

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00031 vom 23. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2022.00031

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00031 du 23 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00031 del 23 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

Bei X.____, geboren 1996, wurde eine Genderdysphorie im Sinne einer Mann-zu-Frau-Sexualität diagnostiziert, infolge derer sie seit dem Jahr 2014 unter Hormontherapie steht sowie psychologisch/psychiatrisch begleitet wird (Urk. 8/1 S. 1). Am 13. Januar 2021 liess die Versicherte der Sanitas Grundversicherungen AG (nachfolgend: Sanitas), bei welcher sie obligatorisch gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) krankenversichert ist, den Antrag auf Kostengutsprache für eine stationäre Gesichtsfeminisierung (Facial

Feminization

Surgery = FFS) im Universitätsspital Z.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, stellen (Urk. 8/1).

Nachdem die Sanitas das Gesuch mit Schreiben vom 18.

Januar 2021

erstmalig abgelehnt hatte (Urk. 8/2-3), liess die Versicherte am 13. August 2021 um Wiedererwägung des abschlägigen Bescheids ersuchen

(Urk. 8/6). Mit Schreiben vom 19. August 2021 verneinte die Sanitas

ein weiteres Mal einen Anspruch auf Übernahme der Kosten einer FFS-Operation

(Urk. 8/8).

Daran hielt sie nach erneutem Einwand der Versicherten (Urk. 8/9) auch mit Schreiben vom 26.

November 2021 (Urk. 8/11-12) und schliesslich mit Verfügung vom 20.

Dezember 2021 (Urk.

8/14) fest. Die gegen jene Verfügung gerichtete Einsprache der Versicherten vom 31.

Januar 2022 (Urk. 8/16; Ergänzung Urk. 8/17) wies die Sanitas mit Einspracheentscheid vom 29. März 2022 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). Darunter fallen in erster Linie die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Als Krankheit gilt 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).

Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes bzw. Chiropraktors Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG). Weiter zählen dazu auch die Kosten für den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

E. 1.2

Gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach den Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2). Es handelt sich bei den in dieser Bestimmung statuierten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) um die grundlegenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen jeder Leistung.

Wirksam ist eine medizinische Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzu wirken bzw. den Verlauf einer Krankheit günstig zu beeinflussen.

Die Zweckmässigkeit setzt die Wirksamkeit der Behandlung voraus. Dabei gilt jene Anwendung als zweckmässig, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist.

Die Wirtschaftlichkeit setzt die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung voraus. Der Leistungserbringer hat sich in seinen Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (vgl. auch Art. 56 Abs. 1 KVG). Die Wirtschaftlichkeit beurteilt sich objektiv und hat vergleichenden Charakter, indem sie eine Rolle spielt, wenn im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Diesfalls ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen. Erlaubt eine der Massnahmen, den verfolgten Zweck erheblich kostengünstiger zu erreichen als dies mit der anderen Massnahme der Fall wäre, hat die versicherte Person keinen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der teureren Massnahme. Demgegenüber kann eine vergleichsweise grössere medizinische Zweckmässigkeit (durch Vorteile in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht wie beispielsweise geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend Nebenwirkungen und Spätfolgen) die Übernahme einer teureren Massnahme rechtfertigen. Die Frage der Wirtschaftlichkeit stellt sich grundsätzlich nicht, wenn es nur eine Behandlungsmöglichkeit bzw. keine Behandlungsalternative gibt, weil sich das in Art. 32 Abs. 1 KVG verankerte Erfordernis auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen bezieht (BGE 145 V 116 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur). 2.

E. 2

Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte, vertreten durch ihren Rechtschutzversicherer, mit Eingabe vom 6. Mai 2022 Beschwerde (Urk. 1; Beilagen Urk. 3/

