

BL_GERICHTE 730 20 394/253 vom 16. September 2021

BL Gerichte, 2021-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_20_394_253

FR: BL_GERICHTE 730 20 394/253 du 16 septembre 2021

IT: BL_GERICHTE 730 20 394/253 del 16 settembre 2021

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Die Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt, sodass auf die vorliegende Beschwerde vom 6. Oktober 2020 eingetreten werden kann.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin verpflichtet ist, für die beidseitige Mammareduktionsplastik vom September 2020 Leistungen aus der obligatorischen Krankenversicherung zu erbringen. 3.1 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die Krankenversicherer im Falle der Krankheit (Art. 1a Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG] vom 18. März 1994) 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 Abs. 1 KVG). Als Krankheit gilt nach dem Gesetz 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 (Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 und Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG). 3.2 Wesentliche Begriffsmerkmale einer Krankheit sind demnach die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, verstanden als ein von der Norm abweichender Körper- oder Geisteszustand, sowie das Erfordernis einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung (BGE 129 V 32 E. 4.2.1). Nicht jede Abweichung von einem idealen Körperzustand ist als Krankheit im Rechtssinne zu qualifizieren. Die Beeinträchtigung muss eine gewisse Schwere aufweisen, damit ihr Krankheitswert zukommt. Auf übliche und erträgliche Abweichungen von Ideal- oder Normvorstellungen trifft dies nicht zu (Urteile des Bundesgerichts vom 11. Juli 2011, 9C_69/2011, E. 4.2.2 und vom 3. November 2005, K 92/05, E. 2.2.2, je mit weiteren Hinweisen). Behandlungsbedürftigkeit im Sinne von Art. 3 Abs. 1 ATSG liegt vor, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit die körperlichen und geistigen Funktionen in so beträchtlichem Masse einschränkt, dass die versicherte Person ärztlicher Hilfe bedarf, die Gesundung ohne medizinische Hilfe wahrscheinlich nicht oder nicht mit Aussicht auf Erfolg innert angemessener Zeit zu erreichen wäre, oder wenn ihr nicht zugemutet werden kann, ohne wenigstens den Versuch einer Behandlung zu leben (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2011, 9C_69/2011, E. 4.2.2) 3.3 Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2). Eine Leistung ist wirksam, wenn sie geeignet ist, das

angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen (BGE 128 V 159 E. 5c/aa, vgl. auch: BGE 137 V 295 E. 6.1). Die Zweckmässigkeit fragt 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 an der Missbrauchsgefahr (BGE 137 V 295 E. 6.2). Das Wirtschaftlichkeitserfordernis bezieht sich auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Diagnose- oder Behandlungsalternativen. Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante beziehungsweise diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Wo es nur eine Diagnose- oder Behandlungsmöglichkeit gibt, ist nach dem allgemeinen Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV] vom 18. April 1999) die Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht (BGE 136 V 395 E. 7.4 mit Hinweisen).

4.1 Obwohl die Mammareduktionsplastik im Anhang 1 zur Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVL) vom 29. September 1995 nicht explizit aufgeführt ist, ist ein solcher Eingriff unter bestimmten Bedingungen eine medizinische Leistung, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergüten ist. So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) entschieden, dass sich die Kostenübernahme für operative Eingriffe an der Brust, insbesondere Reduktionsplastiken bei Mammahypertrophie, Mammadysplasie oder Asymmetrie der Mammae nach der unter dem alten Krankenversicherungsgesetz (KUVG) gültig gewesenen Gerichts- und Verwaltungspraxis richtet (vgl. Urteil des EVG vom 29. Januar 2001, K 171/00, E. 2b mit weiteren Hinweisen). Hierbei sind jedoch die weiteren in Art. 32 Abs. 1 KVG statuierten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung zu beachten. Danach besteht eine Vergütungspflicht für die Kosten einer operativen Brustreduktion, wenn die Hypertrophie oder Dysplasie körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht und deren Behebung das eigentliche Ziel des Eingriffs ist. Entscheidend ist nicht das Vorliegen eines bestimmten Beschwerdebildes, sondern vielmehr, ob die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive, genügend zurückdrängen. Dabei genügt es, wenn sowohl die Beschwerden wie auch deren Kausalzusammenhang mit der Mammahypertrophie oder Mammahyperplasie nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sind. Die blosser Möglichkeit, dass ein bestimmtes Beschwerdebild vorliegt, ist sodann nicht ausreichend, ein Zusammenhang im streng wissenschaftlichen Sinn ist aber auch nicht erforderlich (vgl. dazu RKUV 2000 KV Nr. 138 S. 359 E. 3a mit Hinweisen; Urteile des EVG vom 24. März 2005, K 123/04, E. 2.2.1 und vom 29. Januar 2001, K 171/00, E. 2b; vgl. zudem auch BGE 130 V 299 E. 4 und 5).

