



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 19. April 2012 (730 11 396)**

---

**Krankenversicherung**

**Kostenübernahme im Zusammenhang mit einer Mammareduktion - Untersuchungsgrundsatz**

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiber Daniel Scheuner

Parteien **G.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin

gegen

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

Betreff Leistungen

A. Mit Schreiben vom 31. August 2010 wandte sich Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, an den Vertrauensarzt der Easy Sana Krankenversicherung AG (Krankenkasse; bis 31. Dezember 2010 Hermes Krankenkasse) und beantragte für die bei ihm in Behandlung stehende und 1958 geborene G.\_\_\_\_ eine Kostengutsprache für eine Mammareduktion und eine TVT-Bandeinlage. Die Krankenkasse lehnte in der Folge die Kostenübernahme für die Mammareduktion mit Verfügung vom 1. April 2011 sowie mit Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2011 ab.

B. Am 31. Oktober 2011 reichte G.\_\_\_\_\_ beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Krankenkasse ein und beantragte, diese sei zu verpflichten, die Kosten für die Mammareduktion zu übernehmen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 5. Dezember 2011 hielt die Krankenkasse an ihrem Standpunkt fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

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

1.2 Die Beschwerdeführerin ist gemäss den eingereichten Versicherungsausweisen (vgl. actum 2) gestützt auf die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankenpflegeversichert. Mit Schreiben vom 31. August 2010 beantragte der behandelnde Facharzt der Beschwerdeführerin beim Vertrauensarzt der Krankenkasse die Kosten für die Übernahme einer Mammareduktion rechts aufgrund einer Brustasymmetrie zugunsten rechts bei einem Status nach Tumorektomie Mamma links im August 2009 und nach Bestrahlung wegen eines Mammakarzinoms. Mit Schreiben vom 6. September 2010 stellte sich die Krankenkasse auf den Standpunkt, dass die beantragte Mammareduktion nicht zu den Pflichtleistungen gemäss KVG gehöre und lehnte eine Kostenübernahme dementsprechend ab. Streitig und zu prüfen ist im Folgenden demgemäss, ob es sich bei der vorliegend zu beurteilenden Mammareduktion um eine Pflichtleistung der Krankenkasse im Rahmen des KVG handelt. Sollte diese Frage bejaht werden, hat die Krankenkasse die entsprechenden Kosten zu übernehmen. Sollte es sich nicht um eine Pflichtleistung handeln, trifft die Krankenkasse demgegenüber keine Leistungspflicht.

2.1 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.

2.2 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, stellt ein solcher Eingriff unter bestimmten Bedingungen eine im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergütende medizinische Leistung dar. So hat das Bundesgericht entschieden, dass sich die Kostenübernahme für operative Eingriffe an der Brust, insbesondere Reduktionsplastiken bei Mammahypertrophie, Mammadysplasie oder Asymmetrie der Mammæ – neben den in Art. 32 Abs. 1 KVG statuierten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlich-

keit der Leistung – nach der unter dem alten Krankenversicherungsgesetz (KUVG) gültig gewesen Gerichts- und Verwaltungspraxis richtet (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2001, K 171/00, E. 2b mit weiteren Hinweisen). 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. Die Frage, ob ein ästhetischer Mangel als entstellend zu bezeichnen ist, beurteilt sich grundsätzlich nach objektiven Kriterien und die subjektiven Faktoren, insbesondere die persönliche Anschauung, haben ausser Acht zu bleiben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C\_126/2008, E. 4.3.2). Die blosse 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 Bundesgerichts 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).

