

GR_GERICHTE S 2018 142 vom 4. März 2020

GR Gerichte, 2020-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2018_142

FR: GR_GERICHTE S 2018 142 du 4 mars 2020

IT: GR_GERICHTE S 2018 142 del 4 marzo 2020

Regeste

Versicherungsleistungen nach KVG | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 3

Hiergegen erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 13. November 2018 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und beantragte, der Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2018 sei aufzuheben und die Kostengutsprache für die Abdominalplastik zur Entfernung der Fettschürze zu gewähren.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich in der Beschwerde vor, dass eine zurückbleibende Fettschürze nach einer Gewichtsabnahme unstrittig Folge einer Krankheit sei, nämlich der behandlungsbedürftigen Adipositas. Die krankhafte Folgeerscheinung (psychischer Leidensdruck) sei entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin auch auf die Dermatochhalasis zurückzuführen, was Dr. med. D._____, Oberarzt, Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR), am 30. September 2018 (recte: 13. September 2018) klar festgestellt habe. Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2018 unter Ziff. 3 könne daher nicht gefolgt werden. Die diesbezüglichen Ausführungen stützten sich auf den vertrauensärztlichen Bericht von Dr. med. E._____ vom 17. August 2018, welche darin von falschem Sachverhalten ausgehe. In den Berichten der behandelnden Psychiater werde zu keinem Zeitpunkt von einer leichtgradig ausgeprägten abdominalen Dermatochhalasis und ebenso wenig von einer seit vielen Jahren bestehenden schweren Depression berichtet. Vielmehr werde festgehalten, dass es sich bei ihrer rezidivierenden depressiven Störung im Jahr 2009 um eine schwere, im Jahr 2010 um eine mittelgradige und im Jahr 2016 um eine leichte Episode gehandelt habe. Dass ihr psychisches Leid nichts mit den Folgen der Magenbypassoperation und der daraus resultierenden Fettschürze zu tun habe, sondern einzig und allein auf die vorher bereits existierende schwere Depression zurückzuführen sei, bestätigten ihre behandelnden Ärzte nicht. Die fälschliche Annahme einer leichtgradig ausgeprägten abdominalen Dermatochhalasis solle zudem suggerieren, dass gar kein Krankheitswert vorliege, sondern es sich ausschliesslich um ästhetische Beeinträchtigungen handle. Der plastische Chirurg Dr. med. C._____ habe in seinem Bericht vom 25. April 2018 eine postbariatrische abdominale Dermatochhalasis nach massiver Gewichtsreduktion

- 5 - diagnostiziert. Aus dieser Diagnose lasse sich keine leichtgradig ausgeprägte abdominale Dermatochhalasis ableiten. Folglich beurteile die Beschwerdegegnerin den Zusammenhang zwischen dem psychischen Leiden und den Hautüberschüssen falsch und spreche den Beschwerden der Beschwerdeführerin zu Unrecht den Krankheitswert und die

Kausalität zwischen Fettschürze und psychischem Leid ab. Sodann halte Dr. med. D._____ entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin, wonach die Durchführung einer Abdominalplastik den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht langfristig, relevant und nachhaltig verbessern könne, fest, dass eine Besserung der Symptomatik durch die Operation grundsätzlich möglich sei, jedoch eine eindeutige Prognose nicht immer möglich sei. Ferner könne die depressive Symptomatik nur durch die vorgesehene Abdominalplastik geheilt werden, nicht hingegen durch vor- teilhaftere Kleidung. Vorliegend sei die Abdominalplastik gemäss Dr. med. C._____ medizinisch indiziert und daher zweckmässig sowie wirksam. Mit der Indikation habe sich die Beschwerdegegnerin nicht auseinandergesetzt. Im Weiteren seien die Psychotherapien im Vergleich zu einer Abdominalplastik von ca. Fr. 10'000.-- wesentlich teurer, weshalb die gewählte Behandlung in Form einer Operation auch wirtschaftlich sei. Die Wirtschaftlichkeit habe die Beschwerdegegnerin ebensowenig abgeklärt. Unstreitig sei schliesslich, dass in casu ein mehrschichtiges Ursachenspektrum vorliege, was die Beurteilung der Kausalität und Zweckmässigkeit der Abdominalplastik nicht einfach mache. Diese Situation hätte gewissenhafte Abklärungen durch ein medizinisches Gutachten bedingt. So sei nicht abgeklärt worden, inwieweit die Fettschürze nur eine vernachlässigbare Beteiligung am psychischen Leiden darstelle oder eben mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am Beschwerdebild, wenn auch nur teilweise, wesentlich teilnehme.

