

LU_GERICHTE 5V 15 574 vom 12. April 2016

LU Gerichte, 2016-04-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_5V_15_574

FR: LU_GERICHTE 5V 15 574 du 12 avril 2016

IT: LU_GERICHTE 5V 15 574 del 12 aprile 2016

Regeste

Eine Kostenvergütung des obligatorischen Krankenversicherers für die Korrektur einer Brustdeformität (tuberöse Brüste) oder einer Fettverteilungsstörung setzt voraus, dass der ästhetische Mangel körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht hat und deren Behebung das eigentliche Ziel des Eingriffs ist (E. 5) oder aber dass der ästhetische Mangel als entstellend zu betrachten ist (E. 6). Vorliegend sind die Voraussetzungen der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht erfüllt. Wählt ein Versicherter, aus welchen Gründen auch immer, eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Pflege und Behandlung, so hat er keinen Anspruch auf Anrechnung der dadurch eingesparten Pflichtleistungskosten (i.c. einer Psychotherapie; E. 7). | Art. 24 KVG, Art. 25 Abs. 1 KVG; Art. 3 Abs. 1 ATSG. | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 3

Abteilung Rechtsgebiet: Krankenversicherung Entscheiddatum: 12.04.2016 Fallnummer: 5V 15 574 LGVE: Gesetzesartikel: Art. 24 KVG, Art. 25 Abs. 1 KVG; Art. 3 Abs. 1 ATSG. Leitsatz: Eine Kostenvergütung des obligatorischen Krankenversicherers für die Korrektur einer Brustdeformität (tuberöse Brüste) oder einer Fettverteilungsstörung setzt voraus, dass der ästhetische Mangel körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht hat und deren Behebung das eigentliche Ziel des Eingriffs ist (E. 5) oder aber dass der ästhetische Mangel als entstellend zu betrachten ist (E. 6). Vorliegend sind die Voraussetzungen der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht erfüllt. Wählt ein Versicherter, aus welchen Gründen auch immer, eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Pflege und Behandlung, so hat er keinen Anspruch auf Anrechnung der dadurch eingesparten Pflichtleistungskosten (i.c. einer Psychotherapie; E. 7). Rechtskraft: Dieser Entscheid ist rechtskräftig. Entscheid: Aus den Erwägungen: 2. Streitig und zu prüfen ist, ob die A für die durchgeführte Mammaaugmentation und Liposuktion beidseitig leistungspflichtig ist.

E. 3.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt unter anderem die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose und der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 24 i.V.m. Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]), sofern die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG). Als Krankheit gilt nach dem Gesetz jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls 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; SR 830.1] i.V.m. Art. 1 Abs. 1 und Art. 1a Abs.

2 lit. a KVG). Die Kostenübernahme für operative Eingriffe richtet sich im Rahmen von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung (Art. 32 Abs. 1 KVG) grundsätzlich nach der unter dem alten Krankenversicherungsgesetz (KUVG) gültig gewesenen Gerichts- und Verwaltungspraxis (RKUV 2000 KV 138 S. 357; vgl. auch BGE 130 V 299 E. 2 und RKUV 2004 KV 285 S. 242).

E. 3.2

Der Bundesrat, allenfalls das Departement des Innern oder das Bundesamt, kann die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (Art. 33 Abs. 1 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Laut Abs. 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31), erlassen durch das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI), bezeichnet der Anhang 1 zur Verordnung diejenigen Leistungen, die nach Art. 33 lit. a und c KVV von der Leistungskommission 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. 3.3

Die operative Brustdrüsenumformung und epiepectorale Augmentation wie auch die Liposuktion sind im Anhang 1 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht aufgeführt. Dies bedeutet allerdings nicht, dass solche Eingriffe in jedem Fall keine im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergütende medizinische Leistungen darstellen (vgl. EVG-Urteil K 85/99 vom 25.9.2000 E. 3).

