



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 30. November 2015 (730 14 284 / 310)

Krankenversicherung

Kostenübernahme für eine durchgeführte Venensklerosierung mangels Krankheitswert der behandelten Varizen zu Recht verneint

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien A.____, Beschwerdeführerin

gegen

Atupri Krankenkasse, Direktion, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65,
Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1975 geborene A.____ ist bei der Atupri Krankenkasse (Atupri) obligatorisch krankenpflegeversichert. Am 18. April 2013 wurde bei A.____ eine Venensklerosierung durchgeführt. Am 23. April 2013 stellte der behandelnde Arzt, Dr. med. B.____, FMH Angiologie und Allgemeine Innere Medizin, A.____ Kosten im Betrag von insgesamt Fr. 516.30 in Rechnung, worauf A.____ am 10. Mai 2013 die Atupri mittels Rückforderungsbeleg um Kostenübernahme ersuchte. In der Folge führte die Atupri Abklärungen bei Dr. B.____ sowie ihrem Vertrauensarzt zwecks Beurteilung der Kostenübernahme durch. Mit Schreiben vom 12. Juni 2013 teilte die

Atupri Dr. B._____ mit, dass eine Kostenübernahmepflicht abgelehnt werde. Mit Schreiben vom 4. Oktober 2013 ersuchte Dr. B._____ im Sinne einer Wiedererwägung erneut um Kostengutsprache für die durchgeführte Sklerosierung. Mit Schreiben vom 28. November 2013 lehnte die Atupri die Kostenübernahme abermals ab. Auf Ersuchen der Versicherten hin erliess die Atupri am 28. April 2014 eine Verfügung, in der sie die Kostenübernahme für die durchgeführte Sklerosierung ablehnte, da das Venenleiden gemäss vertrauensärztlicher Beurteilung ohne Krankheitswert sei. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Atupri mit Einspracheentscheid vom 3. September 2014 ab.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A._____ am 15. September 2014 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 3. September 2014 sowie die Erteilung der Kostengutsprache für die Behandlung vom 18. April 2013. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, dass die Behandlung gemäss Auffassung ihres behandelnden Arztes von der Krankenversicherung zu übernehmen sei. Die Sklerosierung sei jährlich durchzuführen, um Probleme zu vermeiden.

C. Mit Vernehmlassung vom 28. Oktober 2014 schloss die Atupri auf Abweisung der Beschwerde.

Der Präsident zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend hatte die Versicherte zu diesem Zeitpunkt Wohnsitz in X._____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 15. September 2014 ist demnach einzutreten.

2. Nach § 55 Abs. 1 VPO entscheidet das Präsidium des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.--. Im vorliegenden Fall liegt der Streitwert unter dieser Grenze, so dass die Sache präsidial zu entscheiden ist.

3. Materiell streitig und zu prüfen ist, ob die Atupri die Kostenübernahme für die durchgeführte Venensklerosierung vom 18. April 2013 zu Recht abgelehnt hat.

3.1 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1a Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer nach Art. 11 KVG im Falle einer Krankheit 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). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt unter anderem die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG), sofern die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG).

3.2 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 ATSG). Der Rechtsbegriff "Krankheit" deckt sich nicht notwendigerweise mit dem medizinischen Krankheitsbegriff. Nicht jede Beeinträchtigung der Gesundheit stellt eine Krankheit dar; vielmehr muss diese den sog. Krankheitswert erreichen. Die gesundheitliche Störung muss mithin eine gewisse Schwere aufweisen, um als Krankheit zu gelten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 16. August 2005, K 1/05, E. 1.2).

3.3 Schönheitsfehler, die im Rahmen der natürlichen körperlichen Entwicklung entstehen, wie etwa abstehende Ohren, Muttermale gutartiger Natur, Gesichtsfalten, Haarausfall, Krampfadern oder nicht dem angeblichen Schönheitsideal entsprechende Brüste, haben keinen Krankheitscharakter im Sinne von Art. 3 Abs. 1 ATSG, soweit damit keine erheblichen Funktionsstörungen verbunden oder konkret zu erwarten sind (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Aufl., Basel 2006, Rz. 260). Massnahmen zu deren Korrektur sind daher nur dann als Pflichtleistungen von der Krankenkasse zu übernehmen, wenn das kosmetische Defizit körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht und Ziel des Eingriffs die Behebung dieser krankhaften Begleitumstände ist (BGE 121 V 213 Erw. 4 mit Hinweisen). Diese Grundsätze, die das EVG in erster Linie zum Anwendungsfall der Korrektur von Mammahyperplasien oder -dysplasien entwickelt hat, stellen in einem weiteren Sinn die generelle Grundlage für die Beurteilung dar, ob die Behebung eines natürlichen Schönheitsmangels eine Pflichtleistung der Krankenkasse ist (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Rz. 261).

