

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00037 vom 27. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2016.00037

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00037 du 27 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00037 del 27 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, ist bei der Atupri Krankenkasse (nachfolgend: Atupri) obligatorisch krankenpflegeversichert. Mit Schreiben vom 12. Oktober 2015 (Urk. 12/1.1) ersuchte Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Atupri um Kostengutsprache für die Behandlung der Versicherten mit Memantin. Mit Schreiben vom

E. 1.1

Gemäss Art. 24 in Verbindung mit Art. 25 Abs.

E. 1.2

Das Bundesamt erstellt laut Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 34 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sowie Art. 30 ff. der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste, SL). Die gesetzliche Ordnung schliesst die Übernahme der Kosten von nicht auf der abschliessenden und verbindlichen Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimiteln durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung recht sprechungsgemäss grundsätzlich aus (BGE 130 V 540 E. 3.4 mit Hinweisen, RKU V 2003 Nr. KV 260 S.

303 f. E.

3.2 mit Hinweisen). Die Kosten für ein in der Spezialitätenliste enthaltenes Medikament werden sodann nur übernommen,

wenn der Einsatz des Medikaments im Rahmen der von der Heilmittelbehörde (Swissmedic) genehmigten medizinischen Indikationen und Dosierungen (BGE 131 V 349) sowie gemäss den Limitierungen (BGE 130 V 532 E. 3.1) nach Art. 73 KVV erfolgt (BGE 136 V 395 E. 5.1).

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung sind ausnahmsweise die Kosten für ein Arzneimittel der Spezialitätenliste auch zu übernehmen, wenn es für eine Indikation abgeben wird, für welche es keine Zulassung besitzt (sog. Off-Label-Use; Urteil des Bundesgerichts 2C_93/2008 vom 1. Oktober 2008 E. 4.2). Voraussetzung ist, dass ein solcher Behandlungskomplex vorliegt (BGE 130 V 532 E. 6.1) oder dass für eine Krankheit, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Probleme nach sich ziehen kann, wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame Behandlungsmethode verfügbar ist; diesfalls muss das Arzneimittel einen

hohen therapeutischen (kurativen oder palliativen) Nutzen haben (BGE 136 V 395 E. 5.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Mit dem am 1. Mär z 2011 in Kraft getretenen Art. 71a KVV wurde diese Recht sprechung kodifiziert. Nach Art. 71a Abs. 1 KVV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten eines in die Spezialitätenliste aufge nom me nen Arzneimittels für eine Anwendung ausserhalb der vom Institut ge neh mig ten Fachinformation oder ausserhalb der i n der Spezialitätenliste festge legten Limitierung nach Artikel 73 KVV, wenn der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obli ga torischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht (lit. a); oder wenn vom Einsatz des Arz nei mittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chroni sche gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlen der therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behand lungs methode verfügbar ist.

E. 1.6

) bestätigte die Atupri ihren ablehnenden Entscheid. Die von der Versicherten dagegen am 17. März 2016 erhobene Einsprache (Urk. 12 /

E. 1.7

) wies die Atupri mit Einsprache entscheid vom

1. April 2016 (Urk. 12/1 = Urk. 2) ab.

E. 2

f. , Urk. 11 S . 2 ff.) .

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschw erdegegnerin im Rahmen der obliga to rischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Behandlung der Be schwer deführerin mit Memantin zu übernehmen hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht mit der Begründung, dass die Behandlung der Beschwerdeführerin mit Memantin weder den durch Swiss medic zugelassenen Indikationen entspreche, noch die Voraussetzungen für eine n Off-Label-Use erfüllt seien (Urk. 2 S.

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend,

Memantin in Kombi nation mit Clozapin einzunehmen und die Voraussetzungen für einen Off-Label- Use zu erfüllen , da bei ihr eine leitliniengerechte Behandlung gegen Schizo phrenie bereits ausgeschöpft sei und unter Abgabe von Exiba (Memanin) eine deut liche Linderung der Symptomatik eingetreten sei (Urk. 1 S. 3 f.).