2.3 Bereits unter dem alten Recht hat sich weiter die Praxis herausgebildet, wonach eine Mammareduktionsplastik medizinisch indiziert ist und dem Erfordernis der Zweckmässigkeit genügt, wenn "...eine Gewebereduktion von gegen 500 Gramm oder mehr beidseits vorgesehen ist bzw. durchgeführt wurde und wenn (...) keine Adipositas vorliegt." In der Folge hat das Bundesgericht aber wiederholt präzisiert, dass die erwähnte Menge der Gewebereduktion lediglich einen Richtwert darstelle und eine Gewebeentnahme von weniger als 500 Gramm beidseits noch nicht gegen den Pflichtleistungscharakter der Reduktionsplastik sprechen müsse. Entscheidend sei, ob zwischen den geklagten körperlichen oder psychischen Beschwerden und der Mammahypertrophie ein Kausalzusammenhang bestehe. Werde diese Marke deutlich unterschritten, würden nur ganz besondere Umstände körperliche oder psychische Beschwerden überwiegend wahrscheinlich als krankheitswertig und von der Mammahypertrophie verursacht erscheinen lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2006, K 147/05, E. 6. mit Verweis auf BGE 121 V 215 E. 6b und Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2001, K 171/00, E. 2c).

2.4 Unter bestimmten Umständen hat die Krankenkasse die Kosten der operativen Behandlung sekundärer krankheits- oder unfallbedingter Beeinträchtigungen, namentlich äusserliche Verunstaltungen vor allem an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung speziell empfindlichen Körperteilen - besonders im Gesicht - zu übernehmen. Dies trifft zu, wenn die äusserliche Verunstaltung ein gewisses Ausmass erreicht, sich durch eine kosmetische Operation beheben lässt, der Versicherer für die primäre Unfall- oder Krankheitsbehandlung leistungspflichtig war und der Eingriff sich in allgemein üblichen Grenzen sowie im Rahmen der Wirtschaftlichkeit hält (vgl. BGE 121 V 119 E. 1; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C\_126/2007). Eine Operation zur Wiederherstellung der körperlichen Integrität ist - vorbehaltlich einer Gegenindikation - in jedem Fall eine Pflichtleistung (vgl. zur Brustprothese: BGE 111 V 229).

2.5 Für die Vergütung der Mammareduktionsplastik durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist sodann von Bedeutung, ob konservative Massnahmen eine wirksame alter-

native 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 130V 304 f. E. 6.1 und 6.2.1.1).

3.1 Gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz 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 Parteibeglehen, 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 Bundesgerichts vom 5. Juni 2003, K 46/02, E. 4.3.2).

3.2 Solche ärztlichen Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, 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 Ärztesgesellschaften 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 (vgl. 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.).

4.1 Vorliegend hat der behandelnde Gynäkologe der Beschwerdeführerin, Dr. med. R.\_\_\_\_, mit Schreiben vom 31. August 2010 bei der Krankenkasse um die Kostengutsprache für eine Reduktionsplastik der rechten Mamma im Umfang von 300 bis 400 Gramm nachgesucht. Zur Begründung verwies er auf eine "subjektiv stark störende Brustassymetrie zugunsten rechts bei Status nach Tumorektomie Mamma links im August 2009 und nach Bestrahlung wegen Mammakarzinom". Bei der vorgenannten Tumorektomie vom 7. August 2009 wurde laut Operationsbericht von Dr. R.\_\_\_\_ vom 12. August 2009 (vgl. actum 16) ein Lymphknoten in der Grösse von zirka 18 mm entfernt. Laut der histologischen Diagnose handelte es sich beim entnommenen Gewebe um ein hoch differenziertes invasiv-duktales Mammakarzinom von maximal 1,2 cm Grösse (vgl. Bericht Labor X.\_\_\_\_ vom 13. August 2009).