E. 3.3.1

Im Zusammenhang mit der Leistungspflicht für plastisch-chirurgische Vorkehren ist zu erwähnen, dass ein ausschliesslich ästhetischer Mangel nicht zu dem durch das KVG versicherten (Krankheits-) Risiko zählt (BGE 111 V 229 E. 1a; EVG-Urteile K 135/04 vom 17.1.2006 E. 1 und K 50/05 vom 22.6.2005 E. 2.2 sowie K 87/02 vom 24.12.2002 E. 1.2). Auch die Behebung ästhetischer Einbussen, die Folge einer Krankheit oder eines Unfalles sind, ist an sich keine Pflichtleistung der Krankenkasse. Die Ausnahme bilden Verunstaltungen von erheblichem Ausmass, vor allem an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung besonders empfindlichen Körperteilen (vgl. dazu und zum Folgenden: LGVE 2005 II Nr. 40 E. 2b mit Hinweis). Darunter fallen namentlich schwere Beeinträchtigungen der körperlichen Integrität, wobei in diesen Fällen das Erfordernis der guten Sichtbarkeit und des Betroffenseins eines in ästhetischer Hinsicht empfindlichen Körperteils nicht zusätzlich verlangt wird. Als Beispiele dafür finden sich in der Kasuistik die chirurgische Korrektur einer stark verunstaltenden unfallbedingten Gesichtsnarbe (BGE 102 V 69) oder die operative Mammarekonstruktion nach krankheitsbedingter Amputation (BGE 111 V 229). In diesen besonderen Fällen gehört die Behebung der krankheits- oder unfallbedingten ästhetischen Einbussen mit zur kassenpflichtigen Behandlung der ursächlichen Krankheit oder des ursächlichen Unfalles, unabhängig davon, ob diese Einbussen ihrerseits zu sekundären körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert geführt haben.

E. 3.3.2

Soweit ein ästhetischer Mangel Beschwerden mit Krankheitswert im Rechtssinn verursacht, stellt die medizinische Behandlung dieser krankhaften Folgeerscheinungen durch operative Behebung des ästhetischen Mangels als der eigentlichen Krankheitsursache ebenfalls eine Pflichtleistung der Krankenkasse dar (EVG-Urteil K 87/02 vom 24.12.2002 E. 1.2; RKUV 1992 K 903 S. 231, 1991 K 876 S. 247, je mit Hinweisen). Voraussetzung ist, dass die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive genügend zurückdrängen (BGE 121 V 211 E. 4; RKUV 2004 KV 285 S. 242, 2000 KV 138 S. 359). Auch leichtere ästhetische Einbussen können somit Anlass zu einer Krankheitsbehandlung geben, sofern sie Beschwerden oder Funktionseinbussen mit deutlichem Krankheitswert verursachen. Dies gilt etwa für Narben, die namhafte Schmerzen bewirken oder die Beweglichkeit erheblich einschränken (EVG-Urteil K 50/05 vom 22.6.2005 E. 2.2 mit Hinweis) oder in Bezug auf die operative Entfernung von Hautfalten nach einer Gewichtsreduktion (vgl. BGer-Urteil K 50/05 vom 22.6.2005 E. 2.3 und 3; RKUV 1985 K 638 S. 197).