E. 3.1

In seinem Kostengutsprachege such vom 1 2. Oktober 2015 (Urk. 12/1.1) führte Dr. Z. ___ aus , dass sich die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 2 5. März bis 1 3. Mai

2015 in der stationären psychiatrischen Behandlung der Psychiatri schen

A. ___ befunden habe. Bei ihr bestehe eine chronisch-psy chotische Störung mit sowohl akustischen als auch optischen Halluzina tionen, welche mit einem erheblichen Leidensdruck einhergehen würden. Aus diesem Grund habe sie sich bereits mehrmals in stationärer psychiatrischer Be handlung befunden. Im Verlauf der Jahre habe sich die medikamentöse antipsy chotische Behandlung als extrem schwierig erwiesen. Trotz der Behandlung mit mehreren Antipsychotika, welche sowohl als Monotherapie als auch in Kombi nation gegeben worden seien, sei es zu keiner ausreichenden Besserung der Symptomatik gekommen. Unter der antipsychotischen Behandlung sei es zudem zu erheblichen, hauptsächlich motorischen Nebenwirkungen gekommen, welche weitere Kombinationen oder Dosiserhöhungen verunmöglicht hätten. Aus diesem Grund sei die Augmentationstherapie mit Memantin erfolgt. Unter Memantin habe eine erhebliche Linderung der psychotische n Symptome und des Leidens drucks erzielt werden können. Aus diesem Grund werde die weitere Verordnung von Memantin als erforderlich betrachtet. Beim Absetzen von Memantin sei mit einer Verschlechterung des Zustandes zu rechnen, welcher sicherlich zu einem erneuten stationären Aufenthalt f ü h ren werde. Die weitere Verordnung von Memantin werde deshalb als medizinisch-psychiatrisch indiziert erachtet. Wenn die daraus entstehenden Kosten mitberücksichtigt würden, sei die weitere Ver ord nung auch zweckmässig.

E. 3.2

Dr. Z. ___ führte am 7. März 2016 aus (Urk. 12/1.7 S. 4), dass es sich bei der Verordnung von Ebixa um einen Heilversuch im Off-Label Bereich handle, weil es nur bei Demenz zugelassen sei. Es gebe dennoch Hinweise in der Literatur, dass das Ebixa in Kombination mit Clozapin bei therapieresistenten Schizophre nien vorteilhaft sei. Dies sei auf den Wirkmechanismus von Ebixa zurückzu führen. Eine Alternative gebe es im Falle der Beschwerdeführerin nicht. Die leitlinienkonforme Behandlung sei bereits ausgeschöpft. Sämtliche alternativen medikamentösen Behandlungsversuche seien somit auch von der Literatur wenig abgedeckt. Im Falle der Beschwerdeführerin habe unter der Gabe von Ebixa eine deutliche Linderung der Symptomatik beobachtet werden können.

E. 3.3

Dr. Z. ___ führte am 1 1. April

2016 aus (Urk. 3/4), dass sich die Beschwerdefüh rerin mehrmals in stationärer psychiatrischer Behandlung in der A. ___

befunden habe. Bei der Beschwerdeführerin besteh e diagnostisch eine therapie re sistente Schizophrenie, die Symptome persistier ten trotz einer lei tlinienkon formen Behandlung . Auch die Kombinationen von mehreren antipsych otisch wirksamen Medikamenten hätt en nur eine geringfügige Besserung gebracht. Wäh rend ihres vorletzten stationären Aufenthaltes in der A. ___ im Zeit raum vom 2 3. März bis zum 1 3. Mai 2015 sei die Einstellung auf Memantin als Augmentation erfolgt . Unter Memantin sei es zu einer deutlichen Symptom linderung sowie einer damit verbundenen Funktionssteigerung und Besserung der Lebensqualität gkeommen . Die Kosten für die ambulante Behandlung von Memantin seien