4.2 Ebenfalls bereits unter altem Recht hat sich die Praxis herausgebildet, wonach eine Mammareduktionsplastik medizinisch indiziert ist und dem Erfordernis der Zweckmässigkeit genügt, sofern eine Gewebereduktion von gegen 500 g oder mehr beidseits vorgesehen ist bzw. durchgeführt wurde, wenn gleichzeitig Beschwerden geltend gemacht werden, die auf die Hypertrophie zurückgeführt werden können (könnten) und wenn keine Adipositas vorliegt. Dabei gilt eine Person als übergewichtig (adipös), wenn der Body Mass Index (BMI), also der Quotient von Körpergewicht (kg) und Körperlänge im Quadrat (m²), grösser als 25 ist (RKUV 1996 Nr. K 972 S. 3 ff. E. 5a-c mit Hinweisen).

Schliesslich ist für die Vergütung der Mammareduktionsplastik durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung von Bedeutung, ob konservative Massnahmen eine wirksame alternative Behandlungsmöglichkeit darstellen oder dargestellt hätten. Dabei ist unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit einer Leistung nicht in erster Linie die möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beschwerden entscheidend. Vielmehr ist danach zu fragen, ob das Ziel der Behandlung, mithin Beschwerdefreiheit und/oder Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionalität, objektiv erreichbar ist. Ist die Wirksamkeit einer alternativen Behandlungsmöglichkeit zu bejahen, stellt sich schliesslich die Frage, welche der beiden Leistungen die zweckmässigere ist, was je nachdem dazu führen kann, dass die Kostenübernahmepflicht für eine grundsätzlich wirksame Reduktionsplastik entfällt (vgl. BGE 130 V 299 E. 6.1 und 6.2.1.1).

5.1 Gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 43 ATSG) hat die verfügende Behörde bzw. das Gericht die Abklärung des Sachverhalts von Amtes wegen vorzunehmen. Danach haben sowohl der Sozialversicherungsträger als auch das Sozialversicherungsgericht von sich aus, ohne Bindung an die Parteibegehren, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Um die sich im Zusammenhang mit der Vergütung der Kosten einer Mammareduktionsplastik durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung stellenden Fragen beantworten zu können, ist die Krankenversicherung beispielsweise auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Dabei ist es deren Aufgabe, aufgrund von Anamnese, Befund und Diagnose die Notwendigkeit der Behandlung an sich sowie die in Betracht fallenden therapeutischen Möglichkeiten zu bezeichnen (vgl. Urteil des EVG vom 5. Juni 2003, K 46/02, E. 4.3.2).

