

SO_GERICHTE VSBES.2021.122 vom 15. Dezember 2021

SO Obergericht, 2021-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.122_d20211215

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.122 du 15 décembre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.122 del 15 dicembre 2021

Regeste

Krankenversicherung KVG

Erwägungen

E. 1

lit. a GO als Einzelrichterin beurteilt.

E. 2

2.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in Art. 32 - 34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

2.2 Art. 32 Abs. 1 KVG setzt für eine Übernahme der Kosten bei sämtlichen der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringenden Leistungen (Art. 25 bis 31 KVG) voraus, dass diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (nachfolgende WZW-Kriterien genannt) sind (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden (Satz 2), wobei sie ■ ebenso wie die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen ■ periodisch überprüft wird (Art. 32 Abs. 2 KVG).

Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt (BGE 130 V 304 E. 6.1 mit Hinweisen). Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg; BGE 133 V 116 f. E. 3.1; SVR 2005 KV Nr. 6 S. 21 E. 1.2).

2.3 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen gemäss Art. 57 KVG sind ein Organ der sozialen Krankenversicherung und beraten die Krankenkassen in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Art. 57 Abs. 4 KVG). Die Leistungserbringer müssen dabei den Vertrauensärzten die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis

informieren (Art. 57 Abs. 6 KVG). Weder Versicherer noch Leistungserbringer oder deren Verbände können Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen Weisungen erteilen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer. Diesen wiederum kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 104 V 211 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 313 E. 1b). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweisen).

3. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei bei ihm im August 2017 ein starker Schmerzschub im Genitalbereich erfolgt. Sukzessive hätten auch die unausstehlichen Empfindungsstörungen in diesem Bereich zugenommen. Als weitere Unannehmlichkeiten seien schmerzhaft Probleme beim Urinieren sowie eine andauernde erektile Dysfunktion aufgetreten. Im Verlaufe der umfangreichen, medizinischen Untersuchungen und Abklärungen sei durch das D. ____, Prof. Dr. med. C. ____, [...], und das E. ____, Pract. med. F. ____, dann am 17. September 2019 respektive 7. Oktober 2019 eine ungenügende Durchblutung im Beckenbereich und hauptsächlich auch der Penisarterie, festgestellt worden. Ursache dafür seien entsprechende Ablagerungen in den betroffenen Arterien. Vorerst sei versucht worden, das Problem mit geeigneten Medikamenten zu behandeln. Als sich keine signifikante Verbesserung der Beschwerden eingestellt habe, habe sich der Beschwerdeführer für einen medizinisch notwendigen endovaskulären Eingriff durch das D. ____, entschieden. Aufgrund der seit August 2017 andauernden, permanenten erektilen Dysfunktion und damit verbundenen Empfindungsstörungen an den Genitalien, handle es sich für ihn sehr wohl um eine Störung mit Krankheitswert, die eigentlich durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Beschwerdegegnerin abgedeckt sein sollte. Eine Ischämie sei, gemäss gängiger Literatur, eine verminderte oder fehlende Durchblutung von Gewebe. In der Folge komme es durch die mangelnde Durchblutung zu einem Sauerstoffmangel in den Zellen. Es stelle sich nun die Frage, welche Auswirkungen diese Ischämie auf die bei ihm betroffenen Gliedmassen und Nerven habe. Gemäss diverser Internationaler Richtlinien habe die erektile Dysfunktion sehr wohl Krankheitswert und sei von einer «im Alter etwas nachlassenden Erektion» insbesondere dann abzugrenzen, wenn Caverject und PDE-5-Hemmer ebenfalls keine ausreichende erektile Funktion ermöglichten, was bei ihm ja zweifelsohne der Fall sei. Der medizinisch notwendige Eingriff werde aus seiner Sicht einerseits zu einer Abnahme der starken Empfindungsstörungen führen und könnte sich positiv auf die Schmerzen und den noch anderen erwähnten unangenehmen Ursachen auswirken. Die Beschwerdegegnerin argumentiere immer mit fehlenden Studien oder ungenügender Hinweise in der Literatur. Dabei liege diesbezüglich seit nun bald zwei Jahren eine Stellungnahme der Fachgesellschaft vor, die auch schon der Beschwerdegegnerin vorgelegt worden sei. Sehr wohl gebe es eine Reihe von Studien und eine Meta-Analyse zu diesem Eingriff, auf welche die Beschwerdegegnerin hingewiesen worden sei. Wenn das alles aber ignoriert und wegen WZW-Kriterien nichts unternommen werde, könne es logischerweise auch keine Studien geben, die etwas darüber belegten. Zudem sei festzuhalten, dass der Eingriff, von

zahlreichen CH-Krankenkassen übernommen werde und in der Schweiz bei innovativen Eingriffen das Vertrauensprinzip gelte. Zudem werde der Eingriff in Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien von den Krankenkassen übernommen.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die vom Beschwerdeführer geplante Revaskularisationschirurgie werde im Anhang 1 zur KLV im Kapitel 1.4 «Urologie und Proktologie» explizit erwähnt und als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung ausgeschlossen. Vorliegend sei eine Umstrittenheitsabklärung beim Bundesamt für Gesundheit pendent, weshalb im Einzelfall eine Überprüfung vorzunehmen sei. Da sich die Revaskularisationschirurgie auf der Negativliste befinde, bestehe jedoch grundsätzlich kein Spielraum für eine Kostenübernahme (BGE 129 V 167, E. 3.2). Gemäss der vom Beschwerdeführer eingereichten Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie vom 31. Juli 2019 betreffend die Behandlung der erektilen Dysfunktion sei eine endovaskuläre Revaskularisation klar von der offenen Revaskularisation abzugrenzen. Diesbezüglich sei aber anzumerken, dass es sich bei der Stent-Behandlung gemäss dem Vertrauensarzt (Beurteilung vom 3. August 2020) um eine Weiterentwicklung der klassischen Revaskularisationschirurgie handle, weshalb oberwähnte Bestimmung auch für den vorliegend beantragten Eingriff Anwendung finde. Zudem wäre im vorliegenden Fall bei der festgestellten Atheromatose und vorhandener Hypercholesterämie und Hyperlipidämie eine medikamentöse Lipidsenkung unbedingt notwendig, was offensichtlich noch nicht erfolgt sei. Nach dem Bericht von Prof. Dr. C. ___ vom 23. April 2020 sei jedoch ex ante nicht abzuschätzen, ob die vom Einsprecher beschriebenen Schmerzen durch die Ischämie bedingt seien. Gemäss dem Bericht der G. ___ vom 17. Januar 2021 sei es lediglich möglich, dass das chronische Schmerzsyndrom des Beckens auch eine Ursache in der ungenügenden Durchblutung im Beckenbereich haben könnte. Die Hinweise aus der Literatur seien ungenügend. Gemäss der vertrauensärztlichen Beurteilung seien die seitens des Beschwerdeführers beschriebenen Beschwerden nicht derart, dass sie alleine mit einem Stenting der A. pudenda behoben werden könnten. Es liege sicherlich ein krankheitswertiger Befund vor. Die Ätiologie sei hier bei diesem komplexen, seit 30 Jahren bestehenden Schmerzsyndrom gemäss dem Vertrauensarzt aber keinesfalls belegt. Auch sei nicht durch medizinische Berichte und Studien belegt, ob hier eine bessere Durchblutung durch eine Stenteinlage die Schmerzproblematik überhaupt lösen könne. Somit fehle es an der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit eines solchen Eingriffs generell aber auch im vorliegenden Einzelfall.