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für eine Gesichtsfeminisierung bei der Beschwerdeführerin, welche gemäss Angaben des Universitätsspitals Z.____ das Abbohren der supraorbitalen Prominenz, eine feminisierende Rhinoseptoplastik und die Konturierung des Unterkiefers durch Abschleifung umfassen würde (vgl. Urk. 8/1 S. 1), zu übernehmen hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin erwog

dazu im Wesentlichen, dass bei einer solchen Operation der kosmetische Aspekt (Angleichung an ein Idealbild) respektive das subjektive Empfinden der Beschwerdeführerin im Vordergrund stünde, da sich bei ihr

anhand der Fotodokumentation keine ausgeprägt maskulinen Züge objektivieren lassen würden. Dabei sei das Gesicht als Ganzes zu beurteilen (Urk. 2, insbesondere Ziff. 19 und 27-31; Urk. 7 Ziff. 9). Massgebend sei, ob es sich um eine erträgliche Abweichung von der Normvorstellung handle (Urk. 7 Ziff. 8). Würde jedes körperliche Merkmal, das in der Gerichtsmedizin dem weiblichen Geschlecht zugehörig beurteilt werde, eine Leistungspflicht begründen, widerspräche dies dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Urk. 7 Ziff. 7).

E. 2.3

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen, in der CT-Untersuchung habe sich ein hypopneumatisierter Sinus frontalis gezeigt. Die dementsprechend ausgeprägte supraorbitale Prominenz wirke durchaus männlich (Urk. 1 Ziff. 11). Dies führe aufgrund ihrer Genderdysphorie zu einem starken Leidensdruck. Die Beschwerdegegnerin hätte zumindest abklären müssen, inwiefern ihr psychisches Leiden durch den Korrekturingriff gebessert werden könnte (Urk. 1 Ziff. 9-12). 3.

E. 3

-11). Darin beantragte sie, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Sanitas sei zu verpflichten, Kostengutsprache für die stationäre Gesichtsfeminisierung zu erteilen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Sanitas (Urk. 1, Anträge). Diese schloss in der Beschwerdeantwort vom

E. 3.1

In BGE 105 V 180

erkannte das Eidgenössische Versicherungsgericht dem Transsexualismus, umschrieben als Drang, durch eine - meist chirurgische -

Geschlechtsumwandlung dem anderen Geschlecht angehören zu können, mit Bezug auf den konkreten Fall Krankheitswert zu und bejahte eine grundsätzliche Leistungspflicht der Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen und statutarischen Regelung (vgl. E. 1b). Es gelangte allerdings zum Ergebnis, nach Massgabe des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) und der gestützt darauf erlassenen Bestimmungen stelle die operative Geschlechtsumwandlung keine Pflichtleistung der

Krankenkassen dar (vgl. E . 3).

E. 3.2

Diese Rechtsprechung wurde in BGE 114 V 159 E . 4 und in BGE 114 V 16 2 E .

4 und 5 in dem Sinne geändert, als das Gericht bei echtem Transsexualismus die operative Geschlechtsumwandlung grundsätzlich als Pflichtleistung der Krankenkassen bezeichnete, wenn nach Durchführung eingehender psychiatrischer und endokrinologischer Untersuchungen und nach mindestens zweijähriger Beobachtung vom 25. Altersjahr hinweg die Diagnose gesichert sei und der Eingriff im konkreten Fall die einzige Behandlungsmethode darstelle, mit welcher der psychische Zustand der versicherten Person bedeutend verbessert werden könne. Nicht zu den Pflichtleistungen gehörten gemäss den ob genannten Urteilen indes sen Vorkehren der plastischen und der Wiederherstellungschirurgie, durch welche die betroffene Person mit neuen Geschlechtsorganen versehen wird.

E. 3.3

In BGE 120 V 46 3

nahm das Eidgenössische Versicherungsgericht wiederum eine Rechtsprechungsänderung vor. Es hielt fest, wenn die Notwendigkeit einer chirurgischen Operation zur Behandlung eines echten Transsexualismus ausgewiesen sei, habe die Krankenkasse nicht nur die Kosten der Entfernung der bisherigen Geschlechtsorgane zu tragen, sondern auch für die Vorkehren der plastischen und Wiederherstellungschirurgie aufzukommen, durch welche die betreffende Person mit neuen Geschlechtsorganen versehen werde (vgl. E. 5). Soweit die Voraussetzungen für einen chirurgischen Eingriff erfüllt seien, würden

die ergänzenden Massnahmen zur Veränderung der sekundären Geschlechtsmerkmale ebenfalls zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen gehören, sofern eine klare medizinische Indikation und die Wirtschaftlichkeit der Behandlung gegeben seien (vgl. E. 6b). Im konkreten Fall verneinte es eine Leistungspflicht der Krankenkasse bezüglich der Kosten für die elektrische Haarentfernung, da diese durch eine Kosmetikerin vorgenommen worden war. Demgegenüber betrachtete es die Adamectomie (Entfernung des Adamsapfels) und die Abrasion in der Mundgegend (Abschleifen der Haut) grundsätzlich als Pflichtleistung, wies die Sache indessen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des gewählten Vorgehens an die Vorinstanz zurück (vgl. E.