E. 3.2

Dieser Argumentation hält die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort entgegen, die Beschwerdeführerin mache einzig geltend, dass ein

- 6 - psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliege. Unbestritten sei demnach, dass die Fettschürze objektiv nicht entstellend und kein physisches Leiden mit Krankheitswert vorliege. Sodann sei der Einwand, die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin gehe von falschen Sachverhalten aus, unangebracht. Tatsache und aktenkundig sei, dass die Beschwerdeführerin bereits seit Ende 2008 an einer chronifizierten affektiven Erkrankung leide. So sei sie bereits vor dem Gewichtsverlust in den Jahren 2009 und 2010 dreimal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen und in den nachfolgenden Jahren seien ebenfalls stationäre psychiatrische Behandlungen in einer Tagesklinik erfolgt. Des Weiteren beziehe die Beschwerdeführerin seit August 2008 (recte: 2009) bis heute eine Invalidenrente. Aus diesen Gründen könne auch offen bleiben, ob es sich um eine leicht- oder mittelgradig ausgeprägte abdominale Dermatochalasis handle. Da ferner gerade nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bewiesen sei, dass zwischen dem psychischen Leiden und der Fettschürze die erforderliche Kausalität bestehe, könne nicht davon ausgegangen werden, dass nach der Abdominoplastik zur Entfernung der Fettschürze keine weiteren ambulanten und/oder stationären Psychotherapien mehr notwendig sein würden. Die Argumentation, wonach die Psychotherapien im Vergleich zu einer Abdominoplastik wesentlich teurer seien, verfängt somit nicht. Im Übrigen räume die Beschwerdeführerin selbst ein, dass im konkreten Fall ein mehrschichtiges Ursachenspektrum vorliege, was die Beurteilung der Kausalität und der Zweckmässigkeit der Abdominalplastik nicht einfach mache. Zusammenfassend sei schliesslich festzuhalten, dass vorliegend weder ein körperliches noch ein kausales psychisches Leiden mit erforderlichem Krankheitswert ausgewiesen sei und sich die Bauchhaut auch nicht als objektiv entstellend erweise. Die Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten der geplanten Abdominoplastik zur Entfernung der Fettschürze seien demnach nicht erfüllt.

E. 4

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2018 beantragte die B._____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde.

E. 4.1

Nach Art. 24 Abs. 1 i.V.m. Art. 25 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der

- 7 - Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Art. 25 Abs. 2 KVG enthält einen Katalog von Leistungen, die unter die Übernahmepflicht der Krankenversicherer fallen. Als Pflichtleistung aufgeführt sind unter anderem die von einem Arzt oder einer Ärztin ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (lit. a Ziff. 1) sowie der Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. e).

E. 4.2

Die Übernahmepflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG).

E. 4.3

Eine Krankheit ist gemäss Art. 3 Abs. 1 ATSG 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. Die gesundheitliche Störung wird durch ein pathologisches Geschehen verursacht oder hat – anders ausgedrückt – eine medizinische Grundlage. Das subjektive "Sichkrankfühlen" erfüllt für sich allein den Krankheitsbegriff im Rechtssinn noch nicht. Die Störung oder Beeinträchtigung der Gesundheit muss so gewichtig sein, dass eine medizinische Behandlung oder doch Untersuchung nötig ist bzw. dass eine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die Behandlungsnotwendigkeit oder das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit muss objektiv durch den Arzt oder die Ärztin festgestellt werden. Das Sozialversicherungsrecht verlangt somit eine durch Medizinalpersonen objektivierbare und festgestellte Beeinträchtigung der Gesundheit, damit eine Leistung beansprucht werden kann (vgl. LOCHER/GÄCHTER, Grundriss

- 8 - des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, S. 72 f.). Die Trennlinie zur Nichtkrankheit wird in der Rechtsprechung vielfach mit dem Begriff des Krankheitswerts gezogen. Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss ein gewisses Mindestmass erreichen, d.h. eine gewisse Schwere aufweisen, um Krankheitswert zu erlangen bzw. das Krankheitskriterium der Behandlungsbedürftigkeit zu erfüllen (vgl. EUGSTER, in: STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2018, Art. 1a Rz. 6 mit Hinweisen).

