



Fall-Nr.: KV 2017/1
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 18.08.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 18.08.2017

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

Entscheid vom 18. August 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

KV 2017/1

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

CSS Kranken-Versicherung AG,



Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Kostengutsprache (Lymphovenöser Bypass)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ ist bei der CSS Kranken-Versicherung AG (nachfolgend: CSS) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege versichert (vgl. act. G1.2). Sie leidet seit langem (Diagnosesicherung 1995) unter einem primären Lymphödem des rechten Beines, unterschenkelbetont, und wurde bisher mit konservativen Methoden behandelt (act. G1.1, G1.3, G1.9, Schreiben vom 28. Juni 2016; act. G3.5). Am 13. Mai 2016 stellte Dr. med. B.____, Arzt an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des Universitätsspitals Zürich, für die Versicherte ein Kostengutsprachegesuch für einen lymphovenösen Bypass (auch lymphovenöse Anastomose genannt, nachfolgend: LVA) des Unterschenkels und Knies rechts. Er führte aus, aufgrund des stark vorhandenen fibrotischen Gewebes, welches die Versicherte entwickelt habe, zeige sich überall ein massiver dermaler lymphatischer Rückstau. Dies entspreche einem Lymphödem Stadium III nach MD Anderson Klassifikation. Da eine lebenslange Physiotherapie mit keiner wirklichen Verbesserung des Lymphödems einhergehe, stelle in diesem Fall eine LVA die bestmögliche Therapie dar. Dies werde auch in der Literatur so beschrieben. Er legte dem Gesuch eine Fotodokumentation sowie die ICG-Darstellung (Indocyaningrün Angiographie) der Versicherten bei (act. G1.1).

A.b Mit Schreiben vom 3. Juni 2016 lehnte die CSS die Kostenübernahme aus der Grund- und der Ergänzungsversicherung ab, da eine LVA keine Pflichtleistung darstelle. Die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) seien für diese Technik bisher nicht belegt (act. G1.2).



A.c Die Versicherte teilte am 16. Juni 2016 mit, das tägliche Tragen von Kompressionsstrümpfen Klasse III und wöchentliche Lymphdrainagen stabilisierten mehr oder weniger ihr Lymphödem der Stufe III-IV, verbesserten es aber nicht. Jetzt gebe es endlich eine operative Behandlungsmethode, die ihre Lebensqualität deutlich verbessern würde. Sie bitte um erneute Prüfung ihres Falls (act. G1.3). Dr. B.____ reichte am 28. Juni 2016 nochmals ein Kostengutsprache gesuch ein. Er führte aus, die LVA sei wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (act. G3.5). CSS-Vertrauensarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, teilte Dr. B.____ am 6. Juli 2016 mit, die von ihm angegebenen klinischen Studien belegten eine Volumenminderung von lediglich 12% durch eine LVA. Auf der vorliegenden Fotodokumentation (vgl. act. G3.5) sei eine eher gering ausgeprägte Schwellung am rechten Unterschenkel der Versicherten ersichtlich. Insgesamt beurteile er die Erfolgsaussichten für den geplanten Eingriff als nicht ausreichend (act. G3.5). Am 11. Juli 2016 hielt die CSS mangels ausreichender Erfolgsaussichten und "Evidenz-based-Medicine" für die geplante Operationsmethode an der Ablehnung der Kostenübernahme fest (act. G1.5).

A.d Mit Schreiben vom 18. Juli 2016 an die Versicherte führte Dr. C.____ aus, es gebe nur wenige Operateure in Europa, die den umstrittenen Eingriff versuchten. Eine neutrale wissenschaftliche Untersuchung sei bisher nicht durchgeführt und insofern ein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit der Operation nicht erbracht worden. Die berichteten Fallbeispiele seien keineswegs ermutigend, seien doch jeweils nur wenige Prozente an Umfangsvermehrung (gemeint wohl: Umfangsverminderung) erreicht worden. Er komme daher zum Schluss, dass die Erfolgsaussichten einer LVA derart gering seien, dass eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht in Betracht komme (act. G1.6).