5.2 Solche ärztlichen Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Dabei ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels, noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend. Die Krankenversicherungen oder ihre Verbände sind gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG verpflichtet, nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesgesellschaften Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen zu bestellen. Diese wiederum haben die Krankenversicherungen gemäss Art. 57 Abs. 4 und 5 KVG in medizinischen Fachfragen zu beraten und insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflichten zu überprüfen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig und weder die Krankenversicherung noch die Leistungserbringer können ihnen Weisungen erteilen. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (vgl. Gebhard Eugster, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR] XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016, Krankenversicherung, N 262 ff.). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist letztendlich aber entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 6

Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen verschiedene medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich

diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

E. 6.1

Mit Kostengutsprache gesuch vom 25. Februar 2019 diagnostizierte der behandelnde Arzt Prof. B. ____ eine chronische Wirbelsäulenüberlastung mit chronisch persistierendem Schmerzsyndrom, Schnürringen im Bereich der Schulter sowie chronisch persistierender Mastodynien bei bestehender Makromastie. Die Beschwerden würden sich überwiegend im Bereich der Halswirbelsäule und des Schultergürtels mit chronischen Verspannungen sowie Spannungskopfschmerz zeigen. Die Patientin sei unter anderem bei der Ausübung von Sport massiv eingeschränkt durch die Grösse der Brust und habe Probleme bei der Findung passender Konfektionsgrössen. Klinisch finde sich eine 155 cm grosse und 51 kg schwere Frau mit einer BH-Grösse von 70 E; die Mammae seien symmetrisch und sehr gross. Die von der Patientin angegebenen Beschwerden würden sehr gut mit der grossen Brust korrelieren und es sei mit Sicherheit von einer Kausalität auszugehen. Aufgrund der funktionell relevanten Beschwerden bestehe die medizinische Indikation zur Mammareduktionsplastik.

E. 6.2

Nachdem der Krankenversicherer mehrere Kurzberichte bei seinem Vertrauensarzt eingeholt hatte, ordnete er im Sinne einer Zweitmeinung eine Begutachtung der Versicherten an. Mit Gutachten vom 25. August 2019 führte Dr. med. C. ____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, aus, dass sich die Explorandin in einem sehr guten Allgemein- und Ernährungszustand befinde. Als Kind sei sie ausserordentlich sportlich gewesen. Nach der jetzigen Problematik befragt, würden als erstes die grossen Brüste seit dem Teenageralter genannt, welche zu Bemerkungen bei Begegnungen geführt hätten. Seit zwei Jahren sei es zu verstärkten Beschwerden, vor allem im Nacken- und Schulterbereich, seit einem Jahr auch zu Ausstrahlungen in beide Arme und Hände mit Hypästhesien und Parästhesien gekommen. Bei starken interscapulären Schmerzen komme es circa dreimal wöchentlich zur Ausstrahlung nach cranial, frontal bis zu den Augen. Die Explorandin habe von der Kindheit an bis 38-jährig unter Kopfschmerzen vom Migränetyp gelitten. Die Explorandin klage ferner über Schwarzwerden vor den Augen bei Blutentnahmen oder beim Hochhalten der Arme. In der klinischen Untersuchung falle eine abgeflachte Kyphose der Brustwirbelsäule auf sowie eine eingeschränkte Rotation, Inklination und Lateralneigung des Kopfes nach links. Neurologisch fänden sich keine Ausfälle, welche die Missempfindungen der oberen Extremitäten erklären könnten. In den radiologischen Befunden würden sich indessen Fehlformen der Hals- und Brustwirbelsäule zeigen beginnend mit linkskonvexer Torsion distal am Halswirbelkörper (HWK) 4 mit Übergang zu einer s-förmigen Skoliose der Brustwirbelsäule distal am Brustwirbelkörper (BWK) 2 mit Intensivierung der Torsion. Die Lordose der Halswirbelsäule sei unterhalb des HWK C 2 praktisch aufgehoben. Der untere Teil der Brustwirbelsäule sei leicht lordosiert. Es fänden sich damit genügend Hinweise, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit den geklagten Beschwerden der Patientin stünden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit stünden die vor allem ptotischen, leicht asymmetrischen, nicht schweren Mammae nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit den geklagten Beschwerden. Zur Abklärung der Missempfindungen der oberen Extremitäten werde eine neurologische Untersuchung vorgeschlagen, um ein Kompressionssyndrom auszuschliessen. Ebenfalls untersucht werden müsse die Möglichkeit eines Entrapments der Nervenwurzeln C 5 bis C 7 oder des

Plexus brachialis. Radiologisch hätten sich keine Halsrippen finden lassen. Ferner sei eine cerebrale Minderdurchblutung beim Hochheben der Arme und/oder beim Herunterschauen abzuklären.

