

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00052

vom 20. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2021.00052

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00052 du 20 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00052 del 20 giugno 2022

Erwägungen

E. 1.1

Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen.

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

E. 1.2

Zum Leistungsbereich gemäss Art. 25-31 KVG gehört die Übernahme der Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant oder stationär von Ärzten oder Ärztinnen, von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen und von Personen, die auf Anordnung dieser Fachpersonen handeln, durchgeführt werden (Art. 25 Abs.

E. 1.3

Anhang 1 KLV sind insgesamt fünf Massnahmen aufgeführt, die im Sinne von Art. 1 Abs. 1 KLV von der zuständigen Kommission geprüft worden sind und über deren Übernahme (lit . a), Übernahme unter bestimmten Voraussetzungen (lit . b) oder Nichtübernahme (lit . c) befunden worden ist.

Vornehmlich wird eine Übernahmepflicht im Falle der drei Massnahmen « Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese », « Kollagen-Meniskus-Implantat » und « Laser-Meniscectomie » .

Bei der weiteren aufgeführten Massnahme « Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten » wird die Übernahmepflicht unter den folgenden Bedingungen bejaht:

«Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm 2

Ausdehnung. »

« Zur Behandlung von Knorpel- Knochenläsionen bei Osteochondrosis

Dissecans im Kniegelenk.»

«Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.»

Die letzte aufgeführte Massnahme « Autologe

Chondrozytentransplantation » wird als «in Evaluation» bezeichnet und es wird eine Übernahmepflicht unter den folgenden Voraussetzungen statuiert:

« Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Gemäss den Empfehlungen und der Liste der Indikationen und Kontraindikationen der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) vom 10. Dezember 2019 (Faktenblatt Nr. 2019.147.829.01-1). »

« Zur Behandlung von Knorpelläsionen bei Osteochondrosis Dissecans im Kniegelenk. »

« Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherten, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. »

E. 1.4

In Bezug auf die verordneten Arzneimittel nach Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG hat das zuständige Departement des Bundes (das EDI) gestützt auf Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff.

2 KVG eine Liste der in der Rezeptur der Arzneimittel verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif

erlassen (Art. 29 KLV und Anhang 4 KLV) ;

ferner hat das zuständige Bundesamt (das BAG) gestützt auf Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen erstellt (Spezialitätenliste ; vgl. Art. 30 ff. KLV).

Die Aufzählung in der Spezialitätenliste ist abschliessend (BGE 142 V 325 E. 2.2).

Der Umfang der Leistungsflcht für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, wie sie ebenfalls in Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG aufgeführt sind , ergibt sich aus der sogenannten Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL), die das EDI gestützt auf Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG und Art. 33 lit. e KVV

geschaffen hat . Sie findet sich in Anhang 2 KLV (vgl. Art. 20a KLV) . Auch die Aufzählung in dieser Liste ist abschliessend (BGE 136 V 84 E. 2.2).

E. 1.5

Die zitierten Listen unterliegen gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung einer beschränkten richterlichen Überprüfungsbefugnis. Die Gerichte haben sich bei der Prüfung Zurückhaltung aufzuerlegen, und es ist ihnen insbesondere verwehrt , Ergänzungen durch Analogieschlüsse vorzunehmen (vgl. BGE 129 V 167 E. 3.4, 125 V 21 E. 6a, 124 V 185 E. 6; Urteil des Bundesgerichts K 85/99 vom 25. September 2000 E. 2b; Eugster , a.a.O., S. 618 f. Rz 691 f.). 2.

E. 2

lit. b KVG).

In Art.

E. 2.1

Nach Einsicht in den MRI-Befund vom 25. Januar 2021 (Urk. 8/7) stellte Dr. Z.____ anlässlich der Besprechung mit der Beschwerdeführerin vom 28. Januar 2021 die Indikation

für eine Kniearthroskopie mit Beurteilung des Knorpeldefektes und für eine anschliessende Arthrotomie am rechten Knie mit Knorpeldefektdeckung am lateralen Tibiaplateau mittels OATS oder AMIC-Plastik (Urk. 8/8), und das so formulierte Vorgehen bildete gemäss dem Bericht vom 8. Februar 2021 auch Gegenstand des präoperativen Aufklärungsgesprächs (Urk. 8/9 S. 2).