E. 4.4

Im Allgemeinen besteht eine Kostenübernahmepflicht des Krankenversicherers für die Behebung ästhetischer Mängel, wenn ihnen Krankheitswert zukommt, weil sie an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung speziell empfindlichen Körperteilen auftreten und

in einem erheblichen Mass von der Ideal- und Normalvorstellung abweichen und infolgedessen als entstellend empfunden werden (vgl. E.4.5.1 f. hernach); oder wenn sie Beschwerden mit Krankheitswert im Rechtssinne verursachen (vgl. E.4.6.1 ff. nachfolgend). 4.5.1. Nach der Rechtsprechung hat der Krankenversicherer unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten der operativen Behandlung sekundärer krankheits- und unfallbedingter Beeinträchtigungen, insbesondere äusserliche Verunstaltungen vor allem an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung speziell empfindlichen Körperteilen, namentlich im Gesicht, zu übernehmen. Dies wenn die äusserliche Verunstaltung ein gewisses Ausmass erreicht und sich durch eine kosmetische Operation beheben lässt, der Versicherer auch für die primären Unfall- oder Krankheitsfolgen leistungspflichtig war und sich die durchgeführte kosmetische Operation in allgemein üblichen Grenzen sowie im Rahmen der Wirtschaftlichkeit hält. Gerade im Zusammenhang mit Mammaptose, Bauchfettschürzen und Hauterschaffung an den Oberschenkeln nach Gewichtsabnahme hat das Bundesgericht klargestellt, dass sich grundsätzlich nach objektiven

- 9 - Kriterien beurteilt, ob ein ästhetischer Mangel als entstellend zu bezeichnen ist. Dazu gehört die gesellschaftliche Anschauung. Ebenfalls von Bedeutung ist, inwiefern sich der von der Norm abweichende Zustand aus ästhetischen Gründen negativ auf das Erwerbsleben auswirkt. Mit Blick auf das Gebot der Gleichbehandlung der Versicherten (Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG und Art. 8 Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]) ist von einem engen Begriffsverständnis von "entstellend" auszugehen. Subjektive Faktoren, insbesondere die persönliche Anschauung, haben ausser Acht zu bleiben. Ihnen wird bei der Frage Rechnung getragen, ob der ästhetische Mangel körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht, welche mit der Behebung des zugrundeliegenden Mangels beseitigt werden können. Im Lichte dieser Grundsätze hat das Bundesgericht verschiedentlich erkannt, dass Mammaptosen, Fettschürzen und Hauterschaffungen an den Oberschenkeln in aller Regel nicht als entstellend bezeichnet werden können (vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_319/2015 vom

E. 4.6

Es bleibt somit zu prüfen, ob die abdominale Dermatochalasis zu krankhaften Folgeerscheinungen – körperliche Beschwerden oder Funktionseinbussen mit Krankheitswert oder einer krankheitswertigen Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens – geführt hat. Dabei stehen vorliegend die psychischen Leiden der Beschwerdeführerin im Vordergrund.

E. 4.6.1

Soweit ein ästhetischer Mangel Beschwerden mit Krankheitswert im Rechtssinne verursacht, stellt die medizinische Behandlung dieser krankhaften Folgeerscheinung durch operative Behandlung des ästhetischen Mangels als der eigentlichen Krankheitsursache eine Pflichtleistung der Krankenkasse dar. Voraussetzung ist, dass die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive genügend zurückdrängen. In solchen Fällen stellt die (operative) Beseitigung des ästhetischen Mangels eine Pflichtleistung dar, wenn das Ziel dieser Behandlung nicht primär die Beseitigung des ästhetischen Mangels, sondern die Behebung der hierdurch verursachten physischen oder psychischen Beschwerden ist. Dabei genügt es, wenn sowohl die Beschwerden wie auch deren Kausalzusammenhang mit dem ästhetischen Mangel nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sind; die blossе Möglichkeit ist nicht ausreichend (vgl. BGE 121 V 211 E.4 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 9C_890/2015 vom 14. April 2016 E.3.3, K 135/04 vom 17. Januar 2006 E.1, K 85/99 vom 25. September 2000 E.3a; Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 14 1 vom 16. Dezember

- 11 - 2014 E.4c). Die dargelegten Grundsätze gelten auch in Bezug auf die operative Entfernung von Hautfalten nach einer Gewichtsreduktion (vgl. Urteil des Bundesgerichts K 135/04 vom 17. Januar 2006 E.1 in fine). Für eine Kostenübernahmepflicht reicht dabei aus, dass der ästhetische Mangel überwiegend wahrscheinlich zumindest teilweise in Zusammenhang mit den krankheitswerten Beschwerden steht (vgl. Urteil des Bundesgerichts K 85/99 vom 25. September 2000 E.3a und 5b).

