

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2020.00067

vom 9. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2020.00067

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2020.00067 du 9 avril 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2020.00067 del 9 aprile 2021

Erwägungen

E. 1.1

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG).

E. 1.2

Bei Krankheit handelt es sich gemäss Art.

E. 1.3

).

E. 1.4

Für die Vergütung von Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen und von Ärzten oder Chiropraktoren erbracht werden, gilt gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG eine Pflichtleistungsvermutung. Demnach wird vermutet, dass diese Leistungen den in Art. 32 Abs. 1 KVG festgeschriebenen allgemeinen Vergütungskriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen. Die Pflichtleistungsvermutung kann im Einzelfall durch die jeweilige Krankenversicherung mittels Verfügung sowie gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG durch den Verordnungsgeber in Form einer abschliessenden Negativliste umgestossen werden. Der Bundesrat hat in Art. 33 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ermächtigt, Ausnahmen von der Pflichtleistungsvermutung vorzusehen. Das EDI hat solche Ausnahmen in Anhang 1 zur Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) festgelegt. Für eine Reihe von Leistungsarten hat der Gesetzgeber demgegenüber das Listenprinzip verankert. Dies gilt namentlich für die nicht von Ärzten oder Ärztinnen und Chiropraktoren oder Chiropraktorerinnen erbrachten Leistungen, für Leistungen der medizinischen Prävention, gewisse Leistungen bei Mutterschaft, zahnärztliche Behandlungen sowie neue oder umstrittene Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (vgl. Art. 33 Abs. 2 und 3 KVG). In diesen Bereichen sind die Kosten vom Krankenversicherer grundsätzlich nur dann zu übernehmen, wenn die fragliche Leistung vom Verordnungsgeber auf einer Liste positiv aufgeführt ist (Positivlisten), wobei der Bundesrat das EDI zum Erlass der Positivlisten ermächtigt hat (Art. 33 lit. b-d KVV).

E. 1.5

Arzneimittel sind gemäss Art. 4 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) «Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen; zu den Arzneimitteln gehören auch Blut und Blutprodukte». Gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG sind die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Arzneimittel grundsätzlich von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. Gemäss Art. 52 KVG gilt für die Vergütung von Arzneimitteln jedoch das Listenprinzip. Nach Art. 52 Abs. 1 lit. a KVG erlässt das EDI nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach Art. 32 Abs. 1 und Art. 43 Abs. 6 KVG unter anderem eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin

(Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 KVG). Es handelt sich um die Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), die als Anhang 4 zur KLV gehört.

Demgegenüber erstellt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gestützt auf Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste, SL). Art. 52 Abs. 3 KVG stellt klar, dass Arzneimittel höchstens nach den auf den entsprechenden Positivlisten vermerkten Tarifen, Preisen und Vergütungen ansetzen verrechnet werden dürfen. Gemäss Art. 73 KVV kann die Aufnahme in eine Liste und insbesondere auch in die Spezialitätenliste unter der Bedingung einer Limitierung erfolgen. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen.

E. 1.6

Die für die SL geltenden Regeln finden teilweise auf die ALT sinngemäss Anwendung (Art. 63 Abs. 2 KVV betreffend Aufnahme in die ALT; §

E. 1.7

Ein Arzneimittel kann unter den in Art. 65 KVV statuierten Voraussetzungen, welche für die ALT sinngemäss gelten (Art. 63 Abs. 2 KVV), in die SL aufgenommen werden. Steht es nicht auf der SL, kann es ausnahmsweise trotzdem durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet werden, dies unter den Voraussetzungen des Art. 71b KVV, welche Bestimmung die Vergütung von nicht in die SL aufgenommenen Arzneimitteln im Einzelfall regelt.

E. 1.8

Bei einem patientenspezifisch hergestellten

Arzneimittel handelt es sich um eine sogenannte Magistralrezeptur (Formula magistralis). Diese ist in Art. 9 Abs. 2 lit. a HMG definiert als Arzneimittel, das in einer öffentlichen Apotheke oder in einer Spitalapotheke in Ausführung einer ärztlichen Verschreibung für eine bestimmte Person oder einen bestimmten Personenkreis hergestellt wird, wobei die Herstellung ad hoc oder defekturenmässig erfolgen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts

6B_526/2011 vom 20. März 2012 E. 1.3). Für Magistralrezepturen gilt die Besonderheit, dass sie keiner Zulassung durch Swissmedic bedürfen (Art.