4. Zur Beurteilung der Streitfrage sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen relevant:

4.1 Mit Stellungnahme vom 31. Juli 2019 (Beschwerdebeilage 2) hielt Prof. Dr. med. H. ___, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie fest, hiermit werde bestätigt, dass die endovaskuläre Revaskularisation klar von der offenen Revaskularisation abzugrenzen sei. Eine solche Abgrenzung gelte nicht nur in der Beckenarterien-Intervention, sondern in der gesamten kardiovaskulären Literatur, sowohl im arteriellen wie auch im venösen Stromgebiet des menschlichen Körpers.

4.2 Im Bericht vom 13. Oktober 2019 (SA 4) betreffend CT Angiographie Thorax, Abdomen, Becken, stellte med. pract. F. ___, Facharzt Radiologie FMH, als Indikationen folgende Diagnosen:

Zur Beurteilung hielt med. pract. F. ___ fest:

4.3 Mit Bericht vom 23. April 2020 (SA-Nr. [Akten der Swica] 4) stellte Prof. Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Angiologie, D.____, folgende Diagnosen:

Im Rahmen der angiologischen Untersuchung habe man eine arterielle Inflow-Problematik als Ursache der erektilen Dysfunktion dokumentieren können. Die arteriellen Perfusionswerte im Penisbereich hätten nach intrakavernöser Prostaglandin-Applikation unterhalb des Normwertes gelegen. In der in der Folge durchgeführten Computertomographie hätten atherosklerotische Obstruktionen pudendal dokumentiert werden können. Eine Erektionsstörung sei häufig, jedoch nicht Bestandteil des normalen Alterungsprozesses (National Institute of Health, USA). Im vorliegenden Fall liege also keine rein degenerative Erkrankung, sondern eine durch kardiovaskuläre Risikofaktoren hervorgerufene Atherosklerose als Ursache der ED vor. Der Beschwerdeführer habe sowohl PDE-5-Hemmer als auch intracavernöses Alprostadil in der in der Schweiz zugelassenen Maximaldosierung ausprobiert. Leider führten diese konservativen Behandlungsmöglichkeiten nicht zu einer ausreichenden Verbesserung der Erektion. Damit seien sämtliche Guideline-konformen konservativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft (Hatamouartidis K. et al., European Association of Urology Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism, 2016). Zudem seien die inzwischen erhobenen hämodynamischen und computertomographischen arteriellen Befunde hinreichend erklärend für eine ED, die nicht auf vasoaktive Medikamente anspreche. Eine endovaskuläre Katheter-Revaskularisation der pudendalen Arterien, die in der Folge einer Atherosklerose über den üblichen Alterungsprozess hinaus geschädigt sei, sei technisch machbar und sicher. Der Eingriff sei mit den üblichen (insgesamt vergleichsweise überschaubaren) Risiken einer Katheter-Revaskularisation in anderen arteriellen Stromgebieten vergesellschaftet. In mehreren unabhängigen internationalen und schweizerischen Studien, sowie einer aktuellen Meta-Analyse (Doppalapudi SK, et al. Endovascular Therapy for Vasculogenic Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Arterial and Venous Therapies, J Vasc Interv Radiol. 2019 Aug; 30(8):1251 - 1258) sei über eine signifikante Verbesserung der Erektion nach der Katheterrevaskularisation bei im Schnitt zwei Drittel der eingeschlossenen Patienten berichtet worden. Die angiographisch gesicherten Offenheitsraten nach Stentimplantation lägen unter der Verwendung aktueller Stents bei 88.5 % nach knapp 10 Monaten (Schönhofen J, et al. Endovaskular therapy for arteriogenic dysfunction with a novel Sirolimus-eluting Stent, J Sex Med. in press). Da beim Beschwerdeführer PDE-5-Inhibitoren und auch Caverject keine adäquate Wirkung entfalte (was aufgrund der erhobenen angiologischen Befunde mit bilateralen Obstruktionen der erektionsbezogenen Arterien sehr gut nachvollziehbar sei), halte er, Prof. Dr. med. C.____, bei einem hohen Leidensdruck die Durchführung einer Angiographie in PTA-Bereitschaft für gerechtfertigt. Inwiefern die vom Beschwerdeführer beschriebenen penilen Schmerzen durch die Ischämie bedingt seien, sei ex ante nicht abzuschätzen.