E. 4.6.2

Vorliegend geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin über eine weit zurückliegende Geschichte vornehmlich psychischer Erkrankungen verfügt. Sie bezieht eine Invalidenrente (ab 1. August 2009 eine volle Rente, ab 1. November 2017 eine Dreiviertelsrente) und arbeitet bei der F._____ " und im G._____ (vgl. beschwerdeführerische Akten [Bf- act.] 8, 9 und Beschwerde vom 13. November 2018 S. 4). In den Jahren 2009 und 2010 befand sie sich dreimal in stationärer psychiatrischer Behandlung. Aus den entsprechenden Arztberichten der PDGR geht zusammenfassend hervor, dass die Beschwerdeführerin seit Mitte 2008 an einer ausgeprägten depressiven Symptomatik leidet, wobei eine rezidivierende depressive Störung mit zunächst schweren Episoden (ICD- 10: F33.2) und sodann mittelgradigen Episoden (ICD-10: F33.1) diagnostiziert wurde. Als Nebendiagnose führten die behandelnden Ärzte jeweils eine Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr (ICD-10: E66.0) an (vgl. Bf-act. 4, 6 und 7). Im Rahmen der durchgeführten Eigenanamnese hielt die Beschwerdeführerin ausserdem fest, dass sie bei einem Autounfall im Jahre 1993 ein Schleudertrauma erlitten und 1996 bzw. 1998 zwei schwere Geburten gehabt habe, wobei ihre Söhne nach der Entbindung intensiv hätten betreut werden müssen. Zudem fügte sie an, dass sie seit Beginn der depressiven Erkrankung 20 kg zugenommen habe, was sie stark belaste (vgl. Bg-act. 6 S. 1 f.). Im letzten Austrittsbericht der PDGR führten die behandelnden Ärzte aus, dass sich bei der Beschwerdeführerin immer noch deutliche Residuen der erlittenen schweren depressiven

- 12 - Episode zeigten, sie aber den Umständen entsprechend einigermaßen restabilisiert, wenn auch noch nicht stabil sei, weshalb eine engmaschige weitere ambulante und medikamentöse Behandlung erfolgen werde (vgl. Bf-act. 4 S. 2).

E. 4.6.3

Aktenkundig ist sodann ein Verlaufsbericht von Dr. med. von H._____, Chefärztin, PDGR, vom 23. Mai 2016, in welchem folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) sowie vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (ICD-10: F42.0). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte die Ärztin unter anderem eine Adipositas Grad II (BMI 35.6 kg/m²) mit assoziierten Problemen (Gelenksbeschwerden Knie beidseits, lumbale Rückenschmerzen, grenzwertige Hypertonie [ICD-10: E66.91]) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) bei Status nach Autounfall mit

Schleudertrauma im Jahr 1993 fest. Im Rahmen der Beschreibung der Diagnosen führte Dr. med. von H. _____ aus, dass seit 2011 eine generalisierte Angststörung bestehe, welche zunächst in Zusammenhang mit der Depression gesehen worden sei, die sich aber jetzt nach Abklingen der Depression stärker in den Vordergrund stelle und den psychischen Zustand bestimme. Ähnlich verhalte es sich mit den Zwangsgedanken, die ein Muster darstellten, um einerseits die Ängste unter Kontrolle zu halten und andererseits mit einer anankastischen Persönlichkeitsstruktur vereinbar seien, die nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreiche. Aktuell sei die Depression höchstens leichtgradig (rasche Ermüdbarkeit, leichte Antriebsstörung). Darum könnten die Ängste und Zwangsgedanken nicht der Depression zugeordnet werden (vgl. Bf-act. 5 S. 1 f.). Der Verlaufsbeschreibung ist zudem zu entnehmen, dass ein weiterer Fokus der Behandlung die seit langem bekannte Adipositas sei, welche die Beschwerdeführerin subjektiv sehr störe. Seit der Intensivierung der