E. 6.3

Mit Schreiben vom 9. September 2019 nahm der behandelnde Arzt Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, zur Zweitmeinung von Dr. C.____ Stellung und wies auf diverse Unkorrektheiten im Gutachten hin. So sei in der Anamnese fälschlicherweise festgehalten worden, dass die Patientin aufgrund einer 2007 eingetretenen Diskushernie arbeitsunfähig gewesen sei. Auch das Gewicht der Patientin sei unrichtig festgehalten worden. Die Patientin bestreite ausserdem ganz energisch, dass Bemerkungen über die Grösse ihrer Mammae zum Entschluss für eine Reduktionsplastik geführt hätten. Vielmehr sei dieser ausschliesslich auf die in den letzten Jahren zunehmenden Nackenschmerzen zurückzuführen. Die erwähnten Kopfschmerzen seien im Gegensatz zum Gutachten vor allem cervicogen und nicht vom Migränetyp. Das von der Patientin berichtete Schwarzwerden vor den Augen habe wahrscheinlich mit der Cervicalgie nichts zu tun, sondern sei orthostatisch bedingt bei arterieller Hypertonie. Klinisch liege kein Verdacht auf ein Subclavian-Steal-Syndrom oder Ähnliches vor, ebenso bestehe momentan keine radikuläre Problematik oder ein Entrapmentsyndrom. Für die vorgeschlagenen Abklärungen fehle es an klinischen oder anamnestischen Grundlagen.

E. 6.4

Am 14. Oktober 2019 äusserte sich auch Prof. B.____ kritisch zur Zweitmeinung vom 25. August 2019. Das Gutachten sei einerseits bezüglich der Fachrichtung zu hinterfragen, andererseits fehle es an einer konklusiven literaturgestützten Begründung für die Schlussfolgerungen.

E. 6.5

Die behandelnde Ärztin Dr. med. F.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte mit Sprechstundenbericht vom 19. März 2020 (1) eine chronische Cervicothoracalgie bei skoliotischer Fehlhaltung (s-förmige Skoliose konvex thoracal rechtsseitig, konvex thoracolumbal linksseitig mit grossbogiger leichter skoliotischer Fehlhaltung der LWS), diskret abgeflachter BWS-Kyphose, leicht verstärkter LWS-Lordose, Hypermobilität im Bereich der unteren Wirbelsäulenabschnitte, eher eingeschränkter Beweglichkeit in den thoracalen Abschnitten, mit intakter Sensomotorik, bei Mammahypertrophie beidseits mit konsekutiv ventralem Schub und Überlastung der Übergänge cervicothoracal (deutlich symptomatisch), thoracolumbal und lumbosacral mit multiplen Triggerpunkten; (2) eine chronische Cervicalgie bei Streckhaltung der HWS, bekannten deutlichen Osteochondrosen und Unkovertebralarthrose in den Segmenten HWK 5/6 und HWK 6/7 mit konsekutiv Bewegungseinschränkung für Rotation und Lateralflexion nach links betont, möglicher Reizsymptomatik der Wurzel C 5 und C 6 linksseitig, konsekutiv bei zusätzlicher ventraler Schubwirkung durch die Mammahypertrophie beidseits muskuläre Dysbalance cervicothoracal und cervico-occipital mit in der Folge Spannungskopfschmerz; (3) Mammahypertrophie beidseits sowie (4) Status nach entzündlichen Veränderungen Sternoclaviculargelenk linksseitig mit anhaltenden Beschwerden, vor allem bei Überkopfarbeiten und Heben von schweren Lasten. Durch die skoliotische Fehlhaltung der Patientin komme es zu einer Überlastung, vor allem auf der Höhe Th 8/9 mit dort Dysfunktion und aktiven Triggerpunkten im Bereich

