befinde sich derzeit in der 3. Therapielinie. Auf die anthrazyklinhaltige

Immunochemotherapie (R-CHOP) habe zunächst eine komplette Remission erzielt werden können. Nachfolgend habe ein Frührezidiv des Lymphoms festgehalten werden müssen.

Frührezidive (innerhalb 12 Monate nach Abschluss der Erstlinientherapie auftretend) würden als schwer behandelbar und mit konventioneller Therapie als unheilbar gelten. Im Rezidiv sei eine Zweitlinientherapie mittels konventioneller Chemotherapie (MATRix) eingeleitet worden. Üblicherweise würden in kurativer Intention 4 Zyklen MATRix gefolgt von einer weiteren Dosisintensivierung mittels Hochdosischemotherapie und autologer Stammzelltransplantation verabreicht werden - eine Therapie, die rund 10-20 % dieser Patienten, ein komplettes Ansprechen auf Chemotherapie voraussetzend, heilen könnte. Bereits im ersten Zyklus MATRix habe der Beschwerdeführer ein akutes Nierenversagen (durch hochdosiertes Methotrexat verursacht) sowie eine schwere Enzephalopathie erlitten. Die Fortführung dieser Therapie sei aufgrund des hohen Risikos dieser schwerwiegenden Toxizität nicht möglich gewesen, wenngleich der Beschwerdeführer ein partielles Ansprechen auf die Therapie erzielt habe. Nachfolgend sei eine Therapie mit Ibrutinib im interdisziplinären Tumorboard diskutiert worden, die aber wegen der Blutungskomplikation nicht verabreicht werden können (S. 1). Aktuell erhalte der Beschwerdeführer eine gut verträgliche Therapie mit Rituximab und Temodal (Chemotherapeutikum, andere Substanzklasse als Methotrexat), die allerdings gewiss kein kuratives Potential habe, sondern als palliativ zu betrachten wäre. Die einzige mögliche kurative Therapie bei diesem Sachverhalt seien sogenannte chimäre Antigenrezeptor T (CART)-Zellen. Für eben diesen Patienten sei « Kymriah » zugelassen. Die Verabreichung von « Kymriah » liege also innerhalb der Zulassungsindikation gemäss Swissmedic Label (S. 2 oben) .

Der Fall des Beschwerdeführers sei am 31. März 2020 im interdisziplinären Tumorboard besprochen worden. Bei sehr schwierigem, komplikationsreichem Verlauf seien die verschiedenen Therapieoptionen vorgeschlagen worden. Die Fortführung der intensiven Chemotherapie mit konsolidierender Hochdosische motherapie und autologer Stammzelltransplantation sei nicht möglich. Nach MATRix Chemotherapie sei der Beschwerdeführer schwer somnolent bis hin zu stuporös geworden, bei multifaktorieller Enzephalopathie, zudem habe ein akutes Nierenversagen bestanden . Aufgrund des hohen Risikos der Toxizität für den Beschwerdeführer könne die Therapie mit MATRix trotz des partiellen Ansprechens nicht fortgeführt werden. Als einzige Therapie mit kurativem Potential sei im Board eine Behandlung mit CAR-T-Zellen (« Kymriah ») empfohlen worden. Kostenübernahmesuche, Organisation und Logistik von Lymphapherese und Herstellung des Produktes bedürften jedoch bekanntermassen einige Wochen, so dass es ebenfalls klar gewesen sei, dass zwischenzeitlich eine gut verträgliche Bridgingtherapie notwendig sein würde . Die Therapie mit Ibrutinib sei ein sinnvolles Therapiekonzept mit DLBCL und entsprechend sei das Kosten übernahmesuch gestellt worden. Im wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Board und nach erneuter Bildgebung sei das Risiko einer Zunahme der Blutung als zu gross eingeschätzt und die vorherige Planung revidiert worden (S. 4). Alternativ sei eine überbrückende Behandlung mit Rituximab und Temodal vorgeschlagen worden. Diese Therapie sollte dem Bridging zur CAR-T-Zelltherapie dienen. Ein kuratives Potential werde dieser Therapie nicht bescheinigt. Parallel hierzu sei vom Lymphomteam das Kostenübernahmesuch für die CAR-T-Zelltherapie verfasst und eingereicht worden. Eine rasche Beantragung der Kostenübernahme sei im Sinne des Patienten, weil sich das Verfahren hinziehen und die Produktion der Zellen zwei Monate dauern könne (S. 5) . Zusammenfassend seien die Voraussetzungen für eine CAR-T-Zelltherapie vorliegend (S. 7). 4.4