A.e Mit Verfügung vom 22. Juli 2016 lehnte die CSS die Kostenübernahme einer LVA am rechten Bein der Versicherten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Sie begründete, es liege keine grössere neutrale wissenschaftliche Untersuchung vor, weshalb kein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit für die LVA vorhanden sei (act. G3.1).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Dagegen erhob die Versicherte am 12. September 2016 Einsprache und beantragte eine erneute Begutachtung und Prüfung des Antrags auf Kostengutsprache für die LVA. Sie führte aus, sie sei seit vielen Jahren in ärztlicher/therapeutischer Behandlung, die bisher auf die konventionelle Entstauungstherapie mit Lymphdrainage, das Tragen von Kompressionsstrümpfen und stationäre Intensiv-Entstauungstherapie setze. Diese Massnahmen stabilisierten ihr Lymphödem der Stufe III-IV mehr oder weniger, verbesserten es aber nicht. Jetzt gebe es endlich eine operative Behandlungsmethode, die unter anderem durch den international erfahrenen Spezialisten Dr. B.____ erfolgreich angewendet werde und für die Patienten eine dauerhafte Verbesserung bringe. Ihr Lymphödem sei kein kosmetisches, sondern klar ein gesundheitliches Problem (act. G3.2).

B.b Mit Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2016 wies die CSS die Einsprache ab. Sie begründete, die Wirksamkeit der LVA sei bisher nicht wissenschaftlich belegt. Die Versicherte leide seit über 25 Jahren an einem Lymphödem Stadium III sowohl am rechten Unterschenkel als auch am rechten Knie. Dies stelle gemäss einer Studie den am wenigsten erfolgsversprechenden Fall dar. Da die LVA eine relativ neue Technik zur Behandlung von Lymphödemen sei, könne noch keine Aussage bezüglich Langzeitwirkungen gemacht werden. Es sei folglich nicht erwiesen, ob die Volumenverminderung anhalte und welche Langzeitfolgen ein solcher Eingriff nach sich ziehen könne. Des Weiteren sei die Diagnose im Kostengutsprachege such vom 28. Juni 2016 widersprüchlich. Zudem führe Dr. B.____ aus, jegliche konservativen Massnahmen seien bereits ausgeschöpft, obwohl er im selben Gesuch weiter oben erwähne, die konservativen Therapiemethoden seien nicht vollumfänglich ausgeschöpft. Die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit müssten nicht weiter geprüft werden, wären aber ebenfalls zu verneinen (act. G3.4).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2016 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 1. Februar 2017. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) beantragt darin eine erneute Begutachtung und Prüfung des Kostengutsprache gesuchs für die LVA. Sie bringt vor, die Operation sei erforderlich, um langfristig eine Verbesserung der durch das Lymphödem verursachten



Beschwerden zu erzielen. Mit einer Operation würde sich nicht mehr so viel Lymphflüssigkeit ansammeln und der Gefässdruck würde verringert. Zusätzlich könnte die latente Gefahr von Entzündungen und Erysipel vermieden werden. Es gehe nicht um kosmetische Aspekte, sondern um eine langfristige Wirksamkeit bzw. Verringerung der Beschwerden, die durch das Lymphödem ständig vorhanden seien (act. G1).

C.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. März 2017 beantragt die CSS (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie führt aus, die aktuelle wissenschaftliche Studienlage belege keine gesicherte Wirksamkeit des geplanten Eingriffs. Mit der bisherigen konservativen Therapie habe das primäre Lymphödem der Beschwerdeführerin seit langer Zeit stabilisiert werden können. Es bestehe somit zweifellos eine erfolgreiche Behandlungsalternative zur LVA, welche sich langfristig bewährt habe, ohne dass sich das Leiden bei der Beschwerdeführerin verschlechtert hätte. Umgekehrt könne über den langfristigen Erfolg der LVA überhaupt keine Aussage gemacht werden. Entsprechend könne prospektiv nicht belegt werden, dass mit der LVA im Vergleich zu den konservativen Therapien langfristig ein höherer Nutzen erzielt werde. Die Beschwerdeführerin behaupte zu Recht nicht, dass nach einer LVA die bisherige Notwendigkeit der konservativen Behandlung wegfalle. Darauf liessen auch die bisherigen Studien schliessen, welche eine postoperative Volumenminderung von lediglich 12% dokumentierten. Ein Nebeneinander von Operation und konservativen Therapien wäre ohnehin nicht wirtschaftlich (act. G3).

