



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. September 2012 (730 12 36)

Krankenversicherung

Leistungen

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen

gegen

Easy Sana Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Rue du Nord 5, 1920 Martigny, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen (488617-HE)

A.1 Die 1959 geborene A.____ ist bei der Easy Sana Krankenversicherung AG (Easy Sana), welche Mitglied der Groupe Mutuel ist, obligatorisch krankenpflegeversichert.

A.2 Am 27. Oktober 2010 ersuchte Dr. med. B.____, FMH Chirurgie (spez. Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie), die Easy Sana um Kostengutsprache für eine beidseitige Mammareduktionsplastik. Dieses Gesuch lehnte die Hermes, welche ebenfalls Mitglied der Groupe Mutuel ist, mit Schreiben vom 16. November 2010 nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt Dr. med. C.____, FMH Chirurgie, ab. Auch ein weiteres Gesuch, welches am

13. Dezember 2010 durch Prof. Dr. med. D.____, FMH Endokrinologie/Diabetologie, eingereicht wurde, lehnte die Easy Sana mit Schreiben vom 21. Dezember 2010 ab.

A.3 Am 20. Mai 2011 ging bei der Easy Sana ein Kostengutsprachegesuch des E.____ Spitals ein, in welchem um Übernahme der Kosten für einen stationären Aufenthalt vom 16. bis 18. Mai 2011 ersucht wurde. In der Folge forderte die Easy Sana das E.____ Spital auf, ihr die genaue Eintrittsdiagnose mitzuteilen. In der Eingabe vom 29. Mai 2011 wurde durch das E.____ Spital ausgeführt, dass bei der Versicherten am 16. Mai 2011 aufgrund einer beidseitigen Makromastie eine Mammareduktionsplastik durchgeführt worden sei. Mit Schreiben vom 20. Juni 2011 teilte die Easy Sana die Ablehnung der Kostengutsprache für den bereits durchgeführten Eingriff mit.

A.4 In der Folge ersuchte A.____ die Easy Sana am 15. Juli 2011 um Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung, welche am 14. September 2011 erging und in welcher weiterhin die Übernahme der Kosten für die Mammareduktionsplastik abgelehnt wurde. Daran hielt die Easy Sana auch auf Einsprache von A.____ hin mit Entscheid vom 5. Januar 2012 fest.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, am 2. Februar 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es seien der Einspracheentscheid vom 5. Januar 2012 und die Verfügung vom 14. September 2011 der Easy Sana aufzuheben und es sei diese zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen, insbesondere die Kosten für die Mammareduktionsplastik, zu übernehmen. Eventualiter sei zur weiteren Abklärung des Sachverhalts ein Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Angelegenheit - in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 5. Januar 2012 und der Verfügung vom 14. September 2011 - zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e Kostenfolge.

C. Die Easy Sana liess sich am 10. April 2012 zur Beschwerde vernehmen und beantragte deren Abweisung.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen sind vorliegend erfüllt, sodass auf die Beschwerde einzutreten ist. Anzumerken bleibt, dass der Streitwert unter Fr. 10'000.-- liegt, weshalb die Sache präsidial zu entscheiden ist (vgl. § 55 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung [VPO] vom 16. Dezember 1993).

2. Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob der Beschwerdeführerin für den bereits durchgeführten operativen Eingriff Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zustehen oder ob die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für die beidseitige Mammareduktionsplastik zurecht ablehnte.

3.1 Nach Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

3.2 Obwohl die Mammareduktionsplastik im Anhang 1 zur Verordnung des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVL) vom 29. September 1995 nicht explizit aufgeführt ist, ist ein solcher Eingriff unter bestimmten Bedingungen eine medizinische Leistung, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergütend ist. So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) entschieden, dass sich die Kostenübernahme für operative Eingriffe an der Brust, insbesondere Reduktionsplastiken bei Mammahypertrophie, Mammadysplasie oder Asymmetrie der Mammae nach der unter dem alten Krankenversicherungsgesetz (KUVG) gültig gewesenen Gerichts- und Verwaltungspraxis richtet (vgl. Urteil des EVG vom 29. Januar 2001, K 171/00, E. 2b mit weiteren Hinweisen). Hierbei sind jedoch die weiteren in Art. 32 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 statuierten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung zu beachten. Danach besteht eine Vergütungspflicht für die Kosten einer operativen Brustreduktion, wenn die Hypertrophie oder Dysplasie körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht und deren Behebung das eigentliche Ziel des Eingriffs ist. Entscheidend ist nicht das Vorliegen eines bestimmten Beschwerdebildes, sondern vielmehr, ob die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive, genügend zurückdrängen. Dabei genügt es, wenn sowohl die Beschwerden wie auch deren Kausalzusammenhang mit der Mammahypertrophie oder Mammahyperplasie nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sind. Die blossе Möglichkeit, dass ein bestimmtes Beschwerdebild vorliegt, ist sodann nicht ausreichend, ein Zusammenhang im streng wissenschaftlichen Sinn ist aber auch nicht erforderlich (vgl. dazu RKUV 2000 KV Nr. 138 S. 359 E. 3a mit Hinweisen; Urteile des EVG vom 24. März 2005, K 123/04, E. 2.2.1 und vom 29. Januar 2001, K 171/00, E. 2b; vgl. zudem auch BGE 130 V 301 ff. E. 4 und 5).

