

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00021

vom 7. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2022.00021

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00021 du 7 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00021 del 7 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

2. März 2020 (Urk. 8/12) hielt die CSS an einer Verneinung der Kostengutsprache für eine Behandlung des Versicherten gemäss dem Kosten gutsprache gesuch vom 16. Januar 2020 fest.

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Anhangs 1 der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer Übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die ab 1. Januar 2022 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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. 1.3

Bei Krankheit handelt es sich gemäss Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Verbindung mit Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG um jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Dabei handelt es sich um einen Rechtsbegriff, der sich nicht unbedingt mit der medizinischen Definition von Krankheit überschneidet (BGE 130 V 284 E. 3 und 124 V 118). Er setzt einerseits eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit im Sinne eines

von der Norm abweichen den physischen, psychischen oder geistigen Zustands und andererseits die Notwendigkeit einer Untersuchung oder medizinischen Behandlung voraus. Die Übernahme der Folgen einer Krankheit setzt zudem voraus, dass sie durch eine Beeinträchtigung der Gesundheit, welche als Krankheit im Rechtssinne zu qualifizieren ist, verursacht wurden. Dafür muss die gesundheitliche Beeinträchtigung ein gewisses Mindestmass erreichen, damit ihr Krankheitswert zukommt. Auf übliche und erträgliche Abweichungen von Ideal- oder Normvorstellungen trifft dies nicht zu (BGE 137 V 295 E. 4.2.2). Die Kostenübernahme für die Behandlung von Krankheitsfolgen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bedingt, dass diese auf einer pathologischen (BGE 121 V 289 E. 2b) Veränderung des Gesundheitszustandes beruhen und daher als Krankheit zu qualifizieren sind (Urteil e

des Bundesgerichts 9C_592/2019 vom 25. Mai 2020 E. 2.2 und 9C_552/2018 vom 21. Dezember 2018 E. 5.2). Eine Behandlung oder ärztliche Untersuchung ist erforderlich, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit die körperlichen oder geistigen Funktionen so stark einschränkt, dass der Patient oder die Patientin medizinische Unterstützung benötigt oder der Heilungsprozess ohne diese Unterstützung nicht mehr oder zumindest nicht mit realen Erfolgchancen noch möglich ist, oder wenn dem Patienten oder der Patientin nicht zugemutet werden kann weiterzuleben, ohne mindestens eine Behandlung versucht zu haben (BGE 137 V 295 E. 4.2.2).

E. 1.4

). Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass die endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion vorerst nur provisorisch beziehungsweise auf Zusehen hin für die Zeit vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2025 und unter der Auflage der Evaluation in den Anhang 1 der KLV aufgenommen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_170/2021 vom 14. April 2021 E. 4.1). 5.2

Eine Leistung ist wirksam, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 1.4), wenn sie geeignet ist, das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen (BGE 137 V 295 E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2). Die Beschwerdeführerin bestreitet die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Therapie bei dem Beschwerdeführer, weil dieser nicht lediglich unter einer lokalen arteriellen Problematik, sondern unter einer generalisierten Gefässproblematik im Sinne einer small

vessel

disease und unter kardiovaskulären Risikofaktoren leide, welche sich nicht nur im Rahmen der Makro-, sondern auch der Mikroangiopathie auswirken. Insbesondere könne sich die Grunderkrankung unabhängig von der vaskulären Situation auf die erektile Dysfunktion auswirken. Diese Grunderkrankung im Sinne von Stenosen auf der linken und rechten Endstrombahn sei mit dem Stentverfahren überwiegend wahrscheinlich nicht erfolgreich zu behandeln (Urk. 2 S. 7).

Der Umstand, dass der Beschwerdeführer unter einem symptomatischen Gefäss leiden im Sinne einer Atherosklerose sowie unter kardiovaskulären Risikofaktoren leidet, kann bei der Beurteilung der Wirksamkeit der streitigen Behandlung indes nicht ausschlaggebend sein. Denn die endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion wurde zwar nur unter gewissen Voraussetzungen als Pflichtleistung in den Anhang 1 der KLV aufgenommen. Ein Komorbiditätsvorbehalt

fehlt indes im Anhang 1 der KLV. Da die Leistungspflicht vorliegend nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen bejaht wurde, ist davon auszugehen, dass das EDI (nach Anhören der Eidg. Kommission für alle meine Leistungen und Grundsatzfragen) bewusst davon abgesehen hat, einen Komorbiditätsvorbehalt im Anhang 1 der KLV zu statuieren, beziehungsweise eine Leistungspflicht nur dann zu bejahen, wenn gewisse Komorbiditäten ausgeschlossen wären. Damit gilt auch für Patienten mit Komorbiditäten die aus der Aufnahme in den Anhang 1 der KLV fließende Wirksamkeitsvermutung. Diese könnte lediglich durch Studienresultate, welche nahelegen würden, dass die Therapie für dieses Patientenkollektiv nicht wirksam wäre, in Frage gestellt werden. Solches wird indessen von der Beschwerdegegnerin nicht dargelegt. Zudem hat Prof. C. ___ in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2022 (vorstehend E. 3.10) die wissenschaftliche Evidenz für die Gefährdung des Therapieerfolgs durch die beim Beschwerdeführer gestellten Nebendiagnosen, insbesondere durch die Atherosklerose, beziehungsweise entsprechende wissenschaftliche Studienresultate ausdrücklich in Abrede gestellt. Entsprechend ist vorliegend daher die Wirksamkeit der streitigen Therapie zu bejahen. 5.3