Prof. Dr. Y.____ , Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie,

Universitätsspital Z.____, berichtete am 18. Juni 2020 (Urk. 9/6/38) und führte aus, es würden drei potentiell kurative Therapien für Patienten mit rezidivierten, aggressiven B-Zell-Lymphomen existieren, in denen der Rückfall kurz nach intensiver Primärtherapie stattfindet. Ohne diese drei Therapien (1. CAR-T Zellen, 2. autologe Stammzelltransplantation, 3. allogene Stammzelltransplantation) gälten alle Therapien als palliativ, mit dem Ziel, eine symptomatische Besserung oder auch eine komplette Remission zu erreichen, von der man aber nicht auf eine Kuration schliessen könne (S. 1 f.). Seit wenigen Jahren existierten sogenannte CAR-T-Zellen und basierend auf den exzellenten Überlebensdaten für Krankheitssituationen, die bis dato als unheilbar gegolten hätten, sei diese Therapieform rasch übernommen worden. Erfreulicherweise hätten sich eine Reihe von Kassen in der Schweiz zusammengeschlossen und klare Kriterien für die Indikation gestellt. Insofern erschienen langwierige schriftliche Auseinandersetzungen zu diesem Thema nicht nützlich. Es gelte sich auf die Richtigstellung der medizinisch falschen Aussagen aus dem Brief der Beschwerdegegnerin vom 11. Juni 2020 zu beschränken. Betreffend die Aussage der Beschwerdegegnerin, es sei auf weitergehende Ausführungen zur Thematik Wirksamkeit zu verzichten, da es bekannt sei, dass die forschenden Ärzte oftmals bei einer bereits bescheidenen Response von einer medizinischen Wirksamkeit sprächen, sei anzuführen, dass es sich um eine Kassenleistung handle, die im Gegensatz zu vielen anderen Kassenleistungen die Überlebensrate von < 10 % auf zirka 50 % erhöhe. Diese Thematik habe nichts mit der Frage zu tun, ob behandelnde Ärzte oder Ärzte am Universitätsspital Z.____ ganz generell forschen würden. Der Antrag auf Kostenübernahme beziehe sich auf eine Leistung der Grundversorgung. Weiter sei sowohl das systemische Lymphom mittels PET-CT gestagelt worden, als auch die ZNS-Manifestation mit unterschiedlichen Untersuchungen inklusive Kernspin-Untersuchungen. Das Staging sei korrekt durchgeführt worden. Aus den Untersuchungen gehe hervor, dass die auch histologisch gesicherte Erkrankung im Rahmen der Therapie sehr gut angesprochen habe. Daraus sei für die aktuell applizierte Therapie keine Kuration ableitbar. Im Mittel würden Patienten mit dieser Erkrankung innerhalb von 2-5 Monaten rezidivieren. Zur Aussage der Beschwerdegegnerin betreffend die JULIET Studie, und dass der Beschwerdeführer nicht in die Studie aufgenommen werden können, sei anzumerken, dass die Studie publiziert sei. Es sei nicht möglich, Patienten in eine geschlossene Studie aufzunehmen. Die Wirksamkeit der CAR-T-Zellen in genau dieser Krankheitssituation sei belegt. Die Therapie sei zugelassen, von der medizinischen Community werde diese Therapie als Meilenstein der Behandlung rezidivierter DLBCLs betrachtet und die Kassen in der Schweiz hätten klare Regeln etabliert, welche Patienten diese Therapie bekommen sollten (S. 2). Entsprechend dem Tumorboardbeschluss hätten in der Situation des Beschwerdeführers eine Reihe von Therapien mit Chance auf Krankheitskontrolle als Überbrückung zu einer definitiven Therapie (kurative Therapie) empfohlen werden können. Leider sei für die Situation des Beschwerdeführers mit Ausnahme von CAR-T-Zellen keine Therapie zugelassen, so dass es die Regel sei, dass eine Reihe von Therapieoptionen in Erwägung gezogen werde. Leider existierten für den behandelnden Arzt keine klaren Leitlinien, in welcher Reihenfolge diese Therapie appliziert werden sollte. Ebenso gingen die Entscheidungen der Kassen ein, ob Kosten übernommen würden. Entsprechend sei der Terminus « Bridgingtherapie » eine in der medizinischen Praxis übliche und weit verbreitete Bezeichnung, die nicht in einem wie auch immer gearteten sozial-rechtlichen Sinne zu sehen sei und auch von den Ärzten natürlicherweise im Sinne ihres üblichen Sprachgebrauchs eingesetzt werde. Für die Planung einer CAR-T-Zelltherapie sei es die Realität,

dass vom Entscheid bis zur eigentlichen Applikation eine Zeit von 2-4 Monaten entstehe, die zu überbrücken sei. Ziel der Therapie in dieser Phase sei Symptomkontrolle, die bei ZNS-Befall drängend sei. Es gebe in der vorliegenden Situation eine Therapie mit einer realistischen Chance auf Kuration. Dazu sei die Voraussetzung für die Therapie mit CAR-T-Zellen gegeben. Die Bridgingtherapie habe zu einer Remission geführt. Da eine Transplantationsstrategie hier nicht möglich sei, bleibe lediglich die CAR-T-Zelltherapie. Wie bereits erwähnt, sei nicht davon auszugehen, dass eine wie auch immer geartete Chemoimmuntherapie (hier R- Temodal) eine Kuration erwirken könne. Das sei nicht gleichzusetzen mit einer in den allermeisten Fällen passageren kompletten Remission. Diese sei nach einer intensiveren Therapie mit dem MATRix Protokoll zu erreichen (S. 3).
4.5

