

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00061

vom 5. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2012.00061

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00061 du 5 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00061 del 5 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1.1

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen

privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). 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).

E. 1.2

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, in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 und Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG).

E. 1.3

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 KVV). Er legt den Umfang der Vergütungspflicht bei neuen oder umstrittenen Leistungen fest, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (Art. 33 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. c der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV). Der Bundesrat setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten (Art. 33 Abs. 4 erster Satz KVG). Laut Art. 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) bezeichnet der Anhang 1 zur Verordnung diejenigen Leistungen, die nach Artikel 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. 1.4

Nach der Rechtsprechung (BGE 125 V 21 E . 6a) kommt dem Verordnungsgeber bei der Aufnahme von medizinischen Massnahmen in die Liste des Anhangs 1 zur KLV ein Gestaltungsspielraum zu. Aus diesem Grunde sowie aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit überprüfen die Gerichte im konkreten Einzelfall grundsätzlich lediglich die Übereinstimmung der vom Departement getroffenen Regelung mit Verfassung und Gesetz, namentlich ob diese sich im Rahmen der durch die Delegationsnormen (Art. 33 Abs. 1 und 3 KVG, Art. 33 lit. a und c KVV) gezogenen Schranken hält und nicht dem Willkürverbot widerspricht (vgl. BGE 124 II 241 E. 3, 122 V 85 E . 5a/bb, je mit Hinweisen), und legen sich insbesondere was die Ergänzung der Liste in Anhang 1 KLV betrifft eine grosse Zurückhaltung auf (RKUV 2000 Nr. KV 138 S. 358 f.; BGE 124 V 185 E . 6.3).

E. 1.5

Operative Massnahmen zur Behebung von Mamma-Asymmetrien sind im Anhang 1 zur KLV nicht aufgeführt. Dies bedeutet hingegen nicht, dass es sich da bei in jedem Fall nicht um im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergütende medizinische Leistungen handelt. Denn nach der unter dem alten Krankenversicherungsgesetz (KUVG) ergangenen Rechtsprechung (vgl. BGE 121 V 211 E . 4 und 5), welche auch nach Inkraft-Treten des KVG weiterhin Gültigkeit hat (RKUV 2000 Nr. KV 138 S. 357), ist eine Mammareduktionsplastik medizinisch indiziert und genügt dem Erfordernis der Zweckmässigkeit, sofern eine Gewebereduktion von gegen 500 Gramm oder mehr beidseits vorgesehen ist beziehungsweise durchgeführt wurde und wenn gleich zeitig Beschwerden geltend gemacht werden, die auf die Hypertrophie zurückgeführt werden können, und 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 (BGE 130 V 299 E . 2 f.; RKUV 1996 Nr. K 972 S. 3 ff. E . 5a-c mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts K 171/00 vom 29. Januar 2001 E . 2c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. Juli 2012 (Urk. 2) davon aus, dass

die Beschwerdeführerin einen BMI von 30 .

E. 3

aufweise (S. 4)

und dass eine Mammareduktionsplastik aus diesem Grunde keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstelle (S. 7). 2.2

Im mitangefochtenen Einspracheentscheid vom 12. September 2013 (Urk. 13/2) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die den vorstehenden Bauch verursachende Fettansammlung unter der Bauchdecke nicht operativ zu behandeln sei, und dass es sich bei der operativen Entfernung der Fettschürze am Unterbauch um keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung handle (S. 4). 2.3

Gegen den Einspracheentscheid vom 16. Juli 2012 bringt die Beschwerdeführerin vor, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Mammareduktionsplastik vorliegend trotz Übergewicht ausgewiesen sei, da sie infolge ihrer über grossen Brüste unter Rücken- und Schulterschmerzen sowie unter einem Wundscheuern und unter Pilzinfektionen unterhalb ihrer beiden Brüste leide (Urk. 1). 2.4

Gegen den Einspracheentscheid vom 12. September 2013 bringt die Beschwerdeführerin vor, dass ihre Bauchtrommel und ihre Fettschürze Krankheitswert aufwiesen, und dass deren Behandlung aus diesem Grunde sowie auf Grund einer beginnenden Depression indiziert sei (Urk. 1 S. 4).

