



**Fall-Nr.:** KV 2018/7  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** KV - Krankenversicherung  
**Publikationsdatum:** 11.10.2019  
**Entscheiddatum:** 28.08.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 28.08.2019**

**Art. 25 Abs. 2 lit. b und Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG; Art. 73 KVV: Die Beschwerdegegnerin kann die Übernahme der Kosten für eine Testosteronbehandlung des Beschwerdeführers nicht gestützt auf das fehlende Kostengutsprachege such ablehnen. Die Beschwerdegegnerin hätte vor der Verneinung ihrer Leistungspflicht weitere medizinische Abklärungen in Auftrag geben oder den Beschwerdeführer bzw. dessen behandelnden Arzt zu weiteren Abklärungen anhalten müssen. Rückweisung zu weiteren Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. August 2019, KV 2018/7).**

**Entscheid vom 28. August 2019**

Besetzung

Einzelrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

KV 2018/7

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Haus zur alten Dorfbank,  
Dorfstrasse 33, 9313 Muolen,



gegen

**ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG**, Bahnhofstrasse 13, Postfach 15,  
7302 Landquart,

**Beschwerdegegnerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Martin Schmid, Hartbertstrasse 11, Postfach 611,  
7001 Chur,

Gegenstand

**Versicherungsleistungen (Testosteron-Behandlung mit Nebido)**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) erhielt am 17. Januar 2017 von Dr. med. B.\_\_\_\_, X.\_\_\_\_ AG, das Präparat Nebido als Injektionslösung verabreicht (act. G 5.3/2). Am 20. Februar 2017 ersuchte Dr. B.\_\_\_\_ bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Vertrauensarzt der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (nachfolgend: ÖKK), um Kostenübernahme für das Medikament Nebido unter Verweis auf die Diagnosen primärer und sekundärer Hypogonadismus sowie Diabetes mellitus. Dem Kostenübernahmegesuch legte Dr. B.\_\_\_\_ die Resultate einer Laboruntersuchung vom 10. Januar 2017 bei, bei welcher unter anderem die Testosteronwerte des Versicherten bestimmt worden waren (act. G 5.3/3). Mit Schreiben vom 28. Februar 2017 teilte Dr. C.\_\_\_\_ Dr. B.\_\_\_\_ mit, dass die Diagnose eines primären oder sekundären Hypogonadismus ohne Erklärungen und ohne Anamnese natürlich nicht ganz nachvollziehbar sei. Insbesondere liefere die einmalige Laboruntersuchung vom 10. Januar 2017 zwar einen Hinweis, gebe jedoch keine Sicherheit bezüglich des Vorliegens der Diagnose (act. G 5.3/4). Am 3. März 2017 informierte Dr. B.\_\_\_\_ Dr. C.\_\_\_\_ darüber, dass der Versicherte einen Diabetes indizierten Hypogonadismus habe, der nach den neuesten Guidelines zu behandeln sei (act. G 5.3/5). Mit Schreiben vom 10. März 2017 teilte die ÖKK Dr. B.\_\_\_\_ mit, dass sie das Gesuch um Kostenübernahme erneut sorgfältig geprüft habe, jedoch an ihrem



## St.Galler Gerichte

Entscheid vom 28. Februar 2017 festhalte. Sie lehne die Kostenübernahme für eine Testosteron-Therapie mit Nebido aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie aus der Zusatzversicherung ab (act. G 5.3/6).

**A.b** Am 5. Mai 2017 ersuchte der Versicherte die ÖKK um Erlass einer einsprachefähigen Verfügung (act. G 5.3/7), woraufhin die ÖKK das Dossier erneut ihrem vertrauensärztlichen Dienst für eine umfassende medizinische Beurteilung vorlegte (act. G 5.3/8 und 9). Pract. med. D.\_\_\_\_, Vertrauensarzt SGV, führte am 26. Mai 2017 aus, dass das Medikament Nebido in der Spezialitätenliste (SL) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) figuriere und in dieser mit einer sogenannten Limitatio belegt sei. Diese besage, dass ein Hypogonadismus vorliegen müsse und eine vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers erfolgt sein müsse. Die Limitatio sei vorliegend in zweierlei Hinsicht nicht erfüllt. Einerseits sei nachweislich kein vorgängiges Kostengutsprachege such zur Vergütung des Medikaments eingereicht worden. Andererseits sei ein Hypogonadismus unter Berücksichtigung der in einem Übersichtsartikel im Swiss Medical Forum 2015 enthaltenen Ausführungen medizinisch wissenschaftlich nicht nachvollziehbar, da die üblichen diagnostischen Schritte nicht objektiv ausgewiesen seien. Für die Anerkennung der Diagnose benötige es als Mindestvoraussetzung einen objektiven Nachweis, dass die Testosteronwerte im Serum erniedrigt seien. *Lege artis* werde die Bestimmung des Testosterons in zwei unabhängigen Untersuchungen zum gleichen Tageszeitpunkt in den frühen Morgenstunden durchgeführt. Beim Nachweis erniedrigter Testosteronwerte seien weitere differentialdiagnostische Überlegungen anzustellen respektive umfassendere Untersuchungen bei einem Endokrinologen in die Wege zu leiten. Vorliegend könne die Diagnose vertrauensärztlich nicht bestätigt werden. Eine Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung bestehe nicht (act. G 5.3/10). Am 24. November 2017 verfügte die ÖKK die Abweisung der Kostenübernahme für das Medikament Nebido, da die in der SL enthaltene Limitatio nicht erfüllt sei (act. G 5.3/12).