C.c Mit Replik vom 26. April 2017 macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beurteilung beider Kostengutsprachegesuche durch den Allgemeinmediziner Dr. C. ___ sei kein objektiv neutrales Vorgehen zur Beurteilung des Sachverhalts. Das zweite Kostengutsprachegesuch hätte durch einen Angiologen oder spezialisierten Chirurgen etc. im Sinne einer Zweitmeinung geprüft werden sollen. Sie könne nicht nachvollziehen, weshalb die Beschwerdegegnerin einer neuen und zukunftsorientierten, besseren Behandlungsmethode ablehnend gegenüber stehe, zumal sich das Lymphödem unter konservativer Behandlung bestenfalls stabilisiere, im Normalfall aber langsam schrittweise verschlechtere. Es dürfe nicht sein, dass die LVA nur vermögenden Patienten offen stehe, welche sie selbst bezahlen könnten. Zudem bezahlten andere Krankenversicherungen diesen operativen Eingriff, was zusätzlich



St.Galler Gerichte

diskriminierend sei (act. G5). Sie legte der Replik einen Bericht von Dr. B.____ zur Evidenzlage der Wirksamkeit der LVA bei (act. G5.1)

C.d In ihrer Duplik vom 12. Mai 2017 hält die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest und führt aus, es sei finanziell und organisatorisch ausgeschlossen und folglich auch nicht vorgeschrieben, dass Krankenversicherer für jedes medizinische Fachgebiet einen Facharzt anstellen müssten. Da im Falle eines Rechtsstreites schliesslich nicht ein Arzt, sondern ein Jurist die Sachlage prüfe, sei dies richtig und konsequent. Auf die Forderung des Bezugs eines Angiologen sei nicht weiter einzugehen. Bei sehr neuen und wenig praktizierten Behandlungsmethoden könne sich die Behandlung (noch) nicht über eine gewisse Zeit und in einer gewissen Zahl von Fällen bewährt haben, weshalb die Wirksamkeit zu verneinen sei. Es entspreche dem allgemeinen Verständnis der Krankenversicherung, dass diese keine medizinischen Experimente finanziere. Dies gehe auch aus dem Schreiben von Dr. B.____ (vgl. act. G5.1) hervor, wonach noch nicht kassenpflichtige Innovationen am Universitätsspital Zürich über einen Innovationspool finanziert würden. Deshalb könnten sich nicht nur vermögende Patienten eine solche Behandlung leisten (act. G7).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist die Pflicht zur Kostenübernahme der Beschwerdegegnerin für die geplante LVA.

1.1 Nach Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Art. 25 Abs. 2 KVG enthält einen Katalog von Leistungen, die unter die Übernahmepflicht der Krankenversicherer fallen. Als Pflichtleistung aufgeführt sind unter anderem die von einem Arzt oder einer Ärztin ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim bzw. Spital durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen (lit. a Ziff. 1) sowie der Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit. e).



1.2 Die Übernahmespflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG).

1.3 Im Sozialversicherungsprozess gelten gemäss Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung. Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a am Schluss). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten bzw. von Vertrauensärzten der Versicherer kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen).

2.

Beim Lymphödem der Beschwerdeführerin handelt es sich unbestrittenermassen um eine Krankheit i.S.v. Art. 25 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 3 Abs. 1 ATSG. Es ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten der geplanten LVA unter Berücksichtigung der gesetzlichen Voraussetzungen von Art. 32 Abs. 1 KVG zu übernehmen hat. Die



Beschwerdegegnerin stellt sich gestützt auf die Einschätzung ihres Vertrauensarztes Dr. C.____ auf den Standpunkt, es bestünden keine ausreichenden Erfolgsaussichten für den geplanten Eingriff, und ein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit sei nicht erbracht (act. G3, G3.4, G7). Die Beschwerdeführerin und Dr. B.____ gehen hingegen davon aus, dass eine LVA langfristig wirksam wäre und eine Verringerung der Beschwerden mit sich brächte (act. G1, G3.5, G5, G5.1).