der umgebenden Muskulatur. Hinzu komme die Steilstellung der HWS und dort auch deutlichen Osteochondrosen und Unkovertebralarthrose. Ungünstig auf diese vorhandene Fehlstatik wirke sich die deutliche Mammahypertrophie beidseits aus mit deutlichem ventralen Schub und konsekutiver muskulärer Überlastung des cervicothoracalen Übergangs und der thoracalen Muskulatur. Die Patientin könne von einer Mammareduktionsplastik sicherlich profitieren im Hinblick auf einen Schutz bzw. eine Entlastung der strukturellen Veränderungen der Wirbelsäule sowie der dadurch verbesserten Möglichkeit, gezielt trainieren zu können im Hinblick auf eine Verbesserung der muskulären Stabilisation in der Übergängen cervicothoracal, thoracolumbal und lumbosacral mit im Verlauf dann nachhaltiger Wirkung einerseits der Physiotherapie, andererseits des Eigentrainings.

E. 6.6

Mit Bericht vom 23. März 2020 führte Dr. F.____ im Nachgang eines am 17. März 2020 durchgeführten MRI der HWS und Schulter linksseitig aus, dass mit der bildgebenden Untersuchung zumindest aktuell primär ein Schulterproblem struktureller Natur habe ausgeschlossen werden können. Durch die muskuläre Dysbalance und die Überlastung des cervicothoracalen Übergangs bei Mammahypertrophie beidseits und protrahiertem Schultergürtel beidseits komme es regelmässig zu ausstrahlenden Schmerzen in den Schultergürtel. Zusätzlich begünstigend auf die Schmerzsymptomatik würden sich die degenerativen Veränderungen von HWK 4 bis 7 mit Einengung für die Wurzel C 5 linksseitig und foraminale Engen für die Wurzeln C 6 linksbetont und C 7 beidseits auswirken. Die Patientin sei sportlich sehr aktiv und versuche selbstständig im Heimprogramm detonisierende Massnahmen auch für den Nacken- und Schultergürtelbereich durchzuführen, was jedoch nicht zu einem andauernden Effekt führe. In der Zusammenschau sämtlicher klinischen Untersuchungsbefunde mit deutlicher Haltungsinsuffizienz bei ausgeprägter Mammahypertrophie beidseits und konsekutiver cervicothoracaler Überlastung sowie der Bildgebung empfehle Dr. F.____ eine Mammareduktionsplastik. Danach könne erwartet werden, dass die Patientin wieder vermehrt ein gezieltes Kraftaufbautraining für die Nacken- und Schultergürtelmuskulatur durchführen könne. Zusätzlich könne die Reduktionsplastik, einerseits durch die Gewichtsreduktion und dadurch Verminderung des ventralen Schubs, andererseits durch die Möglichkeit, vermehrt ein Kraftaufbautraining durchführen zu können, die bereits degenerativ veränderte Halswirbelsäule schützen.

E. 6.7

Im Rahmen des Einspracheverfahrens ordnete der Krankenversicherer eine rheumatologische Begutachtung bei Dr. D.____ an. Mit Gutachten vom 1. Mai 2020 stellte Dr. D.____ als Hauptdiagnosen ein chronisches multifaktorielles cervicales, linksseitig cervicospondylogenes und thoracales Schmerzsyndrom mit erheblicher myofasziärer Komponente bei deutlichen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, insbesondere Osteochondrosen C 5/6, C 6/7, intermittierend möglicher Reizung links, unter möglicher Mitbeteiligung der Mammahypertrophie sowie unter möglicher Mitbeteiligung einer s-förmigen Skoliose; eine Mammahypertrophie beidseits und ein Status nach Arthritis am Sternoclaviculargelenk links mit aktuell leichtem ossären Plus, nicht aktiviert, fest. Die Explorandin leide seit der Jugend, verstärkt jedoch seit circa drei Jahren an Schmerzen an der Brustwirbelsäule und unter dem Brustbein sowie seitlich der Wirbelsäule, im Nacken mit Ausstrahlung in die linke Schulter, den linken Arm sowie in die linke Hand. Bei starken