## **B.**

**B.a** Gegen diese Verfügung liess der Versicherte durch Rechtsanwalt Dr. utr. iur. K. Glavas, Muolen, am 20. Dezember 2017 Einsprache erheben mit der Begründung, er



benötige gemäss der Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ die Behandlung mit Nebido, da er zuckerkrank sei und sich das Medikament am besten eigne, um die Behandlung wirtschaftlich, zweckmässig und kostengünstig zu verfolgen (act. G 5.3/13). In einer Ergänzung der Einsprachebegründung vom 18. Januar 2018 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter ausführen, dass seit der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ fast ein Jahr vergangen sei und er davon ausgehe, dass die umstrittene Diagnose habe verifiziert werden können. Aus diesem Grund schlage er vor, Dr. med. E.\_\_\_\_, Urologie FMH, mit der Beurteilung zu befassen. Zudem liess er der ÖKK von Dr. B.\_\_\_\_ erhaltene Literatur weiterleiten (act. G 5.3/18).

**B.b** Am 31. Januar 2018 nahm pract. med. D.\_\_\_\_ zu den seitens des Versicherten eingereichten Unterlagen Stellung. Er hielt fest, dass sich den neu eingebrachten Dokumenten keine medizinischen Argumente dafür entnehmen liessen, dass die Limitatio der SL erfüllt sei. Ob die Diagnose eines primären oder sekundären Hypogonadismus gestellt werden könne, sei keine zeitlich bedingte Frage, sondern eine Frage der üblicherweise durchgeführten medizinischen Stufendiagnostik. Die vom Versicherten beigelegten Studien seien nicht zielführend, da die Wirksamkeit einer externen Testosteron-Substitution nicht zur Diskussion stehe. Vielmehr stelle sich die Frage, ob die vom BAG formulierte Limitatio erfüllt sei. Diese Limitatio sei als nicht erfüllt zu beurteilen, da die Diagnose eines primären oder sekundären Hypogonadismus beim Versicherten nicht mit der notwendigen medizinischen Sorgfalt ausgewiesen sei (act. G 5.3/20).

**B.c** Mit Einspracheentscheid vom 12. März 2018 lehnte die ÖKK die Einsprache unter Verweis auf die vertrauensärztliche Beurteilung von pract. med. D.\_\_\_\_ ab (act. G 5.3/21).

### **C.**

**C.a** Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsvertreter am 26. April 2018 Beschwerde erheben mit dem Rechtsbegehren, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die ÖKK (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, die Kostengutsprache für die Testosteronbehandlung mit Nebido zu vergüten. Eventualiter



sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Streitsache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie nach Abklärung der medizinischen Voraussetzungen über die Kostengutsprache neu entscheide; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

**C.b** Am 9. Mai 2018 liess der Beschwerdeführer durch seinen Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 10. April 2018 (act. G 3.1) einreichen (act. G 3). Dieser hatte darin festgehalten, dass aus den ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen ein sekundärer Hypogonadismus an sich bewiesen sei, wenn ihm allerdings auch nur eine einmalige Bestimmung von Testosteron bzw. freiem Testosteron vorliege. Das ganze klinische Bild mit Diabetes, Depression und Burnoutsymptomatik passe sehr wohl zu einem Hypogonadismus, sodass die Testosteroninjektionen mit einer entsprechenden Besserung der Symptomatik wohl lege artis sein dürften. Um dem seitens der Krankenversicherung gewünschten Formalismus nachzukommen, empfehle er, die Testosteronbestimmung mit den Gonadotropinen zwei Mal durchzuführen, wie es in den Guidelines empfohlen sei (act. G 3.1).