9 Abs. 2 Ingress HMG). Für die Erteilung der Herstellungsbewilligung und die Überwachung der Herstellerbetriebe sind die kantonalen Heilmittelinstitute zuständig. Magistralrezepturen dürfen nur auf ärztliche Verschreibung und unter Einhaltung der Regeln der Guten Herstellungspraxis für Arzneimittel in kleinen Mengen hergestellt werden (Art. 26 HMG). Magistralrezepturen

dürfen in der Regel nur Wirkstoffe enthalten, welche in der ALT aufgeführt sind (§ 1 Abs. 2 der Allgemeinen Bestimmungen zur ALT; BGE 144 333 E. 5.3). 2.

E. 2

1. September 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dass diese aufgehoben werden soll, es sei festzustellen, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Behandlung

mit einem nach einer Magistralrezeptur hergestellten Medikament im Sinne von Kapseln mit je 50 mg Progesteron und 0.2 mg Estradiol

ausgewiesen sei, und es seien die ab 9. Juli 2019 bereits angefallenen Kosten der Behandlung mit dem streitigen Medikament zu übernehmen (S. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2020 (Urk. 8) beantragte die Avenir

die Abweisung der Beschwerde , worauf mit Verfügung vom 9. Dezember 2020 (Urk. 11) ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet wurde. Mit Eingabe vom 11. Januar 2021 (Urk. 13) verzichtete der Beschwerdeführer auf eine erneute Stellungnahme, wovon der Beschwerdegegnerin am 13. Januar 2021 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. August 2020 (Urk. 2) davon aus, dass es sich bei der gesundheitlichen Beeinträchtigung, unter welcher der Beschwerdeführer leide, nicht um eine behandlungsbedürftige

Krankheit im Sinne der ICD , sondern um einen natürlichen und physiologischen Verlauf beim Mann handle. Ein solcher stelle keine versicherte Krankheit im Sinne von Art. 25 Abs. 1 KVG dar . Zudem handle es sich bei der

Einnahme von Progesteron und Estradiol

nicht um eine angemessene beziehungsweise zweckmässige Behandlung (des männlichen Hypogonadismus des Beschwerdeführers) im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG, da der Beschwerdeführer diesbezügliche Laborwerte im Normalbereich aufgewiesen habe . Des Weiteren sei die Wirksamkeit einer Behandlung der streitigen Gesundheitsbeeinträchtigung mit Progesteron und Estradiol

nicht erstellt. Mangels Zweckmässigkeit und Wirksamkeit handle es sich bei der streitigen medikamentösen Behandlung daher nicht um eine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, weshalb ein Anspruch auf Übernahme der Kosten derselben zu verneinen sei (S. 3).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bringt hi egegen vor, dass es sich bei der Verabreichung von Progesteron und Estradiol um eine anerkannte Behandlung der weiblichen Menopause handle, und dass diese Substanzen auch für Behandlung des Late -onset- Hypogonadism us des Mannes angezeigt seien . Die verwendeten Substanzen, Progesteron und Estradiol , seien sodann in der ALT gelistet . Zudem spreche der Umstand , dass der männliche Late-onset- Hypogonadism us

- im Gegensatz zur Menopause der Frau - nicht in der ICD aufgeführt sei, nicht gegen eine Behandlung des Late- on set - Hypogonadism beim Mann mit Progesteron und Estradiol . Sodann sei auf Grund wissen schaft licher Studien davon auszugehen, d ass humani dentische Hormone den chemisch abgewandelten Hormonderivaten überlegen seien (Urk. 1 S. 3).

E. 3

der Allgemeinen Bestimmungen zur ALT). Als Positivlisten haben die ALT und die SL gleichzeitig abschliessenden und verbindlichen Charakter. Aufgrund des in Art. 34 Abs. 1 KVG verankerten Listenprinzips können die Krankenversicherer grundsätzlich nur die darin vorgesehenen Arzneimittel übernehmen (BGE 144 V 333 E. 3.2, 139 V 509 E. 4.1 und 136 V 395 E. 5.1).