3.4 Unter bestimmten Voraussetzungen haben Krankenversicherer auch die Kosten der operativen Behandlung sekundärer krankheits- oder unfallbedingter Beeinträchtigungen, namentlich äusserliche Verunstaltungen vor allem an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung speziell empfindlichen Körperteilen zu übernehmen. Dazu muss die äusserliche Verunstaltung ein gewisses Ausmass erreicht haben und sich durch eine kosmetische Operation beheben lassen. Weiter muss der Versicherer auch für die primären Unfall- oder Krankheitsfolgen leistungspflichtig sein und die durchgeführte kosmetische Operation muss sich in allgemein übli-

chen Grenzen sowie im Rahmen der Wirtschaftlichkeit halten (BGE 121 V 121 E. 1, 111 V 232 E. 1c, je mit Hinweis; RKUV 2005 Nr. KV 345 S. 368 E. 2.2 [Urteil des EVG vom 17. August 2005, K 4/04]; Urteil des EVG vom 22. Juni 2005, K 50/05, E. 2.2). Der wesentliche Unterschied zur ersten Fallgruppe (E. 3.3 hiavor) liegt darin, dass es sich hier um einen Mangel sekundärer Natur handelt und die Abweichung von der ästhetischen Norm lediglich ein gewisses Ausmass erreichen muss. Anders als bei der ersten Fallgruppe ist bei dieser Konstellation eine kassenpflichtige Vorbehandlung vorausgesetzt, durch welche die ästhetische Einbusse erst hervorgerufen worden ist. Die ästhetische Einbusse ist mit anderen Worten Folge der Behandlung, so dass die Behebung der ästhetischen Beeinträchtigung als Teil derselben erscheint.

3.5 Der Bundesrat, allenfalls das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) oder das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), kann die von Ärztinnen oder Ärzten erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (vgl. Art. 33 Abs. 1 und 5 KVG). Der Bundesrat, gegebenenfalls das EDI oder das BSV, bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (Art. 33 Abs. 3 KVG). Gemäss Art. 1 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 bezeichnet der Anhang 1 zur KLV diejenigen Leistungen, die nach Art. 33 lit. a und c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 von der Leistungs- und Grundsatzkommission geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen bzw. nur unter bestimmten Voraussetzungen oder nicht übernommen werden. Diese gesetzliche Ordnung enthält insofern eine für den die Kostenvergütung ersuchenden Versicherten vorteilhafte Ordnung, als im Falle einer durch den Arzt oder den Chiropraktor erbrachten Leistung die Kostenvergütungspflicht der Versicherung zu bejahen ist, sofern die ärztlich erbrachte Leistung nicht durch den Anhang 1 der KLV ausgeschlossen worden ist. Die von Ärzten oder Chiropraktoren als Angehörige eines freien Berufes applizierten Heilanwendungen haben somit die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen (vgl. BGE 129 V 167 ff.; 125 V 28 ff.). So lässt sich auch aus Art. 25 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 32 Abs. 1 KVG und Art. 33 Abs. 1 KVG ableiten, dass bei einer Leistungserbringung durch einen Arzt oder einem Chiropraktor die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit und damit der Pflichtleistungscharakter einer Leistung als gegeben erachtet wird (vgl. Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge [SZS] 47/2003 S. 376; BBI 1992 I 159).

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 Parteibehörden, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Um die sich im Zusammenhang mit der Vergütung der Kosten für die durchgeführte Venensklerosierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung stellenden Fragen beantworten zu können, ist die

Krankenversicherung auf Unterlagen angewiesen, die ihr 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 (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, 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, a.a.O., Rz. 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.).

4.3 Im Sozialversicherungsverfahren gilt, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Überwiegende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass jener Sachverhaltsdarstellung gefolgt wird, die von allen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 115 V 133 E. 8b). Demgegenüber genügt es nicht, dass ein bestimmter Sachverhalt bloss möglich ist.