s seitens der Krankenkasse abgelehnt worden, was zur Folge gehabt habe, dass das Medikament nicht mehr eingenommen werden sei. Kurz darauf habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin verschlechtert mit erneuter Zunahme der bekannten optischen und akustischen Halluzinationen, einer verminderten Funktionsfähigkeit sowie einem erhöhten Leidensdruck, was mit einem depressiven Zustandsbild und Suizidalität einhergegangen sei. Dies habe zur akut-psychiatrischen Einweisung am 11. Februar 2016 geführt. Während des stationären Aufenthaltes sei erneut die Einstellung auf Memantin erfolgt, worunter die Symptome rückläufig gewesen seien, das Funktionsniveau sich gesteigert und die Lebensqualität sich verbessert habe. In Anbetracht dieser Entwicklung werde erneut um die Kostenübernahme der ambulanten Behandlung mit Memantin gebeten. Aus Sicht der Ärzte bestehe eine ausreichende Literatur, die den Behandlungsversuch mit Memantin an Patienten mit einer therapieresistenten (post Clozapine Schizophrenie/Psychose) stütze.

E. 3.4

Dr. med. B.____, Vertrauensarzt der Atupri, nahm am 16. Juni 2016 (Urk. 12/3) Stellung und führte aus, dass er mit dem behandelnden Arzt Dr.

Z.____ Ende 2015 ein telefonisches Gespräch geführt habe. Zwischenzeitlich liege noch ein neues Schreiben vom 11. April 2016 vor.

Memantin werde vorliegend als Zusatztherapie zu einer Kombinationstherapie mit atypischen Antipsychotika eingesetzt. Damit solle die Wirkung der Basistherapie verstärkt werden. Ob eine solche Augmentationstherapie überhaupt unter die Ausnahmebestimmung von Art. 71a KVV fallen könne, sei fraglich. Memantin sei nicht für die Anwendung im Rahmen von Schizophrenie-Therapien zugelassen. Die Anwendung erfolge auch ausserhalb der ihm bekannten Behandlungsleitlinien für die Behandlung der Schizophrenie.

Sämtliche ihm bekannten Arbeiten (inklusive der von Dr. Z.____ Aufgeführten) seien einem tiefen Evidenzlevel zuzordnen. Entweder handle es sich um kleine Patientengruppen oder um kurze Studiendauern. Insbesondere kämen aber alle Studien zum Schluss, dass diese Resultate noch von weiteren Studien bestätigt werden müssten. Es bestehe offenbar auch noch keine wissenschaftliche Klarheit über die konkrete Wirkung auf die Positiv- und Negativsymptome der Schizophrenie respektive auf die Wechselwirkungen in der Basistherapie.

Dr. Z.____ selbst beschreibe den wissenschaftlichen Datenstand zutreffend als „Literatur“ und die Anwendung bei der Patientin als „Behandlungsversuch“. Für den therapeutischen Nutzen nach Art. 71a KVV respektive nach Art. 32 KVG werde jedoch ein wissenschaftlich nachgewiesener objektiver Wirksamkeitsnachweis gefordert. Der vorhandene Evidenzlevel genüge diesen Anforderungen definitiv nicht.

Behandlungsversuche könnten den allgemeinen WZW-Nachweis für eine Therapie ausserhalb der swissmedic-Zulassung nicht ersetzen. Es werde deshalb weiterhin keine Kostenübernahme zulasten Grundversicherung empfohlen.

E. 3.5

Dr. Z.____ führte am 8. Juli 2016 aus (Urk. 17), dass im Schreiben der Atupri primär die derzeitigen Daten- und Publikationen diskutiert würden, wobei kaum auf den Fall der