E. 3.1

In seiner Stellungnahme vom 20. August 2019 (Urk. 9/7) an den vertrauensärzt lichen Dienst der Beschwerdegegnerin stellte der Beschwerdeführer als behandelnder Arzt seiner selbst die folgende Diagnose (Ziff. 2) : - Late

onset male Hypogonadism

Der Beschwerdeführer erwähnte , dass er unter Schweissausbrüchen, Schlafstö rungen, Haarausfall , Traurigkeit, Lebensunlust, trockenen Schleimhäuten und Libido verlust leide (Ziff. 1). Die Behandlung mit Progesteron und Estradiol habe sowohl eine Verbesserung dieser Symptome als auch eine Prophylaxe von durch Hormonmangel verursachten degenerativen Erkrankungen zum Ziel

(Ziff. 3).

Dem beiliegenden Laborblatt ist zu entnehmen, dass der gesamte Testosteron spiegel beim Beschwerdeführer

12.2

-

35.4

nmol /L betragen habe .

E. 3.2

Der Beschwerdeführer führte in seiner Stellungnahme vom 23. September 2019 (Urk. 9/9) aus , dass es sich gemäss dem Expertenbrief Nr. 42 (der Kommission Qualitätssicherung) der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburts hilfe bei der Behandlung (der weiblichen Menopause) mit Progesteron und Estradiol

um eine anerkannte monopausale Hormontherapie bei der Frau handle, und dass es sich bei dieser Behandlung auch um eine anerkannte Behandlung des männlichen Late-onset-

Hypogonadismus beziehungsweise der Andropause beim Mann handle. Denn diese Diagnose bezeichne den von einer nachlassenden Hormonproduktion gekennzeichneten Lebensabschnitt beim Mann und entspreche dem Klimakterium bei der Frau. Da Progesteron und Estradiol in der ALT gelistet seien, handle es sich dabei um schulmedizinisch geprüfte Substanzen, welche von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen seien.

E. 3.3

Der Beschwerdeführer führte in seiner Stellungnahme vom 4. Mai 2020 (Urk.

9/16; Argumentation gegen die Ablehnung der verordneten Magistralrezeptur durch die Krankenkasse) aus, dass für die von Ärztinnen und Ärzten verschriebenen und in der ALT gelisteten Arzneimittel eine gesetzliche Pflichtleistungsvermutung gelte, und dass, wenn die Behandlung nicht durch das Gesetz ausgeschlossen sei (Negativliste nach Art. 33 KVG), die Krankenversicherer die Pflichtleistungsvermutung nur durch detaillierte Abklärungen im Einzelfall umstossen könnten (S. 1). Es bestehe zudem kein Vorrang für die in der SL gelisteten verwendungsfertigen Arzneimittel gegenüber den Arzneimitteln, welche mit in der ALT gelisteten Substanzen im Rahmen von Magistralrezepturen hergestellt worden seien. Vielmehr obliege es den Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Therapiefreiheit zu entscheiden, welches Medikament sie verschreiben möchten. Des Weiteren sei die Überlegenheit von humanidentischen Hormonen im Vergleich zu chemisch abgewandelten Hormonderivaten erstellt (S.

2).

E. 3.4

Dr. med. Z. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, stellte in seinem auf Grund der Akten verfassten Bericht vom 6. August 2020 (Urk. 9/21) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Late

onset male Hypogonadismus - Schweissausbrüche am Tag und in der Nacht - Schlafstörungen - Haarausfall - vermehrt Anfälle von Traurigkeit und Lebensunlust - trockene Schleimhäute - Libidoverlust

Der Vertrauensarzt führte aus, dass die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (gemäss Art. 32 KVG) bei den vorliegenden Diagnosen

und Symptomen nicht erfüllt seien. In erster Linie fehle eine klare medizinische Diagnose. Der Umstand, dass die männlichen Hormone im Alter abfielen, sei physiologisch. Die Indikation für die

streitige Magistralrezeptur mit Progesteron und Estradiol

wäre bei einer Frau nach der Menopause gegeben, nicht jedoch bei einem Mann. Eine Übernahme der vorliegenden Magistralrezeptur

mit Progesteron und Estradiol

durch die Krankenversicherung sei daher nicht möglich. Zudem handle es sich bei der Andropause

beziehungsweise beim Late

onset male Hypogonadism nicht um eine Krankheit im Sinne der ICD , sondern um ein en natürliche n , physiologische n Verlauf beim Manne, weshalb ein Anspruch auf Übernahme des streitigen Arzneimittels durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu verneinen sei (S. 2) .