Die Beschwerdegegnerin bestreitet sodann die Zweckmässigkeit der streitigen Behandlung. Die Zweckmässigkeit fragt, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 1.4), nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung sowie allenfalls der Missbrauchsgefahr (BGE 137 V 295 E. 6.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin bestreitet die Zweckmässigkeit der streitigen Behandlung, weil beim Beschwerdeführer, welcher unter einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus im gefässschädigenden Bereich mit diabetischer Retinopathie, einer Dyslipidämie, einer Coronarsklerose sowie unter einem muskulären Durchflusshindernis im Bereich des Aalkockkanals leide, von einem erhöhten Risiko pro fil mit eingeschränkter Prognose auszugehen sei (Urk. 2 S. 10).

In Bezug auf den angestrebten Heilerfolg der streitigen Behandlung vor dem Hintergrund der bestehenden Komorbiditäten vermag es die Beschwerdegegnerin, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 5.2), nicht, mittels wissenschaftlicher Studienresultate zu belegen, dass die streitige Therapie bei den Komorbiditäten, unter welchen der Beschwerdeführer leidet, nicht wirksam und zweckmässig wäre. Was die möglichen Nebenwirkungen der endovaskulären Revaskularisation betrifft, ist gestützt auf die Beurteilung durch Dr. Z. ___ und med. pract. A. ___ vom 24. September 2019 (Urk. 3/4 S. 2) davon auszugehen, dass der Eingriff mit den üblichen, insgesamt vergleichsweise überschaubaren Risiken einer Katheter-Revaskularisation in anderen arteriellen Stromgebieten vergleichbar ist, und dass diese Risiken durch die vorliegenden Komorbiditäten nicht erheblich erhöht werden. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Risiken des streitigen Eingriffs nicht gegen die Zweckmässigkeit der beantragten Therapie sprechen.

Sodann bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte, dass gleichwertige Therapieoptionen der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion, welche mit einem geringeren Risiko für Nebenwirkungen verbunden wären, bestünden. Solche Therapieoptionen werden von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht geltend gemacht (Urk. 2). Ein Verzicht auf die streitige Behandlung hätte daher zur Folge, dass die vaskulär bedingte erektile Dysfunktion, unter welcher der Beschwerdeführer leidet, letztlich unbehandelt zu bleiben hätte, was

dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden könnte (vgl. vorstehend E. 1.3). Demzufolge ist die Zweckmässigkeit der beantragten endovaskulären Therapie trotz gewisser Risiken und Nebenwirkungen zu bejahen. 5.4

Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG hat, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 1.4), vergleichenden Charakter. Bestehen zwischen zwei alternativen Behandlungsmethoden vom medizinischen Standpunkt keine ins Gewicht fallenden Unterschiede, ist grundsätzlich die kostengünstigere und damit wirtschaftlichere Anwendung zu wählen. Weist jedoch eine bestimmte Behandlungsmethode gegenüber anderen Anwendungen Vorteile in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht auf, wie beispielsweise geringere Risiken, weniger Komplikationen, eine günstigere Prognose betreffend Nebenwirkungen und Spätfolgen, kann dies die Übernahme der Kosten dieser teureren Applikation rechtfertigen (BGE 142 V 26 E. 5.2.1). Gibt es nur eine Behandlungsmöglichkeit, stellt sich die Frage der Wirtschaftlichkeit nicht (vgl. BGE 145 V 116 E. 3.2.3); es sei denn, zwischen Aufwand und Heilerfolg bestehe ein grobes Missverhältnis (BGE 136 V 395 E. 7.4).

Vorliegend stellt die beantragte endovaskuläre Revaskularisation der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion beim Beschwerdeführer die einzige kurative Behandlungsoption dar. Andere gleichwertige Therapieoptionen bestehen nicht. Die Beschwerdegegnerin bestreitet dies nicht und macht insbesondere nicht geltend, dass für den Beschwerdeführer Therapieoptionen bestünden. Auch ein grobes Missverhältnis zwischen Aufwand und Heilerfolg wird von der Beschwerdegegnerin nicht geltend gemacht (Urk. 2). Demzufolge ist auch die Wirtschaftlichkeit der streitigen Behandlung zu bejahen. 6.

Nach Gesagtem steht fest, dass die beantragte endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion beim Beschwerdeführer sowohl sämtliche Leistungsvoraussetzungen des Anhangs 1 der KLV als auch die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG erfüllt, weshalb eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die im Streit stehende Behandlung beziehungsweise ein Anspruch des Beschwerdeführers auf anteilmässige Übernahme von deren Kosten durch die Beschwerdegegnerin zu bejahen ist.

Demzufolge ist die Beschwerde gutzuheissen. 7.

E. 1.5

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. Gemäss dieser Bestimmung kann der Bundesrat insbesondere die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25–33 KVG übernehmen.

E. 1.6

Der Bundesrat setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten (Art. 33 Abs. 4 erster Satz KVG).