E. 2.2

Die Bezeichnungen OATS und AMIC stehen für zwei voneinander zu unterscheidende operative Verfahren zur Behandlung von Knorpelschäden. Bei OATS handelt es sich um die Technik der Knorpelknochentransplantation unter Verwendung von körpereigenen Knorpelknochenzylindern; AMIC (autogene oder autologe Matrix-induzierte Chondrogenese) ist eine Technik, bei der nach der Durchführung einer sogenannten Mikrofrakturierung

– dem Anbringen von Löchern im Knorpel zwecks Einwanderung von Stammzellen und Knorpelaufbau in der Defektregion – der Knorpelaufbau durch eine Membran (Matrix) zusätzlich unterstützt wird (vgl. www.schulthess-klinik.ch, Kapitel «Behandlung Knorpel schaden am Knie», Ziffer 7 «Operative Behandlung»; vgl. auch die von der Beschwerdeführerin im angefochtenen Einspracheentscheid [Urk. 2 S. 5] zitierte Website einer Privatpraxis www.kniechirurgie-bern.ch).

Gegenstand der strittigen Leistungsablehnung sind diese beiden unterschiedlichen Verfahren. Bereits in der erstmaligen Ablehnung wurden sie beide genannt (Urk. 8/10), Dr. Z. ___ nahm in seiner ausführlichen Zuschrift vom 2. März 2021 wiederum sowohl auf die OATS- als auch auf die AMIC-Technik Bezug (Urk. 8/ 16 S. 3 f.), und das Gleiche gilt für das erneute, vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin formulierte Leistungsersuchen vom 6. April 2021 (Urk. 8/22). Dementsprechend figurieren die Methoden OATS und AMIC auch beide in der Verfügung vom 13. April 2021 (Urk. 8/24), auch

in der Einspracheschrift wurde die Übernahmepflicht beider Methoden geltend gemacht (Urk. 8/26/1 S. 2 f.), und folgerichtig hat die Beschwerdeführerin im angefochtenen Einspracheentscheid

eben falls über beide Methoden befunden (Urk. 2 S. 4 ff.).

Sodann trifft zwar zu, dass die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift den Schwerpunkt auf das AMIC-Verfahren legte (Urk. 1 S. 3 ff.). Dennoch lässt dies entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk.

E. 2.3

Im Folgenden ist daher zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin die Kostenübernahme für die beiden Operationstechniken OATS und AMIC zu Recht abgelehnt hat. 3.

E. 3

KVG erhält der Bundesrat die Kompetenz, zu bestimmen, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet. Nach Art. 33 Abs.

E. 3.1

Knieoperationen fallen unter Ziffer

E. 3.2.1

Es ist offensichtlich und unbestritten, dass die beiden zur Diskussion stehenden Techniken OATS und AMIC nicht unter eine der drei Massnahmen fallen, für welche die Übernahmepflicht in Ziffer 1.3 Anhang 1 KLV von vornherein verneint wird; die geplante Operation betrifft weder eine Kniegelenksprothese noch die Behandlung einer Meniskusschädigung, sondern beim Befund, auf dessen Behandlung der vorgesehene Eingriff abzielt, handelt es sich um einen Knorpel defekt am lateralen Tibiaplateau (vgl. Urk. 8/7, Urk. 8/8+9, Urk. 8/14 S. 2, Urk. 8/16 S. 2).

E. 3.2.2

Mit OATS wird, wie vorstehend ausgeführt und auf der Website der Schulthess Klinik beschrieben, die Technik der Knorpelknochen transplantation bezeichnet, bei der ein Defekt durch körpereigene, an anderer Stelle entnommene Knorpelknochenzylinder behoben wird. OATS fällt somit unter die Massnahme der « Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten », die in Ziffer 1.3 Anhang 1 KLV aufgeführt ist und deren Übernahme von bestimmten Voraussetzungen abhängt. Auf diese Voraussetzungen wies der Vertrauensarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, in der Stellungnahme vom 10. Februar 2021 hin (Urk. 8/23 S. 2), und die Beschwerdegegnerin folgte ihm im angefochtenen

Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 4).