Beschwerden liefen die Schmerzen auch über den Kopf und helmartig um die Stirn. Sie gehe seit Anfang 2019 in die Physiotherapie und aktuell auch in die Osteopathie, eine Schmerzlinderung würde indes bloss einen halben bis einen Tag anhalten. Täglich absolviere sie ein Fitnessprogramm. Bis Mitte letztes Jahr habe sie diverse Schmerzmittel sowie Muskelentspannungsmittel eingenommen, aufgrund der Wassereinlagerungen habe sich das Brustgewicht jedoch erhöht. Die Ästhetik spiele bei ihrem Wunsch, eine Mammareduktionsplastik vornehmen zu lassen, eigentlich keine Rolle. In seiner Beurteilung hielt Dr. D._____ fest, dass es differenzialdiagnostisch - wie fast immer -kaum gelinge, Rücken- oder Nackenschmerzen monokausal zu erklären. Vorliegend würden Beschwerdelokalisation, Schmerzausstrahlung und Schmerzmodulation gut zu einer vertebralen Problematik im Kontext der degenerativen Veränderungen passen. Erschwerend komme eine klinisch eher fixiert anmutende Skoliose hinzu; die Bedeutung dieser Fehlstatik sei jedoch schwierig abzuschätzen, da solche Befunde Beschwerden verursachen können, aber keineswegs müssen. Zusätzlich müsse aufgrund der Beschwerden am Sternoclaviculargelenk die mögliche Diagnose einer Spondylarthropathie erwogen werden. Ausserdem liege eine gewisse Überbeweglichkeit insbesondere am Rücken vor. Die Klassifikationskriterien einer Hypermobilität seien nicht erfüllt. Die relativ isolierte Überbeweglichkeit am Rücken führe dazu, dass im Altersvergleich die Mobilität auch an der Halswirbelsäule gut sei und deshalb die ausgeprägten Abnutzungsverhältnisse unterschätzt würden. Eine Hypermobilität könne, müsse aber nicht, Beschwerden verursachen. Die früher beschriebenen Arthralgien seien unter einer glutenfreien Diät besser geworden und dürften keine Rolle mehr spielen. Entsprechend dem Vorbericht von Prof. B._____ liege eine Makromastie vor. Aus rheumatologischer Sicht beurteilte Dr. D._____ die Wahrscheinlichkeit einer Mitbeteiligung der Brustgrösse am Beschwerdebild als deutlich. Dies begründe sich durch die sichtbaren Schnürfurchen, das Verhältnis der Brustgrösse zum Gewicht, seiner persönlichen Einschätzung der Statik und im Speziellen auch durch die nachvollziehbare Beschwerdeschilderung der Versicherten, die keine Zeichen einer Überzeichnung oder eines sekundären Gewinns bezüglich der Fragen der Ästhetik zeige. Die Explorandin habe sehr kooperativ die konservativen Therapiemöglichkeiten durchgeführt. Psychische oder psychosoziale Belastungsfaktoren würden keine vorliegen. Zusammengefasst müssten die geschilderten Beschwerden somit multifaktoriell beurteilt werden. Im Vordergrund stünden die altersbezogen ausgeprägten degenerativen Veränderungen. Die Skoliose möge ebenfalls mitverursachend sein. Die Makromastie dürfe ebenfalls erheblich mitbeteiligt sein. Bezugnehmend auf die in der Schweiz allgemein anerkannten Vorgaben der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte würden folgende Kriterien für eine Reduktionsplastik sprechen: (1) Nacken-, Schultergürtel- und Rückenschmerzen trotz kooperativer und ausgedehnter Physiotherapie, Ausschöpfung der Analgetikaeinnahme, (2) disproportionale Brustgrösse im Vergleich zum Habitus, (3) BMI von 20.8 kg/m², (4) keine psychischen Beschwerden, (5) Schnürfurchen. Gegen eine Reduktionsplastik spreche das spezifische Rückenleiden. Die degenerativen Veränderungen im Segment C 5/6 und C 6/7 seien mit erheblicher Wahrscheinlichkeit am Beschwerdebild mitbeteiligt. In Bezug auf den Kausalzusammenhang wiederholt Dr. D._____, dass die Beschwerden eindeutig multifaktoriell erklärt werden müssten. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit führe eine Mammareduktionsplastik zu einer Besserung der Beschwerden. Er vermöge jedoch nicht, die Beschwerden überwiegend wahrscheinlich in einen Zusammenhang mit der Brustgrösse zu bringen.