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, führte in seinem (undatierten) vertrauensärztlichen Akten-Kurzgutachten (Urk. 3/16) aus, der Beschwerdeführer leide neben etlichen Nebendiagnosen erwiesenermassen an einem grosszelligen B-Zell-Lymphom mit ZNS-Manifestation (DLBCL). Es bestehe ein Status nach diffusem grosszelligen B-Zell-Lymphom mit vollständiger Remission 2019. Die Remission der Erst erkrankung DLBCL von Januar 2019 werde im Schreiben des Universitätsspitals Z.____ vom März 2020 zweifelsfrei bestätigt. Aufgrund der Formulierung bei der Kostengutsprache des Universitätsspitals Z.____ betreffend Ibrutinib und fehlender weiterer Angaben und im Hinblick auf die Nennung der Studie müsse davon ausgegangen werden, dass mit der vorgeschlagenen Therapie eindeutig ein kurativer Ansatz verfolgt worden sei. Es fehlten insbesondere Hinweise, dass die Therapie möglicherweise im Sinne einer Palliativbehandlung durchgeführt werden könne. Zudem sei die Therapie im Sinne einer ambulanten Versorgung angefragt worden, was ein starkes Indiz für den grundsätzlich guten Allgemeinzustand respektive fehlende Akutspitalbedürftigkeit gewertet werden müsse. Diese Therapieanfrage sei von Seiten des vertrauensärztlichen Dienstes ohne grundsätzliche Bedenken gutgesprochen worden. Die neuerliche Kostengutspracheanfrage seitens des Universitätsspitals Z.____ betreffend Rituximab und Temodal sei ebenfalls ohne grundsätzliche Bedenken gutgesprochen worden. Auch hier hätten entscheidende Hinweise gefehlt, wonach der Therapieansatz nicht kurativ beurteilt werde. Was auffalle, seien die Ausführungen zum Subduralhämatom, welches mittels CMRI am 25. März 2020, also sechs Tage vor der Kostengutspracheanfrage vom 31. März 2020 für Ibrutinib, bildgebend festgestellt worden sei. Es habe also bereits vor der Kostengutsprache bestanden und sei mit keinem Wort erwähnt worden. Im Zusammenhang mit den drei Kostengutspracheanfragen sei es dem Universitätsspital Z.____ nicht notwendig erschienen, zu der Entwicklung der multipel aufgetretenen, während der Erstmanifestation des DLBCL diagnostizierten Lymphadenopathie adäquat Stellung zu beziehen. Die radiologischen Resultate liessen indes vermuten, dass die extrakraniellen Manifestationen aktuell nicht als Grundsatzproblem anzusehen seien. Erst seit die Beschwerdegegnerin sich weigere, die CAR-T-Zelltherapie zu vergüten, erscheine in den Ausführungen des Universitätsspitals Z.____ die Haltung, dass alle vorgeschlagenen Therapien oder anderen gutgeschriebenen Therapeutika einzeln oder in Kombination verabreicht, nicht kurativ anzusehen seien. Insbesondere bei den jeweiligen Kostengutsprachen sei hiervon keine Rede gewesen und aus medizinischer Sicht müsse sich ein ärztliches Beratergremium eines Krankenversicherers auf die Initialaussagen verlassen können. Sämtliche nach der Therapie mittels Rituximab und Temodal angefertigten, bildgebenden Verfahren sowie mehrmals

bestätigt durch die behandelnden Ärzte, zeigten auf, dass die ZNS-Manifestation des DLBCL regredient sei. Die Definition der aktuellen Therapie als Bridging -Therapie erscheine problematisch, dies insbesondere, wenn wie in casu vorliegend

eine klare und mehrfach dokumentierte Regression des ZNS-Befalls dokumentiert sei. Aus vertrauensärztlicher Sicht sei erstellt, dass der Beschwerdeführer an einem Rezidiv eines DLBCL leide. Ebenso sei dokumentiert, dass er aufgrund eines Subduralhämatoms einer Therapie mit Ibrutinib nicht zugänglich gewesen sei, da eine solche Blutung als klare Kontraindikation ausgewiesen sei. Gemäss den Aufzeichnungen im Klinikinformationssystem des Universitätsspitals Z.____ mache das Tumorboard, von dem nach wie vor keine protokollarische Entscheidung vorliege, folgende alternative Therapievorschläge für « Kymriah », welche sogar priorisiert würden: 1. Rituximab und Temodal , 2. Lenalidomid . Daraus und im Zusammenhang mit dem radiologisch- und schriftlich dokumentierten Verlauf sei das Ansprechen auf die Therapiealternative Rituximab und Temodal erstellt, weshalb zum jetzigen Zeitpunkt die Therapie mit « Kymriah » die von der sozialen Krankenversicherung geforderte Einhaltung der WZW-Kriterien nicht gewähr leiste. Aus diesem Grund sei der Entscheid der Beschwerdegegnerin nachvollziehbar, aktuell keine Kostengutsprache für « Kymriah » abzugeben. Sollte ein Therapieversagen mit den vorgeschlagenen Alternativtherapien eintreten, müsse die Frage von « Kymriah » neu geprüft werden. 4.6

Dr. A.____ , Klinik für Medizinische Onkologie und Hematologie , Universitätsspital Z.____ , berichtete am 21. Januar 2021 (Urk. 3/13) und führte aus, im Januar 2019 sei beim Beschwerdeführer die Diagnose eines diffusen grosszelligen B-Zell Lymphoms (DLBCL) gestellt und mit einer Standard-Erstlinientherapie mit R-CHOP therapiert worden. Nach initialem gutem Ansprechen hätten sich ab September 2019 bildmorphologisch Läsionen im ZNS demarkiert, die aber nicht ganz klar einem ZNS-Rezidiv des DLBCL zugeordnet worden seien, bis dann im Februar 2020 die histologische Verifizierung des sekundären ZNS-Lymphoms gelungen sei. Die ZNS-gängige Chemotherapie nach dem MATRix Protokoll sei äusserst schlecht toleriert worden. Der Beschwerdeführer habe schwere Komplikationen erlitten, so dass eine Fortführung der Therapie nicht möglich gewesen sei. Nach mehrwöchigem Spitalaufenthalt habe sich der Zustand des Beschwerdeführers ab zirka April 2020 gebessert, so dass eine Fortführung der Systemtherapie möglich gewesen sei. Es sei eine Therapie mit Rituximab und Temodal initiiert worden, welche bekanntermassen sehr gut toleriert werde und zudem eine ZNS-gängige Substanz darstelle, wenngleich das Medikament keine übliche Therapie für ZNS-Lymphome sei. Hierunter habe sich das Lymphom stabilisiert, habe sich sogar grossenregredient gezeigt. Während eine Hochdosisintensivierung mit nachfolgender autologer Stammzelltransplantation im Frühjahr aufgrund des schlechten medizinischen Allgemeinzustandes noch unmöglich erschienen sei, so habe sich bis zum Sommer der Zustand soweit gebessert, dass entschieden worden sei, eine Stammzellmobilisation zur Stammzellgewinnung zu unternehmen. Dieser Sammelversuch sei bedauerlicherweise nicht erfolgreich gewesen, da keine ausreichende Zahl an Stammzellen stimulierbar und ins Blut mobilisierbar gewesen sei. Die Option der Hochdosischemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation sei somit als Konsolidationstherapie mit kurativer Intention ausgefallen. Aus diesem Grund sei die Strategie der CAR-T Zelltherapie verfolgt worden, da von allen anderen bereits verabreichten konventionellen Chemotherapien im Fall des rezidivierten Lymphoms keine Heilung zu erwarten gewesen wäre. Am 8. Oktober 2020 habe der Beschwerdeführer eine