E. 4

Vorab ist festzuhalten, dass vorliegend nicht entscheidewesentlich ist, ob die Brustdeformität und die Fettverteilungsstörung Folgen des (krankheitswertigen) PCOS darstellen oder nicht. Denn wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.3.1) ist auch die Behebung ästhetischer Einbussen, die Folge einer Krankheit sind, an sich keine Pflichtleistung der Krankenkasse. So oder anders geht es vorliegend um ästhetische Einbussen. Mit anderen Worten stehen kosmetische Behandlungen zur Diskussion, welche in erster Linie auf die Behebung von Abweichungen von der Ideal- oder Normalform äusserer Erscheinung zielen und nicht auf die Heilung, Linderung oder Verhinderung pathologischer Zustände oder auf die Erhaltung der Gesundheit. Natürliche Schönheitsfehler haben grundsätzlich ebenso wenig Krankheitscharakter wie ästhetische Einbussen als Folge von Krankheit oder Unfall (vgl. LGVE 2005 II Nr. 40 E. 2b; Eugster, Die obligatorische Krankenversicherung, in: SBVR XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 497, N 303 ff.). Für die Bejahung der Leistungspflicht des Krankenversicherers ist somit vorausgesetzt, dass mit dem kosmetischen Defizit eine körperliche oder psychische Beeinträchtigung mit ausgeprägtem Krankheitswert verbunden ist oder aber dass Verunstaltungen oder Entstellungen von erheblichem Ausmass vor allem an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung besonders empfindlichen Körperteilen vorliegen. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass gemäss Aktenkonsil von Dr. B und PD Dr. med. C, Leitender Arzt, Brustchirurgie, vom 29. April 2015 wissenschaftlich kein Zusammenhang zwischen dem PCOS und der tuberösen Brustform nachgewiesen ist (vgl. dazu E. 5.2.1). Seinen überzeugenden, beweiskräftigen Ausführungen kann gefolgt werden. Daran ändern die anderslautenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte nichts, zumal sie ihre Einschätzungen nicht mit entsprechender Fachliteratur untermauern konnten. In Bezug auf die stammbetonte Fettverteilung äusserten die Dres. B und C lediglich die Vermutung, dass ein Zusammenhang mit den hormonellen Veränderungen aufgrund des PCOS bestehe. Damit ist eine krankheitswertige Ursache aber nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

E. 5

Eine Kostenvergütung für die durchgeführte Operation fällt vorliegend zunächst in Betracht, wenn die tuberöse Brustdeformität sowie die Fettverteilungsstörung mit stammbetonter Lipomatose körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert

verursacht hat und deren Behebung das eigentliche Ziel des Eingriffs ist (vgl. EVG-Urteil K 171/00 vom 29.1.2001 E. 2b). Entscheidend ist dabei nicht das Vorliegen eines bestimmten Beschwerdebildes, sondern 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 Brustdeformität und der Fettverteilungsstörung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sind; die blosse Möglichkeit ist nicht ausreichend, andererseits ist ein Zusammenhang im streng wissenschaftlichen Sinn nicht erforderlich (RKUV 2000 KV 138 S. 359 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 299 E. 4 und 5; BGer-Urteil K 171/00 vom 29.1.2001 E. 2b).

E. 5.1

Die Versicherte klagt nicht über körperliche Beschwerden aufgrund der Brustdeformität oder der Fettverteilungsstörung. Solche lassen sich auch den medizinischen Akten nicht entnehmen. Weiterungen dazu erübrigen sich.

E. 5.2

Im hier zu beurteilenden Fall steht denn auch die Frage im Vordergrund, ob die Brustdeformität und die Fettverteilungsstörung psychische Beschwerden mit (ausgeprägtem) Krankheitswert verursacht haben und deren Behebung das eigentliche Ziel des Eingriffs ist. Den medizinischen Akten ist hierzu Folgendes zu entnehmen:

E. 5.2.1

Aus dem Bericht von Dr. med. D, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, vom 31. Januar 2014 geht hervor, dass die Versicherte ihre Brust als zu klein und ihre Fettverteilung als ungünstig empfand sowie insgesamt mit dem eigenen Körper unzufrieden war. Es stehe sicherlich eine psychische Belastung im Vordergrund. Die Patientin könne ihren Körper schlecht akzeptieren. Nach erfolgter Gewichtsreduktion werde sie sich erneut in der Sprechstunde der plastischen Chirurgie melden. Am 25. September 2014 berichtete Dr. E über die Konsultation vom 19. September 2014 in der plastisch-chirurgischen Brustsprechstunde. Die Patientin habe das Gewicht von 63 kg auf 47 kg reduziert. Sie leide unter der Brustfehlbildung und habe ein Vermeidungsverhalten betreffend Schwimmbad und Sauna entwickelt. Ausserdem leide sie in ihrem Partnerschaftsleben. Sie spiele auch nicht mehr im Fussballverein. Es sei zu einem sozialen Rückzug gekommen. Aus plastischer Sicht bestehe ein regelwidriger Körperzustand mit tuberöser Brustfehlbildung und Fettfehlverteilungsstörung. Dr. E sah eine chirurgische Intervention als indiziert. Mit Schreiben vom 21. Februar 2015 wandte sich Dr. F an den Vertrauensarzt der A. Sie teilte mit, dass sich die Versicherte seit Anfang Jahr in ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung befinde. Die körperlichen Symptome hätten mit der Zeit zu einer sozialen Phobie geführt mit ausgeprägtem sozialem Rückzug. Mittlerweile seien die Symptome von depressiver Symptomatik begleitet. Daher unterstütze sie das Kostengutsprachege such der Versicherten. Am 22. Mai 2015 äusserte die Hausärztin der Beschwerdeführerin ihr Unverständnis über die Leistungsverweigerung durch die A. Bei der Patientin bestehe ein fachärztlich bestätigtes PCOS. Die damit verbundenen hormonellen Veränderungen hätten eine stammbetonte Adipositas begünstigt. Diese organisch bedingten körperlichen Auffälligkeiten hätten die Patientin massiv belastet (mit Schlafstörungen, Angstzuständen, vermindertem Selbstwertgefühl und Leistungsminderung bei der Arbeit). Sie habe deswegen eine Behandlung bei Dr. F begonnen. Parallel zur psychiatrischen Behandlung sei

es vorliegend auch sehr sinnvoll, die plastische Korrektur der Brustfehlform durchzuführen, um eine anhaltende Lösung zu finden. Der Vertrauensarzt der A, Dr. G, beauftragte Dr. H mit einer psychiatrischen Aktenbeurteilung. Er fragte danach, ob beim psychischen Druck der Patientin, sich operieren zu lassen, möglicherweise eine iatrogene Komponente mitgespielt habe und ob seiner Ansicht nach auch eine psychiatrische Therapiemöglichkeit ohne Operation in Frage käme. In seiner Beurteilung vom 17. April 2015 führte Dr. H aus, es sehe für ihn so aus, dass die behandelnden Ärzte die Operation empfohlen und eine Kostenübernahme durch den Krankenversicherer in Aussicht gestellt hätten. Folglich sei nur logisch, dass der Leidensdruck der Versicherten grösser geworden sei und sie kein Coping (sich damit abfinden; das Beste daraus zu machen; damit zu leben) entwickelt habe. Bei Betrachtung der Bilder schein ihm die optisch-ästhetische Störung nicht dermassen zu sein, dass ein Coping im erwähnten Sinn in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung nicht machbar wäre. Eine soziale Phobie und eine Depression seien psychische Krankheiten, die mit dem heutigen Fachwissen und -können gut behandelt werden könnten. Es bleibe demnach die Frage, wie weit vor allem die tuberöse Brustfehlbildung Krankheitswert im Sinn von Art. 25 KVG habe. Im Aktenkonsil vom 29. April 2015 hielten Dres. B und C fest, ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen einem PCOS und einer tubulären Brustform werde in der wissenschaftlichen Literatur nicht diskutiert. Dies habe eine Analyse von über 8'000 Publikationen ergeben. Ihrer Ansicht nach sei eine tubuläre Brust keine Fehlbildung im wörtlichen Sinn, sondern eher eine Variante der Brustentwicklung, die jedoch mit deutlichen psychosozialen Folgen einhergehe. Für die Patienten sei dies teilweise gravierend und beeinträchtige das Sozialleben relevant. Dass aus so einem Zustand heraus eine soziale Phobie mit sozialem Rückzug und depressiver Symptomatik hervorgehen könne, wie von Dr. F festgestellt, erscheine einleuchtend und auch ohne persönliche Untersuchung glaubhaft. Weiter führten die Konsiliarärzte aus, auf den mitgelieferten Bildern sehe man eine vermutlich durch die hormonellen Veränderungen aufgrund des PCOS aufgetretene maskuline Fettverteilung, vor allem stammbetont. Zusammenfassend hielten sie fest, ein wissenschaftlicher Zusammenhang zwischen einem PCOS und einer tubulären Brustform sei nicht nachgewiesen, jedoch könne die veränderte Fettverteilung im Stammbereich auch die Brust mitbetreffen. Jedenfalls schein die psychosoziale pathogene Entwicklung zusammen mit dem PCOS ziemlich klar und gut nachvollziehbar.