**C.c** In ihrer Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde unter gesetzlicher Entschädigungsfolge (act. G 5).

**C.d** Am 9. August 2018 liess der Beschwerdeführer durch seinen Rechtsvertreter beantragen, das gerichtliche Verfahren sei zu sistieren bis eine zweite Laboruntersuchung durchgeführt worden sei (act. G 9). Am 14. August 2018 teilte der verfahrensleitende Richter den Parteien mit, dass er ohne Gegenbericht bis zum 24. August 2018 dem Vorschlag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Folge geben werde (act. G 10). Am 4. Dezember 2018 hob der verfahrensleitende Richter die Verfahrenssistierung auf (act. G 11).

**C.e** In seiner Replik vom 17. Dezember 2018 liess der Beschwerdeführer die Ergebnisse von zwei weiteren Laboruntersuchungen vom 26. März und 11. Dezember 2018 einreichen und sinngemäss an seinen bisherigen Anträgen festhalten. Neu liess er beantragen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Untersuchungskosten, welche die umstrittene Diagnose bestätigten, zu übernehmen (act. G 12).



**C.f** In ihrer Duplik vom 25. Januar 2019 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren in der Beschwerdeantwort gestellten Anträgen fest (act. G 14). Weiter reichte sie medizinische Fachliteratur (act. G 14.1 ff.) sowie eine versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2019 ein. Darin war dieser weiterhin davon ausgegangen, dass die diagnostischen Kriterien für das Stellen der Diagnose Hypogonadismus nicht eingehalten worden seien (act. G 14.4).

**C.g** Mit Schreiben vom 10. April 2019 (act. G 16) liess der Beschwerdeführer durch seinen Rechtsvertreter die Resultate einer weiteren Laboruntersuchung vom 27. März 2019 einreichen (act. G 16.2). Überdies liess er dem Versicherungsgericht eine Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ vom 5. April 2019 zukommen, wonach aus dem letzten Laborbericht ersichtlich sei, dass sich der Beschwerdeführer in einem schweren Hypogonadismus befinde (act. G 16.1).

### Erwägungen

#### 1.

Gegenstand dieses Verfahrens bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten für die Testosteronbehandlung mit Nebido zu Recht abgelehnt hat.

#### 2.

Gemäss Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Für sämtliche Leistungen wird dabei vorausgesetzt, dass sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die von der Krankenversicherung zu übernehmenden Leistungen umfassen unter anderem auch die ärztlich verordneten Arzneimittel (Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG). Allerdings werden – von einigen Ausnahmen abgesehen (vgl. insbesondere Art. 71b und 71c der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]) – grundsätzlich nur diejenigen pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel vergütet, die in der sogenannten Spezialitätenliste (SL) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) aufgeführt



sind (vgl. Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG; BGE 139 V 377 E. 4.2; Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux (Hrsg.), Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2018, N 33 zu Art. 25). Die SL kann für ein Produkt zusätzlich eine Limitierung vorsehen, die sich insbesondere auf die Menge oder die medizinischen Indikationen beziehen kann (vgl. Art. 73 KVV). Diesfalls sind die pharmazeutischen Spezialitäten – wiederum von einigen Ausnahmen abgesehen (vgl. insbesondere Art. 71a KVV) – nur im Rahmen der in der SL enthaltenen Indikationen und Anwendungsvorschriften kassenpflichtig (BGE 142 V 327 ff. mit Hinweis; Gebhard Eugster, a.a.O., N 36 zu Art. 25).

### 3.

**3.1** Das Präparat Nebido ist unbestrittenermassen in der SL enthalten und zwar mit folgender Limitation: "Primärer und sekundärer Hypogonadismus. Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers" (vgl. act. G 5.3/1). Weiter steht fest, dass Dr. B.\_\_\_\_ das Medikament dem Beschwerdeführer bereits am 17. Januar 2017 (act. G 5.3/2) und somit noch vor der Einreichung des Kostenübernahmegesuchs vom 20. Februar 2017 (act. G 5.3/3) verabreicht hat. Da im vorliegenden Fall eine vorgängige Kostengutsprache durch einen Vertrauensarzt gefehlt hat, ist die in der SL vorgesehene Limitation nicht vollumfänglich erfüllt. Folglich stellt sich die Frage, ob der Beschwerdeführer das Recht auf die Vergütung des Medikaments Nebido allein aus formellen Gründen verwirkt hat.