- 13 - ambulanten Psychotherapie ab 2012 liege der Fokus einerseits auf konkreten Zielsetzungen und Handlungsanweisungen für Alltagsaktivitäten und andererseits auf der Aufarbeitung von inneren psychischen Konflikten rund um das Thema Angst, vor allem im Zusammenhang mit Lebensereignissen und Erfahrungen (Autounfall, schwere Geburten, Krankheit des Bruders in der Kindheit, aktuelle Krebserkrankung der Mutter), sowie der Bearbeitung von emotionalen Reaktionen. Dadurch hätten im letzten Jahr kleine Fortschritte erzielt werden können. Nach wie vor stünden diverse Ängste wie Zukunfts- und Katastrophenängste oder konkrete Ängste (Angst unter vielen Leuten, Angst, sich in der Öffentlichkeit zu zeigen) neben der Behandlung der Adipositas im Fokus der Therapie (vgl. Bf-act. 5 S. 2 f.). Betreffend Prognose hielt Dr. med. von H. _____ fest, dass nicht mit einer raschen Besserung des Gesundheitszustands gerechnet werde (vgl. Bf-act. 5 S. 4).

E. 4.6.4

Nach der am 22. Juli 2016 durchgeführten Magenbypassoperation diagnostizierte Dr. med. C. _____ eine postbariatrische abdominale Dermatocalasis nach massiver Gewichtsreduktion von initial 109.8 kg (BMI 35.6 kg/m²) auf aktuell 66 kg (BMI 21.6 kg/m²). Sein Kostenübernahmegesuch vom 25. April 2018 begründete er zum einen damit, dass als Folge der massiven Gewichtsreduktion ein Hautüberschuss entstanden sei, welcher die Beschwerdeführerin einschränke, und zum anderen mit einer dadurch bedingten Verschlechterung der vorbestehenden psychischen Erkrankung der Beschwerdeführerin, wobei er auf den Arztbericht von Dr. med. D. _____ vom 6. April 2018 verwies (vgl. Bf-act. 11). Darin wird betreffend Verlauf ausgeführt, dass sich die Situation der Beschwerdeführerin, nachdem sie jahrelang an einer schweren Depression und verschiedenen Ängsten gelitten habe, im Jahr 2013 langsam etwas stabilisiert habe. Es habe aber noch etwa drei Jahre gedauert, bis die Beschwerdeführerin wieder einigermaßen rehabilitiert gewesen sei und sich wieder unter Menschen getraut habe. Da die Beschwerdeführerin durch die Depression

- 14 - adipös geworden sei, habe im Jahr 2016 ein bariatrischer Eingriff stattgefunden, infolgedessen sie innerhalb eines Jahres 45.5 kg verloren habe. Neben intermittierenden Kopfschmerzen aufgrund eines operierten Halswirbelbruchs leide sie stark unter den residualen Hautlappen. Sie schäme sich vor ihrem Partner, müsse mit Kleidern darauf Rücksicht nehmen und fühle sich trotz der verlorenen Kilos in ihrem Körper nicht wohl. Im Rahmen der Beurteilung führte Dr. med. D. _____ aus, es sei zu befürchten, dass sich die Depression wieder verschlechtere, da das Körperschema gestört sei und die Beschwerdeführerin neben ihren Nackenschmerzen sehr unter der Fettschürze leide (vgl.

Bf-act. 15).

E. 4.6.5

Für die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E._____, war die Argumentation von Dr. med. D._____, wonach sich das psychiatrische Krankheitsbild durch die bestehende Fettschürze verschlechtern könne, nicht nachvollziehbar. Sie hielt in ihrer Stellungnahme vom 17. August 2018 diesbezüglich fest, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren – also auch vor dem Gewichtsverlust – unter einer schweren depressiven Erkrankung und Ängsten leide. In Anbetracht der Krankheitsgeschichte könne nicht überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass sich die Abdominoplastik relevant und nachhaltig positiv auf den Heilungsverlauf der Beschwerdeführerin auswirken werde bzw. dass nach der Abdominoplastik keine oder relevant weniger psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlungen erforderlich sein würden (vgl. Bg-act. 6).