E. 3.2.3

In Bezug auf das AMIC-Verfahren, die autogene oder autologe Matrix-induzierte Chondrogenese,

erwähnte Dr. B.____ in der vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 10. Februar 2021 eine derzeit laufende Evaluation (Urk. 8/23 S. 2). Daraus schloss die Beschwerdegegnerin in ihrer Argumentation in der Beschwerdeantwort, es handle sich um eine Massnahme, die in Ziffer 1.3 Anhang 1 KLV als «in Evaluation» eingetragen sei (vgl. Urk.

E. 3.3

Unter diesen rechtlichen Voraussetzungen – OATS-Technik als Massnahme, die im Anhang 1 KLV aufgeführt ist, AMIC-Technik als Massnahme, die nicht im Anhang 1 KLV figuriert – ist nachfolgend die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin näher zu prüfen. 4.

E. 4

KVG setzt der Bundesrat Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten, und sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen; sodann hat der Bundesrat gemäss

Art. 33 Abs.

E. 4.1.1

Die OATS-Technik, die Dr. Z.____ gemäss seinem Bericht vom 23. Februar 2021 favorisierte (Urk. 8/14 S. 2), ist nach dem Dargelegten als « Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten » im Anhang 1 KLV aufgeführt, und für die Leistungspflicht ist, abgesehen von der Indikation einer Osteochondrosis

Dissecans, vorausgesetzt, dass es sich beim zu behebbenden Defekt um eine posttraumatische Läsion handelt. Der Vertrauensarzt Dr. B.____ hielt in seiner

Stellungnahme vom 10. Februar 2021 fest, es bestünden keine Anhaltspunkte für eine Knorpelschädigung posttraumatischer Art (Urk. 8/23 S. 2), und die Beschwerdegegnerin verneinte dementsprechend ihre Leistungspflicht für die Behandlung mit der OATS-Methode wegen des Fehlens der posttraumatischen Natur der zu behandelnden Schädigung (Urk. 2 S. 4).

In rechtlicher Hinsicht ist der Begriff «posttraumatisch» nicht eindeutig, sondern er lässt verschiedene Interpretationen zu. So kann darunter die Schädigung durch ein Unfallgeschehen oder die Schädigung durch einen Verletzungsmechanismus, der den rechtlichen Unfallbegriff (vgl. Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) nicht erfüllt, verstanden werden, und in Betracht kommen auch eine lediglich partielle Beteiligung eines bestimmten Mechanismus an einer Schädigung oder ein lediglich zeitlicher, nicht aber kausaler Zusammenhang (post hoc - propter hoc; vgl. hierzu das Urteil des Bundesgerichts 8C_524/2014 vom 20. August 2014 E. 4.3.3). Es ist daher zu prüfen, wie der Ausdruck «posttraumatisch» im Sinne der zur Diskussion stehenden Position im Anhang 1 KLV zu verstehen ist.

E. 4.1.2

Die osteochondrale Transplantation oder Knorpelknochen transplantation, unter welche die OATS-Technik fällt, ist ebenfalls Gegenstand einer Empfehlung der MTK; im Faktenblatt Nr. 2016.131.725.02 mit Gültigkeit ab dem 14. Oktober 2016 (als Urk. 16/1 zu den Akten genommen) wird eine Kostenübernahme im Falle von klinisch symptomatischen vollschichtigen Knorpelläsionen empfohlen. Eine Differenzierung nach den Umständen, unter denen diese Läsionen entstanden sind, wird dabei nicht gemacht; es wird also nicht zwischen posttraumatischen und anderweitigen Läsionen unterschieden.