4.4 Mit Stellungnahme vom 3. August 2020 (SA 11) hielt Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, fest, die erektile Dysfunktion könne eine Krankheit nach KVG darstellen, wenn sie auf eine bestimmte Erkrankung wie Rückenmarksverletzung, multiple Sklerose, Radiotherapie, Verletzungen und Operationen im kleinen Becken oder im Genitalbereich zurückzuführen sei oder allenfalls durch Diabetes mellitus oder durch Defizite der arteriellen Versorgung bzw. Störungen des Gefäss-Systems und durch Schädigung des versorgenden Nervensystems

bedingt sei. Sie sei altersbedingt häufig mit einer Prävalenz von 50 % der 60-Jährigen und >60 % der 70-jährigen. Die altersbedingte erektile Dysfunktion habe keinen Krankheitswert nach KVG. Im vorliegenden Fall liege jedoch keine rein degenerative Erkrankung vor, sondern eine durch kardiovaskuläre Risikofaktoren hervorgerufene Atherosklerose als Ursache der ED vor. Es bestehe ein hoher Leidensdruck. Etwas eigenartig sei der Symptombeginn bereits 1981, also im Alter von 25 Jahren. Ob damals schon Gefässveränderungen vorlagen und somit diese Aetiologie wirklich entscheidend sei, müsse doch in Frage gestellt werden. Die Penisschmerzen seien letztlich ursächlich nicht klar. Der Krankheitswert scheine trotzdem erfüllt. Bei vorhandenem Krankheitswert und hohem Leidensdruck sei die Indikation zu einer Behandlung gegeben. Die Datenlage bezüglich Wirksamkeit der endovaskulären Katheter-Revaskularisation zeige eine signifikante Verbesserung der Erektion nach der Katheter-Revaskularisation bei im Schnitt zwei Drittel der eingeschlossenen Patienten (Doppalapudi SK, et al. Endovascular Therapy for Vasculogenic Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Arterial and Venous Therapies, J Vase Interv Radio!. 2019 Aug; 30(8)-1251 - 1258)). Die angiographisch gesicherten Offenheitsraten nach Stentimplantation lägen unter der Verwendung aktueller Stents bei 88.5 % nach knapp 10 Monaten (Schönhofen J et al. Endovascular therapy for arteriogenic erectile dysfunction with a novel Sirolimus-eluting Stent. J Sex Med, m press). Langzeitdaten fehlten allerdings, was die wissenschaftliche Evidenz doch relativiere. Sodann sei zur Zweckmässigkeit Folgendes festzuhalten: Konservative Behandlungen (PDE-5-Hemmer) sowie Muse oder Caverject als Alternativen seien nicht mehr möglich. Bei der festgestellten Atheromatose und vorhandener Hypercholesterinämie und Hyperlipidämie sei eine medikamentöse Lipidsenkung unbedingt notwendig. Ob diese Behandlung schon erfolgt sei, sei unklar. Fraglich scheine auch die aktuelle Behandlung mit Pregabalin und Xanax, welche durchaus auch eine negative Auswirkung auf die Libido und Erektionsfähigkeit haben könnte. Liege hier eventuell auch eine psychische Komponente zu Grunde (Angststörung)? Die operative Behandlung sei somit eine letzte Option mit allen Risiken und doch beschränkten Langzeitdaten. Ob die penilen Schmerzen sich durch den Eingriff auch verbessern liessen, müsse offengelassen werden. Formal sei gemäss KLV Anhang 1, 1.4 die Revaskularisationschirurgie bei Erektionsstörungen keine Pflichtleistung aus der OKP. Natürlich sei zum Zeitpunkt der KLV-Aufnahme 1994 die Stent-Behandlung noch nicht bekannt gewesen, nur die klassische chirurgische Therapie. Er, Dr. med. J.____, halte jedoch die Stent-Behandlung für eine Weiterentwicklung der klassischen Revaskularisationschirurgie, weshalb er die negative Leistungsbeurteilung auch hier anwenden würde. Es würde an den Fachgesellschaften liegen, bei einer überzeugenden Datenlage eine Änderung der KLV zu beantragen.

4.5 Mit Stellungnahme vom 5. November 2020 (SA 11) führte Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, aus, als Indikation für die perkutane transluminale Angiographie (PTA) mit Stenteinlage stehe nun, gemäss Schreiben des Beschwerdeführers vom 8. September 2020, plötzlich primär die unerträglichen Schmerzen im Genitalbereich und nicht eine Erektionsverbesserung im Vordergrund, was die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit dieses Eingriffes erst recht in Frage stelle. Schon im Kostengutsprachege such vom 23. April 2020 schreibe Prof Dr. med. C.____: Inwiefern die vom Patienten beschriebenen penilen Schmerzen durch die Ischämie bedingt seien, sei ex ante nicht abzuschätzen. Der Eingriff wäre also quasi ein Behandlungsversuch. Er, Dr. med. J.____, sehe daher erst recht die WZW-Kriterien in der

vorliegenden Situation nicht als erfüllt an.

4.6 Mit Bericht vom 17. Januar 2021 (SA 9) führte Dr. med. K.____, Zentrum für Urologie, G.____, aus, Klinisch fänden sich hinsichtlich der Prostata keine klaren Auffälligkeiten. Hinweise für ein mögliches Karzinom fänden sich nicht. Eine MR Untersuchung der Prostata vom 06/2018 habe keine Hinweise für ein Karzinom ergeben. Sonographisch zeigten sich keine Auffälligkeiten, die Blasenentleerung erfolge restharnfrei. Auch im Bereich des äusseren Genitale zeigten sich keine Hinweise für eine Entzündung. Für den Beschwerdeführer liege die erektile Dysfunktion im Vordergrund, wobei sich CT-angiographisch multiple filiforme Engstellen im Bereich der penilen Gefässe zeigten. Möglich, dass das chronische Schmerzsyndrom des Beckens auch eine Ursache in der ungenügenden Durchblutung im Beckenbereich haben könnte. Hinweise aus der Literatur seien jedoch ungenügend. Auffallend sei die kalte Glans penis im klinischen Untersuch. Inwieweit eine Angiographie und Versuch des Stenting dieser feinen Gefässe möglich sei, könne er, Dr. med. K.____, nicht beurteilen. Aktuell stelle sich die Frage, ob diese Untersuchung nicht ggf. wiederholt werden müsse um sicherzugehen, dass nicht weiter proximal eine Gefässenge vorliege. Das Lipidprofil sei etwas ungünstig und könnte eine Arteriosklerose sicherlich begünstigen.