Der Bundesrat hat in Art. 33 lit . a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) das EDI ermächtigt,

nach Anhören der zuständigen Kommission (Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen) im Sinne von Ausnahmen von der Pflichtleistungsvermutung die von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden , zu bezeichnen. Das EDI hat in Art. 1 Abs. 1 KLV

festgelegt, dass Anhang 1 zur KLV diejenigen Leistungen bezeichnet , die nach Art. 33 lit . a und c KVV von der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (lit . a), nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden (lit . b) oder

nicht übernommen werden (lit . c) .

E. 1.7

Für eine Reihe von Leistungsarten hat der Gesetzgeber das Listenprinzip verankert. Dies gilt namentlich für die nicht von Ärzten oder Ärztinnen erbrachten Leistungen und für 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). Gemäss der Rechtsprechung (BGE 125 V 21 E. 5b) hat das Listenprinzip zum Ziel, den gesetzlichen Leistungskatalog genau festzulegen, und entspringt einem System, das vom Gesetzgeber gemäss Art. 34 KVG als umfassend und verbindlich angestrebt wurde . In der

abschliessenden Negativliste des EDI sind gewisse Leistungen von der Leistungspflicht ausgenommen (Art. 33 Abs. 1 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit . a KVV, Art. 1 KLV und Anhang 1 zur KLV; BGE 136 V 84 E. 2.1; vgl. auch Urteil 9C_539/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.1). Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene beziehungsweise nicht in der abschliessenden Negativliste des EDI von der Leistungspflicht ausgenommene ärztliche Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei (Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (zum Beispiel durch Einholung eines Gutachtens) und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen (BGE 136 V 84 E. 2.1 und 129 V 167 E. 3.2 ; Urteile des Bundesgerichts 9C_170/2021 vom 14. April 2021 E. 3 und 9C_539/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.1). 1. 8

Im Anhang 1 zur KLV , Ausgabe vom 1. Januar 2022 (vgl. Kommentar zu den Änderungen des Anhang 1 KLV vom 1. Dezember 2021 per 1. Januar 2022, AS 2021 885 ; www.bag.admin.ch) , wird die Leistungspflicht für die endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion im Sinne einer endovaskulären

Revaskularisation der peniszuführenden Arterien und der endovaskulären

Embolisationstherapie der penisabführenden Venen, unter bestimmten Voraussetzungen auf Zusehen hin für die Zeit vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2025 und unter der Auflage der Evaluation und der Teilnahme am Evaluationsregister « SwissPO WER » bejaht. Für eine Kostenübernahme wird eine die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigende

vorgängige Kostengutsprache des Versicherers vorausgesetzt. Es müssen zudem die folgenden Voraussetzungen für eine Leistungspflicht erfüllt sein : - Nichtansprechen auf eine Behandlung mit Phosphodiesterase-5-Hemmern oder wenn diese kontraindiziert ist - nach vorgängigem Ausschluss urologischer und hormoneller Ursachen - bei hämodynamisch (Duplexsonographie unter intracavernös injiziertem Prostaglandin) und bildgebend (Computertomographie oder Katheterangiographie) nachgewiesener und dokumentierter vaskulärer Ursache der erektilen Dysfunktion - Abklärung und Durchführung der endovaskulären Intervention durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Angiologie mit Fähigkeitsprogramm Sachkunde für dosisintensive Untersuchungen und therapeutische Eingriffe in der Angiologie (USGG, Programm vom 1. Januar 2001, revidiert am 13. Januar 2004) oder durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Radiologie - vorliegende Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlung

Gemäss der Rechtsprechung handelt es sich bei der im Anhang 1 der KLV vorgeschriebene Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin beziehungsweise der darin vorgeschriebenen Berücksichtigung der Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin nicht um eine vorgeschriebene vertrauensärztliche Zustimmung im Sinne von Art. 58h Abs. 1 lit. a KVG, in Kraft seit 1. April 2021 (Urteil des Bundesgerichts 9C_224/2)

E. 2

8. Februar 2022 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben, und es sei die CSS zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und insbesondere die Kosten der beantragten endovaskulären Revaskularisation im stationären Setting zu übernehmen und dafür Kostengutsprache zu erteilen; eventuell sei die Sache zur Durchführung ergänzender Sachverhaltsabklärungen und erneuter Verfügung über die Leistungspflicht an die CSS zurückzuweisen, wobei Letztere die in den Verfahrensakten mittels Unschärfe unkenntlich gemachten Mitarbeitenden bekannt zu geben hätte, und wobei ein Protokoll der im Schreiben vom 11. Februar 2020 erwähnten wöchentlichen vertrauensärztlichen Fallbesprechungen zu erstellen und ihm bekannt zu geben wäre (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 14. April 2022 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. Januar 2022 (Urk. 2) davon aus, dass beim Beschwerdeführer auf Grund verschiedener Risikofaktoren ein erhöhtes Risikoprofil mit eingeschränkter Prognose bestehe, weshalb die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Art. 32 Abs. 1 KVG nicht erfüllt seien. Vielmehr sei mit einer postoperativ fortschreitenden Schädigung der peripheren Endstrombahn zu rechnen. Insbesondere fehle es an der Zweckmässigkeit einer endovaskulären Katheter-Revaskularisation beim Beschwerdeführer. Ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers sei daher selbst für die Zeit nach dem