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), auf die Dr. Z. ___ in seiner Eingabe vom 2. März 2021 Bezug nahm (vgl. Urk. 8/16 S. 5; S2k-Leitlinie, Gonarthrose, Stand 18. Januar 2018, Auszug als Urk. 16/4 zu den Akten genommen), wird allerdings festgehalten, dass arthroskopische Knorpelersatzverfahren (Mikrofrakturierung, Pridie-Bohrung, autologe Knorpelzelltransplantation, osteochondraler Transfer und Mosaikplastik) bei einer Gonarthrose generell nicht indiziert seien; alsdann wird jedoch präzisiert, dass solche Verfahren bei einer fokalen Früharthrose, die von der diffusen klinisch und radiologisch gesicherten Gonarthrose zu trennen sei, sinnvoll und effektiv seien; allerdings sei das Versagensrisiko im Vergleich zu traumatischen Defekten verdoppelt

(Urk. 16/4 S. 53). Im Hinblick auf diese Abgrenzung erkennen die medizinischen Fachleute Unterschiede in der Beschaffenheit einer Läsion, die von deren Ursache abhängen, offenbar hängt der Erfolg der Massnahme davon ab, ob ein Trauma Ursache des Schadens ist oder nicht.

Hinzu kommt, dass im Gesamtkontext des Anhangs 1 KLV an anderer Stelle der Begriff «posttraumatisch» ebenfalls verwendet wird, nämlich bei der Plastischen Chirurgie bei der Methode der autologen Fetttransplantation (Ziffer 1.6), die «zur Korrektur kongenitalen, krankheitsbedingter und posttraumatischer Defekte» gerechtfertigt wird. In dieser Gegenüberstellung zu den anderen beiden Ursachen, nämlich der Krankheit und der Geburt, wird deutlich, dass es sich beim letzteren Begriff um einen Unfall handeln muss, ansonsten die anderen Ursachen – vor allem die Krankheit – zur Anwendung gelangen würden. Es ist somit zu folgern, dass als Schadensursache ein konkretes, mit einem Unfall im Rechtssinn

zumindest ver gleichbares Ereignis und ein bestimmter damit verbundener Verletzungsmechanismus nachgewiesen sein müssen, damit ein Schaden als «posttraumatisch» im Sinne von Anhang 1 KLV eingestuft werden kann. Ob gleichzeitig auch ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vorliegen muss, kann – wie nachstehend gezeigt wird

– vorliegend offen bleiben .

E. 4.1.3

Beim Befund, der operativ angegangen werden soll, handelt es sich gemäss den Berichten von Dr. Z.____ um den neuen Defekt im Tibiaplateau (Urk. 8/8, Urk. 8/9, Urk. 8/14 S. 2). Er ist im Radiologiebericht vom 25. Januar 2021 als scharfkantig charakterisiert (Urk. 8/7), und Dr. Z.____ sprach von einem isolierten Knorpel defekt bei im Übrigen unauffälliger Knorpeloberfläche des lateralen Tibiaplateaus (Urk. 8/14 S. 2). Diese medizinischen Feststellungen könnten zwar für eine Schädigung der Art sprechen, wie sie in der S2k-Leitlinie zur Gonarthrose als einem Knorpelersatzverfahren zugänglich bezeichnet wird, zumal Dr. Z.____ den Defekt in der Eingabe vom 2. März 2021 explizit als Früharthrose einstuft (Urk. 8/16 S.

2). Ein Ereignis, das die vorstehend dargelegten Voraussetzungen für eine Anerkennung des Schadens als «posttraumatisch» im Sinne von Anhang 1 KLV erfüllen würde, ist indessen nicht nachgewiesen und wurde auch gar nicht behauptet. Vielmehr gab die Beschwerdeführerin auf die entsprechende Rückfrage der Beschwerdegegnerin hin offenbar an, das rechte Knie sei nie von einem Unfall ereignis betroffen gewesen (Urk. 8/23 S. 1), im Einklang damit markierte die Klinik Y.____ im Kostengutsprache gesuch vom 4. Februar 2021 bei der Frage nach dem Behandlungsgrund

das Feld «Krankheit» und nicht das Feld «Unfall»

(Urk. 8/3), und Dr. Z.____ nahm in seinen Berichten ebenfalls nirgendwo Bezug auf ein konkretes schädigendes Ereignis.