5. Zur Beurteilung der strittigen Frage sind die folgenden medizinischen Unterlagen von Bedeutung:

5.1 Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin zur Prüfung ihrer Leistungspflicht berichtete Dr. B._____ am 28. Mai 2013 über die folgenden, anlässlich der durchgeführten Behandlung erhobenen Diagnosen: Revarikose beidseits im Magnagebiet (Astvarikose mit proximalem Insuffizienzpunkt in der Leiste) bei einem Status nach Crossektomie und Stripping der Vena saphena magna beidseits 2005.

5.2 Im Wiedererwägungsgesuch vom 4. Oktober 2013 führte Dr. B.____ in Ergänzung zu seinem Bericht vom 28. Mai 2013 aus, dass es sich sowohl bei der Crossektomie und beim Stripping der Vena saphena magna im Jahre 2005 als auch bei der Schaumsklerosierung der Revarikose im April 2013 um eine medizinische Indikation gehandelt habe, weshalb die Behandlungskosten von der Krankenkasse zu übernehmen seien.

5.3 Mit Stellungnahme vom 23. Oktober 2014 führte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, aus, dass im Bereich von Sklerotherapien ästhetische Indikationen von medizinischen Indikationen abzugrenzen seien. Eine medizinische Indikation liege vor, wenn die Varikosis einen Krankheitswert aufweise. Dies sei der Fall, wenn klinische Beschwerden dokumentiert seien und eine venöse Insuffizienz (Behinderung des Blutflusses) vorliege. Im Bericht des behandelnden Arztes seien keine klinischen Beschwerden dokumentiert, welche eine jährliche Sklerosierung begründen würden. Dass nach einer Crossektomie und einem Stripping Revarikoseäste auftreten, sei ein normaler Verlauf. Eine venöse Insuffizienz, wie sie Bedingung für eine Pflichtleistung wäre, sei ebenfalls nicht dokumentiert, weshalb insgesamt von ästhetischen Gründen auszugehen sei, die keine Pflichtleistung begründen würden.

5.4 Mit Schreiben vom 19. Dezember 2014 gelangte das Kantonsgericht mit der Frage an den behandelnden Arzt Dr. B.____, ob der Eingriff vom 18. April 2013 ästhetisch oder medizinisch indiziert gewesen sei und ob insbesondere von der Versicherten geklagte Beschwerden oder die Gefahr venöser Insuffizienzen den Eingriff notwendig erschienen liessen. Falls in diesem Zusammenhang Untersuchungen getätigt worden seien, seien deren Resultate dem Gericht mitzuteilen. Anlässlich der Beantwortung der Anfrage führte Dr. B.____ am 22. April 2015 aus, dass er im Rahmen einer erstmaligen Sprechstunde im Jahre 2005 eine ausgeprägte Stamm- und Seitenastvarikose der Vena saphena magna beidseits, links ausgeprägter als rechts, festgestellt habe. Die Varizen seien operativ in örtlicher Betäubung entfernt worden. Leider gebe es bei der Krampfaderbehandlung keine definitive Behandlung, es sei bekannt, dass es zu Rezidivvarizen komme. Die Rezidivgefahr sei grösser, je ausgeprägter der Befund sei. Bei der Versicherten habe es sich um einen ausgeprägten Befund gehandelt. In den Jahren danach sei es immer wieder zu leichten Rezidivvarizen mit Ursprung in der Leiste beidseits gekommen, welche mittels Sklerotherapie teilweise unter Zuhilfenahme des Ultraschalls behandelt worden seien. Die Sklerotherapie sei eine Pflichtleistung und von der Krankenkasse zu übernehmen.

5.5 In seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2015 zum Bericht von Dr. B.____ führte Dr. C.____ aus, dass Dr. B.____ auch im neuen Bericht nach wie vor weder die klinischen Beschwerden der Patientin noch das Ergebnis von sonographischen Untersuchungen, welche eine venöse Insuffizienz zeigen würden, dokumentiere. Der Krankheitswert für eine Kostenübernahme zulasten der Krankenversicherung sei damit nicht ausgewiesen, weshalb von einer ästhetischen Indikation auszugehen sei, welche keine Pflichtleistung nach KVG darstelle.