E. 4.1

In der ICD-10 (World Health Organisation, International Statistical Classification

of

Diseases

and

Related

Health Problems) ist der durch eine testikuläre Unterfunktion verursachte testikuläre

Hypogonadismus (ICD-10 E29.1) und der durch eine Störung in der Hypophyse oder des

Hypothalamus verursachte hypogonadotrope Hypogonadismus (ICD-10 E 23.0)

aufgeführt, nicht hingegen der Hypogonadismus des alternden Mannes

(Late-onset-Hypogonadismus), welcher auf eine nachlassende testikuläre Funktion im

Alter zurückgeführt wird, und welcher durch erniedrigte Testosteronwerte und die damit in

Verbindung stehenden Störungen charakterisiert ist (<https://de.wikipedia.org>).

E. 4.2

In der ALT (Ausgabe vom 1. April 2020; www.bag.admin.ch)

sind « Estradiol

hemihydrate

Ph . Eur » und « Progesteronum

Ph . Eur » als in Magistralrezepturen

zu verwendende Wirkstoffe gelistet.

E. 4.3

E. 4.5) handelt es sich bei der leitliniengerechten Behandlung des männlichen

Hypogonadismus

von (nicht übergewichtigen und nicht unter Komorbiditäten leidenden)

hypogonadalen Männern nicht um eine Behandlung mit Estradiol oder Progesteron ,

sondern um eine solche mit Testosteron, insbesondere mit Testosteronundecanoat ,

mit Testosteroncyponat und -enanthat

und transdermale Testosteronpräparate n.

E. 4.4

und E. 4.5) oder eines Bereichs von 8–12 nmol /L

(vorstehend E.

E. 4.5

Gemäss der Guideline « Current National and International Guidelines for the Management of Male Hypogonadism : Helping Clinicians

to

Navigate Variation in Diagnostic

Criteria

and Treatment Recommendations » (The Korean

Endocrine Society , Korea;

publiziert in: Endocrinology

and

Metabolism , 2020, S. 526-540) , worin verschiedenen Guidelines, insbesondere diejenigen der International Society for Sexual Medicine (2015), der British Society for Sexual Medicine (2017) , der Canadian Medical Association (2015) ,

der American Urological

Association (2017) , der European Association

of

Urology (2018) , der Endocrine Society (2018) und der Endocrine Society of

Australia (2016) miteinander verglichen wurden (S. 528) , werden von den Guidelines der International Society for Sexual Medicine , der British Society for Sexual Medicine und der European Association

of

Urology

für die Diagnose eines männlichen Hypogonadismus

und für eine Testosteronbehandlung vorausgesetzt, dass der am Morgen an zwei oder mehr , mindestens vier Wochen auseinanderliegenden Zeitpunkten gemessene gesamte Testosteronspiegel weniger als 8

nmol /L betragen habe. Demgegenüber werde von der Guideline der American Urological Association ein höherer Wert von weniger als 9.2 nmol /L vorausgesetzt. Die Guideline der Endocrine Society gehe davon aus, dass der Normbereich des gesamten Testosteronspiegels

bei gesunden, nicht übergewichtigen Männern zwischen 9.2 bis 31.8 nmol /L zu liegen komme, weshalb von einer unteren Grenze des Normbereichs von 9.2 nmol /L auszugehen sei. Die Guideline der Endocrine Society of

Australia habe als einzige einen nach dem Alter abgestuften Normbereich vertreten. Danach komme die untere Grenze des Normbereichs des gesamten Testosteronspiegels bei gesunden Männern bis zum Alter von 35 Jahren bei 10.4 nmol /L und bei Männern über einem Alter von 70 Jahren bei 6.4 nmol /L zu liegen (S. 530).

E. 5.1

Gemäss den erwähnten medizinischen Akten steht fest, dass der Beschwerdeführer zwar unter gewissen Symptomen eines Hypogonadismus des alternden Mannes beziehungsweise eines Late-onset-Hypogonadismus litt, dass indes der gemessene gesamte Testosteronspiegel beim Beschwerdeführer in einem Bereich von 12.2

-

35.4 nmol /L zu liegen kam. Gemäss den erwähnten Guidelines zur Diagnose und Therapie des männlichen Hypogonadismus wird für die Diagnose eines solchen indes ein durchgängig niedriger Testosteronserumspiegel unterhalb eines gesamten Testosteronspiegels von 8 nmol / L, von 9.2 nmol / L (vorsehend E.