Damit hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer posttraumatischen Knorpelknochenläsion im Sinne von Anhang 1 KLV zur Recht als nicht gegeben erachtet. Die weitere Indikation einer « Osteochondrosis

Dissecans », die im Anhang 1 KLV für eine Behandlung mit einer « Osteochondralen Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten» vorgesehen ist, steht nicht zur Diskussion; es handelt sich hierbei um eine Erkrankung, die sich bei Heranwachsenden manifestiert und die vorliegendenfalls nicht diagnostiziert worden ist

(vgl.

www.schulthess-klinik.ch, Kapitel «Behandlung Knorpelschaden am Knie», Ziffer 5 « Osteochondrosis

dissecans »).

Die Beschwerdegegnerin hat es demzufolge richtigerweise abgelehnt, die Kosten der Knieoperation mittels OATS-Technik zu übernehmen . In dieser Hinsicht ist die Beschwerde somit abzuweisen.

E. 4.2.1

Hinsichtlich der AMIC-Technik sodann, zu der nach den Ausführungen des Vertrauensarztes Dr. B. ___ offenbar Evaluationen stattfinden, ohne dass sich dies jedoch bereits in einer Eintragung im Anhang 1 KLV niedergeschlagen hätte, gilt nach der vorstehend dargelegten Rechtsprechung die Vermutung, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für deren Einstufung als Pflichtleistung erfüllt sind.

E. 4.2.2

Auch die AMIC-Technik ist von einer Empfehlung der MTK erfasst, nämlich derjenigen im Faktenblatt Nr. 2016.131.725.03

mit Gültigkeit ab dem 18. April 2017, auf welches Dr. Z. ___ in seiner Eingabe vom 2. März 2021 hingewiesen hatte (vgl. Urk. 8/16 S. 3 f.) und welches die Beschwerdeführerin mit der Einspracheschrift eingereicht hatte (Urk. 8/26/2; zusätzlich als Urk. 16/2 zu den Akten genommen). Die MTK empfiehlt darin verschiedene knochenmarkstimulierende Verfahren zur Kostenübernahme, nämlich die Mikrofrakturierung, die Bohrung (z.B. Pridie-Bohrung), die Nanofrakturierung und schliesslich knochenmarkstimulierende Matrix-assoziierte Verfahren mit einer Membran oder einem Gel für klinisch symptomatische vollschichtige Knorpelläsionen, und bei der AMIC-Technik, die im Faktenblatt ausdrücklich als Beispiel aufgeführt ist, handelt es sich nach dem bereits Ausgeführten um ein knochenmarkstimulierendes Verfahren unter Verwendung einer Matrix im Sinne der letzten Position des Faktenblattes.

Dabei trifft entgegen der Annahme der Vertrauensärztin med. pract. C. ___, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 9. März 2021 (vgl. Urk. 8/23 S. 3) in Bezug auf die AMIC-Technik nicht zu, dass die Empfehlung der MTK lediglich probatorischen Charakter hat. Denn wie die MTK in ihrer zuhanden von Dr. Z. ___ verfassten Stellungnahme vom 21. April 2021 darlegte (Urk. 8/26/3 S. 2), ist die Empfehlung im Faktenblatt Nr. 2016.131.725.03 betreffend die knochenmarkstimulierenden Verfahren, anders als die Empfehlung im Faktenblatt Nr. 2019.147.829.01 betreffend die autologe

Chondrozyten-Transplantation (ACT; Urk. 16/3), nicht mit einer zeitlichen Limitierung oder einer anderweitigen Einschränkung versehen worden.

Die Empfehlungen der MTK sind sodann als medizinisch qualifiziert zu beurteilen. Denn die MTK entscheidet gemäss der Stellungnahme vom 21. April 2021 zwar nicht über die Zulassung von medizinischen Verfahren, führt aber wissenschaftliche Evaluationen zu medizinischen Leistungen und Technologien durch (Urk. 8/26/3 S. 1). Im Faktenblatt Nr. 2016.131.725.03 wird denn auch Bezug genommen auf die Empfehlungen weiterer Expertengruppen (Urk. 8/26/2).