E. 4.6.6

In seinem Arztbericht vom 13. September 2018 führte Dr. med. D._____ auf spezifische Anfrage der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hin weiter aus, dass aus psychiatrischer Sicht zum Zeitpunkt der präoperativ interdisziplinären Abklärung der Beschwerdeführerin ein ausgeprägter Leidensdruck bezüglich der Adipositas bestanden habe. Die Symptome der psychischen Erkrankung hätten sich ab 2015 sukzessive stabilisiert. Nach der bariatrischen Operation im Juli 2016 habe sich der psychische Zustand - 15 - der Beschwerdeführerin zunächst weiterhin verbessert. Im letzten Jahr habe die Beschwerdeführerin aber vermehrt unter dem Körperempfinden in Bezug auf die postoperativ entstandenen Hautlappen gelitten. Es sei zu einer neuerlichen Exazerbation der Depression gekommen. Aktuell stellten die Folgen der bariatrischen Operation einen wesentlichen aufrechterhaltenden Faktor für die psychischen Symptome dar. Die Hautlappen stellten einen wesentlichen Belastungsfaktor (Ästhetik, Körpergefühl, Partnerschaft) für die Exazerbation und Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik dar. Grundsätzlich könne durch eine Eliminierung oder Verminderung des Einflusses von Belastungsfaktoren eine Besserung der Symptomatik ermöglicht und damit auch der notwendige therapeutische Aufwand reduziert werden. Es sei aber darauf hinzuweisen, dass affektive Störungen in der Regel als multifaktoriell bedingte Erkrankungen verstanden werden sollten und daher monokausale Attributionen in Bezug auf die Prognose nicht immer eindeutig möglich seien (vgl. Bf-act. 3).

E. 4.6.7

Dieser letzten Aussage von Dr. med. D._____ stimmte die Vertrauensärztin Dr. med. E._____ in ihrer Stellungnahme vom 17. Oktober 2018 zu. Sie hielt zudem fest, dass das psychische Leiden der Beschwerdeführerin in seiner Schwere und Gesamtheit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den ästhetischen Mangel zurückführen sei. Vielmehr sei der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in seiner Gesamtheit durch die Kombination aus chronischen Schmerzen mit dem psychischen Grundmorbus (Depression, generalisierte Angststörung mit Zwangsgedanken und Grübelzwang, posttraumatische Belastungsstörung) geradezu dafür disponiert, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine langfristige psychiatrische Behandlung erforderlich sein werde. Das Aussehen, also die stammbetonte Fettleibigkeit mit suprapubischer Fettschürze trete dabei in ihrer Kausalität für die psychische Stabilität vergleichsweise in den Hintergrund.

Insgesamt könne das psychische Leiden der Beschwerdeführerin

- 16 - nicht mit guten Aussichten durch die Abdominoplastik langfristig verbessert werden (vgl. Bg-act. 3).

E. 4.6.8

Aufgrund der dargelegten medizinischen Sachlage kann entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung als erstellt gelten, dass die abdominale Dermatochalasis nicht ursächlich für die psychischen Leiden der Beschwerdeführerin ist, sondern insbesondere die depressive Symptomatik vorbestehend war und zu einer erheblichen Gewichtszunahme geführt hat, die durch eine bariatrische Operation korrigiert werden musste, in deren Folge die abdominale Dermatochalasis aufgetreten ist. Dennoch griffe es zu kurz, bereits gestützt darauf die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu verneinen, reicht es dafür doch rechtsprechungsgemäss aus, dass der ästhetische Mangel überwiegend wahrscheinlich teilsächlich für die krankheitswerten Beschwerden ist. Bei einer vorbestehenden psychischen Erkrankung ist gemäss den dargelegten Grundsätzen des Bundesgerichts – in analoger Anwendung – aber immerhin zu verlangen, dass der ästhetische Mangel zu einer massgeblichen Verschlechterung der psychischen Beschwerden führt und mit dessen (operativen) Beseitigung die Behebung dieser Leiden bezweckt wird (vgl. E.4.6.1 hiervor).