E. 5.2.2

Zweifellos litt die Versicherte unter der Brustdeformität und der Fettverteilungsstörung. Eine psychische Störung mit ausgeprägtem Krankheitswert ist damit aber nicht ausgewiesen. Die behandelnde Psychiaterin Dr. F begründete die gestellten Diagnosen einer sozialen Phobie mit ausgeprägtem sozialem Rückzug und einer depressiven Symptomatik nicht anhand eines wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystems. Ihrer wenige Zeilen umfassenden Stellungnahme vom 21. Februar 2015 sind weder ein psychiatrischer Befund noch Aussagen zur Ausprägung der psychischen Störungen zu entnehmen. Mit Blick auf die klassifikatorischen Vorgaben gemäss ICD-10 liegt eine soziale Phobie (F40.1) auch nicht ohne Weiteres auf der Hand, ebenso wenig eine ausgeprägte depressive Episode (F32). Nach Aktenlage kann zwar als erstellt gelten, dass sich die Beschwerdeführerin sozial zurückzog (u.a. Austritt aus dem Fussballverein) und sich in ihrem Intimleben beeinträchtigt fühlte. Die Hausärztin sprach ausserdem von Schlafstörungen, Angstzuständen, vermindertem Selbstwertgefühl sowie einer Leistungsminderung bei der Arbeit. Daraus kann aber noch nicht ohne Weiteres auf eine ausgeprägte psychische

Störung geschlossen werden. Es mag weiter zutreffen, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit während der Arbeit weinen musste und in dieser Zeit keine Kunden bedienen konnte. Daraus ergibt sich aber ebenfalls noch keine erhebliche psychische Störung. Dies gilt umso mehr, als der Leidensdruck offenbar nicht so gross war, dass eine Arbeitsunfähigkeit resultiert hätte. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass die Versicherte gemäss Ausführungen ihrer Eltern im Bericht vom 9. Dezember 2015 auch nach der Operation plötzlich weinen muss. Nach Aktenlage ist davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden der Versicherten die ästhetischen Motive nicht genügend zurückdrängten. Es ist daran zu erinnern, dass zur Bejahung der Leistungspflicht des Krankenversicherers ein ausgeprägter Krankheitswert erforderlich ist, zumal erfahrungsgemäss jede gröbere Abweichung von der ästhetischen Norm zu Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens führen können, ohne dass aber deswegen schon von Krankheit gesprochen werden müsste (Eugster, a.a.O., S. 497, N 304). Das Bundesgericht hat die Krankheitswertigkeit etwa eines Leidenszustands (entstellende Gesichtsnarben infolge massiven Aknebefalls) mit depressiver Entwicklung und Rückzugstendenzen bestätigt, wobei die fragliche Lasertherapie keineswegs nur kosmetischen Charakter hatte (vgl. BGE 129 V 167 E. 2). Gleichermassen hat es auch einer rezidivierenden depressiven Störung (zeitweise mittelschwer, zeitweise schwer ausgeprägt) Krankheitswert beigemessen (vgl. BGER-Urteil 9C_465/2010 vom 6.12.2010 E. 6.2). Gefordert ist demnach jedenfalls eine psychische Störung, die über einen blossen Leidensdruck oder Komplexe wegen ästhetischer Defizite (vgl. etwa EVG-Urteil K 135/04 vom 17.1.2006 E. 2.2) hinausgeht. Dass sich die Beschwerdeführerin kurz vor der durchgeführten Operation in psychotherapeutische Behandlung begab, deren Kosten die A anteilmässig übernommen hat, lässt noch nicht auf eine psychische Störung mit ausgeprägtem Krankheitswert im Sinn des soeben Gesagten schliessen. Zum Einen ist nach Aktenlage davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung der Entschluss für ein chirurgisches Vorgehen bereits gefallen war. Zum anderen erscheint aufgrund der äusserst kurzen Behandlungsdauer – gemäss Aussagen der A fanden vom 21. Februar 2015 bis 24. April 2015 drei Therapiesitzungen statt – fraglich, ob anlässlich der Psychotherapie überhaupt versucht wurde, Copingstrategien zu erarbeiten. Ausserdem kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass die psychotherapeutische Behandlung erst nach vorgängiger Mitteilung des Vertrauensarztes, wonach keine Pflichtleistung des Krankenversicherers gegeben sei (vgl. Schreiben vom 3.10.2014), in Anspruch genommen wurde. Dies spricht gegen einen grossen Leidensdruck. Der vorliegende Fall unterscheidet sich von dem von der Beschwerdeführerin zitierten Entscheid des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 4/04 vom 17. August 2005 dahingehend, als dort psychiatrischerseits festgehalten wurde, eine Brust-OP sei die einzige Lösung, um zu verhindern, dass die Versicherte in einem depressiven Zustand versinke ("état dépressif obsessionnel"; vgl. E. 3.2). Im hier zu beurteilenden Fall findet sich in den medizinischen Akten gerade keine solche Aussage. Dr. F hielt lediglich fest, dass sie aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht das Kostengutsprache gesuch unterstütze. Auch aus den Ausführungen der Eltern im Bericht vom 9. Dezember 2015 kann nicht ohne Weiteres auf eine psychische Störung mit ausgeprägtem Krankheitswert geschlossen werden. Der darin beschriebene soziale Rückzug ist zwar verständlich. Die beschriebenen Verhaltensweisen und Einschränkungen (Türe beim Duschen abschliessen; keine engen Kleider anziehen; Genieren beim Sonnenbaden, in der Intimbeziehung mit einem Partner oder beim Duschen mit Fussballkolleginnen) sind aber nicht derart aussergewöhnlich, dass