6c).

E. 3.4

Es folgte das Urteil K 142/03 vom 4. Juni 2004, in welchem das Bundesgericht ausführte, die zweijährige Beobachtungsphase (deren Angemessenheit im Einzelfall abzuklären ist, vgl. BGE 137 I 86 E. 7.3.4) bezwecke vorab, das Vorliegen eines echten Transsexualismus und die Indikation zur Geschlechtsumwandlungsoperation hinreichend zuverlässig zu beurteilen, und habe somit primär diagnostischen Charakter (vgl. E. 2.2).

Eine Gesichtsepilation mittels Laser sei zwar geeignet, die Realitätsnähe des Alltags zu verbessern; der irreversible Eingriff sei aber auch geeignet, das therapeutische Vorgehen zu präjudizieren.

Seine Zweckmässigkeit im Sinne einer rein diagnostischen Massnahme sei daher zu verneinen. Zudem könne durch regelmässige Rasur und kosmetische Massnahmen (Abdecken des Bartschattens) eine zwar nicht identische, aber vergleichbare Wirkung erreicht werden (vgl. E. 2.4). Die während der Beobachtungsphase und damit vor der definitiven Diagnosestellung vorgenommene Laser-Epilation gelte somit nicht als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich. Unter Vorbehalt des seltenen Ausnahmefalles einer eigenständigen (d.h. vom Transsexualismus unabhängigen) psychischen Symptomatik mit Krankheitswert, der durch die Beseitigung des Bartwuchses begegnet werden könne, sei diese Beurteilung auf vergleichbare Konstellationen wohl übertragbar.

Würden dagegen nach Abschluss der Beobachtungsphase und der erforderlichen Untersuchungen die Diagnose eines echten Transsexualismus und die Indikation einer Geschlechtsumwandlungsoperation bestätigt, seien praxisgemäss auch die ergänzenden Massnahmen zur Anpassung der sekundären Geschlechtsmerkmale durch den obligatorischen Krankenpflegeversicherer zu übernehmen, sofern sie Teil eines gestützt auf sämtliche gewonnenen Erkenntnisse erstellten Behandlungsplans bilden würden und innerhalb dieses Plans als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gelten könnten. In diesem Zusammenhang komme - im Sinne der Rechtsprechung zum Behandlungskomplex - prinzipiell auch die Übernahme der Kosten von Massnahmen in Frage, welche für sich allein genommen keine Pflichtleistung darstellen würden.

E. 3.5

In seiner jüngeren Rechtsprechung (BGE 142 V 316 = Pra 106 [2017] Nr. 58 E.

E. 3.6

Im Übrigen stellte

das Bundesgericht im Urteil 9C_331/2020 E. 6.2.2 klar, dass Ziel einer medizinischen Behandlung im Bereich des KVG im Wesentlichen die möglichst vollständige Beseitigung der physischen oder psychischen Gesundheitsschäden sei. Im konkreten Fall werde der Eingriff aufgrund einer Genderdysphorie erwogen, der zweifellos Krankheitswert zukomme, zumal Ausmass und Intensität eine medizinische Versorgung unabdingbar gemacht hätten. Mit Blick auf die Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen, herausgegeben von

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), definiere sich die Genderdysphorie nicht nur durch den Wunsch der Betroffenen, als dem anderen Geschlecht zugehörig zu leben oder akzeptiert zu werden, sondern umfasse auch ein Unbehagen oder eine fehlende Anpassung [gemeint: Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht, vgl. ICD-10: F64.0], verbunden mit einem klinisch signifikanten Leiden oder einer Beeinträchtigung des sozialen, des beruflichen oder anderer wichtiger Funktionsbereiche. Ziel der Behandlung einer Genderdysphorie sei daher nicht bloss, den Wunsch der Betroffenen nach einer Geschlechtsumwandlung zu erfüllen, sondern die genannten negativen Auswirkungen zu lindern, was eine Anpassung auch des äusseren Erscheinungsbilds an das neue Geschlecht impliziere.