Beschwerdeführerin selbst eingegangen werde. Bei der Beschwerdeführerin bestehe diagnostisch eine Schizophrenie (ICD-10 F20.0), wobei ab den Jahren 2011/2012 eine markante Verschlechterung zu verzeichnen sei mit längeren stationären Aufenthalten von 123 Tagen im Jahr 2012, 126 Tagen im Jahr 2013, 199 Tagen im Jahr 2014. Während diesen Aufenthalten sei die Beschwerdeführerin auf verschiedenste Antipsychotika in der 1. und 2. Generation eingestellt worden, eine Linderung der psychotischen Symptomatik sei dadurch nicht eingetreten. Bei der Beschwerdeführerin habe die Serie von längeren, mehrmonatigen stationären Aufenthalten letztendlich durch die Gabe von Memantin durchbrochen werden können. Beim Aufenthalt, wo das Memantin erstmals verordnet worden sei, habe die Behandlungsdauer auf 49 Tage reduziert werden können. Zwei Wochen nach der Einstellung sei die Entlassung erfolgt. Die restliche Medikation sei praktisch unverändert fortgeführt worden, weswegen die Besserung auf das Memantin zurückzuführen sei. Nach der Entlassung der Beschwerdeführerin im Mai 2015 habe sich ein stabiler Verlauf abgezeichnet, bis das Memantin abgesetzt worden sei. Es sei zur rapiden Dekompensation mit einer florid-psychotischen Symptomatik und einer akuten Suizidalität gekommen, welche zur stationären Einweisung am 11. Februar 2016 geführt habe. In Anbetracht der

zuvor beschriebenen Besserung und der Verschlechterung nach Absetzen sei die erneute Einstellung auf Memantin erfolgt. Es sei erneut zur Linderung der psychotischen Symptomatik während des stationären Aufenthaltes vom 19. Februar bis 15. April 2016 gekommen, ohne dass weitere Medikamente verändert worden seien. Die Behandlung der Beschwerdeführerin

sei bis zum Aufenthalt im Jahr 2014 gemäss den derzeit gültigen Leitlinien erfolgt. Allerdings muss hier bemerkt werden, dass die Leitlinien beziehungsweise die Evidenz, auf welcher die Leitlinien basieren, nur bis zur Gabe von Clozapin auf robuste Daten beruhe. Die Datenlage für die Behandlung der therapieresistenten Schizophrenie, vor allem nach der Gabe von Clozapin, sei sehr dünn. Die Datenlage für die Kombination von zwei Antipsychotika (obwohl gängige Praxis) inklusive der Kombination mit Clozapin sei ebenfalls dürftig. Hierbei muss vermerkt werden, dass die Wirksamkeit der Antipsychotika eingeschränkt sei (mit Ausnahme von Clozapin). Dies sei auch auf die Umstände zurückzuführen, dass sämtliche bekannten antipsychotisch

wirksame Medikamente den Dopamin D2-Rezeptor blockieren würden. Obwohl es mehrere zugelassene Wirkstoffe gebe, hätten alle einen identischen Wirkmechanismus. Auch die Datenlage zur Kombination beziehungsweise Augmentation mit anderen Substanzen (Antidepressiva, Mood Stabilizer, Benzodiazepine)

sei limitiert. Da es sich bei der therapieresistenten Schizophrenie um eine sehr heterogene Patientenpopulation handle, sei die Planung und Durchführung von systematischen, kontrollierten und randomisierten Studien erheblich erschwert. Daher sei auch hier in Zukunft keine grosse Neuerung zu erwarten. Im konkreten Fall der Beschwerdeführerin sei eine deutliche Wirksamkeit von Memantin in Kombination mit bestehender antipsychotischer Medikation zu sehen. Die Symptomlast habe sich reduziert und die Lebensqualität gesteigert.

E. 4.1

Das Medikament „Ebixa“ enthält den Wirkstoff Memantin und ist

gemäss der von Swissmedic genehmigten Fachinformation (www.swissmedicinfo.ch)

) indiziert zur Behandlung

von Patienten mit mittelschwerer und schwerer Alzheimer-Demenz. In der SL ist es für die gleiche Indikation mit zusätzlichen Limitationen aufgeführt.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin die Kosten der Ebixa-Behandlung der Beschwerdeführerin ausnahmsweise ausserhalb der von Swissmedic genehmigten Fachinformation im Sinne eines Off-Label-Use zu übernehmen hat.

E. 4.2

Gemäss Dr. Z.____ (vgl. vorstehend E. 3.1-3.3, E. 3.5) erfolgt die Behandlung mit „Ebixa“ aufgrund der diagnostizierten Schizophrenie. Die Gabe von „Ebixa“ erfolgt in Kombination mit verschiedenen Arzneimitteln, so auch mit Leponex (Wirkstoff Clozapin) und Solian (Wirkstoff

Amisulprid), welche gemäss Swissmedic

zur Behandlung einer therapieresistenten, akuten und chronischen Schizophrenie zugelassen sind. Die Kombination bewähre sich bei der Beschwerdeführerin gut.