3.3 Ebenfalls bereits unter dem alten Recht hat sich die Praxis herausgebildet, wonach eine Mammareduktionsplastik medizinisch indiziert ist und dem Erfordernis der Zweckmässigkeit genügt, «sofern eine Gewebereduktion von gegen 500 g oder mehr beidseits vorgesehen ist bzw. durchgeführt wurde und wenn gleichzeitig Beschwerden geltend gemacht werden, die auf die Hypertrophie zurückgeführt werden können (könnten) 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 (RKUV 1996 Nr. K 972 S. 3 ff. E. 5a-c mit Hinweisen).

3.4 Schliesslich ist für die Vergütung der Mammareduktionsplastik durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung weiter von Bedeutung, ob konservative Massnahmen eine wirksame alternative Behandlungsmöglichkeit darstellen oder dargestellt hätten. Dabei ist unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit einer Leistung nicht in erster Linie die möglichst vollständige

Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beschwerden entscheidend. Vielmehr ist danach zu fragen, ob das Ziel der Behandlung, mithin Beschwerdefreiheit und/oder Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionalität, objektiv erreichbar ist. Ist die Wirksamkeit einer alternativen Behandlungsmöglichkeit zu bejahen, stellt sich schliesslich die Frage, welche der beiden Leistungen die zweckmässigere ist, was je nachdem dazu führen kann, dass die Kostenübernahmepflicht für eine grundsätzlich wirksame Reduktionsplastik entfällt (vgl. BGE 130 V 304 f. E. 6.1 und 6.2.1.1).

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

4.2 Solche ärztlichen Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, S. 278). Dabei ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels, noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend. Gerade die Krankenversicherungen oder ihre Verbände sind gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG sogar verpflichtet, nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesellschaften Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen zu bestellen. Diese wiederum haben die Krankenversicherungen gemäss Art. 57 Abs. 4 und 5 KVG in medizinischen Fachfragen zu beraten und insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflichten zu überprüfen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig und weder die Krankenversicherung noch die Leistungserbringer können ihnen Weisungen erteilen. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht denn auch grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (vgl. Gebhard Eugster, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Basel/Genf/München 2007, Krankenversicherung, N 209 ff.). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist letztendlich aber entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a und 122 V 160 E. 1c mit weiteren Hinweisen; Alfred Bühler, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten in: Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff.).

5. Für die Beurteilung der strittigen Frage sind im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte zu berücksichtigen:

5.1 Dr. B._____ diagnostizierte am 27. Oktober 2010 eine Makromastie beidseits mit leichter Asymmetrie rechts ausgeprägter als links und eine Mammaptose III° beidseits. In seiner Anamnese hielt Dr. B._____ fest, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren unter zu grossen Brüsten leide. Sie beklage chronische Rückenschmerzen, die sich durch Massagen nicht bessern würden. Weiterhin klage die Beschwerdeführerin über Einschneiden der BH-Träger sowie über rezidivierende submammäre Ekzeme. Aufgrund der Makromastie sei die Beschwerdeführerin in ihrer sportlichen Tätigkeit eingeschränkt. Die gynäkologischen Voruntersuchungen seien unauffällig gewesen. Beim Tastbefund habe sich vorwiegend derbes Drüsengewebe gefunden. Auffallend sei ein beidseitiges Einschneiden der BH-Träger bei einer BH-Grösse 95 F. Zudem bestehe eine Kyphose der Brustwirbelsäule (BWS) bei einer Hyperlordosierung der Halswirbelsäule (HWS). Aus plastisch-chirurgischer Sicht sei im vorliegenden Fall eine beidseitige Mammareduktionsplastik um mindestens 600 g bis 700 g Reduktionsgewicht pro Seite zu empfehlen.