E. 3.1

Die Ärzte der Z.____ Klinik stellten in ihrem Austrittsbericht vom 12. Juli 2010 (Urk. 9/7/3) die folgende Diagnose (S. 1) : - symptomatische Rotatorenmanschettenruptur rechts mit Verdacht auf - ossären Ausriss der Rotatorenmanschette - Partialruptur der Subscapularissehne mit konsekutiver Subluxation der langen Bizepssehne.

Daneben stellten sie folgende Nebendiagnosen: - anamnestisch seit 1978 bekannte Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung - Muskeldystrophie - Hypertonie - Adipositas

Am 7. Juli 2010 sei eine therapeutische Schulterarthroskopie der rechten Schulter mit Tenomie der langen Bizepssehne, Akromioplastik, AC-Gelenksresektion, Débridement und Entfernung des abgerissenen Tuberculum-Majus-Fragmentes durchgeführt worden. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet (S. 1).

Am 19. August 2010 (Urk. 9/7/5) stellten die Ärzte der Z.____ Klinik einen klinisch zeitgerechten Heilungsverlauf mit funktionell gutem Resultat nach sechs Wochen postoperativ fest (S. 2).

E. 3.2

).

E. 3.3

) steht sodann fest, dass die Beschwerdeführerin einen vorstehenden Bauch hat, welcher sie beim Bücken und beim Sitzen behindert, und dass sie übergrosse Brüste aufweist, welche derart auf ihrem vorstehenden Bauch zu liegen kommen, dass sich darunter eine feuchte Kammer bildet, welche submammär die Entstehung von Pilzinfektionen der Haut begünstigt.

E. 3.4

) vermag insofern zu überzeugen, als dieser gestützt auf die medizinischen Akten einen Zusammenhang zwischen der Mammahypertrophie und der im Jahre 2010 operativ behandelten Rotatorenmanschettenruptur im Bereich der rechten Schulter verneinte. Auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. C.____ kann vorliegend daher abgestellt werden.

E. 3.5

Dr. B.____ führte in seiner Stellungnahme vom 17. August 2012 (Urk. 17/12) aus, dass die Beschwerdeführerin intraabdominal unter einer signifikanten Adipositas leide und aus diesem Grunde einen stark vorstehenden Bauch aufweise. Diese sich unter der Bauchdecke befindende Fettansammlung könne chirurgisch nicht behandelt werden. Daneben bestehe am unteren Abdomen eine Fettschürze, welche (chirurgisch) korrigiert werden könnte. Durch eine Korrektur der Fettschürze würde indes die Projektion (das Vorstehen) des Bauches nicht verbessert.

E. 3.6

) davon aus, dass die Fettschürze chirurgisch beseitigt werden könne. Er äusserte sich jedoch nicht zur Frage nach der Möglichkeit einer chirurgischen Behandlung des

vorstehenden Bauches . Die Frage, ob eine chirurgische Behandlung des vorstehenden Bauches der Beschwerdeführerin überhaupt möglich ist oder nicht, kann vorliegend indes offen gelassen werden, wenn ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Übernahme der Kosten einer chirurgischen Behandlung des vorstehenden Bauches bereits aus anderen Gründen zu verneinen wäre, wie nachfolgend zu zeigen ist.

E. 4.1

), bei einem Körpergewicht von 70 Kilogramm und einer Körperlänge von 152 Zentimeter n

einen BMI von rund 30.3 aufwies, litt an einer behandlungsbedürftigen Adipositas. Bei der Fettschürze und dem vorstehenden Bauch handelt es sich demnach um Folgen dieser Krankheit.

E. 4.2

In Würdigung der erwähnten medizinischen Akten fällt auf, dass Dr. B.____

(Urk. 3.3, Urk. 3.5) davon ausging , dass eine geeignete chirurgische Therapie des vorstehenden Bauches der Beschwerdeführerin nicht bestehe. Gestützt auf die Beurteilung durch Dr. B.____ vom 3. Februar 2012 (vorstehende E.

E. 4.3

Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. B.____ vom 3. Februar 2012 (vorstehende E.