4.7 Mit Stellungnahme vom 10. März 2021 (SA 11) führte Dr. med. L.____, Facharzt allgemeine innere Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, aus, es liege hier primär ein Harnblasen- und ein Schmerzsyndrom des kleinen Beckens vor. Die erektile Dysfunktion, mit der der Leistungserbringer immer argumentiere, sei nicht das primäre Ziel des Eingriffs. Der Beschwerdeführer möchte einfach die Schmerzen reduziert haben. Ob dies mit dem beantragten Eingriff erreichbar sei, werde selbst vom Leistungserbringer und auch im beiliegenden urologischen Bericht als Möglichkeit erwähnt. Es sei auch so, dass die beschriebenen Beschwerden sich nicht so darstellten, dass sie alleine mit einem Stenting der A. pudenda behoben werden könnten. Der auch beschriebene Tinnitus und die Schlafstörungen seien möglicherweise Hinweise auf andere Ursachen. Es liege hier sicherlich ein krankheitswerter Befund vor; der Beschwerdeführer leide. Die Ätiologie sei hier bei diesem komplexen, seit 30 Jahren bestehenden Schmerzsyndrom, keinesfalls belegt. Auch sei keineswegs belegt, ob hier eine bessere Durchblutung die Schmerzproblematik überhaupt lösen könne. Er, Dr. med. L.____, gehe hier eher davon aus, dass die beschriebene Schmerzproblematik nicht mit der beantragten Therapie gelöst werden könne. Auch fehlten für diese Schmerzproblematik Studien, die belegten, ob eine Stenteinlage einen Einfluss habe. Somit fehle es in zweifachem Sinne an WZW: Erstens sei sie in allgemeiner Weise nicht studienmässig belegt und zweitens sei im konkreten Einzelfall die WZW des beantragten Eingriffes nicht zu erwarten. Bei dieser Ausgangslage könne keine positive Empfehlung abgegeben werden.

E. 3

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei bei ihm i m August 2017 ein starker Schmerzschub im Genitalbereich erfolgt. Sukzessive hätten auch die unausstehlichen Empfindungsstörungen in diesem Bereich zugenommen. Als weitere Unannehmlichkeiten seien schmerzhaft Probleme beim Urinieren sowie eine andauernde erektile Dysfunktion aufgetreten. Im Verlaufe der umfangreichen, medizinischen Untersuchungen und Abklärungen sei durch das D.____, Prof. Dr. med. C.____, [...], und das E.____, Pract. med. F.____, dann am 17. September 2019 respektive 7. Oktober 2019 eine ungenügende Durchblutung im Beckenbereich und hauptsächlich auch der Penisarterie, festgestellt

worden. Ursache dafür seien entsprechende Ablagerungen in den betroffenen Arterien. Vorerst sei versucht worden, das Problem mit geeigneten Medikamenten zu behandeln. Als sich keine signifikante Verbesserung der Beschwerden eingestellt habe, habe sich der Beschwerdeführer für einen medizinisch notwendigen endovaskulären Eingriff durch das D.____, entschieden. Aufgrund der seit August 2017 andauernden, permanenten erektilen Dysfunktion und damit verbundenen Empfindungsstörungen an den Genitalien, handle es sich für ihn sehr wohl um eine Störung mit Krankheitswert, die eigentlich durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Beschwerdegegnerin abgedeckt sein sollte. Eine Ischämie sei, gemäss gängiger Literatur, eine verminderte oder fehlende Durchblutung von Gewebe. In der Folge komme es durch die mangelnde Durchblutung zu einem Sauerstoffmangel in den Zellen. Es stelle sich nun die Frage, welche Auswirkungen diese Ischämie auf die bei ihm betroffenen Gliedmassen und Nerven habe. Gemäss diverser Internationaler Richtlinien habe die erektile Dysfunktion sehr wohl Krankheitswert und sei von einer «im Alter etwas nachlassenden Erektion» insbesondere dann abzugrenzen, wenn Caverject und PDE-5-Hemmer ebenfalls keine ausreichende erektile Funktion ermöglichten, was bei ihm ja zweifelsohne der Fall sei. Der medizinisch notwendige Eingriff werde aus seiner Sicht einerseits zu einer Abnahme der starken Empfindungsstörungen führen und könnte sich positiv auf die Schmerzen und den noch anderen erwähnten unangenehmen Ursachen auswirken. Die Beschwerdegegnerin argumentiere immer mit fehlenden Studien oder ungenügender Hinweise in der Literatur. Dabei liege diesbezüglich seit nun bald zwei Jahren eine Stellungnahme der Fachgesellschaft vor, die auch schon der Beschwerdegegnerin vorgelegt worden sei. Sehr wohl gebe es eine Reihe von Studien und eine Meta-Analyse zu diesem Eingriff, auf welche die Beschwerdegegnerin hingewiesen worden sei. Wenn das alles aber ignoriert und wegen WZW-Kriterien nichts unternommen werde, könne es logischerweise auch keine Studien geben, die etwas darüber belegten. Zudem sei festzuhalten, dass der Eingriff, von zahlreichen CH-Krankenkassen übernommen werde und in der Schweiz bei innovativen Eingriffen das Vertrauensprinzip gelte. Zudem werde der Eingriff in Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien von den Krankenkassen übernommen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die vom Beschwerdeführer geplante Revaskularisationschirurgie werde im Anhang 1 zur KLV im Kapitel 1.4 «Urologie und Proktologie» explizit erwähnt und als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung ausgeschlossen. Vorliegend sei eine Umstrittenheitsabklärung beim Bundesamt für Gesundheit pendent, weshalb im Einzelfall eine Überprüfung vorzunehmen sei. Da sich die Revaskularisationschirurgie auf der Negativliste befinde, bestehe jedoch grundsätzlich kein Spielraum für eine Kostenübernahme (BGE 129 V 167, E. 3.2). Gemäss der vom Beschwerdeführer eingereichten Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie vom 31. Juli 2019 betreffend die Behandlung der erektilen Dysfunktion sei eine endovaskuläre Revaskularisation klar von der offenen Revaskularisation abzugrenzen. Diesbezüglich sei aber anzumerken, dass es sich bei der Stent-Behandlung gemäss dem Vertrauensarzt (Beurteilung vom 3. August 2020) um eine Weiterentwicklung der klassischen Revaskularisationschirurgie handle, weshalb oberwähnte Bestimmung auch für den vorliegend beantragten Eingriff Anwendung finde. Zudem wäre im vorliegenden Fall bei der festgestellten Atheromatose und vorhandener Hypercholesterämie und Hyperlipidämie eine medikamentöse Lipidsenkung unbedingt notwendig, was offensichtlich noch nicht erfolgt sei. Nach dem Bericht von Prof. Dr. C.____ vom 23. April 2020 sei jedoch ex ante nicht abzuschätzen, ob die vom Einsprecher beschriebenen