5.2 Am 15. November 2010 lehnte der Vertrauensarzt Dr. C._____ die Kostenübernahme ohne nähere Begründung ab.

5.3 Dem Arztbericht des F._____ Spitals, gezeichnet durch Prof. D._____, vom 13. Dezember 2010 sind als Diagnosen (1) eine Adipositas (initial 120 kg, BMI 37,5; aktuell: 90 kg, BMI 28), (2) eine arterielle Hypertonie und eine Dyslipidämie in Remission, (3) eine Borderline-Störung und (4) ein Status nach Hysterektomie bei Zervixkarzinom zu entnehmen. Die Beschwerdeführerin habe aufgrund einer eigenen Ausbildung als Ernährungscoach und unter intensiver Anleitung durch die Ernährungsberatung sowie dem ärztlichen Dienst des Ernährungszentrums auf konservativem Weg 30 kg an Gewicht abnehmen und dieses auch stabilisieren können. Dies sei ein Ergebnis, welches üblicherweise nur mit bariatrischer Operation zu erreichen sei. Gleichzeitig habe sie auch ihren Nikotinabusus eingestellt, was ihre Leistung noch höher bewerten lasse. Im Rahmen dieser massiven Gewichtsabnahme sei es zu einer Persistenz der Makromastie gekommen, die jetzt bei sehr ungünstigen statischen Verhältnissen zu chronischen Cephalgien und Rückenbeschwerden führe.

5.4 Dr. C._____ führte hierzu am 20. Dezember 2010 aus, dass das Gesuch abzulehnen sei. Die Originalfotos seien nicht mehr zur Hand und die Fotokopien seien nicht beeindruckend.

5.5 Am 20. Mai 2011 reichte das E._____ Spital ein Kostengutsprachege such bei der Beschwerdegegnerin ein, in welchem eine Makromastie beidseits als Diagnose genannt wurde. Es sei am 16. Mai 2011 eine Mammareduktionsplastik beidseits durchgeführt worden. Dem gleichentags erstellten Operationsbericht von Dr. B._____ ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin eine ganz erhebliche asymmetrische Makromastie beidseits rechtsbetont mit einem Jugulum-Mamillen-Abstand von rechts 39 cm und links 39 cm vorliege.

5.6 Im vertrauensärztlichen Formular hielt die zuständige Sachbearbeiterin fest, dass das Gesuch der Beschwerdeführerin bereits drei Mal abgelehnt worden sei. Die Beschwerdeführerin weise einen minim zu hohen BMI von 28 auf und habe in den Monaten Juli 2010 bis September 2010 12 Sitzungen Physiotherapie gemacht. Die Gewebeentnahme liege deutlich über 500 g. Dr. C.____ führte jedoch am 13. August 2011 aus, dass eine objektive Rückenbeurteilung und eine adäquate Rückentherapie mit dazu gehöriger Beurteilung fehlen würden. Es liege zudem ein BMI von 28 vor und die Beschwerdeführerin leide vorwiegend an einer Ptose. Ein Krankheitswert könne unter diesen Umständen nicht angenommen werden, weshalb das Gesuch abzulehnen sei.

5.7 Dr. G.____, Chiropraktor SCG/ECU, bestätigte am 26. September 2011, dass die Beschwerdeführerin wiederholt wegen multiplen Rückenbeschwerden in seiner Behandlung gestanden habe. Wegen der häufig rezidivierenden Beschwerden habe sie sich entschlossen, eine Brustverkleinerung durchführen zu lassen. Die medizinische Indikation für diesen Schritt sei gegeben und er könne dies aus chiropraktischer Sicht unterstützen.