Inkrafttreten der Änderung des Anhangs 1 zur KLV per 1. Januar 2022 zu verneinen (S. 10).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte hiegegen vor (Urk. 1), dass die Voraussetzung für eine Übernahme der Kosten der streitigen Behandlung gemäss dem per 1. Januar 2022 geänderten Anhang 1 zur KLV erfüllt seien. Denn einerseits leide er nicht unter einer generalisierten Gefässproblematik mit Auswirkungen auf die erektile Dysfunktion. Andererseits habe das EDI bei Erlass der Änderung des Anhangs 1 der KLV per 1. Januar 2022 zu Recht davon abgesehen, eine Leistungspflicht für eine endovaskuläre Therapie bei einer generalisierten Gefässproblematik zu verneinen. Da eine vaskuläre Ursache der erektilen Dysfunktion erstellt und ein Einfluss der generalisierten Gefässproblematik auf die erektile Dysfunktion nicht erwiesen sei, sei insbesondere die Zweckmässigkeit der streitigen endovaskulären Therapie zu bejahen (S. 23). Da die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt seien, sei ein Leistungsanspruch auf Übernahme der Kosten der streitigen Therapie daher ausgewiesen (S. 24). 3. 3.1

Im Folgenden gilt es vorerst zu prüfen, ob die streitige Behandlung gemäss dem Kostengutsprache gesuch vom 16. Januar 2020 (Urk. 8/1 S. 3) den Voraussetzungen gemäss Anhang 1 der KLV, Ausgabe vom 1. Januar 2022, für die Übernahme einer endovaskulären Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion entspricht. 3.2

Die Ärzte des Zentrums Y. ___ erwähnten im CT-Bericht vom 17. September 2019 (Urk. 8/1), dass gleichentags eine Computertomographie (CT) und Angiographie des Thorax, Abdomens und Beckens des Beschwerdeführers durchgeführt worden sei (S. 1), welche eine Lebersteatose, eine Coronarsklerose, Stenosen der Arteria

pudenda

interna im deszendierenden Anteil links und rechts, ein vollständiger Verschluss im Alcockkanal links und nur eine filiforme Arteria

pudenda

interna im Alcockkanal rechts sowie Stenosen der Arteria

profunda

penis und der distalen Arteria

penis

communis ergeben hätten (S. 2). 3.3

Dr. med. Z. ___, Facharzt für Angiologie, und pract. med. A. ___, praktischer Arzt, stellten in ihrem Bericht vom 24. September 2019 (Urk. 3/4)

als kardiovaskuläres Risikoprofil eine Dyslipidämie fest und stellten die folgenden Diagnosen (S. 1): - erektile Dysfunktion mit/bei: - PDE-5-Inhibitoren non Responder - arterielle Perfusion unter Caverject pathologisch - CT des Abdomens: pudendaler Verschluss, links pudendale Stenose und distale Stenosen beidseits - urologisch bisher nicht abgeklärt - Tadalafil probatorisch noch nicht eingenommen - chronisch venöse Insuffizienz beidseits mit/bei: - Status nach Sklerotherapie der insuffiziente Vena

arcuata anterior beidseits , links am 21. Dezember 2018, rechts am 11. Januar 2019 -
suffiziente Stammvenen beidseits - Diabetes mellitus Typ 1 (Erstdiagnose 1970) mit/bei: -
Hb A1c

am 10. Februar 2017: 11.1 % - Spätkomplikationen: proliferative diabetische Retinopathie
- Restless legs Syndrom - Verdacht auf Refluxkrankheit - Vitamin D tief 2017, parenterale
Substitution da oral ohne Effekt

Die Ärzte führten aus, dass eine angiologische Untersuchung eine arterielle Ursache der
erektilen Dysfunktion ergeben habe . Die arteriellen Perfusionswerte im Penisbereich hätten
nach intracavernöser Prostaglandin-Applikation unterhalb des Normwertes gelegen .
Gleichzeitig seien duplexsonographisch keine Hinweise für eine venöse Leckage
festzustellen gewesen . Die durchgeführte CT habe atherosklerotische Obstruktionen
pudendal
ergeben .

Bei nunmehr gesicherter symptomatischer Atherosklerose sei davon auszugehen, dass die
arteriell bedingte erektile Dysfunktion ein koronar-arterielles Risikoäquivalent darstelle,
weshalb aus sekundärpräventiv-angiologischer Sicht die dauernde Einnahme von Aspirin
100 mg indiziert sei . Bei symptomatischer Atherosklerose und bekannter
Hypercholesterinämie sei zudem die Einnahme eines Statins mit regelmässiger Kontrolle
der Lipidwerte und eine Erhöhung der körperlichen Aktivität angezeigt . Zu empfehlen sei
zudem eine urologische Abklärung der erektilen Dysfunktion mit der Bestimmung des
Testosteronspiegels. Sodann sollten die kardiovaskulären Risikofaktoren regelmässig kon-
trolliert und eingestellt werden. Da die erektile Dysfunktion ein wichtiges Früh-
warnzeichen für ein koronar-arterielles Ereignis darstelle und da im CT eine
Koronarsklerose zu erkennen sei , sei eine kardiologische Standortbestimmung mit
Belastungs-EKG angezeigt .