Schmerzen durch die Ischämie bedingt seien. Gemäss dem Bericht der G.____ vom 17. Januar 2021 sei es lediglich möglich, dass das chronische Schmerzsyndrom des Beckens auch eine Ursache in der ungenügenden Durchblutung im Beckenbereich haben könnte. Die Hinweise aus der Literatur seien ungenügend. Gemäss der vertrauensärztlichen Beurteilung seien die seitens des Beschwerdeführers beschriebenen Beschwerden nicht derart, dass sie alleine mit einem Stenting der A. pudenda behoben werden könnten. Es liege sicherlich ein krankheitswertiger Befund vor. Die Ätiologie sei hier bei diesem komplexen, seit 30 Jahren bestehenden Schmerzsyndrom gemäss dem Vertrauensarzt aber keinesfalls belegt. Auch sei nicht durch medizinische Berichte und Studien belegt, ob hier eine bessere Durchblutung durch eine Stenteinlage die Schmerzproblematik überhaupt lösen könne. Somit fehle es an der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit eines solchen Eingriffs generell aber auch im vorliegenden Einzelfall.

4. Zur Beurteilung der Streitfrage sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen relevant:

4.1 Mit Stellungnahme vom 31. Juli 2019 (Beschwerdebeilage 2) hielt Prof. Dr. med. H.____, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie fest, hiermit werde bestätigt, dass die endovaskuläre Revaskularisation klar von der offenen Revaskularisation abzugrenzen sei. Eine solche Abgrenzung gelte nicht nur in der Beckenarterien-Intervention, sondern in der gesamten kardiovaskulären Literatur, sowohl im arteriellen wie auch im venösen Stromgebiet des menschlichen Körpers.

4.2 Im Bericht vom 13. Oktober 2019 (SA 4) betreffend CT Angiographie Thorax, Abdomen, Becken, stellte med. pract. F.____, Facharzt Radiologie FMH, als Indikationen folgende Diagnosen: - Erektile Dysfunktion · Erstsymptome 1981 · arterielle Perfusion unter Caverject pathologisch · PDE-5-Hemmer ohne Wirkung · urologische Abklärung ausstehend - Status nach Herpes genitalis- und Chlamydieninfektion - Status nach Morbus Reiter Zur Beurteilung hielt med. pract. F.____ fest: - Extrem filiforme rechte Arteria profunda penis. - Keine höhergradige Stenose im Verlauf der rechten Arteria iliaca interna, pudenda interna und communis penis rechts. - Serielle hochgradige Stenosen der linken Arteria communis penis. - Extrem filiforme linke Arteria dorsalis und profunda penis. - Keine höhergradige Stenose im Verlauf der linken Arteria iliaca interna und pudenda interna. - Kolondivertikulose - Prostatahyperplasie. Bestimmung des PSA empfohlen. - Kleine Perikardzyste rechts - Verkalkte und weichteildichte Granulome in beiden Lungen.

4.3 Mit Bericht vom 23. April 2020 (SA-Nr. [Akten der Swica] 4) stellte Prof. Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Angiologie, D.____, folgende Diagnosen: - Erektile Dysfunktion und Ruheschmerzen des Penis · Erstsymptome 1981 · Arterielle Perfusion unter Caverject pathologisch · PDE-5-Hemmer ohne Wirkung (Cialis 20mg über 6-8 Wochen) · Urologische Abklärung Dr. med. I.____, Olten 12/2019; keine ED weiteren urologischen Ursachen der · CT-Angio vom 7. Oktober 2019: Extrem filiforme rechte Arteria profunda penis, serielle hochgradige Stenosen der linken A. communis penis, extrem filiforme linke A. dorsalis und profunda penis - St. n. Herpes genitalis und Chlamydieninfektion - St. n. Morbus Reiter Im Rahmen der angiologischen Untersuchung habe man eine arterielle Inflow-Problematik als Ursache der erektilen Dysfunktion dokumentieren können. Die arteriellen Perfusionswerte im Penisbereich hätten nach intrakavernöser Prostaglandin-Applikation unterhalb des Normwertes gelegen. In der in der Folge durchgeführten Computertomographie hätten atherosklerotische Obstruktionen pudendal dokumentiert werden können. Eine Erektionsstörung sei häufig, jedoch nicht Bestandteil des normalen Alterungsprozesses (National Institute of Health, USA). Im vorliegenden Fall liege also keine rein degenerative Erkrankung, sondern eine durch kardiovaskuläre Risikofaktoren hervorgerufene Atherosklerose als Ursache der ED vor. Der