E. 4.6.9

Zunächst erscheint es nachvollziehbar und wird auch von keiner Seite angezweifelt, dass die abdominale Dermatochalasis für die Beschwerdeführerin belastend ist. Auch erscheint es im Allgemeinen nicht abwegig, wenn solche Umstände in bestehende affektive Störungen, die gemäss einhelliger (vertrauens-)ärztlicher Ansicht in der Regel als multifaktoriell bedingte Erkrankungen verstanden werden, einfliessen können. Soweit Dr. med. D. _____ hinsichtlich der Beschwerdeführerin aber ausführt, die entstandenen Hautlappen stellten einen wesentlichen Belastungsfaktor (Ästhetik, Körpergefühl, Partnerschaft) für die Exazerbation und Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik dar (vgl. E.4.6.6 hiervor), ist Folgendes anzumerken: Die Folgen der bariatrischen Operation als wesentlichen auf-

- 17 - rechterhaltenden Faktor für die psychische Symptomatik anzuführen, reicht nach dem Vorerwähnten – d.h. mangels massgeblicher Verschlechterung der psychischen Beschwerden – nicht aus, um eine Kostenübernahmepflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen. Soweit zudem ästhetische Motive genannt werden, dürfen diese nicht vordergründig sein, zumal das Ziel der Beseitigung des ästhetischen Mangels die Behebung der hierdurch verursachten psychischen Beschwerden sein muss. Wenn Dr. med. D. _____ in seiner Antwort auf eine spezifische Anfrage der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hin sodann bemerkt, die Hautlappen hätten zu einer neuerlichen Exazerbation der Depression geführt (vgl. E.4.6.6 hiervor), ist ihm entgegenzuhalten, dass er nur gerade fünf Monate zuvor in seinem Arztbericht zu Händen von Dr. med. C. _____ für das Kostenübernahmegesuch lediglich anführte, es sei zu befürchten, dass sich die Depression wieder verschlechtere (vgl. E.4.6.4 hiervor). Für die Bejahung der Leistungspflicht reicht jedoch die blosser Möglichkeit einer Verschlimmerung der psychischen Situation rechtsprechungsgemäss nicht aus (vgl. E.4.6.1 und 4.6.8 hiervor). Im Übrigen ist ohnehin nicht klar, auf welche Vergleichsbasis sich die Aussage von Dr. med. D. _____ bezieht. Seine Ausführungen, wonach sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin nach der bariatrischen Operation im Juli 2016 zunächst weiterhin verbessert, sie aber nach

einem Jahr vermehrt unter dem Körperempfinden in Bezug auf die postoperativ entstandenen Hautlappen gelitten habe (vgl. E.4.6.6 hiervor), lassen auf einen relativ kurzen Zeitraum im Sinne eines Vergleichs zwischen dem Zustand während der Gewichtsabnahme und der Bildung der abdominalen Dermatochalasis schliessen. Dabei ist aber hervorzuheben, dass bereits aus dem Verlaufsbericht von Dr. med. von H._____, welcher am 23. Mai 2016 und damit kurz vor der Magenbypass- operation erstellt wurde, hervorgeht, dass eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F.33.0), vorliege und die Behandlung der Adipositas, welche die Beschwerdeführerin subjektiv sehr störe, Teil der Therapie bilde (vgl. E.4.6.3 hiervor). Mithin erscheint es frag-

- 18 - lich, ob im Vergleich zu diesem Zustandsbild tatsächlich von einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik gesprochen werden kann. Überdies lässt sich dem erwähnten Verlaufsbericht entnehmen, dass die Depression dazumal höchstens leichtgradig gewesen und gegenüber der generalisierten Angststörung und den Zwangsgedanken in den Hintergrund getreten sei. Auch liege der Fokus der seit 2012 intensivierten Psychotherapie namentlich auf der Aufarbeitung von inneren psychischen Konflikten rund um das Thema Angst, vor allem im Zusammenhang mit Lebensereignissen und Erfahrungen (Autounfall, schwere Geburten, Krankheit des Bruders in der Kindheit, aktuelle Krebserkrankung der Mutter), sowie der Bearbeitung von emotionalen Reaktionen. Prognostisch werde nicht mit einer raschen Besserung des Gesundheitszustands gerechnet (vgl. E.4.6.3 hiervor). Insofern kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie in der Beschwerde vorbringt, die depressive Symptomatik könne durch die vorgesehene Abdominoplastik beseitigt werden. Vielmehr ist mit der Vertrauensärztin Dr. med. E._____ davon auszugehen, dass sich vorliegend ein psychisches Gesamtbild zeigt, das einer langfristigen psychiatrischen Behandlung bedarf und bei dem der auf den ästhetischen Mangel zurückzuführende Anteil in den Hintergrund tritt. Daher erscheint es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass eine operative Entfernung der Fettschürze zu einer relevanten Verbesserung der psychischen Situation der Beschwerdeführerin führt. Dies räumt denn auch Dr. med. D._____ implizit ein, wenn er festhält, dass bei multifaktoriell bedingten affektiven Störungen eine monokausale Attribution in Bezug auf die Prognose nicht immer eindeutig möglich sei (vgl. E.4.6.6 hiervor).