Da eine Erektionsstörung nicht Teil des normalen Alterungsprozesses darstelle, handle es
sich vorliegend nicht um eine rein degenerative Erkrankung, sondern um eine durch
kardiovaskuläre Risikofaktoren hervorgerufene Atherosklerose. Eine endovaskuläre
Katheter-Revaskularisation der pudendalen Arterien sei beim Beschwerdeführer technisch
machbar und sicher (S. 2) .

Da beim Beschwerdeführer eine medikamentöse Therapie mit « Tada » und « Caverject »
erfolglos gewesen sei, sei in Anbetracht des hohen Leidensdrucks die Durchführung einer
Angiographie und einer perkutanen transluminalen Angioplastie (PTA) indiziert (S. 3).
3.4

Dr. med. B.____, Fachärztin für Urologie, erwähnte in ihrem Bericht vom 10. November
2019 (Urk. 3/5), dass der Beschwerdeführer unter einer benignen Prostatahyperplasie, ohne
Hinweise auf ein Prostatakarzinom, leide. Sie führte aus, dass der Testosteronwert im
Normbereich liege, und dass sich keine Hinweise auf Entzündungen im Urogenitaltrakt,
welche die Potenz negativ beeinflussen könnten, finden liessen (S. 2). Sie stellte die
folgenden Diagnosen (S. 1): - erektile Dysfunktion mit/bei: - Serum-Testosteronwert im
Normbereich im Oktober 2019 - fehlendes Ansprechen auf PDE 5-Hemmer - arterielle
Perfusion unter Caverject pathologisch - pudendale Stenosen beidseits, CT-Angiografie
vom 17. September 2019 - benigne Prostatahyperplasie - Diabetes mellitus Typ 1,

Erstdiagnose 1970 mit/bei: - Spätkomplikationen: proliferative diabetische Retinopathie - arterielle Hypertonie - chronisch-venöse Insuffizienz beidseits - Restless legs Syndrom - Verdacht auf Refluxkrankheit 3.5

Prof. Dr. med. C.____, Facharzt für Angiologie, erwähnte in seinem Bericht vom 16. Januar 2020 (Urk. 8/1), dass eine urologische Untersuchung vom November 2019 keine urologische Ursache der erektilen Dysfunktion ergeben habe (S. 1). Neben der vaskulären Ursache seien keine weiteren Ursachen der erektilen Dysfunktion festzustellen gewesen (S. 2). Verschiedene wissenschaftliche Studien hätten bei zwei Dritteln der Patienten eine signifikante Verbesserung der Erektion nach einer

Katheterrevaskularisation gezeigt. Eine solche Behandlung sei beim Beschwerdeführer indiziert, da eine Behandlung mit PDE-5-Inhibitoren und « Caverject » keine adäquate Wirkung gezeigt habe (S. 3). 3.6

In seiner Stellungnahme vom 11. Februar 2020 (Urk. 8/6) führte Dr. med.

D.____, Facharzt für Chirurgie und für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, aus, dass die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit beim Beschwerdeführer für eine Kostenübernahme einer endovaskulären Revaskularisation nicht erfüllt seien. 3.7

Mit Stellungnahme vom 9. März 2020 (Urk. 8/10) führten Dr. D.____ und Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, aus, dass der fallprägende Diabetes mellitus Typ I, unter welchem der Beschwerdeführer leide, weitgehende und erhebliche internistische Aspekte und Folgen verursache. Da zudem eine ergänzende kardiovaskuläre Untersuchung noch ausstehend sei, und da die Ergebnisse der hängigen Umstrittenheitsabklärung beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) noch ausstehend seien, könne dem Kostengutsprachegesuch für eine pudentale Revaskularisation nicht entsprochen werden. 3.8

Dr. E.____ und Dr. med. F.____, Fachärztin für Chirurgie, Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin, führten in ihrer Stellungnahme vom 9. Juni 2021 (Urk. 8/19) aus, dass beim Beschwerdeführer mehrere Probleme bestünden, einerseits die Koexistenz einer small vessel

disease (Mikroangiopathie), am besten im Rahmen des Diabetes mellitus Typ I, und andererseits kardiovaskuläre Risikofaktoren. Ersteres bedeute, dass nicht nur eine einzelne Stenose, sondern Stenosen sowohl der Beckenstrombahn als auch ihrer Endstrombahnen auf der rechten und der linken Seite bestünden. Daneben bestünden Grunderkrankungen, die unabhängig von der vaskulären Situation zu einer erektilen Dysfunktion bei tragen könnten. Da von einer generalisierten Gefässproblematik auszugehen sei, passe der Beschwerdeführer nicht recht in das von dem im Streit stehenden Eingriff profitierende Behandlungskollektiv. Dabei sei sowohl die Makro- als auch die Mikroangiopathie zu berücksichtigen, wobei nicht überwiegend wahrscheinlich sei, dass die Grunderkrankung mit dem Stentverfahren zu behandeln sei. Es bestünden daher weiterhin erhebliche Zweifel hinsichtlich der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit des therapeutischen Verfahrens (S. 1). 3.9

In seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2022 (Urk. 8/25) erwähnte Dr. D.____, dass bei der Beurteilung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

auch begleitende Erkrankungen in Form von Risikofaktoren sowie resultierend Behandlungsprognosen mit zu berücksichtigen seien. Der Beschwerdeführer leide unter einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus bei einem HbA1c-Wert von 11.1 % . Dieser Wert liege weit im gefässschädigenden Bereich. Dies zeige sich auch darin, dass als Spätkomplikation eine diabetische Retinopathie bestehe. Zudem leide der Beschwerdeführer unter einer Dyslipidämie, einer Coronarsklerose sowie unter einem CT-gesicherten muskulären Durchflusshindernis im Beckenboden im Sinne eines beidseits komprimierenden Alcock-Kanals. Demzufolge sei von einem langjährigen Krankheitsverlauf mit Schädigung insbesondere der peripheren Gefässe auszugehen. Unter diesen Voraussetzungen bestehe ein erhöhtes Risikoprofil mit eingeschränkter Prognose, wobei mit einer postoperativ fortschreitenden Schädigung der peripheren Endstrombahn zu rechnen sei. Aus diesen Gründen seien die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 KVG vorliegend nicht erfüllt. 3.10

Mit Stellungnahme vom 1. Februar 2022 (Urk. 3/9) führte Prof. C.____ aus, dass eine angeblich generalisierte Gefässproblematik den durch die geplante operative Behandlung zu erwartenden Therapieerfolg nicht massgeblich beeinträchtigen könne. Bei den anlässlich der CT festgestellten Läsionen handle es sich lediglich um mässig- und nicht um hochgradige Läsionen, weshalb nicht von einer systematischen oder globalen Problematik auszugehen sei. Bei der Atherosklerose handle es sich um eine systematische Krankheit, unter welcher eine grosse Anzahl von Herz- und Gefässpatienten leide. Diesen werde ein Eingriff nicht verwehrt. Vielmehr wären, wenn der Argumentation der Beschwerdegegnerin zu folgen wäre, auch kardiologische Eingriffe bei Patienten mit Verkalkungen auf Grund einer Atherosklerose unzulässig. Mit der im Streite stehenden Behandlung würden indes nur die relevanten Läsionen behandelt. Zudem bestünde gegenwärtig keine wissenschaftliche Evidenz für das Argument der Beschwerdegegnerin, dass die Nebendiagnosen den Therapieerfolg der streitigen Behandlung gefährdeten (S. 1). Sodann stehe nicht fest, dass die Prognose durch einen koexistierenden Diabetes mellitus Typ I limitiert würde. Vielmehr stellten die arteriellen Obstruktionen eine hinreichende Erklärung für die Erektionsproblematik dar (S. 2).

4. 4.1

Gestützt auf die Beurteilungen durch Dr. Z.____

und pract . med. A.____ vom 24. September 2019 (vorstehend E. 3.3) sowie auf diejenige durch Prof. C.____ vom 16. Januar 2020 (vorstehend E. 3.5) steht fest, dass beim Beschwerdeführer Therapien der erektilen Dysfunktion mit

PDE-5-Inhibitoren (Tadalafil) und Prostaglandinen (Caverject) erfolglos geblieben waren beziehungsweise

keine adäquate Wirkung gezeigt haben. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Voraussetzung des Nichtansprechens auf eine Behandlung mit Phosphodiesterase-5-Hemmern des Anhang 1 der KLV für die streitige Behandlung vom Beschwerdeführer erfüllt wurde. 4.2

Sodann steht gestützt auf den Bericht von Dr. B.____ vom 10. November 2019 (vorstehend E. 3.4) fest, dass eine urologische Untersuchung des Beschwerdeführers Testosteronwerte im Normbereich und keine urologischen Ursachen der erektilen Dysfunktion, insbesondere keine Hinweise auf Entzündungen im Urogenitaltrakt, welche die Potenz negativ

beeinflussen könnten, ergab. Demzufolge ist auch die weitere Voraussetzung des Anhangs 1 der KLV eines vorgängigen Ausschlusses urologischer und hormoneller Ursachen der erektilen Dysfunktion beim Beschwerdeführer erfüllt. 4.3

Gemäss dem Bericht von

Dr. Z.____ und pract. med. A.____ vom 24. September 2019 (vorstehend E. 3.3) hätten die arteriellen Perfusionswerte im Penisbereich nach intrakavernöser Prostaglandin-Applikation unterhalb des Normwertes gelegen. Gleichzeitig seien duplexsonographisch keine Hinweise für eine venöse Leckage festzustellen gewesen. Zudem habe die durchgeführte CT atherosklerotische Obstruktionen pudendal ergeben, weshalb von einer arteriellen

beziehungsweise vaskulären Ursache der erektilen Dysfunktion auszugehen sei. Dem CT-Bericht der Ärzte des Zentrums Y.____ vom 17. September 2019 (vorstehend E. 3.2) ist denn auch zu entnehmen, dass eine CT und Angiographie des Thorax, Abdomens und Beckens des Beschwerdeführers Stenosen der Arteria

pudentia

interna links und rechts, einen vollständigen Verschluss im Alcockkanal links und eine filiforme Arteria

pudentia

interna im Alcockkanal rechts sowie Stenosen der Arteria

profunda

penis und der distalen Arteria

penis

communis

ergab. Demzufolge ist auch die weitere Voraussetzung der streitigen Behandlung des Anhangs 1 der KLV, wonach eine vaskuläre Ursache der erektilen Dysfunktion hämodynamisch mittels Duplexsonographie unter intrakavernöser

injiziertem Prostaglandin und bildgebend mittels CT oder Katheterangiographie nachgewiesen und dokumentiert sein muss, beim Beschwerdeführer erfüllt. 4.4