Beschwerdeführer habe sowohl PDE-5-Hemmer als auch intracavernöses Alprostadil in der in der Schweiz zugelassenen Maximaldosierung ausprobiert. Leider führten diese konservativen Behandlungsmöglichkeiten nicht zu einer ausreichenden Verbesserung der Erektion. Damit seien sämtliche Guideline-konformen konservativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft (Hatamouartidis K. et al., European Association of Urology Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism, 2016). Zudem seien die inzwischen erhobenen hämodynamischen und computertomographischen arteriellen Befunde hinreichend erklärend für eine ED, die nicht auf vasoaktive Medikamente anspreche. Eine endovaskuläre Katheter-Revaskularisation der pudendalen Arterien, die in der Folge einer Atherosklerose über den üblichen Alterungsprozess hinaus geschädigt sei, sei technisch machbar und sicher. Der Eingriff sei mit den üblichen (insgesamt vergleichsweise überschaubaren) Risiken einer Katheter-Revaskularisation in anderen arteriellen Stromgebieten vergesellschaftet. In mehreren unabhängigen internationalen und schweizerischen Studien, sowie einer aktuellen Meta-Analyse (Doppalapudi SK, et al. Endovascular Therapy for Vasculogenic Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Arterial and Venous Therapies, J Vasc Interv Radiol. 2019 Aug; 30(8):1251 - 1258) sei über eine signifikante Verbesserung der Erektion nach der Katheterrevaskularisation bei im Schnitt zwei Drittel der eingeschlossenen Patienten berichtet worden. Die angiographisch gesicherten Offenheitsraten nach Stentimplantation lägen unter der Verwendung aktueller Stents bei 88.5 % nach knapp 10 Monaten (Schönhofen J, et al. Endovascular therapy for arteriogenic dysfunction with a novel Sirolimus-eluting Stent, J Sex Med. in press). Da beim Beschwerdeführer PDE-5-Inhibitoren und auch Caverject keine adäquate Wirkung entfalte (was aufgrund der erhobenen angiologischen Befunde mit bilateralen Obstruktionen der erektionsbezogenen Arterien sehr gut nachvollziehbar sei), halte er, Prof. Dr. med. C. ____, bei einem hohen Leidensdruck die Durchführung einer Angiographie in PTA-Bereitschaft für gerechtfertigt. Inwiefern die vom Beschwerdeführer beschriebenen penilen Schmerzen durch die Ischämie bedingt seien, sei ex ante nicht abzuschätzen.

4.4 Mit Stellungnahme vom 3. August 2020 (SA 11) hielt Dr. med. J. ____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, fest, die erektile Dysfunktion könne eine Krankheit nach KVG darstellen, wenn sie auf eine bestimmte Erkrankung wie Rückenmarksverletzung, multiple Sklerose, Radiotherapie, Verletzungen und Operationen im kleinen Becken oder im Genitalbereich zurückzuführen sei oder allenfalls durch Diabetes mellitus oder durch Defizite der arteriellen Versorgung bzw. Störungen des Gefäss-Systems und durch Schädigung des versorgenden Nervensystems bedingt sei. Sie sei altersbedingt häufig mit einer Prävalenz von 50 % der 60-Jährigen und >60 % der 70-jährigen. Die altersbedingte erektile Dysfunktion habe keinen Krankheitswert nach KVG. Im vorliegenden Fall liege jedoch keine rein degenerative Erkrankung vor, sondern eine durch kardiovaskuläre Risikofaktoren hervorgerufene Atherosklerose als Ursache der ED vor. Es bestehe ein hoher Leidensdruck. Etwas eigenartig sei der Symptombeginn bereits 1981, also im Alter von 25 Jahren. Ob damals schon Gefässveränderungen vorlagen und somit diese Aetiologie wirklich entscheidend sei, müsse doch in Frage gestellt werden. Die Penisschmerzen seien letztlich ursächlich nicht klar. Der Krankheitswert schein trotzdem erfüllt. Bei vorhandenem Krankheitswert und hohem Leidensdruck sei die Indikation zu einer Behandlung gegeben. Die Datenlage bezüglich Wirksamkeit der endovaskulären Katheter-Revaskularisation zeige eine signifikante Verbesserung der Erektion nach der Katheter-Revaskularisation bei im Schnitt zwei Drittel der eingeschlossenen Patienten

(Doppalapudi SK, et al. Endovascular Therapy for Vasculogenic Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Arterial and Venous Therapies, J Vasc Interv Radio!. 2019 Aug; 30(8)-1251 - 1258)). Die angiographisch gesicherten Offenheitsraten nach Stentimplantation lägen unter der Verwendung aktueller Stents bei 88.5 % nach knapp 10 Monaten (Schönhofen J et al. Endovascular therapy for arteriogenic erectile dysfunction with a novel Sirolimus-eluting Stent. J Sex Med, in press). Langzeitdaten fehlten allerdings, was die wissenschaftliche Evidenz doch relativiere. Sodann sei zur Zweckmässigkeit Folgendes festzuhalten: Konservative Behandlungen (PDE-5-Hemmer) sowie Muse oder Caverject als Alternativen seien nicht mehr möglich. Bei der festgestellten Atheromatose und vorhandener Hypercholesterinämie und Hyperlipidämie sei eine medikamentöse Lipidsenkung unbedingt notwendig. Ob diese Behandlung schon erfolgt sei, sei unklar. Fraglich scheine auch die aktuelle Behandlung mit Pregabalin und Xanax, welche durchaus auch eine negative Auswirkung auf die Libido und Erektionsfähigkeit haben könnte. Liege hier eventuell auch eine psychische Komponente zu Grunde (Angststörung)? Die operative Behandlung sei somit eine letzte Option mit allen Risiken und doch beschränkten Langzeitdaten. Ob die penilen Schmerzen sich durch den Eingriff auch verbessern liessen, müsse offengelassen werden. Formal sei gemäss KLV Anhang 1, 1.4 die Revaskularisationschirurgie bei Erektionsstörungen keine Pflichtleistung aus der OKP. Natürlich sei zum Zeitpunkt der KLV-Aufnahme 1994 die Stent-Behandlung noch nicht bekannt gewesen, nur die klassische chirurgische Therapie. Er, Dr. med. J.____, halte jedoch die Stent-Behandlung für eine Weiterentwicklung der klassischen Revaskularisationschirurgie, weshalb er die negative Leistungsbeurteilung auch hier anwenden würde. Es würde an den Fachgesellschaften liegen, bei einer überzeugenden Datenlage eine Änderung der KLV zu beantragen. 4.5 Mit Stellungnahme vom 5. November 2020 (SA 11) führte Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin, aus, als Indikation für die perkutane transluminale Angiographie (PTA) mit Stenteinlage stehe nun, gemäss Schreiben des Beschwerdeführers vom 8. September 2020, plötzlich primär die unerträglichen Schmerzen im Genitalbereich und nicht eine Erektionsverbesserung im Vordergrund, was die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit dieses Eingriffes erst recht in Frage stelle. Schon im Kostengutsprache gesuch vom 23. April 2020 schreibe Prof Dr. med. C.____: Inwiefern die vom Patienten beschriebenen penilen Schmerzen durch die Ischämie bedingt seien, sei ex ante nicht abzuschätzen. Der Eingriff wäre also quasi ein Behandlungsversuch. Er, Dr. med. J.____, sehe daher erst recht die WZW-Kriterien in der vorliegenden Situation nicht als erfüllt an. 4.6 Mit Bericht vom 17. Januar 2021 (SA 9) führte Dr. med. K.____, Zentrum für Urologie, G.____, aus, Klinisch fänden sich hinsichtlich der Prostata keine klaren Auffälligkeiten. Hinweise für ein mögliches Karzinom fänden sich nicht. Eine MR Untersuchung der Prostata vom 06/2018 habe keine Hinweise für ein Karzinom ergeben. Sonographisch zeigten sich keine Auffälligkeiten, die Blasenentleerung erfolge restharnfrei. Auch im Bereich des äusseren Genitale zeigten sich keine Hinweise für eine Entzündung. Für den Beschwerdeführer liege die erektile Dysfunktion im Vordergrund, wobei sich CT-angiographisch multiple filiforme Engstellen im Bereich der penilen Gefässe zeigten. Möglich, dass das chronische Schmerzsyndrom des Beckens auch eine Ursache in der ungenügenden Durchblutung im Beckenbereich haben könnte. Hinweise aus der Literatur seien jedoch ungenügend. Auffallend sei die kalte Glans penis im klinischen Untersuch. Inwieweit eine Angiographie und Versuch des Stenting dieser feinen Gefässe möglich sei, könne er, Dr. med. K.____, nicht beurteilen. Aktuell stelle sich die Frage, ob diese

