

200 17 1026 KV
LOU/PES/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 27. September 2018

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Visana AG
Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2017



Sachverhalt:

A.

Mit Verfügung vom 9. Februar 2017 verneinte die Visana AG (nachfolgend Visana bzw. Beschwerdegegnerin) eine Leistungspflicht ihrerseits aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die beim 1954 geborenen A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) am 6. November 2015 durchgeführte operative Entfernung einer Gynäkomastie rechts (Antwortbeilage [AB] 24 S. 3 ff.). Eine hiergegen erhobene Einsprache des Versicherten (AB 25 i.V.m. AB 27) wies sie mit Entscheid vom 19. Oktober 2017 ab (AB 32).

B.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 22. November 2017 Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit den Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. Es sei ein medizinisches Gutachten gerichtlich in Auftrag zu geben.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des

Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 19. Oktober 2017 (AB 32). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die beim Beschwerdeführer am 6. November 2015 durchgeführte operative Entfernung einer Gynäkomastie rechts leistungspflichtig ist. Dabei geht es um Kosten von total Fr. 8'550.55 (siehe Rechnungen der Klinik C. _____ vom 17. November 2015 [AB 3 und 4]). Der Streitwert liegt daher unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.3 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]), sofern die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG).

2.2 Gemäss Art. 3 Abs. 1 ATSG ist Krankheit 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.

2.3 Nicht jede Abweichung von einem idealen ("normalen") Körperzustand ist als Krankheit im Rechtssinne zu qualifizieren. Die Beeinträchtigung muss eine gewisse Schwere aufweisen, damit ihr "Krankheitswert" zukommt. Auf übliche und erträgliche Abweichungen von Ideal- oder Normvorstellungen trifft dies nicht zu (BGE 137 V 295 E. 4.2.2 S. 298). Soweit ein ästhetischer Mangel Beschwerden mit Krankheitswert im Rechtssinne verursacht, stellt die medizinische Behandlung dieser krankhaften Folgeerscheinungen durch operative Behebung des ästhetischen Mangels als der eigentlichen Krankheitsursache eine Pflichtleistung der Krankenkasse dar. Voraussetzung ist, dass die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive genügend zurückdrängen. Auch leichtere ästhetische Einbussen können somit Anlass zu einer Krankheitsbehandlung gegeben, sofern sie Beschwerden oder Funktionseinbussen mit deutlichem Krankheitswert verursachen. Dies gilt etwa für Narben, die namhafte Schmerzen bewirken oder die Beweglichkeit erheblich einschränken (RKUV 2006 KV 358 S. 56 f. E. 1). Ansonsten kann ästhetischen Mängeln, vor allem an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung besonders empfindlichen Körperteilen, Krankheitswert zukommen, wenn sie in einem erheblichen Masse von der Ideal- oder Normalvorstellung abweichen und infolgedessen als entstellend empfunden werden (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. Juni 2016, 9C_572/2015, E. 2). Ob ein ästhetischer Mangel als entstellend zu bezeichnen ist, beurteilt sich grundsätzlich nach objektiven Kriterien. Dazu gehört die gesellschaftliche Anschauung. Ebenfalls von Bedeutung ist, inwiefern der von der Norm abweichende Zustand aus ästhetischen Gründen sich negativ auf das Erwerbsleben auswirkt. Mit Blick auf das Gebot der Gleichbehandlung der Versicherten ist von einem engen Begriffsverständnis von „entstellend“ auszugehen. Subjektive Faktoren, insbesondere die persönliche Anschauung, haben ausser Acht zu bleiben. Ihnen wird bei der Frage Rechnung getragen, ob der Mangel körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht, welche

mit der Behebung des Mangels beseitigt werden können (RKUV 2006 KV 358 S. 58 E. 2.3).