4.2 Wie die Krankenkasse im angefochtenen Einspracheentscheid richtig ausgeführt hat, handelt es sich bei einer Brustrekonstruktion nach Ablatio mammae (Amputation) infolge Brustkarzinom um eine Pflichtleistung. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten wurde vorliegend aber keine Ablatio, sondern eine Entnahme von karzinogenem Gewebe an der linken Mamma durchgeführt. In diesem Zusammenhang macht die Versicherte geltend, dass es infolge der Operation zu einer Assymetrie der beiden Mammae gekommen sei. Eine Kostenübernahme kommt - wie bereits ausgeführt wurde - dann infrage, wenn die Versicherte aufgrund einer fachärztlich diagnostizierten Mammahypertrophie, Mammadysplasie oder Asymmetrie der Mammae unter körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert leidet. Derartiges wurde vorliegend zunächst nicht geltend gemacht. Mit ihrer Beschwerde ans Kantonsgericht legte die Versicherte jedoch einen an die Krankenkasse gerichteten Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, vom 30. Oktober 2011 ein. Diesem zufolge besteht seit August 2009 ein Patientenverhältnis. Laut Dr. P.\_\_\_\_ habe die Versicherte nach der Tumorektomie vom 7. August 2009 neu über zunehmende starke Rückenschmerzen berichtet, zu deren Linderung die Verabreichung von Medikamenten und die Durchführung einer physiotherapeutischen Behandlung erforderlich gewesen sei. Ebenfalls habe die Versicherte mehrmals über einen sozialen Rückzug geklagt, da das kosmetische Resultat der Tumorektomie auch beim Tragen eines Winterpullovers zu wünschen übrig gelassen habe. Die Versicherte habe zudem das Gefühl gehabt, sie werde auf der Strasse angestarrt. In der Folge habe sich eine depressive Verstimmung eingestellt. Im weiteren Verlauf habe die Versicherte die Reduktionsoperation ohne Kostengutsprache durchführen lassen. Aufgrund der anamnestischen Angaben seiner Patientin seien im Rahmen des operativen Eingriffs erneut Zysten in der Brust entfernt worden, welche sowieso innerhalb nützlicher Frist hätten operativ behandelt werden müssen. Es habe sich somit sicherlich nicht um einen kosmetischen Eingriff, sondern um eine erforderliche Zweitoperation zur Behebung von Folgeproblemen der Tumorektomie gehandelt.

4.3 Der vorgenannte Bericht von Dr. P.\_\_\_\_ stand der Krankenkasse im Zeitpunkt des Erlasses ihres Einspracheentscheides vom 4. Oktober 2011 noch nicht zur Verfügung. Nach dessen Einreichung mit der Beschwerde durch die Versicherte, wäre es aber an der Krankenkasse gewesen, sich zu den im Bericht genannten somatischen und psychischen Beschwerden zu

äussern, welche nach Ansicht der Beschwerdeführerin in einem Kausalzusammenhang zur Tumorektomie vom 9. August 2009 stehen. In ihrer Vernehmlassung vom 5. Dezember 2011 hat die Krankenkasse den vorgenannten Bericht von Dr. P.\_\_\_\_ aber weder im Sachverhalt aufgeführt noch rechtlich gewürdigt. Damit ist nicht beurteilt, ob die im Bericht aufgeführten Beschwerden in einem Kausalzusammenhang mit dem operativen Eingriff stehen. Der Sachverhalt erweist sich somit als ungenügend abgeklärt. Unter diesen Umständen ist es angezeigt, die Sache zur Neuurteilung an die Krankenkasse zurückzuweisen. Diese wird demgemäss ihre Leistungspflicht nach Durchführung weiterer Abklärungsmassnahmen und dem Beizug bestehender ärztlicher Unterlagen - wie insbesondere dem Operationsbericht betreffend die zwischenzeitlich durchgeführte Mammareduktion - erneut zu beurteilen haben. Dabei wird sie einerseits zu prüfen haben, ob die von der Versicherten geltend gemachten somatischen und psychischen Beschwerden in einem Kausalzusammenhang mit der durchgeführten Tumorektomie stehen. Andererseits hat sie auch zu beurteilen, ob eine Leistungspflicht besteht, weil sekundäre krankheitsbedingte Beeinträchtigungen - namentlich äusserliche Verunstaltungen - an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung speziell empfindlichen Körperteilen wie der weiblichen Brust vorliegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2008, K 143/06 E. 4.4). Der angefochtene Einspracheentscheid wird demzufolge aufgehoben und die Beschwerde gutgeheissen und zur Neuurteilung und anschliessender Neuverfügung an die Krankenkasse zurückgewiesen.

5. Für das vorliegende Verfahren sind keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2011 aufgehoben. Die Sache wird zur Durchführung der erforderlichen Schritte im Sinne der Erwägungen und anschliessender Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>