**3.2** Das Bundesgericht hat diesbezüglich festgehalten, dass keine eigentliche Limitierung i.S.v. Art. 73 KVV vorliege, wenn die SL für die Arzneimittelabgabe die vorgängige Zustimmung des Vertrauensarztes verlange (BGE 129 V 42 f. E. 5.3.2; Gebhard Eugster, a.a.O., N 39 zu Art. 25). In einem älteren Entscheid hat es implizit zum Ausdruck gebracht, dass eine Vorschrift zur vorgängigen Einholung einer Kostengutsprache zwar durchaus zweckmässig sei, indem sie den Krankenversicherern die Möglichkeit zur Prüfung der medizinischen Indikation und der Wirtschaftlichkeit einer Leistung einräume, sich ihr Zweck aber letztlich auch darin erschöpfe. Das Bundesgericht hat in diesem Fall nämlich trotz fehlender vorgängiger Kostengutsprache die medizinische Indikation der Behandlung sowie deren



Wirtschaftlichkeit überprüft und die Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherung letztlich bejaht (RKUV 1984 Nr. K 566 S. 26 ff.). Demnach ist davon auszugehen, dass ein verspätet eingereichtes Kostengutsprachege such nicht zur Verwirkung des Anspruchs führt. Dies erscheint auch insofern richtig, als in einem Notfall eine Behandlung ohne vorgängige Kostengutsprache möglich sein muss. Die Beschwerdegegnerin kann die Übernahme der Kosten für die Testosteronbehandlung des Beschwerdeführers somit nicht gestützt auf das fehlende Kostengutsprachege such ablehnen.

#### 4.

**4.1** Weiter ist zu prüfen, ob die Verabreichung des Medikaments entsprechend der von der SL festgelegten Indikation erfolgt ist. Mit anderen Worten stellt sich die Frage, ob beim Beschwerdeführer die Diagnose Hypogonadismus vorliegt.

**4.2** Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht haben aufgrund des im Sozialversicherungsprozess herrschenden Untersuchungsgrundsatzes von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen). Das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist. Es hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit



eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 130 III 324 f. E. 3.2 und 3.3 und 138 V 221 E. 6). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352, E. 3a mit Hinweis; zum Ganzen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Mai 2018, KV 2016/8, E. 2.5 ff.). Um einen medizinischen Sachverhalt beurteilen zu können, ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (vgl. dazu BGE 125 V 261 E. 4; BGE 115 V 134 E. 2)

**4.3** Während Dr. B.\_\_\_\_ schon gestützt auf die erste Laboruntersuchung vom 10. Januar 2017 die Ansicht vertreten hat, die Diagnose Hypogonadismus liege vor (vgl. act. G 5.3/3 und 5), haben die Vertrauensärzte Dr. C.\_\_\_\_ und pract. med. D.\_\_\_\_ sich auf den Standpunkt gestellt, eine einzige Laboruntersuchung sei entsprechend den einschlägigen Guidelines nicht ausreichend, um die Diagnose stellen zu können (vgl. act. G 5.3/4 und 10). Auch Dr. E.\_\_\_\_ bringt im vom Beschwerdeführer eingereichten Bericht vom 10. April 2018 zum Ausdruck, dass die medizinischen Guidelines eine zweimalige Bestimmung normabweichender Testosteronwerte vorsähen, um die Diagnose eines Hypogonadismus stellen zu können (act. G 3.1). Aus diesem Grund hat sich der Beschwerdeführer im März und Dezember 2018 weiteren Laboruntersuchungen unterzogen (act. G 12.1). Auch unter Berücksichtigung der weiteren Laborergebnisse hat Dr. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2019 noch immer Zweifel am Vorliegen eines Hypogonadismus geäussert. So hat er ausgeführt, dass der Testosterontotalwert objektiv gesehen, mit oder ohne Substitution beim Beschwerdeführer im Normbereich liege. Es sei lediglich ein erniedrigter Wert des freien Testosterons vorhanden, wobei diese Diskrepanz von den behandelnden Ärzten nicht nachvollziehbar abgeklärt respektive erklärt worden sei. Dies sei insbesondere