Infusion von Tisagen lecleucel (« Kymriah ») nach lymphodepletierender Chemotherapie erhalten. Übliche zu erwartende Nebenwirkungen seien während des stationären Aufenthaltes zu beobachten gewesen, seien aber im weiteren Verlauf rasch abgeklungen. Seitdem befinde sich der Beschwerdeführer in ambulanter Betreuung. Es gehe ihm besser als zu irgendeinem Zeitpunkt in den vergangenen Jahren. Er fühle sich wohl, sei fit und belastbar. Er erscheine zur Konsultation mit Gehstöcken, nicht wie zuvor im Rollstuhl oder am Rollator und könne kurze Strecken ohne Gehhilfe bewältigen. Ein erstes Staging zur Remissionskontrolle habe bislang noch nicht stattgefunden. Klinisch gebe es jedoch derzeit kein Anhalt für eine Lymphoaktivität (S. 4 f.).

E. 5

Abs. 2 BV), die für das gesamte Staatshandeln gilt, eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht (BGE 142 V 144 E. 7; BGE 136 V 395 E. 7.4; BGE 120 V 121 E. 4b; BGE 118V107

E.7b; BGE 109 V 41 E. 3). 2.6

Für die Vergütung von Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen und von Ärzten oder Chiropraktoren erbracht werden, gilt gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG eine Pflichtleistungsvermutung. Dem nach wird vermutet, dass diese Leistungen den in Art. 32 Abs. 1 KVG festgeschriebenen allgemeinen Vergütungskriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen. Die Pflichtleistungsvermutung kann im Einzelfall durch die jeweilige Krankenversicherung mittels Verfügung sowie gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG durch den Verordnungsgeber in Form einer abschliessenden Negativliste umgestossen werden. Gemäss dieser Bestimmung kann der Bundesrat insbesondere die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25–33 KVG übernehmen. 2.7

Der Bundesrat setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten (Art. 33 Abs. 4 erster Satz KVG). Der Bundesrat hat in Art. 33 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) das EDI ermächtigt, nach Anhören der zuständigen Kommission (Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen) im Sinne von Ausnahmen von der Pflichtleistungsvermutung die von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorerinnen erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, zu bezeichnen. Das EDI hat in Art. 1 Abs. 1 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) festgelegt, dass Anhang 1 zur KLV diejenigen Leistungen bezeichnet, die nach Art. 33 lit. a und c KVV von der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (lit. a), nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden (lit. b) oder nicht übernommen werden (lit. c). 2.8

Für eine Reihe von Leistungsarten hat der Gesetzgeber das Listenprinzip verankert. Dies gilt namentlich für die nicht von Ärzten oder Ärztinnen erbrachten Leistungen und für neue

oder umstrittene Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (vgl. Art. 33 Abs. 2 und 3 KVG). In diesen Bereichen sind die Kosten vom Krankenversicherer grundsätzlich nur dann zu übernehmen, wenn die fragliche Leistung vom Verordnungsgeber auf einer Liste positiv aufgeführt ist (Positivlisten), wobei der Bundesrat das EDI zum Erlass der Positivlisten ermächtigt hat (Art. 33 lit. b–d KVV). Gemäss der Rechtsprechung (BGE 125 V 21 E. 5b) hat das Listenprinzip zum Ziel, den gesetzlichen Leistungskatalog genau festzulegen, und entspringt einem System, das vom Gesetzgeber gemäss Art. 34 KVG als umfassend und verbindlich angestrebt wurde. In der abschliessenden Negativliste des EDI sind gewisse Leistungen von der Leistungspflicht ausgenommen (Art. 33 Abs. 1 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a KVV, Art. 1 KLV und Anhang 1 zur KLV; BGE 136 V 84 E. 2.1; vgl. auch Urteil 9C_539/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.1). Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene beziehungsweise nicht in der abschliessenden Negativliste des EDI von der Leistungspflicht ausgenommene ärztliche Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei (Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (zum Beispiel durch Einholung eines Gutachtens) und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen (BGE 136 V 84 E. 2.1 und 129 V 167 E. 3.2; Urteile des Bundesgerichts 9C_170/2021 vom 14. April 2021 E. 3 und 9C_539/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.1). 2.9

Im Anhang 1 zur KLV, Ausgabe vom 1. Juli 2020, wird die Leistungspflicht für die CAR-T-Zell-Therapie

unter bestimmten Voraussetzungen

(Durchführung in einem speziell akkreditierten Zentrum und Erfassung der Fälle in einem Register) für die Zeit vom 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2022

bejaht.