Die AMIC-Technik als Methode ist somit als Pflichtleistung im Sinne des KVG, der KVV und der KLV zu beurteilen, sofern eine Indikation für deren Anwendung gegeben ist.

E. 4.2.3

Für die Klärung des Vorliegens einer solchen Indikation und somit auch für die Prüfung der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit bedarf es indessen einer fachärztlichen Beurteilung. Dabei werden sich die Fachpersonen namentlich damit zu befassen haben, dass einerseits im Bericht zur Magnetresonanztomographie des rechten Knies vom 25. Januar 2021 (Urk. 8/7) im Vergleich zu einer Voruntersuchung vom 21. Juni 2016 im lateralen Gelenkskompartiment ein neuer, 10x4 mm grosser Grad IV-Knorpeldefekt am Tibiaplateau

beschrieben wird und Knorpelschäden am Femurkondylus desselben Kompartiments verneint werden, dass andererseits jedoch verschiedene Knorpelschäden im femoropatellären Kompartiment vermerkt werden und gemäss den Berichten von Dr. Z.____ ein Zustand nach bereits mehrmaliger operativer Behandlung vorliegt (vgl. Urk. 8/8 S. 1, Urk. 8/9 S. 1, Urk. 8/14 S. 1). Ferner kann in allgemeiner Hinsicht darauf hingewiesen werden, dass das Faktenblatt Nr. 2016.131.725.03

als Indikationen für die Anwendung der empfohlenen knochenmarkstimulierenden Verfahren symptomatische Knorpelläsionen der Grade III und IV gemäss der Klassifizierung der International Cartilage

Repair Society (ICRS) nennt und auch hier keine Vorgaben zu den Umständen macht, unter denen diese Läsionen entstanden sein müssen,

dass allerdings die Überlegungen in der S2k-Leitlinie zur Gonarthrose der DGOU auch für das AMIC-Verfahren relevant sein dürften, da Bestandteil dieses Verfahrens eine Mikrofrakturierung ist (vgl. vorstehend E. 2.2), mit der sich die Leitlinie unter anderem befasst.

E. 4.2.4

Hinsichtlich der Leistungspflicht für die Knieoperation mittels AMIC-Technik ist die Sache daher zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Da sich schon zwei medizinische Fachpersonen des vertrauensärztlichen Dienstes mit der Angelegenheit befasst haben, ist es angezeigt, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin durch einen externen Arzt oder eine externe Ärztin der Fachrichtung der Orthopädischen Chirurgie begutachten lässt. 5.

Die Beschwerdegegnerin lehnte in ihrem Schreiben vom 12. Februar 2021 auch eine allfällige Behandlung mit Endoret-Injektionen ab (Urk. 8/10). Solche Injektionen sind in den Berichten von Dr. Z.____ zur vorgesehenen Behandlung allerdings nirgendwo erwähnt, sondern Dr. Z.____ äusserte sich immer nur zum geplanten operativen Eingriff (Urk. 8/8, Urk. 8/9, Urk. 8/14 und Urk. 8/16), und die Eingabe vom 6. April 2021, welche vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin formuliert worden war, betraf ebenfalls nur die operativen Verfahren (Urk. 8/22). Dessen ungeachtet verfügte die Beschwerdegegnerin am 13. April 2021 nicht nur über die beiden Operationstechniken OA TS und AMIC, sondern erneut zusätzlich über die Behandlung mit Endoret

(Urk. 8/24). Und obgleich die Beschwerdeführerin in der Einspracheschrift

abermals keine Ausführungen zur abgelehnten Endoret-Behandlung machen liess, erhob die Beschwerdegegnerin die Injektionsbehandlung auch zum Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids und verneinte ihre Leistungspflicht dafür unter Hinweis auf die fehlende Eintragung von Endoret in der Spezialitätenliste und in der MiGeL (Urk. 2 S. 6 ff.).