E. 6.8

In den Akten finden sich ausserdem verschiedene Schreiben der behandelnden Physiotherapeutin und Osteopathin, worin über die konservativen Therapien der Beschwerdeführerin berichtet wird. 7.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte mit Einspracheentscheid vom 7. September 2020 eine Kostenübernahme der Mammareduktionsplastik durch die obligatorische Krankenversicherung ab. Gestützt auf die Gutachten von Dr. C.____ vom 25. August 2019 und von Dr. D.____ vom 1. Mai 2020 sowie auf den Bericht von Dr. F.____ vom 19. März 2020 stellte sie sich auf den Standpunkt, dass die Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich in einem Kausalzusammenhang mit der Brustgrösse zu sehen seien, da Degenerationen an der Halswirbelsäule, eine Spondylarthropathie und eine Skoliose für die Beschwerden mitursächlich seien. 7.2 Im vorliegenden Fall steht unbestritten fest, dass die Beschwerdeführerin die konservativen Massnahmen zur Beschwerdebehebung ausgeschöpft hat und das Kriterium des fehlenden Übergewichtes erfüllt. Zu Recht unbestritten ist unter den Parteien ausserdem, dass das Kriterium «Mindestgewicht des entnommenen Gewebes» trotz Unterschreiten des Richtwertes von 500g pro Brust aufgrund der geringen Körpergrösse und des schlanken Habitus der Beschwerdeführerin als erfüllt angesehen werden soll. Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob zwischen den geklagten Beschwerden und der Mammahypertrophie ein genügender Kausalzusammenhang besteht, mit anderen Worten, ob die Beschwerden auf die Mammahypertrophie zurückgeführt werden können oder könnten (E. 4.2 hiervor). Dabei handelt es sich um eine Tatfrage, zu deren Beantwortung medizinische Einschätzungen hinzuzuziehen sind (vgl. E. 5.1 hiervor). 7.3 Vom behandelnden Arzt Prof. B.____ wird der Kausalzusammenhang zwischen der Mammahypertrophie und den von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden eindeutig, jedoch ohne nähere Begründung bejaht. Demgegenüber stellt sich die zunächst von der Beschwerdegegnerin hinzugezogene Dr. C.____ auf den Standpunkt, dass die vor allem ptotischen, leicht asymmetrischen und nicht schweren Mammae in keinem ursächlichen Zusammenhang mit den Beschwerden stünden. Das Gutachten von Dr. C.____ vermag indes in verschiedener Weise nicht zu überzeugen, zumal sich darin diverse unrichtige Angaben und teilweise Widersprüche finden. Wie der behandelnde Hausarzt Dr. E.____ zutreffend festhält, finden sich in den Akten keinerlei Hinweise für die von der Gutachterin postulierten Verdachtsdiagnosen eines Subclavian-Steal-Syndroms, einer radikulären Problematik oder eines Entrapmentsyndroms. Der behandelnde Arzt machte ferner zu Recht auf diverse Unrichtigkeiten in der Anamnese aufmerksam. Die Gutachterin setzt sich in keiner Weise mit den übrigen bei den Akten liegenden Berichten und anderslautenden Einschätzungen auseinander. Dementsprechend wirkt auch die Betonung der von der Beschwerdeführerin erlebten negativen Bemerkungen über ihre Brustgrösse verzerrend. Solche Aussagen finden sich in keinem anderen Bericht. Die letztlich ungenügend begründeten Schlussfolgerungen in der Zweitmeinung vermögen nicht zu überzeugen.