Der Eingriff müsse somit ein für das ursprüngliche Geschlecht typisches Merkmal betreffen und zudem

geeignet sein, die Gender dysphorie zu lindern. 4. 4.1

Konkret

als Pflichtleistungen bei einer Transfrau anerkannt hat das Bundesgericht, wie bereits dargetan, in BGE 120 V 463 die Entfernung des Adamsapfels und das Abschleifen der Haut.

Ebenso erkannte es mit Urteil 9C_255/2016 vom 17.

Februar 2017 eine Brustvergrösserung

als solche

an (vgl. E.

5.2). Bei

im Rahmen der Hormonbehandlung bereits gebildeter Brust der Körbchengrösse A lehnte es im konkreten Fall aber eine Kostenübernahme ab, wobei die Versicherte weder eine

Fehlfunktion

noch

massgebliche Auswirkungen auf den psychischen Zustand geltend gemacht hatte. Das Gericht hob hervor, ein chirurgischer Eingriff, der primär zum Ziel habe, die Brust zu verschönern oder den Idealmassen anzupassen, stelle keine Pflichtleistung dar (vgl. E. 6.2).

4.2

In BGE 142 V 316 hielt das Bundesgericht fest, bei einem Mann würden die Behaarung im Gesicht sowie die markantere Behaarung gewisser Körperpartien zu den sekundären Geschlechtsmerkmalen gehören, weshalb bei entsprechender Indikation zur Geschlechtsumwandlungsoperation die definitive Enthaarung (mittels Laser) als zusätzlicher Eingriff anerkannt werden müsse, wenn diese Teil eines therapeutischen Gesamtprogrammes sei, innerhalb dieses Plans als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gelten könne und

– anders als im damals zu beurteilenden Fall – durch einen zugelassenen Leistungserbringer (Art. 46 Abs. 1 KVG)

erbracht werde

(vgl. E.

5.2,

E. 5

Juni 2022 auf Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Versicherten (Urk. 7 S. 2). Die Beschwerdeantwort wurde der Versicherten mit Verfügung vom 10. Juni 2022 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 5.1

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass im Rahmen der Behandlung einer Genderdysphorie zusätzlich zur Geschlechtsumwandlungsoperation auch die sie ergänzenden chirurgischen Interventionen zur Angleichung des äusseren Erscheinungsbilds an das neu zugewiesene Geschlecht

Pflichtleistungen nach KVG darstellen. Grundvoraussetzung für eine entsprechende Kostengutsprache ist

demnach das Vorliegen einer Genderdysphorie, aufgrund deren Ausmasses und Intensität eine chirurgische Geschlechtsumwandlung aus medizinischer Sicht klar indiziert ist, so dass ein Krankheitswert im juristischen Sinn zu bejahen ist.

Die eine Geschlechtsumwandlungsoperation ergänzenden, sich allein auf die Morphologie beziehenden chirurgischen Interventionen müssen sodann auf die Anpassung sekundärer Geschlechtsmerkmale oder körperlicher Besonderheit gerichtet sein, die aus objektiver Sicht als typisch dem ursprünglichen Geschlecht zugehörig respektive unvereinbar mit dem Erscheinungsbild des neuen Geschlechts zu qualifizieren sind.