In der Beschwerdeschrift liess die Beschwerdeführerin die Ausführungen zur Endoret-Behandlung ein weiteres Mal unkommentiert. Der Schluss, sie habe diesen Teil des Einspracheentscheids akzeptiert und der Entscheid sei damit dies bezüglich in Rechtskraft erwachsen, verbietet sich jedoch. Denn eine Behandlung mit Endoret-Injektionen hatte, anders als im Sachverhalt, den Prof. Dr. A.____ zu beurteilen hatte (vgl. Urk. 8/28/2 S. 18 ff. und S. 30), gar nicht zur Diskussion gestanden. Mit der Ablehnung einer Leistungspflicht für solche Injektionen hat die Beschwerdegegnerin daher eine

Feststellungsverfügung erlassen, für die weder auf ihrer Seite noch auf der Seite der Beschwerdeführerin ein rechtlich schützenswertes Interesse bestanden hat. Denn ein Interesse am Erlass einer Feststellungsverfügung ist nur dort gegeben, wo für die Interessenswahrung keine rechtsgestaltende Verfügung in Betracht kommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_909/2010 vom 15. Dezember 2010 mit Hinweis auf BGE 132 V 257 E. 1); vorliegendenfalls ist es indessen zumutbar und geboten, dass über die genannte Injektionsbehandlung erst dann entschieden wird, wenn deren Durchführung tatsächlich in Betracht gezogen wird und entsprechende Versicherungsleistungen geltend gemacht werden.

Demzufolge rechtfertigt es sich, den angefochtenen Einspracheentscheid hinsichtlich der Behandlung mit Endoret ersatzlos aufzuheben. 6.

Zusammengefasst ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Juni 2021 hinsichtlich der Ablehnung der Leistungspflicht für die Operation mittels AMIC-Technik aufzuheben und die Sache ist diesbezüglich an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Einholung eines Gutachtens im Sinne der Erwägungen über ihre Leistungspflicht neu verfüge. Hinsichtlich der Leistungspflicht für die Operation mittels OATS-Technik ist die Beschwerde abzuweisen, und hinsichtlich der Behandlung mit Endoret ist der angefochtene Einspracheentscheid

ersatzlos aufzuheben.

E. 5

KVG hat der Bundesrat mit dem Erlass von Art. 33 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) Gebrauch gemacht und es in lit. a-d dieser Bestimmung an das EDI delegiert, die Leistungen gemäss

Art. 33 Abs. 1-3 KVG nach Anhören der zuständigen Kommission zu bezeichnen. Das EDI hat die entsprechenden Regelungen in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) getroffen. Was die Leistungen nach Art. 33 lit. a und lit. c KVV beziehungsweise Art. 33 Abs. 1 und Abs. 3 KVG betrifft (keine oder von bestimmten Bedingungen abhängige Kostenübernahme zum einen, Kostenübernahme bei neuen oder umstrittenen Leistungen zum anderen), so wird in Art. 1 Abs. 1 KLV auf den Anhang 1 verwiesen, der diejenigen Leistungen bezeichnet, die von der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung a. übernommen werden, b. nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden oder c. nicht übernommen werden.

E. 7

der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV

SVGer]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Ist das Quantitativ einer Leistung streitig, rechtfertigt eine « Überklagung » nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1 und 8C_500/2020 vom 9. Dezember 2020

E. 4.4).

Hier rechtfertigt sich trotz des bloss teilweisen Obsiegens keine Kürzung der Prozessentschädigung. Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ist der teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Juni 2021 hinsichtlich der Ablehnung der Leistungspflicht für die Operation mittels AMIC-Technik aufgehoben und die Sache diesbezüglich an die SWICA Krankenversicherung AG zurückgewiesen wird, damit sie nach Einholung eines Gutachtens im Sinne der Erwägungen über ihre Leistungspflicht neu verfüge.

Hinsichtlich der Leistungspflicht für die Operation mittels OATS-Technik wird die Beschwerde abgewiesen, und hinsichtlich der Behandlung mit Endoret wird der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. Alexander Müller unter Beilage je einer Kopie von Urk. 16/1-4 - SWICA Krankenversicherung AG unter Beilage je einer Kopie von Urk. 16/1-4 - 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 beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrKobel

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