5.8 Der Vertrauensarzt Dr. C.____ stellte zuhanden der Beschwerdegegnerin am 10. November 2011 fest, dass medizinische Angaben für eine Kostengutsprache auf objektiven Befunden beruhen müssten. Es gehe nicht an, dass subjektive Angaben oder nicht belegte Fremddaten zur Argumentation beigezogen würden. Zur Frage stehe, ob die Brustgrösse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die angegebenen Rückenschmerzen verantwortlich sei. Weiter sei zu prüfen, ob der vorgeschlagene Eingriff zu einer eindeutigen Linderung dieser Beschwerden führen könne. Diese Kernfrage sei nicht beantwortet worden. Es sei überhaupt nicht belegt, ob eine intensive Rückentherapie durchgeführt worden sei. Im ersten Kostengutsprachege such vom 27. Oktober 2009 sei nur erwähnt, dass die Beschwerdeführerin über chronische Rückenschmerzen klage, die sich durch Massagen nicht gebessert hätten. Das ebenfalls erwähnte rezidivierende submammäre Ekzem beruhe einzig auf der Aussage der Beschwerdeführerin. Objektiviert sei ein residuelles Übergewicht von ungefähr 10 kg, nach langjähriger massiver Adipositas, die sich statisch über die Jahre mit Sicherheit sehr ungünstig auf die Rückenmuskulatur ausgewirkt habe und auch weiterhin ein Problem sei. Die beigelegten Fotos würden effektiv grosse, aber vor allem ptotische Brüste zeigen, welche, bis zur gegenteiligen Beweisführung, nur schwer eindeutig mit den Rückenbeschwerden in Zusammenhang gebracht werden könnten. Prof. D.____ weise in seinem Bericht vom 13. Dezember 2010 zwar auf eine Rückenproblematik hin, nehme diese aber nicht in die Diagnosestellung auf. Ebenso wenig sei die Bestätigung von Dr. G.____ verwertbar. Zusammenfassend hielt Dr. C.____ fest, dass nach Einsicht in die medizinischen Unterlagen der Kausalzusammenhang zwischen den Rückenbeschwerden und der Brustgrösse nicht nachvollziehbar bewiesen sei, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen werden müsse.

6.1 Vorab ist festzustellen, dass im Zeitpunkt des Eingriffs am 16. Mai 2011 das Körpergewicht der Beschwerdeführerin 90 kg betrug, was bei einer Körpergrösse von 179 cm einem BMI von 28 kg/m² entspricht. Gemäss Operationsbericht vom selben Tag wurden an der rechten Brust 852 g und an der linken 788 g Fett- und Drüsengewebe reseziert. Damit steht zu Recht ausser Frage, dass in Bezug auf das Kriterium «Mindestgewicht des entnommenen Ge-

webes» die Leistungspflicht zu bejahen ist. Hingegen erfüllt die Beschwerdeführerin das Kriterium «fehlende Adipositas» nicht. Dies führt aber wie in der Beschwerde richtig ausgeführt, nicht automatisch zu einer Verneinung der Leistungspflicht, sondern zu strengeren Anforderungen an den Kausalzusammenhang (vgl. Urteil des EVG vom 29. Januar 2001, K 171/00, E. 4b mit Hinweisen).

6.2 Ob der Kausalzusammenhang zwischen der beidseitigen Makromastie und der Mammptose III° sowie den geltend gemachten Rückenbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben ist, lässt sich jedoch nicht abschliessend prüfen, denn keiner der vorliegenden Berichte erweist sich als geeignet, diese Frage zuverlässig beurteilen zu können. So hielt Dr. B.____ am 27. Oktober 2010 zunächst fest, dass die Beschwerdeführerin über chronische Rückenbeschwerden klagt; er wies auf eine bestehende Kyphose der BWS und eine Hyperlordisierung der HWS hin. Dr. B.____ verzichtete aber auf eine nähere Spezifizierung und Konkretisierung der behaupteten Rückenbeschwerden. Prof. D.____ nannte in seinem Kostengutsprachege such vom 13. Dezember 2010 keine Diagnosen, welche auf eine Rückenproblematik hinweisen. In seinen Ausführungen hielt er aber fest, dass es durch die massive Gewichtsabnahme zu einer Persistenz der Makromastie gekommen sei, die nun bei sehr ungünstigen statischen Verhältnissen zu chronischen Cephalgien und Rückenbeschwerden führe. Diese Ausführungen sind zwar einleuchtend, reichen aber für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs nicht aus. Schliesslich führte der behandelnde Chiropraktor Dr. G.____ am 26. September 2011 aus, dass er die Beschwerdeführerin wegen multiplen Rückenbeschwerden behandle. Aufgrund der rezidivierenden Beschwerden sei eine Brustverkleinerung durchgeführt worden, was aus chiropraktischer Sicht unterstützt werden könne. Diese Angaben weisen ebenfalls auf einen Zusammenhang zwischen den Rückenbeschwerden und der Makromastie hin, der Kausalzusammenhang lässt sich aber auch aus ihnen nicht rechtsgenügend nachweisen. Den Akten ist weiter zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom Juli 2010 bis September 2010 an 12 Sitzungen Physiotherapie teilgenommen hat. Auch diesbezüglich fehlen aber konkrete Angaben über die Gründe der Therapie. Gestützt auf diese Unterlagen steht zwar fest, dass die Beschwerdeführerin seit langer Zeit an Rückenbeschwerden leidet. In den Berichten werden aber zu wenig schlüssige Ausführungen zum Kausalzusammenhang zwischen der beidseitigen Makromastie und der Mammptose III und den Rückenbeschwerden gemacht, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