4.4.1

Bei der Prüfung der weiteren im Anhang 1 der KLV erwähnten Voraussetzung, wonach die Abklärung und die endovaskuläre Therapie durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Angiologie mit einem Fähigkeitsausweis gemäss dem «Fähigkeitsprogramm Sachkunde für dosisintensive Untersuchungen und therapeutische Eingriffe in der Angiologie, USGG, vom 1. Januar 2001, revidiert am 13. Januar 2004», oder durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Radiologie durchgeführt werden müssten, gilt es zu beachten, dass im «Fähigkeitsprogramm Sachkunde für dosisintensive Untersuchungen und therapeutische Eingriffe in der Angiologie, USGG, vom 1. Januar 2001, revidiert am 13. Januar 2004»

(www.bag.admin.ch; Referenzdokumente - KLV Anhang 1, endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion) erwähnt wird, dass gemäss Art.

E. 7

) beantragte die CSS die Abweisung der Beschwerde (S. 2), wovon dem Beschwerdeführer am 20. April 2022 Kenntnis gegeben wurde (Urk).

E. 7.1

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als weitere Bemessungskriterien nennen die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht sowie § 7 der

Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht).

Für unnötigen oder geringfügigen Aufwand einer Partei wird keine Prozessentschädigung zugesprochen (§ 8 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV

SVGer).

E. 7.2

Mit Eingabe vom 6. Mai 2022 (Urk. 10 S. 4) wurde ein Aufwand für die Rechtsvertretung von insgesamt 22.1 Stunden geltend gemacht. Der geltend gemachte zeitliche Aufwand in diesem Umfang und insbesondere die geltend gemachten Aufwände für das Verfassen der Beschwerde von 13.7 Stunden und für das Beschaffen von Beweismitteln von 2.2 Stunden erscheinen indes in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses mit Blick auf vergleichbare Verfahren nicht als angemessen. In Würdigung der gesamten Umstände erscheint vorliegend vielmehr ein zeitlicher Aufwand für die Rechtsvertretung von insgesamt 8.4 Stunden als angemessen und gerechtfertigt.

E. 7.3

Ausgangsgemäss hat der

vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und eines gerechtfertigten zeitlichen Aufwandes von 8.4 Stunden sowie eines gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der CSS Krankenversicherung AG vom 27. Januar 2022 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer

Anspruch auf anteilmässige Übernahme der Kosten einer endovaskulären Revaskularisation der peniszuführenden Arterien durch Prof. Dr. med.

C.____

oder durch eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt, welche die Voraussetzungen von Anhang 1 der KLV erfüllen, unter Auflage einer Teilnahme am Evaluationsregister « SwissPOWER » hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100. — (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Steudler - CSS
Kranken-Versicherung AG

unter Beilage einer Kopie von Urk. 10 - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 009

vom 11. September 2009 E. 4.3). Bei einer im Anhang 1 zur KLV vorgeschriebenen Einholung einer Kostengutsprache durch den Versicherer handelt es sich zudem nicht um eine Anspruchsvoraussetzung im einzelnen Leistungsfall, da sie in Art. 58h Abs. 1 lit. a KVG nicht als solche vorgesehen ist (Gebhard Eugster,

Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl., Basel 2016, S. 526 Rz. 302, zu Art. 58 Abs. 2 lit. a KVG, in der bis 31. März 2021 in Kraft gewesenen Fassung).

2.

E. 9

). Dazu nahm der Beschwerdeführer am 6. Mai 2022 (Urk. 10) ergänzend Stellung. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

Abs. 2 aStSV

musste für dosisintensive diagnostische Anwendungen neben einem Arzt Diplom zusätzlich ein entsprechender eidgenössischer Weiterbildungstitel, ein als gleichwertig

anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel oder eine gleichwertige Weiterbildung

in der entsprechenden diagnostischen Methode nachgewiesen werden. 4.4.2

Am 1. Januar 2018 ist die Strahlenschutzverordnung vom 26. April 2017 (StSV) in Kraft getreten. Gemäss deren Art. 182 Abs. 2 erfüllen die folgenden Personen, wenn sie eine entsprechende vom EDI geregelte Ausbildung im Strahlenschutz absolviert haben und die Fortbildungspflicht erfüllen,

die Voraussetzungen, um in ihrem Tätigkeitsbereich die Funktion als Strahlenschutz-Sachverständige auszuüben : - Ärztinnen und Ärzte sowie Chiropraktorinnen und Chiropraktoren mit einem entsprechenden eidgenössischen Weiterbildungstitel (lit . a) - Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte mit einem entsprechenden eidgenössischen Diplom (lit . b). - Medizinphysikerinnen und Medizinphysiker (lit . c) - Radiopharmazeutinnen und Radiopharmazeuten (lit . d). - diplomierte Radiologiefachfrauen und Radiologiefachmänner HF/FH (lit . e)

Gemäss Art. 1 Abs. 1 lit . c der Verordnung des EDI über die Aus- und Fortbildungen und die erlaubten Tätigkeiten im Strahlenschutz (Strahlenschutz-Ausbildungsverordnung) vom 26. April 2017 werden in dieser Verordnung insbesondere die anerkennungspflichtigen Aus- und Fortbildungen nach Art. 182 StSV geregelt.