sie bereits eine eigentliche behandlungsbedürftige psychische Erkrankung nahe legen würden. Vielmehr werden Verhaltensweisen beschrieben, die auch von vielen anderen Menschen – insbesondere jungen Frauen – gelebt werden, ohne dass in jedem Fall eine psychische Störung mit Krankheitswert diagnostiziert würde (vgl. in diesem Sinn auch EVG-Urteil K 15/04 vom 26.8.2004 E. 3.2.1). Dass keiner der involvierten Mediziner – auch nicht der Vertrauensarzt Dr. G oder der von ihm konsiliarisch beigezogene Dr. H – das Bestehen eines psychischen Leidensdrucks mit Krankheitswert in Frage stellten, ändert nichts daran, dass es vorliegend an einer nachvollziehbar begründeten fachärztlichen Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands der Versicherten fehlt, zumal die von der A beauftragten Ärzte die Beschwerdeführerin nicht selber untersuchten und die von Dr. F gestellten Diagnosen unkritisch übernahmen. Weiter ist unklar, ob aus psychiatrischer Sicht die streitbetreffende Operation – prospektiv betrachtet – überhaupt geeignet war, die psychischen Beschwerden massgeblich zu lindern. Immerhin finden sich in den Akten Hinweise, dass die Beschwerdeführerin im Allgemeinen unzufrieden mit dem eigenen Körper war (vgl. E. 5.1), sodass auch die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der chirurgischen Massnahme fraglich ist. Unbeachtlich ist in diesem Zusammenhang, dass es der Versicherten nach der Operation nach Angaben der Eltern psychisch besser ging. Einerseits ist die Zweckmässigkeit einer Behandlung hinsichtlich des angestrebten Ziels prospektiv und objektiv zu beurteilen (BGer-Urteil 9C_824/2007 vom 3.4.2008 E. 3.3.2 mit Hinweis). Andererseits spricht die Aussage der Eltern, wonach die Versicherte ab und zu noch etwas nervös und beunruhigt sei und manchmal noch Symptome wie plötzliches Zittern oder Weinen zeige, dafür, dass die Operation im Vergleich zu einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht zweckmässiger war.