6.3 Desgleichen sind die vertrauensärztlichen Stellungnahmen und die Beurteilungen von Dr. C.____ entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht beweistauglich. So ist der ersten beim vertrauensärztlichen Dienst angeforderten und von diesem am 15. November 2010 erstatteten Stellungnahme lediglich zu entnehmen, dass das Gesuch abzuweisen sei. Eine Begründung fehlt jedoch. Nachdem Prof. D.____ im Dezember 2010 erneut ein Kostengutsprachege such stellte, hielt der Vertrauensarzt Dr. C.____ am 20. Dezember 2010 in einem Satz fest, dass die Originalfotos nicht mehr zur Hand seien und die Fotokopien nicht beeindruckend würden. Eine ausreichende Erklärung für die Ablehnung des Gesuchs fehlt auch hier. Zum Operationsbericht des Bruderholzspitals vom 16. Mai 2010, welchem zu entnehmen ist, dass der Beschwerdeführerin an der rechten Brust 852 g und an der linken 788 g Fett- und Drüsengewebe reseziert wurden, verwies der Vertrauensarzt am 20. Juni 2011 auf seine Ausführungen

vom 20. Dezember 2010 und lehnte das Gesuch wiederum kommentarlos ab. Am 13. August 2011 hielt er fest, dass keine objektive Rückenbeurteilung vorliege und eine adäquate Rücken-therapie mit entsprechender Beurteilung ebenfalls fehlen würde. Zudem leide die Beschwerdeführerin vorwiegend an einer Ptose. Auch im etwas ausführlicheren Bericht des Vertrauensarztes vom 10. November 2011 wird der Kausalzusammenhang zwischen Brustgrösse und Rückenbeschwerden verneint, indem mehrheitlich die bereits bekannten Aussagen wiederholt wurden. Dieser vertrauensärztliche Bericht vermag daher ebenso wenig wie die anderen den in Ziffer 5 hievor erläuterten Anforderungen zu genügen. So mangelt es in allen Berichten an einer vertieften Auseinandersetzung mit den aktienkundigen Diagnosen und den Wechselwirkungen der diversen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Insbesondere überzeugen die Ausführungen des Vertrauensarztes bezüglich des Kausalzusammenhangs zwischen der beidseitigen Makromastie und der Mammaptose III° sowie den Rückenbeschwerden nicht. Der von der Vorinstanz gestützt auf diese Berichte gezogene Schluss, dass für die Rückenbeschwerden die Kyphose und die Hyperlordose im Vordergrund stehen würden, ist damit in keiner Weise nachvollziehbar. Der Entscheid der Beschwerdegegnerin, wonach die Mammareduktionsplastik nicht als Pflichtleistung zu bezeichnen sei und sie daher die entstandenen Kosten nicht zu übernehmen habe, basiert somit insgesamt auf unzureichenden medizinischen Beurteilungen.

6.4 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Januar 2012 ist daher aufzuheben und die Angelegenheit zur umfassenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dabei wird eine neutrale Gutachterstelle im Auftrag der Vorinstanz nicht nur die Frage der Kausalität (unter Berücksichtigung der Adipositas) zwischen der beidseitigen Makromastie und der Mammaptose III° sowie den geltend gemachten Rückenbeschwerden, sondern auch die Wirksamkeit der Reduktionsplastik im Zusammenhang mit der Linderung derselben beurteilen müssen. Die von der Krankenkasse betraute Gutachterstelle wird auch zu prüfen haben, ob konservative Therapiemöglichkeiten überhaupt wirksam und, falls ja, im Resultat tatsächlich zweckmässiger sind, als die strittige Reduktionsplastik. Die vorliegende Beschwerde ist deshalb im Sinne des Subeventualantrags gutzuheissen.

7.1 Art. 61 lit. g ATSG bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb vorliegend keine Kosten zu erheben.

7.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als Obsiegen im Sinne der genannten Bestimmung gilt auch die Rückweisung der Angelegenheit an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (vgl. BGE 132 V 235 E. 6.2). Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin hat in ihrer Honorarnote vom 29. Mai 2012 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 5 Stunden und 55 Minuten geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 161.--. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der

Höhe von Fr. 1'771.35 (5 Stunden und 55 Minuten à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 161.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

8. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde werden der Einspracheentscheid vom 5. Januar 2012 und die Verfügung vom 14. September 2011 aufgehoben und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Sachverhaltsabklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Easy Sana Krankenversicherungen AG zurückgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Easy Sana Krankenversicherungen AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 1'771.35 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.