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

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



2.2.1 Die Beschwerdeführerin stützt ihre Ausführungen im Wesentlichen auf die Einschätzungen von Dr. B.____ (act. G1, G3.2, G5). Die von diesem eingereichten medizinischen Abhandlungen (act. G1.1, G3.5) nennen als konservative Behandlung Lymphdrainagen und Kompressionstherapie. Operative Methoden seien eine Option, wenn die konservative Therapie fehlschlage. Die neuere Methode der LVA sei zwar vielversprechend, aber vieles sei noch unklar und genauere, standardisierte Untersuchungen notwendig (AMANDA SILVA/DAVID CHANG, Vascularized Lymph Node Transfer and Lymphovenous Bypass: Novel Treatment Strategies for Symptomatic Lymphedema, Journal of Surgical Oncology, 2016, S. 1 & 6, DAVID CHANG/HIROO SURAMI/ROMAN SKORACKI, A Prospective Analysis of 100 Consecutive Lymphovenous Bypass Cases for Treatment of Extremity Lymphedema, Journal of the American Society of Plastic Surgeons, November 2013, Issue 132(5): 1305-1314, S. 1305; vgl. act. G3.5). Es existiere noch keine objektive und allgemein anerkannte Methode zur Einstufung der Qualität oder Schwere von Lymphödemen. Eine andere Herausforderung sei die Unsicherheit bei der Auswahl von Patienten, welche für eine LVA geeignet seien. Dem Artikel von SILVA/CHANG ist zu entnehmen, dass betreffend die Wirksamkeit der LVA die meisten bekannten Studien eine verminderte Cellulitis festgestellt hätten. Das Volumen habe sich bestenfalls bei 73% der Patienten um 75% verringert, schlechtestenfalls bei 50% der untersuchten Patienten zu keiner Differenz geführt. Bei 22 untersuchten Studien hätten 89% der Patienten eine subjektive Verbesserung und 88% eine quantitative Verbesserung erlebt. 56% der Patienten hätten die Kompressionstherapie nicht mehr weiterführen müssen. Die Autoren schliessen daraus nachvollziehbar, aufgrund der grossen Heterogenität der Studien sollten diese zurückhaltend interpretiert werden (SILVA/CHANG, a.a.O., S. 5). Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Lymphödem mit einer LVA nicht geheilt, sondern bestenfalls dessen Symptome gelindert werden können. Die aktenkundigen Studien erwähnen eine Volumenreduktion der betroffenen Körpergegend, weniger Infektionen, das Verhindern des Fortschreitens der Krankheit und eine Verbesserung der Funktionen der Extremität sowie der Ästhetik als mögliche Vorteile des Eingriffs (SILVA/CHANG, a.a.O., CHANG/SUAMI/SKORACHI, a.a.O., S. 1305, vgl. auch Aufsatz von Dr. B.____; act. G5.1). Ein Grossteil der Teilnehmer der verschiedenen Studien habe jedoch nach der Operation die konservative Kompressionstherapie fortgeführt und sei aufgefordert worden, weiterhin



Kompressionsstrümpfe zu tragen (SILVA/CHANG, a.a.O, S. 5 f., CHANG/SUAMI/SKORACHI, a.a.O., S. 1308, YUKIO SEKI et. al, The Superior-Edge-of-the-Knee Incision Method in Lymphaticovenular Anastomosis for Lower Extremity Lymphedema, Journal of the American Society of Plastic Surgeons, November 2015, Issue 136(5): 665e-675e, S. 666e; vgl. act. G3.5).

2.2.2 Die Beschwerdeführerin leidet seit über 20 Jahren an einem primären Lymphödem des rechten Beines, welches gemäss Einschätzung von Dr. B.____ vom Mai bzw. Juni 2016 das Stadium III erreicht hat. Dr. B.____ führte aus, es fänden sich sowohl am Unterschenkel als auch am Knie rechts eine geschmeidige Haut mit teilweise fibrotischen Hautarealen insbesondere am Fussrücken. In der ICG-Darstellung hätten keine Lymphgefässe im Unterschenkel und dem Fussrücken rechts dargestellt werden können. Aufgrund des stark vorhandenen fibrotischen Gewebes zeige sich überall ein massiver dermaler lymphatischer Rückstau (act. G1.1, G3.5). Eine aktenkundige Studie untersuchte 100 LVA, von welchen jedoch lediglich elf an Lymphödem der unteren Extremitäten, die restlichen an solchen der oberen Extremitäten durchgeführt wurden. Dabei waren die Volumenreduktionen durch die LVA bei Teilnehmern mit Lymphödem des Stadiums I und II wesentlich grösser als bei solchen mit Stadium III und IV. Bei letzteren betrug die Volumenverringering 12 Monate nach der Operation durchschnittlich nur 17% im Vergleich zu 61% bei ersteren. Bei den an sieben Studienteilnehmern mit Lymphödem der unteren Extremitäten durchgeführten insgesamt elf LVA wurde eine durchschnittliche Volumenreduktion von 38% erzielt. Nur vier dieser Patienten berichteten über eine Symptomverbesserung (entsprechend 57%) und für lediglich zwei von ihnen waren Volumenmessungen verfügbar. Drei Jahre postoperativ habe eine dieser Personen im rechten Bein eine Volumenreduktion von 33%, im stärker betroffenen linken Bein jedoch nur von 7% gehabt. Die zweite habe über signifikante Verbesserungen berichtet und keine Kompressionsstrümpfe mehr getragen, jedoch keine signifikante Volumenverringering aufgewiesen (CHANG/SUAMI/SKORACKI, a.a.O., S. 1305, 1309 & 1311, vgl. SILVA/CHANG, a.a.O., S. 5). Diese Studie hat folglich für die Situation der Beschwerdeführerin wenig Aussagekraft, zumal nur wenige vergleichbare Fälle untersucht wurden, weshalb sie kaum als repräsentativ gelten kann. Zudem befasste sich die Studie ausschliesslich mit Patienten, die an einem sekundären Lymphödem infolge einer Krebserkrankung litten. Bei der einzigen vollständig dokumentierten LVA