Im Fähigkeitsprogramm (SIWF) «Strahlenschutz in der Angiologie (SGA)» vom 1. Januar 2022 (www.siwf.ch) wird erwähnt, dass die StSV

und die Strahlenschutz-Ausbildungsverordnung für die Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Röntgenuntersuchungen im mittleren und hohen Dosisbereich eine entsprechende Weiterbildung voraussetzen, und dass Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharztstitel Angiologie mit dem Erwerb des Fähigkeitsausweises «Strahlenschutz in der Angiologie (SGA)» belegen könnten, dass sie durch eine gezielte Weiter- und Fortbildung vertiefte Kenntnisse auf diesem Gebiet verfügen. Der Fähigkeitsausweis «Strahlenschutz in der Angiologie (SGA)» ersetze den Strahlenschutzteil des bisherigen Fähigkeitsausweises «Sachkunde für dosisintensive Untersuchungen und Eingriffe in der Angiologie (USGG)». Der neue Fähigkeitsausweis beinhaltet jedoch nicht nur die Kompetenz zur Benützung einer Röntgenanlage (frühere «Sachkunde»), sondern auch diejenige für das Betreiben einer Röntgenanlage in der Funktion als Strahlenschutz-Sachverständigen («Sachverständigen»). Andererseits enthält dieser neue Fähigkeitsausweis keine detaillierten Vorschriften zur Erlangung der Kompetenz angiologischer Interventionen mehr. Dafür sei der Fähigkeitsausweis «Interventionelle Angiologie (SGA)» neu geschaffen worden. 4.4.3

Dem Medizinalberuferegister (www.medregom.admin.ch) ist zu entnehmen, dass Prof. C.____, welcher das Kostengutsprache gesuch vom 16. Januar 2020 (Urk. 8/1 S. 3) verfasst hat, und welcher die streitige endovaskuläre Therapie beim Beschwerdeführer durchführen möchte, über einen Facharztstitel in Angiologie sowie über die Fähigkeitsausweise «Strahlenschutz in der Angiologie (SGA)» und «Interventionelle Angiologie (SGA)» verfügt. Demzufolge ist davon auszugehen, dass Prof. C.____ bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 27. Januar 2022 (Urk. 2) über diejenigen Fähigkeitsausweise verfügte, welche den bisherigen Fähigkeitsausweis «Sachkunde für dosisintensive Untersuchungen und Eingriffe in der Angiologie (USGG)» ersetzen, weshalb davon auszugehen ist, dass Prof. C.____ auch die entsprechende Voraussetzung des Anhangs 1 der KLV erfüllte. 4.5

In kardialer Hinsicht lässt sich dem CT-Bericht der Ärzte des Zentrums Y.____ vom 17. September 2019 (Urk. 8/1; vgl. vorstehend E. 3.2) entnehmen, dass die CT und Angiographie des Thorax, Abdomens und Beckens des Beschwerdeführers eine Coronarsklerose bei einer Herzgrösse im Normbereich und einem normalen Kaliber der Aorta ergeben hat. Dem Bericht von Dr. Z.____ und pract. med. A.____ vom 24. September

2019 (vorstehend E. 3.3) ist sodann zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer verschiedene kardiovaskuläre Risikofaktoren , insbesondere eine Dyslipidämie, ein Diabetes mellitus Typ 1 und eine symptomatische Atherosklerose bestünden, wobei die Dyslipidämie und die Atherosklerose medikamentös mittels eines Statins beziehungsweise Lipidsenkern (Simvasin) und der Diabetes mellitus mittels Insulin (Tresiba) behandelt würden. Da auch die arteriell bedingte erektile Dysfunktion ein koronar-arterielles Risiko äquivalent darstelle, werde der Beschwerdeführer aus sekundärpräventiv-angiologischer Sicht mittels Aspirin cardio behandelt . Auf Grund einer symptomatischen Atherosklerose und einer Hypercholesterinämie sei en die Einnahme eines Statins mit einer regelmässigen Kontrolle der Lipidwerte und eine Erhöhung der körperlichen Aktivität angezeigt. Die kardiovaskulären Risikofaktoren müssten regelmässig kontrolliert und eingestellt werden. Gemäss dem Bericht von Dr. B.____ vom 10. November 2019 (vorstehend E. 3.4) leide der Beschwerdeführer zusätzlich unter einer arteriellen Hypertonie , welche ein weiteres kardiovaskuläres Risikofaktor darstellt.

Nach Gesagtem hat der Beschwerdeführer auch die Voraussetzung des Anhangs 1 der KLV des Vorliegens einer Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlung erfüllt. 5. 5.1

Demzufolge steht fest, dass sämtliche im Anhang 1 der KLV für die Übernahme der Kosten einer endovaskulären Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion (unter der Auflage der Evaluation und der Teilnahme am Evaluationsregister « SwissPOWER ») erfüllt sind. Somit besteht grundsätzlich eine Leistungspflicht des Krankenversicherers, es sei denn, ihm gelinge im Einzelfall der Nachweis, dass die Therapie entgegen der durch die Aufnahme in die Liste geschaffenen Vermutung unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich wäre (vorstehend E.

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