6.1 Nach dem Dargelegten ist im Folgenden zu prüfen, ob es sich bei der Behandlung vom 18. April 2013 um einen medizinisch erforderlichen Eingriff handelte, weil die behandelten Vari-

zen gesundheitliche Beschwerden verursachten, welchen im krankensicherungsrechtlichen Sinne Krankheitswert zukam.

6.2 Bei der Frage nach dem Krankheitswert von Varizen bzw. der Differenzierung zwischen medizinischen und ästhetischen Indikationen kann die Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Phlebologie und der Union Schweizerische Gesellschaften für Gefässkrankheiten: „Therapie der Varizen und Besenreiser der unteren Extremitäten: medizinische und ästhetische Indikation“ (publiziert in: Schweizerische Ärztezeitung, 2004, Nr. 39, S. 2070 f.) beigezogen werden (vgl. hierzu Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 23. November 2005, KV.2004.000107, E. 5.2). Darin wird in überzeugender Weise und in Berücksichtigung der medizinischen Fachliteratur dargelegt, unter welchen Voraussetzungen eine Varizenbehandlung als medizinisch oder ästhetisch indiziert zu gelten hat. Danach sei vor jeder Therapie von Varizen eine vollständige phlebologische Abklärung bestehend aus Anamnese, klinischer Untersuchung sowie Doppler- und/oder Duplexsonographie vorzunehmen (Schweizerische Ärztezeitung, 2004, Nr. 39, S. 2070). Diese Methode erlaube nicht nur im Hinblick auf die Art der Therapie die Ätiologie der Varizen zu bestimmen, sondern auch zwischen insuffizienten Venenabschnitten, welche operativ entfernt werden müssten, und gesunden Venenabschnitten, welche erhalten werden müssten, zu unterscheiden. Venenabschnitte, welche doppler- oder duplexsonographisch einen Reflux (krankhafter Rückfluss des venösen Blutes) aufweisen, könnten zu medizinischen Störungen führen, weshalb eine medizinische Behandlung grundsätzlich indiziert sei. Suffiziente Venenabschnitte oder Besenreiser seien höchstens ausnahmsweise für Beschwerden verantwortlich und verursachten nie trophische Störungen. Ihre Behandlung sei aus streng medizinischer Sicht nicht gerechtfertigt, weshalb es sich dabei normalerweise um ästhetische Behandlungen handeln dürfte, welche üblicherweise mittels Sklerotherapie oder Laser behandelt würden. Eine postoperative ergänzende Sklerotherapie sei aus medizinischen Gründen nur dann gerechtfertigt, wenn die chirurgische Behandlung Venenabschnitte zurückgelassen habe, welche doppler- oder duplexsonographisch insuffizient seien, oder wenn Komplikationen des chirurgischen Eingriffs vorlägen (Schweizerische Ärztezeitung, 2004, Nr. 39, S. 2071).

6.3 Zunächst ist in Würdigung der medizinischen Aktenlage festzuhalten, dass Dr. B._____ anlässlich der durchgeführten Behandlung vom 18. April 2013 zwar eine Duplexsonographie des oberflächlichen Venensystems vornahm, mangels diesbezüglich eingereichter Untersuchungsergebnisse aber nicht mit Gewissheit festgestellt werden kann, ob es sich bei den behandelten Varizen um insuffiziente oder suffiziente Varizen gehandelt hat. Die Beschwerdeführerin ist unter Berücksichtigung der Ausführungen ihres Vertrauensarztes, nicht zuletzt auch aufgrund dieser nicht ins Recht gelegten Unterlagen, der Auffassung, dass die behandelten Varizen keinen Krankheitswert aufgewiesen haben und deren Behandlung somit keine Pflichtleistung der Krankenkasse darstelle. In den vorliegenden Berichten des behandelnden Arztes der Beschwerdeführerin seien weder klinische Beschwerden noch eine venöse Insuffizienz dokumentiert, welche eine medizinische Indikation einer jährlich durchzuführenden Sklerosierung begründen würden.