E. 5.2.3

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass die Versicherte zwar unter dem Erscheinungsbild ihrer Brüste und der stammbetonten Fettverteilung litt. Indessen sind psychische Beschwerden mit ausgeprägtem Krankheitswert nicht ausgewiesen. Es ist davon auszugehen, dass der chirurgische Eingriff nicht in erster Linie die Behebung psychischer Beschwerden bezweckte, sondern vielmehr ästhetische Motive im Vordergrund standen. Unter diesem Gesichtspunkt scheidet eine Leistungspflicht der A folglich aus.

E. 6

Es verbleibt somit der Gesichtspunkt des ästhetischen Mangels als solcher. Der ausschliesslich ästhetische Mangel ist kein Kriterium für die Leistungspflicht (E. 3.3.1). Es fragt sich aber, ob er im vorliegenden Fall ein derartiges Ausmass annimmt, dass der Krankenversicherer zur Kostenübernahme für die plastische Operation zu verhalten wäre. Ob ein ästhetischer Mangel als entstellend zu bezeichnen ist, beurteilt sich grundsätzlich nach objektiven Kriterien. Dazu gehört auch die gesellschaftliche Anschauung. Ebenfalls von Bedeutung ist, inwiefern der von der Norm abweichende Zustand aus ästhetischen Gründen sich negativ auf das Erwerbsleben auswirkt. Es ist von einem engen Begriffsverständnis auszugehen. Subjektive Faktoren, insbesondere die persönliche Anschauung, haben ausser Acht zu bleiben (vgl. EVG-Urteil K 135/04 vom 17.1.2006 E. 2.3). Ihnen wird bei der Frage Rechnung getragen, ob der Mangel körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht, welche mit der Behebung des Mangels beseitigt werden können (vgl. BGE 121 V 211 E. 4 und RKUV 2004 KV 285 S. 242; EVG-Urteil K 135/04 vom 17.1.2006 E. 3.1.1). Die weibliche Brust ist für das ästhetische Empfinden zweifellos bedeutsam (vgl. EVG-Urteil K 15/04 vom 17.1.2006 E.

3.2.3). Indessen entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass Form und Grösse der Brust erheblich variieren ebenso wie die Meinung darüber, was als so genannt normal zu bezeichnen ist. Dies zeigt sich schon daran, dass etwa Dres. B und C in Bezug auf tubuläre Brüste nicht von einer Fehlbildung im wörtlichen Sinn, sondern von einer Variante der Brustentwicklung sprechen. Dass die plastische Chirurgie dies anders sieht, erstaunt nicht. Aufgrund der sich in den Akten befindlichen Fotokopien hat die A sowohl die tubulären Brüste als auch die stammbetonte Fettverteilung bei objektiver Betrachtung zu Recht nicht als entstellend qualifiziert. Anders zu urteilen würde bedeuten, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen ausufern würde. Es kann auch nicht ausser Acht gelassen werden, dass sich der Oberkörper – im Gegensatz zu anderen Körperstellen – im Alltag durch entsprechende Kleidungsstücke bedecken lässt. Im Speziellen lässt sich eine Brustdeformität durch entsprechende Büstenhalter kaschieren. Dass sich der Mangel beruflich negativ auswirken soll, wie die Beschwerdeführerin geltend macht, ist insofern nicht nachvollziehbar. Demnach hat die Beschwerdeführerin auch unter rein ästhetischem Gesichtspunkt keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten der durchgeführten Operation.

E. 7

Zusammenfassend handelt es sich beim chirurgischen Eingriff vom 25. März 2015 nicht um eine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung. Damit entfällt aber auch ein Anspruch auf eine Kostenbeteiligung der A unter dem Titel der Austauschbefugnis. Denn es gibt keine Austauschbefugnis zwischen Pflichtleistungen und Nichtpflichtleistungen in der sozialen Krankenversicherung (BGE 111 V 324 E. 2a mit Hinweis). Wählt ein Versicherter aus welchen Gründen auch immer eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Pflege und Behandlung, so hat er keinen Anspruch auf Anrechnung der dadurch eingesparten Pflichtleistungskosten.

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