E. 4.4

Den Vorbringen der Beschwerdeführerin kann insofern nicht gefolgt werden , als sie geltend macht, dass sie infolge ihrer übergrossen Brüste unter Rücken schmerzen leide, sowie dass der Umstand, dass Dr. B.____ in seiner Beurteilung vom 3. Februar 2012 solche Beschwerden nicht erwähnt habe, nicht gegen das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen ihren Brüsten und den Rückenschmerzen spreche (Urk. 1 S. 5). Für die von der Beschwerdeführerin vertretene Ansicht, dass die Grösse ihrer Brüste Rückenschmerzen verursacht hätte, sind den Akten indes keine Anhaltspunkte zu entnehmen. Der Umstand, dass weder Dr. B.____ noch Dr. D.____ durch die übergrossen Brüste verursachte Rückenschmerzen erwähnten, spricht vielmehr gegen eine Verursachung von Rückenschmerzen durch die Brüste. Auf Grund der medizinischen Aktenlage kann eine Verursachung von Rückenschmerzen durch eine übermässige Grösse der beiden Brüste der Beschwerdeführerin jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten.

E. 4.5

Die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. C.____ vom 18. Juni 2012 (vorstehende E.

E. 4.6

), nicht ausgewiesen.

E. 4.7

Die Einwendungen der Beschwerdeführerin vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern, weshalb es - entgegen ihren diesbezüglichen Vorbringen (Urk. 1 S. 2, Urk. 13/1 S. 2)

angesichts der schlüssigen medizinischen Aktenlage keiner zu sätzlichen Abklärung bedarf. Von ergänzenden Beweissmassnahmen oder einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung ergänzender Abklärungen ist daher abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E.

4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 E. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 E. 4b S. 28). 5.

Nach Gesagtem steht daher fest, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Kostengutsprache gesuchs einen BMI von 30.3 aufwies und daher als überge wichtig beziehungsweise adipös galt. Unter diesen Umständen genügt eine Mammareduktionsplastik gemäss der erwähnten Rechtsprechung dem Erfordernis der Zweckmässigkeit nicht, selbst wenn sie medizinisch indiziert wäre. Da es sich bei einer Mammareduktionsplastik vorliegend daher nicht um eine zweckmässige Behandlung der Beschwerdeführerin im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG handelte, fällt eine Beteiligung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an den Kosten eines solchen operativen Eingriffs ausser Betracht, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. Juli 2012 (Urk. 2) einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf anteilmässige Übernahme der Kosten einer beidseitigen Mammareduktionsplastik verneinte.

Die Beschwerdeführerin ist vielmehr gehalten, einem Aufliegen ihrer beiden Brüste auf dem vorstehenden Bauch und einer damit verbundene Neigung zu Pilzinfektionen im Bereich der Auflageflächen durch andere geeignete Massnahmen, wie beispielsweise eine Gewichtsreduktion durch bewusstes Essen, Diät oder durch geeignete Kleidung, hygienische Massnahmen oder eine dermatologische Behandlung entgegenzutreten.

E. 6

Demgegenüber kann auf die Beurteilung durch Dr. D. ____

vom 19. Dezember 2012 (vorstehende E.

E. 6.1

Zu prüfen bleibt der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine operative Behandlung des vorstehenden Bauches und auf eine Entfernung der Fettschürze.

E. 6.2

), hat das Bundesgericht im Urteil K 1 35/04 vom 17. Januar 2006 (E. 2.3) offen gelassen. Diese Frage kann auch vorliegend offen bleiben. Denn selbst bejahen denfalls kann aufgrund der hier gegebenen, durch Fotos dokumentierten Verhältnisse (vgl. Urk. 17/1), bei objektiver Betrachtungsweise nicht von einer geradezu entstellenden Situation gesprochen werden.

E. 6.3

Soweit ein ästhetischer Mangel Beschwerden mit Krankheitswert im Rechtssinne verursacht, stellt die medizinische Behandlung dieser krankhaften Folgeerscheinungen durch operative Behebung des ästhetischen Mangels als der eigentlichen Krankheitsursache ebenfalls eine Pflichtleistung der Krankenkasse dar. Voraussetzung ist, dass die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive genügend zurückdrängen (BGE 121 V 211 E. 4; RKUV 2004 Nr. KV 285 S. 242 E. 4.1). 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 (Urteil des Bundesgerichts K 50/05

vom 22. Juni 2005 E. 2.2). Die dargelegten Grundsätze gelten auch in Bezug auf die operative Entfernung von Hautfalten nach einer Gewichtsreduktion (Urteil des Bundesgerichts K 135/04 vom 17. Januar 2006 E. 1; RKUV 1985 Nr. K 638 S. 197).

E. 7.1

Die Beschwerdeführerin, welche, wie bereits erwähnt (vorstehende E.