Für eine Kostenübernahme wird eine die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigende vorgängige Kostengutsprache des Versicherers vorausgesetzt. Die Leistungspflicht für die Behandlung unter Verwendung des Wirkstoffs Tisagenlecleucel («Kymriah») setzt ein rezidiviertes oder therapieresistentes diffusgrosszelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL) nach mindestens zwei Therapielinien voraus (Ziffer 2.5 Anhang 1 KLV). 2.10

Gemäss der Rechtsprechung handelt es sich bei der im Anhang 1 der KLV vorgeschriebenen Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin beziehungsweise der darin vorgeschriebenen Berücksichtigung der Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin nicht um eine vorgeschriebene vertrauensärztliche Zustimmung im Sinne von Art. 58h Abs. 1 lit. a KVG, in Kraft seit 1. April 2021 (Urteil des Bundesgerichts 9C_224/2009 vom 11. September 2009 E. 4.3). Bei einer im Anhang 1 zur KLV vorgeschriebenen Einholung einer Kostengutsprache durch den Versicherer handelt es sich zudem nicht um eine Anspruchsvoraussetzung im einzelnen Leistungsfall, da sie in Art. 58h Abs. 1 lit. a KVG nicht als solche vorgesehen ist (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl., Basel 2016, S. 526 Rz. 302, zu Art. 58 Abs. 2 lit. a KVG, in der bis 31. März 2021 in Kraft gewesenen Fassung). 3.

E. 5.1

Gestützt auf die Beurteilungen durch die Ärzte des Universitätsspitals Z.____ (vgl. vorstehend E. 4.2-4.4) steht fest, dass beim Beschwerdeführer im Januar 2019 ein diffuses gross zelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL) diagnostiziert und er daraufhin mit sechs Zyklen einer Standard-Erstlinientherapie (R-CHOP) behandelt wurde (Urk. 3/3 S. 2). Ende Mai 2019 konnte eine komplette Remission festgestellt werden (Urk. 3/3 S. 3). Bereits ab September 2019 demarkierten sich bildmorphologisch Läsionen im ZNS, die jedoch nicht ganz klar einem ZNS-Rezidiv des DLBCL zugeordnet werden konnten, bis dann im Februar 2020 die histologische Verifizierung des sekundären ZNS-Lymphoms gelang (Urk. 3/13 , Urk. 3/5) . Der Beschwerdeführer durchlief im Februar den ersten Zyklus einer konventionellen Chemotherapie nach dem MATRix -Schema (Kombinationstherapie, 2. Therapielinie), welche - trotz partiellem Ansprechen der zerebralen Läsion - wegen lebensbedrohlicher Komplikationen (akutes Nierenversagen, schwere Enzephalopathie) abgebrochen werden musste (Urk. 3/5, Urk. 3/6 S. 5 f.). Die als Folgetherapie geplante Hoch dosischemotherapie mit anschliessender autologer Stammzellretransfusion war aufgrund des komplikativen Verlaufs nach einem Zyklus « MATRix » nicht möglich (Urk. 3/6 S. 7). Gemäss den Ausführungen der Ärzte des Universitätsspitals Z.____ sind bei einer Konstellation und Gesundheitssituation wie derjenigen des Beschwerdeführers als einzige verfügbare kurative Therapieoption die sogenannte chimärische Antigen rezeptor T-Zellen zur Behandlung zugelassen (Urk. 3/7 S. 3, Urk. 3/3 S. 2 oben). Dass man auch bei einer kompletten Remission nicht auf eine Kuration schliessen kann, geht aus den Ausführungen der Ärzte des Universitätsspitals Z.____ hervor, wonach ohne die erwähnten drei Therapien (CAR-T-Zellen, autologe Stammzelltransplantation, allogene Stammzelltransplantation) alle Therapien als palliativ gelten, mit dem Ziel , eine symptomatische Besserung oder auch eine komplette Remission zu erreichen, von der jedoch nicht auf eine Kuration geschlossen werden dürfe (Urk. 9/6/38 S. 1 f.) . Demzufolge sind die Voraussetzungen gemäss Anhang 1 der KLV für die streitige Behandlung mit Tisagenlecleucel (« Kymriah ») erfüllt. So liegt beim Beschwerdeführer ein rezidiertes diffusgrosszelliges B-Zell-Lymphom nach zwei Therapielinien (1. Therapielinie mit R-CHOP, 2. Therapielinie nach MATRix -Schema) vor.

Etwas Anderes geht denn auch aus dem Bericht des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin (vorstehend E. 4.5) nicht hervor. So führte Dr. B.____ ausdrücklich aus, aus vertrauensärztlicher Sicht sei erstellt, dass der Beschwerdeführer an einem Rezidiv eines DLBCL leide. Die Behandlung wurde zudem in einem FACT-JACIE-Standard (Foundation

for

the Accreditation of

Cellular Therapy/Joint Accreditation Committee of ISCT-EBMT) akkreditierten Zentrum durchgeführt. Das Universitätsspital Z.____ , welches die angefragte Therapie durchführte, ist entsprechend akkreditiert.

Demzufolge steht fest, dass sämtliche im Anhang 1 der KLV für die Übernahme der Kosten einer CAR-T-Zelltherapie erfüllt sind. Somit besteht grundsätzlich eine Leistungspflicht des Krankenversicherers, es sei denn, ihm gelinge im Einzelfall der Nachweis, dass die Therapie entgegen der durch die Aufnahme in die Liste geschaffenen Vermutung unwirksam, unzumutbar oder unwirtschaftlich wäre

(vgl. vorstehend E. 2 .