Ob sich ein Eingriff im Einzelfall als notwendig erweist, hängt dabei auch wesentlich von der konkreten Ausprägung des anzupassenden sekundären Geschlechtsmerkmals bzw. der anzupassenden körperlichen Besonderheit ab, insoweit diese auch innerhalb des gleichen Geschlechts eine hohe Variabilität aufweisen und sich die Bandbreiten der Erscheinungsbilder bei Männern und Frauen überschneiden können. Bezüglich des Gesichts im Besonderen ist zudem auf den Gesamteindruck abzustellen. Ist der Eingriff in diesem Sinne nötig, um ein mit dem äusseren Erscheinungsbild des neuen Geschlechts objektiv unvereinbares sekundäres Geschlechtsmerkmal bzw.

eine gleichgestellte körperliche Besonderheit anzugleichen, handelt es sich

nicht um blosser Schönheitschirurgie. Fehlt es indessen an dieser Voraussetzung,

entfällt der sachliche Grund für die Ungleichbehandlung von Trans- und Cis-Personen mit Bezug auf einen bestimmten Eingriff. Folglich findet in diesen Fällen die Rechtsprechung zu den ästhetischen Mängeln Anwendung.

In einem zweiten Schritt ist

der subjektiven Wahrnehmung der betroffenen Person bzw. ihrem konkreten Leidensdruck Rechnung zu tragen und zu prüfen, ob der geplante Eingriff als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gelten kann. Die WZW-Kriterien sind

dabei im Hinblick auf das eigentliche therapeutische Ziel des Eingriffs, nämlich die negativen Auswirkungen der Genderdysphorie zu reduzieren, sowie im Rahmen eines (basierend auf sämtlichen Erkenntnissen erstellten) individuellen Gesamtbehandlungsplans zu beurteilen.

E. 5.2

,

E. 5.3

und

E. 5.4

zitierten Berichten der Spezialisten bzw. Behandler,

wie dargetan, nichts entnommen werde, was der Einschätzung der Vertrauensärztin, wonach das Gesicht der Beschwerdeführerin als Ganzes nicht als typisch männlich erscheint, entgegenstehe.

E. 5.5

Die Vertrauensärztin

der Beschwerdegegnerin, Dr. med. A.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrer Stellungnahme vom 15. Januar 2021 (Urk. 8/2) aus, die etwas fülligen Augenbrauen könnten durch lokales Epilieren korrigiert werden. Eine

Hakennase und

ein etwas prominente s Kinn seien noch nicht genderspezifisch.

Foto dokumentarisch sei das Kinn [sogar] unauffällig und lasse sich mit Make-up optisch zusätzlich verkleinern. Es liege somit eine Befindlichkeitsstörung ohne Krankheitswert vor.

Diese Einschätzung teilte der zweitkonsultierte Vertrauensarzt, med.

pract. B.____,

praktischer Arzt, am 19. August 2021 (Urk. 8/7). Er hielt fest, er könne der Fotodokumentation keine eindeutig maskulinen Züge entnehmen. Die angegebenen Beschwerden mit dem Selbstbild der Beschwerdeführerin seien anhand der Unterlagen nicht nachvollziehbar. Auf den Aufnahmen stelle sich eine junge Frau dar. Dem fügte er am 25. November 2021 (Urk. 8/10) hinzu, die Beschwerdeführerin sei daher wie alle Frauen zu behandeln, die mit ihrem Aussehen unzufrieden seien, auch wenn der Krankheitswert der Genderdysphorie nicht bestritten werde. Dazu verwies er auf das bereits in E. 4.1 zitierte Bundesgerichts Urteil 9C_255/2016 zur Brustvergrösserung bei einer Transfrau.

Es ist vorweg klarzustellen, dass sich eine unterschiedliche Behandlung von Trans- und Cis-Frauen in Bezug auf Operationen an einem «gesunden» Gesicht aus rechtlicher Sicht sachlich nur insoweit rechtfertigen lässt, als bei Trans-Frauen Merkmale vorhanden sein können, die mit einem weiblichen Erscheinungsbild unvereinbar sind. Dies bedeutet allerdings nicht, dass sich der Krankheitswert am Aussehen bemisst. Dieser hängt allein vom Ausmass und der Intensität der Genderdysphorie ab, mit der sich der vertrauensärztliche Dienst nicht weiter auseinandersetze.