E. 7.2

Gemäss der Beurteilung durch Dr. B.____

vom 17. August 2012 (vorstehende E. 3.5) könne der vorstehende Bauch im Sinne einer sich unter der Bauchdecke befindenden Fettansammlung chirurgisch nicht behandelt werden. Hingegen könne die Fettschürze chirurgisch korrigiert werden. Damit übereinstimmend geht auch Dr. D.____ in seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2012 (vorstehende E.

E. 7.3

Gemäss der Beurteilung durch Dr. B.____ (E. 3.3)

wird die Beschwerdeführerin durch die grosse Bauchtrommel beim Bücken und beim Sitzen behindert. Sodann kommt es im Bereich der Auflagefläche der Brüste auf dem Bauch zu wiederkehrenden Pilzinfektionen der Haut. Demgegenüber steht die Fettschürze am Unterbauch gemäss der Beurteilung durch Dr. B.____

bei den Beschwerden nicht im Vordergrund.

E. 7.4

Dass es sich bei den Pilzinfektionen submammär um sekundäre Beschwerden mit Krankheitswert handelt, ist unbestritten (Urk. 13/1-2) . Indes

ist auf Grund der medizinischen Aktenlage

davon auszugehen, dass die Pilzinfektionen bereits durch intermittierende lokale Applikationen von antimykotischen Salben, Lösungen, Emulsionen, Hautcremen oder Ähnlichem oder allenfalls durch eine intermittierend medikamentöse Therapie mit Antimykotika erfolgreich behandelt werden könnte. Zwar mag eine chirurgische Korrektur die Hautprobleme dauernd beseitigen und insofern vorteilhaft erscheinen. Dies stellt aber nicht einen entscheidend höheren Nutzwert gegenüber der ebenfalls als wirksam zu erachtenden konservativen Behandlung dar. Nach der Rechtsprechung ist denn auch ein operatives Vorgehen nicht von der obligatorischen Krankenpflegerversicherung zu übernehmen, wenn schon einfache hygienische Massnahmen und dermatologische Behandlungen zu einer weitgehenden Linderung oder gar Beseitigung der aus überlappenden Körperteilen resultierenden Hautbeschwerden führen (Urteil des Bundesgerichts K 135/04 vom 17. Januar 2006 E. 2.2 mit Hinweisen). Sodann ist zwar nachvollziehbar, dass das äussere Erscheinungsbild im Bereich des vorstehenden Bauches und der Fettschürze die Beschwerdeführerin belastet; indessen ist ein dadurch begründetes psychisches Leiden mit Krankheitswert, wie bereits erwähnt (vorstehende E.

E. 7.5

Es verbleibt der Gesichtspunkt des ästhetischen Mangels als solcher. Der ausschliesslich ästhetische Mangel ist kein Kriterium für die Leistungspflicht (vgl. vorstehende E.

E. 7.5.1

Ob ein ästhetischer Mangel als entstellend zu bezeichnen ist, beurteilt sich grundsätzlich nach objektiven Kriterien. Dazu gehört die gesellschaftliche Anschauung. Ebenfalls von Bedeutung ist, inwiefern der von der Norm abweichende Zustand aus ästhetischen Gründen sich 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, BV) 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 Mangel körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht, welche mit der Behebung des Mangels beseitigt werden können (Urteil des Bundesgerichts K 1 35/04 vom 17. Januar 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 7.5.2

Der Bauch ist - wie auch die Brust - für das ästhetische Empfinden zweifellos bedeutsam. Die Frage, ob der Bauch wie das Gesicht einen „ sichtbaren und ästhetisch speziell empfindlichen Körperteil" darstellt, was die streitige Leistungspflicht in besonderer Weise zu stützen vermöchte (vgl. vorstehende E.

E. 8

Nach Gesagtem ist daher selbst bei Annahme, dass eine chirurgische Behandlung des vorstehenden Bauches der Beschwerdeführer möglich wäre, eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für einen solchen Eingriff sowie für eine chirurgische Entfernung der Fettschürze im Bereich des Unterleibs zu verneinen.

Demzufolge sind die von der Beschwerdeführerin gegen die Einsprache ent scheide vom 16. Juli 2012 (Urk. 2) und vom 12. September 2013 (Urk. 13/2) erhobenen Beschwerden abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde n werden abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Alexander R. Lecki - Fürsprecherin Andrea Lanz Müller - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannVolz

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