E. 5.2

Anhang 1 der KLV regelt die Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen. Durch diese Aufnahme ist belegt, dass die Therapie grundsätzlich als wirksam zu erachten ist.

Eine Leistung ist wirksam, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 2.3), wenn sie geeignet ist, das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen (BGE 137 V 295 E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin bestreitet die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Therapie beim Beschwerdeführer, weil sie wissenschaftlich nicht belegt sei für Fälle, in denen sich der Patient in vollständiger Remission befunden habe. Im vorliegenden Fall sei aktenkundig, dass die Behandlung mit einer CAR-T-Zelltherapie trotz kompletter Remission durchgeführt worden sei. Hierzu fehlten medizinische Evidenzen einer Notwendigkeit und einer Wirksamkeit. Vielmehr sei hier versucht worden, zu Handen der sozialen Krankenversicherung Forschung zu betreiben (Urk.

E. 5.3

Die Zweckmässigkeit fragt, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 2.4), nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung sowie allenfalls der Missbrauchsgefahr (BGE 137 V 295 E. 6.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2).

Der für die gewünschte Therapie zuständige Arzt, Prof. Dr. med. Y.____, leitender Arzt Hämatologie, Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, Universitätsspital Z.____, ist - was auch die Beschwerdegegnerin nicht in Frage stellt -

Spezialist für diese Art von Behandlung. Er sieht im vorliegenden Fall die Indikation für die Behandlung als gegeben und die Erfolgchancen im Rahmen des Möglichen als intakt. In der Situation des Beschwerdeführers konnte zwar eine Reihe von Therapien mit Chance auf Krankheitskontrolle als Überbrückung zu einer definitiven Therapie (kurative Therapie) empfohlen werden, als einzige Therapie mit einer realistischen Chance auf Kuration wurde jedoch im interdisziplinären Tumorboard eine Behandlung mit CAR-T-Zellen («Kymriah») empfohlen (Urk. 9/6/38 S. 3, Urk. 3/3 S. 4). Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte vertrauensärztliche Akten-Kurzgutachten (Urk. 3/16) vermag diese Ansicht nicht zu widerlegen. Der Vertrauensarzt Dr. B.____ bestreitet zwar in seinem Gutachten die Notwendigkeit (und damit die Wirtschaftlichkeit) der CAR-T-Zelltherapie, jedoch nicht die Wirksamkeit im Einzelfall und damit die Zweckmässigkeit. Es bleibt ausserdem darauf hinzuweisen, dass der Vertrauensarzt Dr. B.____ über keinen Facharztstitel im Bereich Onkologie verfügt. Er erwähnt zwar in seinem Gutachten nach seinem Facharztstitel für Allgemeine Innere Medizin die Bezeichnung «spez. Onkologie», eine solche Spezialisierung liess sich jedoch nicht verifizieren. Gemäss dem Medizinalberuferegister (www.medregom.admin.ch)

) verfügt Dr. B.____

neben seinem Facharztstitel lediglich über Fähigkeitsausweise in den Bereichen Praxislabor und Vertrauensarzt. Dies setzt den Beweiswert seiner Beurteilung entscheidend herab.

Vor dem Hintergrund, dass diese Therapie die Überlebensrate von <10 % auf zirka 50 % erhöht (vgl. Urk. 9/6/38 S. 2) ist davon auszugehen, dass die Risiken im Rahmen von üblichen Nebenwirkungen nicht gegen die Zweckmässigkeit der beantragten Therapie sprechen (vgl. hierzu auch Urk. 3/13 S. 4).

Sodann bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte, dass gleichwertige Therapieoptionen, welche mit einem geringeren Risiko für Nebenwirkungen verbunden wären, bestünden. Es liegen keine Hinweise darauf vor, dass Prof. Dr. Y.____ mit seinem Team bei der Feststellung der Indikation einer CAR-T-Zelltherapie das Risiko für Nebenwirkungen sowie die bestehenden Vorerkrankungen des Beschwerdeführers nicht beachtet hätten.

Ein Verzicht auf die streitige Behandlung hätte daher zur Folge, dass der Beschwerdeführer letztlich nur noch palliativ behandelt

werden könnte. Demzufolge ist die Zweckmässigkeit

der beantragten CAR-T-Zelltherapie,

das heisst die Wirksamkeit im Einzelfall, ohne Weiteres zu bejahen.

E. 5.4

Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG hat, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 2.5), vergleichenden Charakter. Bestehen zwischen zwei alternativen Behandlungsmethoden vom medizinischen Standpunkt keine ins Gewicht fallenden Unterschiede, ist grundsätzlich die kostengünstigere und damit wirtschaftlichere Anwendung zu wählen. Weist jedoch eine bestimmte Behandlungsmethode gegenüber anderen Anwendungen Vorteile in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht auf, wie beispielsweise geringere Risiken, weniger Komplikationen, eine günstigere Prognose betreffend Nebenwirkungen und Spätfolgen, kann dies die Übernahme der Kosten dieser teureren Applikation rechtfertigen (BGE 142 V 26 E. 5.2.1). Gibt es nur eine Behandlungsmöglichkeit, stellt sich die Frage der Wirtschaftlichkeit nicht (vgl. BGE 145 V 116 E. 3.2.3); es sei denn, zwischen Aufwand und Heilerfolg bestehe ein grobes Missverhältnis (BGE 136 V 395 E. 7.4).