Mit «Ebixa» soll gemäss Dr. Z.____

die Wirkung der beiden Antipsychotika verstärkt werden (sogenannte Augmentations-therapie).

E. 4.3

Wie bereits ausgeführt, ist «Ebixa» jedoch nur für die Behandlung der Alzheimer-Demenz zugelassen. Die Anwendung erfolgt deshalb sowohl ausserhalb der behördlichen wie auch der sozialversicherungsrechtlichen Zulassung (off-label und off-limitation).

Ein off-label-use kann auch zur Pflichtleistung werden, wenn für eine Krankheit, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Probleme nach sich ziehen kann, wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame Behandlungsmethode verfügbar ist, und das eingesetzte Arzneimittel einen hohen therapeutischen Nutzen hat (vorstehend E.

1.3). Eine Kostenübernahme zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist somit ausnahmsweise und nach den Voraussetzungen von Art. 71 a KVV möglich. Vorausgesetzt wird hierfür eine schwere und chronifizierende Erkrankung sowie ein hoher therapeutischer Nutzen des Arzneimittels. Dass die Schizophrenie-Erkrankung die Voraussetzung von Art. 71a KVV erfüllt, ist vorliegend unbestritten.

E. 4.4

Von Bedeutung ist im vorliegenden Verfahren, dass ein hoher therapeutischer Nutzen des Einsatzes von „Ebixa“ zur Behandlung einer therapieresistenten Schizophrenie gemäss wissenschaftlichen Studien nicht grossmehrheitlich und grundsätzlich ausgewiesen ist. Der behandelnde Dr. Z.____ beschreibt in seinem Bericht vom 11. April 2016 (vgl. vorstehend E.

3.3) den wissenschaftlichen Daten stand denn auch selber als „Literatur“ und die Anwendung bei der Beschwerdeführerin als „Behandlungsversuch“.

Die von Dr. Z.____ genannten Publikationen (Urk. 3/5) kommen sodann eben falls zum Schluss, dass die gezeigten Wirkungen noch durch weitere Studien bestätigt werden müssen. So schliesst die von J. P. John et al im Jahre 2014 durchgeführte, rückblickende Fallauswertung mit 26 Patienten

damit, dass weitere Studien zum Nachweis der Wirksamkeit nötig seien (« Randomized controlled

trials , wherein

memantine

is

administered at adequate

doses

for an adequate

period

of time to

ongoing

antipsychotic

treatment

are

required

to

confirm

its

efficacy in alleviating

symptoms

of

schizophrenia »; S. 1). Die klinische Studie von David de Lucena et al aus dem Jahre 2009

relativiert sodann ihre Resultate selbst unter verschiedenen Gesichtspunkten (vgl. „ Discussion “

S.

14 19) und kommt zum Schluss, dass die Resultate noch in zukünftigen Studien bestätigt werden müssen (« However , our

findings

need

to

be

replicated in a larger sample size
and
over a longer follow-up in order
to
better
evaluate
the potential benefits
of
this
adjunctive
treatment » ; S.

1421 unten) . Die Publikation von S. R. T. Veerman et al aus dem Jahre 2015 nimmt in der
Diskussion der Resultate Bezug auf die soeben erwähnte Studie von de Lucena und kam
sodann zum selben Schluss (S. 10): « Although

our
study
included
more
patients
than
the
first
investigation
by de Lucena et al . (2009) our sample size
is still relatively
small . The results
of
our
study
need
to
be
validated in a randomized
multicenter

long-term treatment
study
with a large sample size
and
enough power to
clearly
show a reduction
of at least 25
% of
the
baseline score in order
to
help
further
evaluate pro-cognitive
properties
of
memantine in combination
with
clozapine in refractory
patients
and
its potential to
reduce negative symptoms associated
with
schizophrenia.» .

Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin kam schliesslich gestützt auf die Akten zum Schluss, dass der therapeutische Nutzen von „Ebixa“ als zusätzliche Medikation zu einer Kombinationstherapie mit Antipsychotika nicht genügend nachgewiesen sei. Er ordnet das vorhandene Material einem tiefen Evidenzlevel zu und bezeichnet es in Übereinstimmung mit dem behandelnden Dr. Z._____

die vorhandenen Publikationen als «Literatur» . Sodann stuft er die Anwendung in der vorliegenden Situation als «Behandlungsversuch» ausserhalb der medizinischen Schizophrenie-Leitlinien ein. Der Vertrauensarzt wies zudem darauf hin, dass aufgrund der vorliegenden Publikationen (noch) keine wissenschaftliche Klarheit bezüglich der Wirkung von «Ebixa» auf die Symptome der Schizophrenie respektive auf die Wech

selwirkungen in der Basistherapie besteht. Der therapeutische Nutzen sei deshalb nicht nachgewiesen (vgl. vorstehend E. 3.4).

E. 4.5

Nach dem Gesagten steht fest, dass ein grosser therapeutischer Nutzen der „Ebixa“-Behandlung der schizophrenen Beschwerdeführerin nicht wie gefordert durch wissenschaftliche Studien grossmehrheitlich und grundsätzlich ausgemessen ist. Der Nutznachweis müsste in allgemeiner, objektiver Form vorliegen. Eine Wirkung im Einzelfall genügt nicht.

Ein solcher Therapieversuch ohne objektivierte wissenschaftlichen Nachweis des therapeutischen Nutzens widerspricht jedoch den gesetzlichen Grundlagen. Es liegt deshalb kein grosser therapeutischer Nutzen gemäss Art. 71a KVV vor. Zu beachten bleibt sodann, dass für die Beurteilung eines grossen therapeutischen Nutzens auch das

Evidenzlevel relevant ist. Zumal das Medikament «Ebixa» bereits seit 14 Jahren zugelassen ist und davon ausgegangen werden kann, dass eine Therapie resistente

Schizophrenie keine seltene Erkrankung ist, wären auch breit abgestützte und längere Studien mit einem hohen Evidenzlevel möglich gewesen. Der Nachweis der Wirksamkeit in den vorhandenen Publikationen und das Evidenzlevel sind jedoch sehr tief. So muss die Wirkung gemäss den vorhandenen Publikationen und der Einschätzung des Vertrauensarztes jedoch erst noch in weiteren Studien objektiviert werden. Entsprechend dem fehlenden Nutznachweis und dem tiefen Evidenzlevel kann die Wirkung von «Ebixa» im rechtlichen Sinne von Art. 71a KVV deshalb nicht als «gross» bezeichnet werden. Der Stellungnahme des Vertrauensarztes kann sodann entnommen werden, dass vorliegend auch die Zweckmässigkeit der «Ebixa»-Anwendung fraglich ist. Die Beschwerdeführerin wendet gemäss den Akten eine Kombinationstherapie zweier Antipsychotika an. Die vorliegenden Publikationen lassen jedoch keine Rückschlüsse darauf zu, dass sich die Resultate überhaupt auf diese angewendete Kombinationstherapie übertragen beziehungsweise welche Wechselwirkungen mit den übrigen Medikamenten resultieren würden.

E. 5

Nach dem Gesagten kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der grosse therapeutische Nutzen der «Ebixa»-Therapie im Sinne von Art. 71a KVV nicht nachgewiesen ist. Vielmehr handelt es sich um einen Behandlungsversuch gestützt auf Literaturhinweise, deren Wirksamkeitsbeschreibungen noch weiter geprüft werden müssen. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der Behandlung der Beschwerdeführerin mit „Ebixa“ ausserhalb der von Swissmedic genehmigten Fachinformationen sind nicht erfüllt, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht verneinte.

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich, Soziale Dienste, Rechtsanwalt Oliver Streiff - Atupri Krankenkasse - Bundesamt für Gesundheit 4.

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). Der Vorsitzende/Die Gerichtsschreiberin
Mosimann/Schüpbach

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