Untersuchung nicht ggf. wiederholt werden müsse um sicherzugehen, dass nicht weiter proximal eine Gefässenge vorliege. Das Lipidprofil sei etwas ungünstig und könnte eine Arteriosklerose sicherlich begünstigen. 4.7 Mit Stellungnahme vom 10. März 2021 (SA 11) führte Dr. med. L.____, Facharzt allgemeine innere Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, aus, es liege hier primär ein Harnblasen- und ein Schmerzsyndrom des kleinen Beckens vor. Die erektile Dysfunktion, mit der der Leistungserbringer immer argumentiere, sei nicht das primäre Ziel des Eingriffs. Der Beschwerdeführer möchte einfach die Schmerzen reduziert haben. Ob dies mit dem beantragten Eingriff erreichbar sei, werde selbst vom Leistungserbringer und auch im beiliegenden urologischen Bericht als Möglichkeit erwähnt. Es sei auch so, dass die beschriebenen Beschwerden sich nicht so darstellten, dass sie alleine mit einem Stenting der A. pudenda behoben werden könnten. Der auch beschriebene Tinnitus und die Schlafstörungen seien möglicherweise Hinweise auf andere Ursachen. Es liege hier sicherlich ein krankheitswerter Befund vor; der Beschwerdeführer leide. Die Ätiologie sei hier bei diesem komplexen, seit 30 Jahren bestehenden Schmerzsyndrom, keinesfalls belegt. Auch sei keineswegs belegt, ob hier eine bessere Durchblutung die Schmerzproblematik überhaupt lösen könne. Er, Dr. med. L.____, gehe hier eher davon aus, dass die beschriebene Schmerzproblematik nicht mit der beantragten Therapie gelöst werden könne. Auch fehlten für diese Schmerzproblematik Studien, die belegten, ob eine Stenteinlage einen Einfluss habe. Somit fehle es in zweifachem Sinne an WZW: Erstens sei sie in allgemeiner Weise nicht studienmässig belegt und zweitens sei im konkreten Einzelfall die WZW des beantragten Eingriffes nicht zu erwarten. Bei dieser Ausgangslage könne keine positive Empfehlung abgegeben werden.

E. 5

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

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

5.3 In Bezug auf die ärztlichen (und chiropraktorischen) Leistungen ermächtigt Art. 33 Abs. 1 KVG den Bundesrat zur Bezeichnung einer Negativliste, die abschliessend ist. Die von Ärzten applizierten Heilanwendungen haben somit die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen.

5.4 Vorliegend steht die Kostenübernahme für die Durchführung einer endovaskulären Revaskularisation zur Behandlung der geklagten Schmerzen sowie der erektilen Dysfunktion im Streite. Zwar hielt der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 8. September 2020 fest, es gehe ihm primär um die Verminderung der Schmerzen und nicht die um die Behebung der erektilen Dysfunktion. Er verlangt die genannte Behandlung aber weiterhin auch aufgrund der erektilen Dysfunktion, zumal die erektile Dysfunktion in sämtlichen

vorhandenen medizinischen Akten als primäre Diagnose genannt wird. Somit ist nachfolgend eine allfällige Kostenübernahme der endovaskulären Revaskularisation sowohl als Behandlung für die geklagten Schmerzen als auch für die erektile Dysfunktion zu prüfen.

5.4.1 Unter den Parteien ist unter anderem umstritten, ob die endovaskuläre Revaskularisation durch die in der Negativliste unter «Urologie und Proktologie» aufgeführte «Revaskularisationschirurgie» (s. Anhang 1 zur KLV im Kapitel 1.4 in der bis Ende 2021 gültigen Version) erfasst ist und damit eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne Weiteres verneint werden müsste. Diese Frage kann aber offengelassen werden. So ist aus dem ab 1. Januar 2022 geltenden KLV-Anhang 1 (Änderungen vom 1. Dezember 2021 per 1. Januar 2022; provisorische Fassung veröffentlicht am 6. Dezember 2021) ersichtlich, dass die Leistung «Endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion» unter der Auflage der Evaluation vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2025 als Pflichtleistung aufgenommen wurde, wobei für die Kostenübernahme verschiedene Voraussetzungen statuiert wurden, welche kumulativ erfüllt sein müssen:

Zwar sind neue Bestimmungen grundsätzlich nur auf Sachverhalte anwendbar, die sich im Zeitpunkt des Erlasses dieser Bestimmungen bereits verwirklicht haben. Da die endovaskuläre Revaskularisation ab Januar 2022 unter bestimmten Voraussetzungen vorläufig als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen wird, kann aber davon ausgegangen werden, dass der Verordnungsgeber grundsätzlich schon im jetzigen Zeitpunkt von einer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Behandlung im Zusammenhang mit erektiler Dysfunktion ausgeht. Zudem würde die in Frage stehende Behandlung beim Beschwerdeführer frühestens im Jahr 2022 durchgeführt werden, weshalb es sich rechtfertigt, die vorgenannten Voraussetzungen bereits im vorliegenden Urteil zu prüfen:

Wie aus den Akten ersichtlich ist, wurde beim Beschwerdeführer bereits erfolglos eine Behandlung mit Phosphodiesterase-5-Hemmern durchgeführt, womit dieses Kriterium erfüllt ist. Ebenfalls kann aufgrund der vorliegenden Akten davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer urologische und hormonelle Ursachen für die erektile Dysfunktion ausgeschlossen wurden. Sodann ist davon auszugehen, dass mit Prof. Dr. med. C. ___ ein Arzt mit Fähigkeitsprogramm Sachkunde für dosisintensive Untersuchungen und therapeutische Eingriffe in der Angiologie die Behandlung durchführen würde. Nicht aktenkundig ist dagegen, ob die vaskuläre Ursache hämodynamisch (mittels Duplexsonographie unter intracavernös injiziertem Prostaglandin) nachgewiesen und dokumentiert wurde. Von diesbezüglichen Akteneditionen kann aber abgesehen werden, da das Kriterium, dass kardiovaskuläre Risikofaktoren ebenfalls behandelt wurden, gestützt auf die Akten bislang nicht bzw. nicht vollständig erfüllt ist. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich festgehalten hat, wäre im vorliegenden Fall bei der festgestellten Atheromatose und vorhandener Hypercholesterämie und Hyperlipidämie eine medikamentöse Lipidsenkung unbedingt notwendig (s. Stellungnahme von Dr. med. J. ___, Facharzt für Innere Medizin FMH, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin vom 3. August 2020; SA 11). Eine solche wurde gemäss Aktenlage jedoch nicht durchgeführt. Demnach sind derzeit noch nicht alle Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der endovaskulären Revaskularisation bei erektiler Dysfunktion erfüllt, weshalb ein diesbezüglicher Anspruch im jetzigen Zeitpunkt zu verneinen ist.

5.4.2 Sodann ist zu prüfen, ob die Kosten für die endovaskuläre Revaskularisation allenfalls als Behandlung für das chronische Schmerzsyndrom als Pflichtleistung zu übernehmen sind. Wie vorgehend unter E. II. 5.3 festgehalten wurde, haben die von Ärzten applizierten Heilanzeigen die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen. Diese Vermutung gilt auch für die vorliegend zur Diskussion stehende Behandlung, nachdem diese ■ zumindest als Behandlung für ein Schmerzsyndrom ■ nicht in der Negativliste von KLV Anhang 1 enthalten ist.

5.4.2.1 Bezüglich einer wie im vorliegenden Fall ■ zumindest im relevanten Zeitpunkt des Verfügungserlasses ■ faktisch noch umstrittenen Leistung sind die Kriterien gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG ■ Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ■ zu prüfen, welche Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind (vgl. E. I 2.2.2 hiervor).

5.4.2.2 Eine medizinische Leistung ist wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken (zustimmend BGE 130 V 299 E. 6.1, 127V 138 E. 5, 128 V 159 E. 4c u.a.m.). Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg) (Eugster, Krankenversicherung, in: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, 2016, Rz. 329). Die Wirksamkeit muss gemäss Art. 32 Abs. 1 Satz 2 KVG nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein, was für den Fall gilt, dass die in Frage stehende Behandlung von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird, wobei das Ergebnis und die Erfahrungen sowie der Erfolg einer bestimmten Therapie entscheidend sind; diesbezüglich sind in der Regel nach international anerkannten Richtlinien verfasste wissenschaftliche (Langzeit-)Studien erforderlich (BGE 133 V 115 E. 3.1). Dabei geht es um eine vom einzelnen Anwendungsfall losgelöste und retrospektive allgemeine Bewertung der mit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme erzielten Ergebnisse (BGE 133 V 115 E. 3.2.1, 123 V 66 E. 4a; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 281 f. E. 2b [Urteil K 151/99 vom 7. Juli 2000]).

Bezüglich der Wirksamkeit der endovaskulären Revaskularisation zur Behandlung eines chronischen Schmerzsyndroms kann vollumfänglich auf die einleuchtenden Ausführungen der Vertrauensärzte der Beschwerdegegnerin abgestellt werden: Gemäss dem Bericht der G. ___ vom 17. Januar 2021 sei es lediglich möglich, dass das chronische Schmerzsyndrom des Beckens auch durch eine ungenügende Durchblutung im Beckenbereich verursacht sein könnte. Die Hinweise aus der Literatur seien ungenügend. Gemäss der vertrauensärztlichen Beurteilung seien die seitens des Beschwerdeführers beschriebenen Beschwerden nicht derart, dass sie alleine mit einem Stenting der A. pudenda behoben werden könnten. Es liege sicherlich ein krankheitswertiger Befund vor. Die Ätiologie sei hier bei diesem komplexen, seit 30 Jahren bestehenden Schmerzsyndrom gemäss dem Vertrauensarzt keinesfalls belegt. Auch sei nicht durch medizinische Berichte und Studien belegt, dass hier eine bessere Durchblutung durch eine Stenteinlage die Schmerzproblematik überhaupt lösen könne. Zudem vermag auch der behandelnde Arzt, Prof. Dr. med. C. ___, die Wirksamkeit zur Behandlung der chronischen Schmerzen nicht nachvollziehbar zu begründen. Vielmehr hielt er lediglich fest, inwiefern die vom Beschwerdeführer beschriebenen penilen Schmerzen durch die Ischämie bedingt seien, sei ex ante nicht abzuschätzen. Damit ist das Kriterium der Wirksamkeit nicht mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit erstellt, womit die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit unterbleiben kann und eine Kostenübernahmepflicht auch in diesem Punkt zu verneinen ist.

E. 6

6.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen mit dem Hinweis, dass der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin nach Erfüllung der unter E. II. 5.4.1 hiervor genannten Voraussetzungen noch einmal die Kostenübernahme für die endovaskuläre Revaskularisation zur Behandlung der erektilen Dysfunktion beantragen kann.

6.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

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