an einem stark ausgeprägten Lymphödem der unteren Extremität wurde ausserdem nur eine geringe Volumenreduktion von 7% beschrieben. Die Verfasser der Studie folgerten, eine LVA könne das Ausmass eines Lymphödems reduzieren, dies jedoch vor allem bei Patienten mit Lymphödemen der oberen Extremitäten in einem frühen Stadium. Eine LVA sei bei jenen Patienten am wirksamsten, die intakte Lymphgefässe und nur minimal irreversibel fibrotisches Gewebe aufwiesen. Im Stadium III oder IV stünden nur wenige funktionierende Lymphgefässe für die LVA zur Verfügung, was zusammen mit der signifikanten irreversiblen Fibrose zu geringen Erfolgsaussichten führe (CHANG/SUAMI/SKORACKI, a.a.O., S. 1305 & 1310 ff.). SILVA/CHANG erwähnen auch eine weitere Studie, welche die These stütze, wonach die Wirksamkeit bei früheren Stadien höher sei. Die Autoren empfahlen die LVA vor allem bei mild bis moderat ausgeprägten Lymphödemen der oberen Extremitäten mit einer moderaten Menge funktionierender Lymphgefässe und minimaler Fibrose, entsprechend dem ICG-Stadium II (SILVA/CHANG, a.a.O., S. 5 f.). Die Beschwerdeführerin gehört demnach zur Gruppe von Lymphödem-Betroffenen, für welche durch eine LVA die geringste Wirksamkeit zu erwarten ist. Zwar ist ein wissenschaftlicher Artikel über eine Studie zu einer neuen Methode der LVA aktenkundig, welche bei Lymphödemen der unteren Extremitäten bessere Ergebnisse erziele als das bis dahin angewendete Verfahren, da es unter anderem das Auffinden grosser Lymphgefässe in den Beinen vereinfache. Die Studie beinhaltete jedoch nur Operationen bei 15 Patienten mit einem Lymphödem Stadium II und wurde retrospektiv erstellt, weshalb die Ergebnisse nicht genügend aussagekräftig sind, um die Wirksamkeit im Allgemeinen und bei der Beschwerdeführerin mit ihrem fortgeschrittenen Lymphödem im Speziellen zu bejahen (SEKI et. al, a.a.O.).

2.2.3 Die Lymphödem Vereinigung Schweiz hält fest, operative Behandlungsmethoden hätten sich noch nicht gänzlich etabliert. Wenn nicht wichtige medizinische Gründe einen Eingriff notwendig machten, müsse generell von Operationen im Bereich von Lymphödemen abgeraten werden, da unweigerlich jeder Schnitt und jede Verletzung erneut Lymphgefässe schädigen könne, respektive diese im Rahmen des Heilungsprozesses belaste (vgl. <http://www.lv-schweiz.ch/das-lymphoedem.php>, abgerufen am 4. August 2017). Gemäss den Leitlinien der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (S2k Leitlinie – Diagnostik und Therapie der Lymphödeme, AWMF Reg.-Nr. 058-001, Mai