6.4 Die Auffassung der Beschwerdegegnerin ist in pflichtgemässer Würdigung der medizinischen Unterlagen nicht zu beanstanden. Mit Kurzbericht vom 28. Mai 2014 diagnostizierte Dr. B.____ zwar neben der Astvarikose auch einen proximalen Insuffizienzpunkt (d.h. die am weitesten kopfwärts gelegene insuffiziente Venenklappe) in der Leiste; er machte diesbezüglich aber keine weiteren Ausführungen. Auch sein Wiedererwägungsgesuch vom 4. Oktober 2013 begründete er mit dem blossen Hinweis, dass die Behandlung vom 18. April 2013 medizinisch indiziert gewesen sei, ohne die Ursachen für die medizinische Indikation darzulegen. Selbst auf Nachfrage des Gerichtes hin, wonach er insbesondere darlegen möchte, ob von der Beschwerdeführerin beklagte Beschwerden oder die Gefahr venöser Insuffizienzen den Eingriff notwendig erschienen liessen, macht er hierzu hinsichtlich der Behandlung vom 18. April 2013 keine präziseren Angaben. Indessen nimmt er, wie auch Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2015 feststellt, ausführlich Bezug auf die operativ durchgeführte Behandlung im Januar 2005, deren Kosten von der Krankenversicherung bereits übernommen wurden. Auffallend ist dabei auch, dass seine Befundbeschreibung diesbezüglich sehr ausführlich ist und er ausdrücklich auf venöse Beinbeschwerden im damaligen Zeitpunkt hinweist. Was die Behandlung vom 18. April 2013 anbelangt, so begnügt er sich im Wesentlichen mit der Äusserung, dass es bei Varizen keine definitive Behandlung gebe und es bei der Beschwerdeführerin immer wieder zu Rezidivvarizen komme. Dass es nach einer Operation zu Rezidivvarizen kommt, ist bekannt und wird auch von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten. Diese Tatsache allein vermag aber noch keinen Krankheitswert der behandelten Varizen zu begründen. Gemäss der erwähnten Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Phlebologie und der Union Schweizerische Gesellschaften für Gefässkrankheiten, sind postoperative Sklerosierungen aus medizinischen Gründen nur dann gerechtfertigt, wenn die chirurgische Behandlung Venenabschnitte zurückgelassen hat, welche insuffizient sind oder Komplikationen des chirurgischen Eingriffes vorliegen würden. Hierzu finden sich in den Unterlagen aber keinerlei Hinweise. Dr. B.____ führt vielmehr aus, dass das Resultat der Operation im Jahre 2005 sehr erfreulich war, es in den Jahren danach aber immer wieder zu leichteren Rezidivvarizen gekommen sei. Angesichts der Tatsache, dass vorliegend keine klinischen Beinbeschwerden und keine Hinweise auf venöse Insuffizienzen, namentlich auch nicht auf einen Reflux, ausgemacht werden können, ist aufgrund des Gesagten und gestützt auf die überzeugenden versicherungsmedizinischen Ausführungen von Dr. C.____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich bei der zur Diskussion stehenden Behandlung um einen ästhetisch bedingten Eingriff handelte. Den behandelten Varizen kam demnach kein Krankheitswert im Sinne von Art. 3 Abs. 1 ATSG zu. Dies gilt umso mehr, als nach der Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Phlebologie und der Union Schweizerische Gesellschaften für Gefässkrankheiten suffiziente Venenabschnitte üblicherweise mittels Sklerotherapie behandelt werden, wobei es sich um ästhetische Behandlungen handelt. Zu keiner anderen Beurteilung vermag schliesslich auch der bloss theoretische Hinweis von Dr. B.____ zu führen, wonach es mangels unbehandelter Rezidivvarizen bei vielen Patienten zu einer Reoperation kommen kann. So wäre doch gerade in diesem Zusammenhang darzulegen, dass vorliegend insuffiziente Venenabschnitte entsprechende Behandlungen als notwendig erscheinen lassen, um bei der Beschwerdeführerin die Gefahr einer solchen Reoperation zu verhindern.

6.5 Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung des Leistungsanspruches auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. C._____ abgestellt hat. Dr. C._____ setzt sich mit den Berichten und Stellungnahmen von Dr. B._____ eingehend auseinander. Alsdann kommt er unter Darlegung der medizinischen Situation, welche auch im Einklang mit der Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Phlebologie und der Union Schweizerische Gesellschaften für Gefässkrankheiten steht, nachvollziehbar und überzeugend zum Schluss, dass die Varizenbehandlung vom 18. April 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ästhetisch und nicht medizinisch bedingt war. Demnach erweist es sich als rechtens, dass die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für die durchgeführte Sklerosierung abgelehnt hat. Bei diesem Ergebnis ist die Beschwerde abzuweisen.

7. 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. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Gesundheit

Präsident

Gerichtsschreiberin