Unter diesem Aspekt muss

auch offenbleiben, ob und inwieweit die vorgeschlagene Epilation der Augenbrauen (wobei Stein des Anstosses nicht die Augenbrauen, sondern die knöchernen Wülste des Stirnbeins über dem oberen Augenhöhlenrand sind) und das Schminken des Kinns als zur Behandlung der Genderdysphorie wirksam und zweckmässig gelten könnten (vgl.

dazu die in E. 4.4 zitierte Rechtsprechung). Was

med. pract. B.____ ohne psychiatrische Fachkenntnisse und eigene Exploration zudem über das oben Zitierte hinaus zur Diskrepanz von Fremd- und Eigenwahrnehmung mutmasste (vgl. Urk. 8/10 S. 2 Mitte), vermag von vornherein nicht zu überzeugen. Nichtsdestotrotz kann den in E.

E. 5.6

Zusammenfassend lassen die aktenkundigen medizinischen Unterlagen somit nicht darauf schliessen, dass das Gesicht der Beschwerdeführerin, das als Ganzes zu betrachten ist, aus objektiver Sicht mit einem weiblichen Erscheinungsbild unvereinbar wäre. Von den Vertrauensärzten wurde dies anhand einer umfangreichen Farbfotodokumentation klar verneint. Abweichende Beurteilungen bestehen keine. So wurde von den untersuchenden Spezialisten

nicht das Gegenteil behauptet, auch wenn sie auf den gemäss CT-Untersuchung «ausgedehnten Sinus frontalis» (vgl. Urk. 3/5) beidseits und die klinisch damit verbundene supraorbitale Prominenz hinwiesen, die sie – für sich allein betrachtet – als sehr männlich beurteilen.

Inwiefern Nase und Kiefer

der Beschwerdeführerin einem typisch männlichen Erscheinungsbild entsprechen sollen, wurde von ihnen zu keiner Zeit dargelegt. Soweit aus der Beschwerde ersichtlich, bilden die Kosten der geplanten Nasen- und Kieferoperation ohnehin nicht Streitgegenstand

dieses Prozesses. Bei dieser Sachlage kann offenbleiben, ob bei der Beschwerdeführerin überhaupt die Indikation zur Geschlechtsumwandlungsoperation gegeben ist und die beantragte Gesichtsfeminisierung Teil eines Gesamtbehandlungsplans bildet, wofür sich aus den vorgelegten medizinischen Unterlagen keine Indizien ergeben.

E. 5.7

Im Übrigen machte die Beschwerdeführerin

zu Recht selbst nicht geltend, dass sie eventualiter Anspruch auf eine Übernahme der Kosten der Gesichtsfeminisierung in Anwendung der Rechtsprechung zu den ästhetischen Mängeln hätte. Gemäss Bundesgericht kann als störend empfundenen ästhetischen Mängeln, die nicht auf einen pathologischen Prozess zurückzuführen sind (vor allem an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung besonders empfindlichen Körperteilen), zwar Krankheitswert zukommen, jedoch nur wenn sie in einer erheblichen Masse von der Ideal- oder Normalvorstellung abweichen und infolgedessen als entstellend empfunden werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_572/2015 vom 22. Juni 2016 E. mit Hinweisen, insbesondere auf sein Urteil K 4/04 vom 17. August 2005). Weder aus den medizinischen Unterlagen noch der Fotodokumentation ergeben sich Hinweise darauf, dass das Gesicht der Beschwerdeführerin in irgendeiner Weise erheblich von der Norm abweichen würde oder gar entstellend wäre. Insofern kann offenbleiben, ob allfällige weitere psychische Leiden (in den Akten erwähnt werden eine depressive und ängstliche Symptomatik, etwa Urk. 8/6 S. 1) bestehen, die einen Krankheitswert zu begründen vermöchten. 6.

Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Entscheid die Übernahme der Kosten einer Gesichtsfeminisierung bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der OKP abgelehnt hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f bis des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

Im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren darf obsiegenden Behörden oder mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteischädigung zugesprochen werden. In Anwendung dieses Grundsatzes hat das

Bundesgericht der Suva und den privaten UVG-Versicherern sowie – von Sonderfällen abgesehen – den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (vgl. BGE 126 V 143 E. 4a; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 9.2, je mit Hinweis). Der Beschwerdegegnerin ist daher trotz entsprechendem Antrag (vgl. Urk. 7 S. 2) praxismässig keine Pro zessentschädigung zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz -Versicherungsgesellschaft AG
- Sanitas - 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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
VogelBonetti

E. 9

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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