2017, abrufbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/058-001I_S2k_Diagnostik_und_Therapie_der_Lymphoedeme_2017-05.pdf, S. 49, eingesehen am 4. August 2017) sollte eine operative Therapie in Betracht gezogen werden, wenn ein Patient trotz leitliniengerechter konservativer Therapie und Therapieadhärenz einen Leidensdruck oder eine Zunahme von sekundären Gewebeveränderungen aufweist. Vorliegend erwähnte Dr. B.____ in seinem Bericht vom 28. Juni 2016 zwar, es liege eine Therapieresistenz vor, verneinte jedoch gleichzeitig die vollumfängliche Ausschöpfung der konservativen Therapiemassnahmen. Zudem gab er zwar an, eine LVA würde die Lebensqualität der Beschwerdeführerin deutlich verbessern, führte jedoch nicht aus, inwiefern diese eingeschränkt ist (act. G3.5). Ein ausgeprägter Leidensdruck, welcher durch den Eingriff vermindert werden könnte, lässt sich sodann auch aus den Eingaben der Beschwerdeführerin nicht ersehen (act. G1, G1.9, G5). Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die im Alltag einschränkende Kompressionstherapie allenfalls auch nach erfolgter LVA weitergeführt werden müsste (vgl. nachfolgende E. 2.3). Eine Zunahme von sekundären Gewebeveränderungen ist nicht nachgewiesen, zumal die Beschwerdeführerin von einer Stabilisierung des Lymphödems spricht (act. G1.3, G1.9, G3.2) und Dr. B.____ die in seinen Kostengutsprache gesuchten aufgeführte Progression nicht begründete (act. G1.1, G3.5).

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

2.3 Bei nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesener Wirksamkeit der LVA als Behandlung eines Lymphödems sind die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit i.S.v. Art. 32 Abs. 1 KVG grundsätzlich nicht weiter zu prüfen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass aufgrund der Aktenlage Zweifel an der Zweckmässigkeit bestehen. So riet einzig Dr. B.____, welcher den Eingriff selbst durchführen würde, der Beschwerdeführerin zu einer LVA. Weitere ärztliche Berichte liegen, abgesehen von den abweichenden Einschätzungen von Dr. C.____, nicht vor. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (act. G3), ist nicht erwiesen, dass eine



LVA im Vergleich zur konservativen Behandlung einen besseren therapeutischen Nutzen aufwiese. So führte die Beschwerdeführerin selbst aus, das tägliche Tragen von Kompressionsstrümpfen sowie wöchentliche Lymphdrainagen stabilisierten ihr Lymphödem mehr oder weniger (act. G1.3, G3.2). Eine Verschlechterung brachte sie nicht vor. Dr. B.____ bemerkte am 28. Juni 2016 zwar, alle konservativen Massnahmen seien ausgeschöpft, vermerkte aber im gleichen Schreiben sowie in seinem Kostengutsprachege such vom 13. Mai 2016, die konservativen Therapiemassnahmen seien nicht vollumfänglich ausgeschöpft (act. G1.1, G3.5). Letztlich ist auch nicht nachgewiesen, dass im konkreten Fall keine geeignetere und kostengünstigere Behandlungsmethode als eine LVA für die durch das Lymphödem bewirkten Beschwerden in Frage kommt. Dr. B.____ vertritt zwar sinngemäss den Standpunkt, die LVA könnte die konservative Behandlung ersetzen und sei die kostengünstigere Alternative (Schreiben vom 13. Mai 2016; act. G3.5), eine LVA führt jedoch gemäss den erwähnten Studien nicht zu einer Heilung, sondern bestenfalls zu einer Verminderung der Symptome. In vielen Fällen ist eine konservative Therapie auch nach dem Eingriff notwendig (vgl. E. 2.2). Selbst der von der Beschwerdeführerin eingereichte Beitrag von Dr. B.____ enthält den Hinweis, eine LVA steigere durch den verbesserten Abfluss und damit verbunden der Reduktion der "Lymphlast" die Wirksamkeit der konservativen Therapien (act. G5.1). Auch Dr. B.____ geht somit nicht davon aus, dass eine LVA ein Lymphödem grundsätzlich heilt und weitere Therapien überflüssig macht. Da kein Kostenvoranschlag für die geplante Operation vorliegt, können keine abschliessenden Aussagen zur Wirtschaftlichkeit gemacht werden. Diese ist jedoch jedenfalls fraglich, da mit hoher Wahrscheinlichkeit trotz der LVA weiterhin (allenfalls in geringerem Umfang als zuvor) Kosten für konservative Massnahmen entstünden.

2.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen der Kostenübernahme gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG für die geplante LVA nicht erfüllt sind. Die Einschätzungen von Dr. C.____ sind nicht zu beanstanden und weitere Abklärungen, insbesondere der beantragte Beizug eines Angiologen oder spezialisierten Chirurgen (act. G5), erweisen sich als nicht notwendig.

3.

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.



3.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

3.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Als Versicherungsträger hat die obsiegende Beschwerdegegnerin praxisgemäss keinen Anspruch auf die beantragte Parteientschädigung (act. G3), da vorliegend die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 199 zu Art. 61).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.