deswegen zu bemängeln, da sich der Wert auch unter der Substitutionstherapie nicht normalisiert habe. Im Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass Laboruntersuchungen, die unter einer Hormontherapie vorgenommen worden seien, eine Veränderung aufwiesen und nicht als primär diagnostische Werte betrachtet werden könnten. Die Tatsache, dass die Testosteronwerte mit und ohne Therapie praktisch normwertig seien, während sich die freien Testosteronwerte mit und ohne Therapie im tiefen Bereich bewegten, bleibe grundsätzlich erklärungsbedürftig. Diesbezüglich fehlten Untersuchungen zu den Eiweissanteilen, welche Testosteron im Blut binden würden. Auch die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren nachgereichten Dokumente vermöchten die damals eingeleitete Therapie nicht als korrekt und notwendig zu bestätigen (act. G 14.4). Diese Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ lassen Zweifel am Bestehen der Diagnose Hypogonadismus aufkommen. Dazu kommt, dass die Akten keine Anhaltspunkte dafür liefern, dass neben Dr. B.\_\_\_\_ auch ein anderer Arzt die fragliche Diagnose beim Beschwerdeführer gestellt hat. Namentlich kann nicht behauptet werden, Dr. E.\_\_\_\_ habe die Diagnose bestätigt, da dieser nach den weiteren Laboruntersuchungen keine Stellungnahme mehr abgegeben hat (vgl. act. G 3.1). Das Gericht, bestehend aus medizinischen Laien, vermag nicht gestützt auf die vorhandenen Laborwerte über das Vorliegen der Diagnose zu befinden, zumal aus den medizinischen Berichten nicht klar hervorgeht, welches die für die Diagnosestellung einschlägigen Parameter (z.B. Gesamttestosteron oder freies Testosteron) sind und in den medizinischen Berichten auf unterschiedliche Guidelines verwiesen wird. Vielmehr ist es Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, die Laborwerte zu interpretieren und gestützt darauf über das Vorliegen eines Hypogonadismus zu befinden (vgl. E. 4.2). Dr. C.\_\_\_\_ hat zu Recht darauf hingewiesen, dass hierfür auch die laufende Testosteronbehandlung relevant sein könnte (vgl. act. G 14.4). Den Akten lässt sich, soweit ersichtlich, nicht entnehmen, bis wann die Testosteronbehandlung stattgefunden hat und wann sie allenfalls wieder abgesetzt worden ist. Darüber wird Dr. B.\_\_\_\_ bzw. der Beschwerdeführer allenfalls noch genauer zu befragen sein. Die Interpretation allfälliger Differenzen in den Laborbefunden, auf welche Dr. C.\_\_\_\_ hingewiesen hat, fällt ebenfalls in den Aufgabenbereich von Ärztinnen und Ärzten. Auch muss ärztlicherseits festgestellt werden, welche weiteren Untersuchungen notwendig sind, um die Diagnose eines Hypogonadismus bestätigen oder ausschliessen zu können (vgl. E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin kann ihre Leistungspflicht jedoch nicht einfach unter Hinweis auf



ungenügende Abklärungen seitens des behandelnden Arztes bzw. aufgrund ungeklärter Diskrepanzen in den Laborbefunden verneinen. Vielmehr ist sie gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, soweit möglich, einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; E. 4.2). Beweislosigkeit darf erst dann angenommen werden, wenn es sich als unmöglich erweist, einen solchen Sachverhalt festzustellen (vgl. E. 4.2). Ist die Beschwerdegegnerin gestützt auf die kreisärztlichen Ausführungen vom Bestehen eines Hypogonadismus noch nicht überzeugt gewesen, so hätte sie vor der Ablehnung des Leistungsgesuchs weitere medizinische Abklärungen in Auftrag geben oder den Beschwerdeführer bzw. dessen behandelnden Arzt zu weiteren Abklärungen anhalten müssen. Indem sie dies unterlassen hat, hat sie den Einspracheentscheid in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erlassen, weshalb dieser als rechtswidrig aufzuheben ist. Die Sache ist zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Bei der neuen Beurteilung wird die Beschwerdegegnerin auch die Laboruntersuchung vom 27. März 2019 zu berücksichtigen haben, zu welcher sich, soweit ersichtlich, noch kein Vertrauensarzt geäußert hat (vgl. act. G 16.2).

## 5.

**5.1** Zusammenfassend ist die Beschwerde einzelrichterlich (Art. 17 Abs. 2 Satz 4 des Gerichtsgesetzes des Kantons St. Gallen [sGS 941.1] i.V.m. Art. 10 Abs. 2 und Art. 18 des Reglements über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichts [OrgR; sGS 941.114]) insofern gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

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

**5.3** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Eine Rückweisung zur weiteren Abklärung ist als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten (BGE 132 V 235 E. 6.2). Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht



auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30<sup>bis</sup> HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint mit Blick auf die zahlreichen Eingaben bei gleichzeitig eher geringem Aktenumfang eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Keine Entschädigungspflicht besteht hinsichtlich der vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Akten, da der Beschwerdeführer keine Untersuchungen veranlasst hat, auf welche in diesem Verfahren entscheidungswesentlich hätte abgestellt werden können.

### Entscheid

im Verfahren gemäss Art. 18 OrgR

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.