Die Beschwerdegegnerin argumentiert im angefochtenen Entscheid (Urk. 2), eine CAR-T-Zell-Therapie erfülle die rechtlichen Anforderungen bezüglich Kostenübernahme nicht (S. 4). Sie habe die Kosten der Therapie mit Rituximab und Temodal im Sinne einer Austauschbefugnis gutgeheissen (S. 6). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass aus den ärztlichen Stellungnahmen des Universitätsspitals Z.____ klar hervorgeht, dass kurative Behandlungen beim Beschwerdeführer, abgesehen von der CAR-T-Zelltherapie, offenbar erschöpft sind. Prof. Dr. Y.____

hielt fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Rezidivs ein grosses (>

90 %) Risiko habe, innerhalb von 12 Monaten am Lymphom zu versterben, wenn er konventionell behandelt werde.

Der Beschwerdeführer hat die Chemotherapie nach dem MATRix-Schema so schlecht toleriert, dass lebensbedrohliche Komplikationen aufgetreten sind, weshalb ein weiteres Hochdosiskonzept mit Transplantation nicht möglich erschien (Urk. 3/7 S. 3). Die bei DLBCL sinnvolle Therapie mit Ibrutinib wurde im wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Tumorboard nach erneuter Bildgebung aufgrund des zu hohen Risikos einer Zunahme der Blutung verworfen (Urk. 3/3 S. 4). Aus den Akten des

Universitätsspitals Z.____ geht sodann eindeutig hervor, dass die danach eingeleitete Behandlung mit Rituximab und Temodal als überbrückende Therapie bis zur CAR-T-Zelltherapie diene und ihr – entgegen den Ausführungen des Vertrauensarztes Dr. B.____ - zu keinem Zeitpunkt

ein kurativer Charakter zugeschrieben wurde (Urk. 3/3 S. 5) . Prof. Dr. Y.____ erläuterte, das Ziel dieser Therapie in dieser Phase sei die Symptomkontrolle, die bei einem ZNS-Befall drängend sei. In der vorliegenden Situation gebe es nur eine Therapie mit einer realistischen Chance auf Kuration, die CAR-T-Zelltherapie , da eine Transplantationsstrategie nicht möglich sei (Urk. 9/6/38 S. 3) . Eine Stammzellmobilisation zur Stammzellgewinnung wurde nach einer Zustandsverbesserung des Beschwerdeführers im Sommer 2020 unternommen. Dieser Sammelversuch war nicht erfolgreich, es war keine ausreichende Zahl an Stammzellen stimulierbar und ins Blut mobilisierbar gewesen. Die Option der Hochdosischemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation fiel somit als Konsolidationstherapie mit kurativer Intention endgültig weg

(Urk. 3/13 S. 4). Nach dem Gesagten steht fest, dass vorliegend die beantragte CAR-T-Zelltherapie mit dem Medikament « Kymriah » beim Beschwerdeführer die einzige kurative Behandlungsoption darstellt und andere gleichwertige Therapieoptionen nicht bestehen. Auch von einem groben Missverhältnis zwischen Aufwand und Heilerfolg ist nicht auszugehen.

Die Beurteilung des Vertrauensarztes Dr. B.____ vermag die fundierte Begründung der Ärzte des Universitätsspitals Z.____ nicht zu widerlegen. Seine Ausführungen entbehren jeglicher Grundlage und widersprechen der vorliegenden medizinischen Aktenlage , insbesondere , wenn er davon ausgeht, dass die Ärzte des Universitätsspitals Z.____ gemäss Tumorboard alternative und gar priorisierte Therapievorschläge für « Kymriah » mit

1. Rituximab und Temodal und 2. Lenalidomid

gemacht hätten. Wie bereits mehrfach ausgeführt, haben diese Therapien kein kuratives Potential, sondern sind als palliativ zu betrachten (Urk. 3/3 S. 2), womit sie gewiss keine (priorisierte) Alternative zur kurativen Behandlung mit « Kymriah » darstellen. Demzufolge ist auch die Wirtschaftlichkeit der streitigen Behandlung zu bejahen.

E. 5.5

Nach Gesagtem steht fest, dass die beantragte CAR-T-Zelltherapie des rezidivierenden diffusgrosszelligen B-Lymphoms beim Beschwerdeführer sowohl sämtliche Leistungsvoraussetzungen des Anhangs 1 der KLV als auch die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG erfüllt, weshalb eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die im Streite stehende Behandlung beziehungsweise ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Übernahme von deren Kosten durch die Beschwerdegegnerin zu bejahen ist.

Demzufolge ist die Beschwerde

gutzuheissen. 6.

Der Beschwerdeführer beantragte nebst der Übernahme der Kosten für die Behandlung mit Kymriah (CAR-T-Zelltherapie) einen Zins zu 5 % auf Fr. 297'420.55 ab dem 14. Februar 2021 (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3).

Gemäss Art. 26 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) werden die Sozialversicherungen für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig, sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist.

Gemäss Art.

1

Abs.

1 KVG

in Verbindung mit Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen des ATSG

auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das KVG

nicht ausdrücklich eine Abweichung davon vorsieht. Sie finden nach Art.

1

Abs.

2 KVG

keine Anwendung in folgenden Bereichen: (a) Zulassung und Ausschluss von Leistungserbringern (Art. 35-40 und 59); (b) Tarife, Preise und Globalbudget (Art. 43-55); (c) Ausrichtung der Prämienverbilligung nach den Artikeln 65, 65a und 66a sowie Beiträge des Bundes an die Kantone nach Artikel 66; (d) Streitigkeiten der Versicherer unter sich (Art. 87); (e) Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89).