E. 5.2

Da der Beschwerdeführer einen gesamten Testosteronspiegel im Normbereich und nicht einen durchgängig niedrigen gesamten

Testosteronserumspiegel unter dem Normbereich aufwies, fehlte es ihm gemäss den erwähnten medizinischen Leitlinien beziehungsweise Guidelines an einer der Voraussetzungen für die Stellung der Diagnose eines Hypogonadismus des alternden Mannes beziehungsweise eines Late-onset-Hypogonadismus. Unter diesen Umständen ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. August 2020 (Urk. 2) gestützt auf die vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. Z. ___ vom 5. August 2020 (vorstehend E. 3.4) davon ausging, dass der Beschwerdeführer nicht unter einer versicherten, krankheitswertigen, behandlungsbedürftigen

Krankheit, sondern unter den Folgen eines natürlichen, physiologischen Alterungsprozesses leide. Denn der Beschwerdeführer, welcher einen gesamten Testosteronspiegel im Normalbereich aufwies, litt gemäss den erwähnten Leitlinien nicht unter einem behandlungsbedürftigen männlichen Hypogonadismus. Die dadurch verursachte gesundheitliche Beeinträchtigung wies daher nicht das erforderliche Mindestmass für einen Krankheitswert auf. Demzufolge handelte es sich bei der streitigen gesundheitlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers nicht um eine Krankheit im Sinne von

Art. 3 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG.

E. 6.1

Des Weiteren hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in ihrem Expertenbrief Nr. 42 vom 28. August 2015 «Aktuelle Empfehlungen zur Menopausalen Hormon-Therapie MHT» (www.sggg.ch) zwar bei Frauen mit einem symptomatischen Estrogenmangel eine MHT im Sinne einer Behandlung mit Estradiol und, insbesondere bei einem intaktem Uterus zum Schutz des Endometriums, allenfalls zusätzlich mit Progesteron oder einem synthetischen Gestagen, empfohlen (S. 1 f.). Diese Empfehlungen betreffen indes ausschliesslich die MHT bei Frauen und nicht die Behandlung des männlichen Hypogonadismus beziehungsweise diejenige des Late-onset-Hypogonadismus. Gemäss den erwähnten Leitlinien (vorstehend E.

E. 6.2

Ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Übernahme der Kosten eines im Rahmen einer Magistralrezeptur hergestellten Arzneimittels im Sinne von Kapseln mit Progesteron und

Estradiol wäre daher selbst dann nicht ausgewiesen, wenn erstellt wäre, dass der Beschwerdeführer unter einem behandlungsbedürftigen

Late-onset-Hypogonadismus von Krankheitswert litte. Denn bei einer Behandlung mit Progesteron und Estradiol handelte es sich nicht um eine leitlinien gerechte ärztliche Behandlung eines männlichen Hypogonadismus. Demzufolge handelte es sich, selbst wenn erstellt wäre, dass der Beschwerdeführer unter einem behandlungsbedürftigen

Late-onset-Hypogonadismus von Krankheitswert litte, bei der Behandlung mit dem streitigen Arzneimittel

nicht um eine wirksame Behandlung. Denn die Wirksamkeit des streitigen Arzneimittels zur Behandlung eines männlichen Hypogonadismus

ist nicht nach wissenschaftlichen Methoden im Sinne von Art. 32 Abs. 2 KVG nachgewiesen (vgl. vorstehend E).

E. 6.3

Auch das Erfordernis der Zweckmässigkeit ist nicht erfüllt. Selbst wenn erwiesen wäre, dass der Beschwerdeführer unter einem behandlungsbedürftigen

und krankheitswertigen Leiden litte, bildet die Behandlung mit Estradiol und Progesteron keine zweckmässige Behandlung eines Late-onset-Hypogonadismus

im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG.

Denn bei der zweckmässigen Behandlung eines solchen Leidens handelte es sich gemäss den erwähnten Leitlinien (vorstehend E. 4.3 - E. 4.5) ausschliesslich um die Testosteronbehandlung.

E. 6.4

Zusammenfassend stellt die streitige Behandlung mit Estradiol und Progesteron keine wirksame und zweckmässige Behandlung im Sinne von Art. 32 KVG dar.

Daran ändert nichts, dass die Wirkstoffe « Estradiol hemihydrate

Ph. Eur » und « Progesteronum

Ph. Eur » in der ALT gelistet sind.

Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Avenir Assurance Maladie SA - 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 1

5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Volz

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