E. 4.6.10

Nach dem Ausgeführten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für den vorgesehenen Eingriff einer Abdominoplastik zur Entfernung der Fettschürze zu Recht verneint. Wie es sich mit dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit des operativen Eingriffs im Vergleich zur psychiatrischen Behandlung verhält, musste die Beschwerdegegnerin demnach nicht

- 19 - prüfen. Ebenfalls unbehelflich ist der von der Beschwerdeführerin erhobene Einwand, die Beschwerdegegnerin hätte sich mit der von Dr. med. C._____ bestätigten medizinischen Indikation der Abdominoplastik auseinandersetzen müssen, beurteilt sich doch die hier strittige Leistungspflicht nach den vorgenannten Kriterien, welche hier nicht vorliegen (vgl. E.4.4 ff. hiervor). Inwiefern die Einholung einer medizinischen Expertise am vorliegenden Ergebnis etwas zu ändern vermöchte, wird von beschwerdeführerischer Seite weder dargetan noch ist dies ersichtlich, weshalb der entsprechende Antrag in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen ist (vgl. BGE 134 I 140 E.5.3). Dasselbe durfte schliesslich auch die Beschwerdegegnerin tun, ohne dabei gegen den Anspruch auf rechtliches Gehör zu verstossen. 5. Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid der

Beschwerdegegnerin vom 22. Oktober 2018 als rechtmässig, was zu seiner Bestätigung und zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde vom 13. November 2018 führt. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht, abgesehen von hier nicht vorliegenden Ausnahmen, kostenlos. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

E. 5

Am 15. Januar 2019 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ihre Honorarnote samt Honorarvereinbarung ein.

- 3 - Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die eingereichten Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 22. Oktober 2018. Derartige sozialversicherungsrechtliche Entscheide können mit Beschwerde beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons angefochten werden, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10] i.V.m. Art. 56 Abs. 1 sowie Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Beschwerdeführerin wohnte zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung im Kanton Graubünden, womit das angerufene Gericht für die Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit örtlich zuständig ist. Dessen sachliche und funktionelle Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100), wonach das Verwaltungsgericht Beschwerden gegen Einspracheentscheide und Verfügungen in Sozialversicherungssachen beurteilt, die gemäss Bundesrecht der Beschwerde unterliegen. Damit fällt die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde in die Zuständigkeit des angerufenen Gerichts. Als Adressatin des angefochtenen Einspracheentscheids ist die Beschwerdeführerin ausserdem berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten.

- 4 - 2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Abdominoplastik zur Entfernung der Fettschürze zu übernehmen hat.

E. 9

Mai 2016 E.3.1 ff. mit Hinweisen). 4.5.2. Aufgrund der vorliegenden, durch Fotos dokumentierten Verhältnisse kann bei objektiver Betrachtungsweise und entsprechend den augenscheinlich wahrnehmbaren Merkmalen – keine doppelte Fettschürze, kein verdeckter Intimbereich, sichtbarer Bauchnabel – nicht von einer auffallend entstellten Körperpartie gesprochen werden (vgl. beschwerdegegnerische Akten [Bg-act.] 11). Auch spricht Dr. med. C._____, Leitender Arzt, Leiter Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Kantonsspital Graubünden, in seinem Arztbericht vom 25. April 2018 von einem suprapubisch (oberhalb des Schambeins) abdominalen Hautüberschuss (vgl. Bg-act. 11). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin selber nichts vorbringt, was darauf schliessen liesse, dass die abdominale Fettschürze in objektiver Hinsicht als entstellend zu betrachten wäre. Vielmehr ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass das Tragen

angemessener

- 10 - weitgeschnittener Kleidung helfe, den ästhetischen Mangel in der Öffentlichkeit in alltäglichen Situationen weitgehend zu verbergen. Insofern ist die Pflicht der Beschwerdegegnerin zur Kostenübernahme für die Abdominoplastik unter dem Gesichtspunkt des ästhetischen Mangels als solchem zu verneinen.

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