Der angefochtene Entscheid (Urk. 2) beschlägt eine Streitigkeit zwischen Versicherer und Versichertem, weshalb kein Ausschluss nach dem Wortlaut von Art. 1 Abs. 2 KVG vorliegt und das ATSG im Bereich dieses Verfahrens anwendbar ist. Das ATSG regelt die Entstehung des Anspruchs auf Leistungen nicht generell, hält aber fest, dass für die Geltendmachung des Anspruchs eine Anmeldung erforderlich ist (Art. 29 ATSG). Art. 26 Abs. 1 ATSG knüpft bei der Bestimmung der 24-monatigen Frist nicht an diese Anmeldung an, sondern bestimmt, dass eine Verzugszinspflicht dann einsetzt, wenn seit der Entstehung des Anspruchs 24 Monate verstrichen sind. Dies ist im Sinne einer Mindestvoraussetzung zu verstehen. Selbst wenn also die Leistungen später als 12 Monate nach der Anmeldung ausgerichtet werden, sind keine Verzugszinsen geschuldet, wenn nicht zugleich mindestens 24 Monate seit der Anspruchsentstehung verstrichen sind (vgl.

Kieser, ATSG-Kommentar, 4., vollständig revidierte Aufl., 2020, N 53 f. zu Art. 26 ATSG). Die eingereichte Rechnung des Universitätsspitals Z.____ für die Behandlung des Beschwerdeführers mit Kymriah (CAR-T-Zelltherapie) datiert vom 14. Januar 2021 (Urk. 3/12), womit vorliegend die 24 Monate noch nicht verstrichen sind und entsprechend noch keine Verzugszinspflicht entstanden ist. 7.

7.1

Das Verfahren ist kostenlos. 7.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses

bemessen. Als weitere Bemessungskriterien nennen die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht sowie § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht).

Für unnötigen oder geringfügigen Aufwand einer Partei wird keine Prozessentschädigung zugesprochen (§ 8 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV SVGer). 7. 3

Mit Eingabe n vom 2. Dezember 2021 (Urk. 23-24/1-4) wurde ein Aufwand für die Rechtsvertretung von insgesamt

Fr. 27'262.60 (76.7 Stunden à Fr. 320.-- zuzüglich Spesen von prozentual 3%) geltend gemacht. Da die Beschwerde erst am 25. Januar 2021 erhoben wurde (Urk. 1), fällt eine Entschädigung für die im Verwaltungsverfahren angefallenen Leistungen (Urk. 24/1, Honorar für den Zeitraum 1. Juli 2020 bis 30. September 2020 in Höhe von Fr. 5'573.30; Urk. 24/2, Honorar für den Zeitraum 1. Oktober 2020 bis 31. Dezember 2020 in Höhe von Fr. 1'348.95) ausser Betracht (vgl. Georg Wilhelm, in: Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, N 12 zu § 34).

Praxisgemäss

beträgt der zulässige Stundenansatz zudem Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer). Dementsprechend ist die Prozessentschädigung gestützt auf die Honorarnote n vom 4. Mai 2021 (Urk. 24/3) und 1. Dezember 2021 (Urk. 24/4) auf total Fr. 13'984.-- (inkl. Barauslagen und MWST) festzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Genossenschaft Krankenkasse SLKK vom 8. Dezember 2021 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlung mit Kymriah (CAR-T-Zelltherapie) vom 7. bis 21. Oktober 2020 in Höhe von Fr. 297'420.55

hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 13'984.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Monika Gattiker, unter Beilage einer Kopie von Urk. 27, 28/1 und 29 - Genossenschaft Krankenkasse SLKK - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensSchüpbach

E. 8

S. 14).

Davon kann jedoch keine Rede sein. Die Beschwerdegegnerin verkennt hierbei, dass sich der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Kostengutsprache gesuchs im April 2020 nicht in vollständiger Remission befunden hat. Vielmehr wurde im Februar 2020 ein ZNS-Rezidiv festgestellt und der Beschwerdeführer erhielt einen Zyklus einer konventionellen Chemotherapie nach dem MATRix -Schema. Die Ärzte des Universitätsspitals Z.____ führten in nachvollziehbarer Weise aus, dass in einer solchen Situation theoretisch bei komplikationslosem Verlauf eine Dosisintensivierung mittels Hochdosischemotherapie und autologer Stammzelltransplantation indiziert wäre, wobei diese Therapie bei komplettem Ansprechen 10-20 % der Patienten heilen könnte (Urk. 3/3 S. 1, Urk. 3/7 S. 3). Die Fortführung dieser Therapie nach dem MATRix -Schema war beim Beschwerdeführer aufgrund des hohen Risikos einer schwerwiegenden Toxizität nachweislich nicht möglich, auch wenn ein partielles Ansprechen erzielt werden konnte. Aus dem Umstand, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach mehrwöchigem Spitalaufenthalt ab zirka April 2020 soweit gebessert hatte, dass eine Fortführung der Systemtherapie mittels Rituximab und Temodal möglich wurde, lässt nicht auf eine komplette Remission schliessen. Das Lymphom hat sich unter dieser Therapie zwar stabilisiert und sogar grössenregredient gezeigt, die Ärzte des Universitätsspitals Z.____ betonten jedoch mehrmals, dass dieser Therapie kein kurativer, sondern lediglich palliativer Charakter zuzuschreiben ist. Die einzige mögliche kurative Therapie bei diesem Sachverhalt seien sogenannte chimäre Antigenrezeptor T (CART)-Zellen (Urk. 3/ 13, Urk. 3/3 S. 1 ff.) . Der Umstand, dass sich beim Beschwerdeführer unter der Therapie mit Rituximab und Temodal ein partielles Ansprechen der zerebralen Läsion zeigte, kann bei der Beurteilung der Wirksamkeit der streitigen Behandlung indes nicht ausschlaggebend sein. Damit ist das Kriterium der Wirksamkeit zu bejahen.

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