Eine Gynäkomastie dürfte in den meisten Fällen nicht zu einer derartigen Abweichung von der Normvorstellung führen, dass deswegen von einer korrekturbedürftigen massiven Entstellung der männlichen Brust ausgegangen werden müsste. Entscheidend sind die konkrete Ausprägung und der Schweregrad des Leidens (vgl. BGer 9C_572/2015, E. 4.2).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer macht vorab geltend, mit dem Nichtreagieren auf das Kostengutsprachegesuch der Klinik C._____ vom 5. Oktober 2015 (AB 1) innert drei Tagen habe die Beschwerdegegnerin dieses stillschweigend akzeptiert, womit sie sich verpflichtet habe, die Leistungen gemäss Kostengutsprachegesuchs zu erbringen (vgl. Beschwerde S. 2 ff.). Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht erfüllt, fällt eine Kostenübernahme nur unter dem Gesichtspunkt des Gutgläubensschutzes in Betracht (vgl. BGE 111 V 28). Eine einer Heilanstalt erteilte Kostengutsprache stellt nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine Leistungszusicherung der Krankenkasse gegenüber dieser Heilanstalt dar. Für den Versicherten hat sie zur Folge, dass er dadurch gegenüber der Heilanstalt von der Sicherstellung der Spitalkosten und von Teilzahlungspflichten während der Hospitalisation befreit wird. Davon zu unterscheiden ist die Leistungszusicherung der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten. Die Kasse kann sich ihrem Mitglied gegenüber schon vor dem Spitaleintritt definitiv zur Kostenübernahme bereit erklären. Eine der Heilanstalt erteilte Kostengutsprache bedeutet indes noch keine Zusicherung der definitiven Kostenübernahme (BGE 112 V 188 E. 1 S. 190, 111 V 28 E. 3 S. 31; siehe auch BGE 127 V 43 E. 3 S. 50 sowie Entscheid des BGer vom 16. Juli 2009, 9C_61/2009, E. 5.2.1). Das Nichtreagieren der Beschwerdegegnerin auf das Kostengutsprachegesuch der Klinik C._____ vom 5. Oktober 2015 kann nach dem Dargelegten nicht als rechtlich relevantes Handeln der Kasse ihrem

Mitglied gegenüber aufgefasst werden, womit es vorliegend an einer Voraussetzung für die Bejahung des Gutgläubensschutzes fehlt. Eine Leistungspflicht der Kasse aufgrund des Gutgläubensschutzes fällt damit ausser Betracht (vgl. BGE 111 V 28 E. 4 S. 31 f.). Zu prüfen ist, ob die gesetzlichen Voraussetzungen einer Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (vgl. E. 2 hiervor) erfüllt sind.

3.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, die operative Entfernung der Gynäkomastie sei wegen starker Indizien für ein Karzinom erfolgt (vgl. Beschwerde S. 5). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass im Kostengutsprache gesuch vom 5. Oktober 2015 vom behandelnden Arzt als Diagnose kein Verdacht auf bösartige Neubildungen (bspw. ein Karzinom), sondern lediglich eine Hypertrophie der Mamma bzw. einer Gynäkomastie und damit eine gutartige Brustvergrösserung (ICD-10: N62) festgehalten worden ist (AB 1; siehe auch AB 3). Dies entspricht der präoperativ durchgeführten Sonographie der Mamma beidseits vom 3. August 2015, welche eine Gynäkomastie rechts ohne Nachweis eines malignitätssuspekten Herdbefundes ergab. Zur Vervollständigung der Abklärung wurden eine Mammographie sowie eine Verlaufskontrolle initial in sechs Monaten empfohlen (AB 9 S. 2). Soweit ersichtlich ohne die empfohlene Mammographie zu machen und ohne den weiteren Verlauf abzuwarten wurde am 6. November 2015 eine operative Entfernung der Gynäkomastie rechts durchgeführt (AB 30). Dazu hatte sich der Beschwerdeführer trotz des Fehlens eines malignitätssuspekten Herdbefundes gemäss Akten bereits am 5. August 2015 entschieden (Beschwerdebeilage [BB] 10). Damit ist nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die operative Entfernung der Gynäkomastie rechts nicht wegen des Verdachts auf einen bösartigen Tumor, sondern wegen der subjektiv störenden Wirkung der Gynäkomastie erfolgte. Die Laboruntersuchung des entfernten Gewebes ergab denn auch weder Atypien noch Anzeichen von Malignität (AB 9 S. 4). So führt denn auch der Hausarzt des Beschwerdeführers in seiner als Wiedererwägungsgesuch bezeichneten E-Mail vom 5. September 2016 auf die Feststellung der Beschwerdegegnerin hin, dass ein Karzinomverdacht zwingend weitere Abklärungen verlangt hätte, die jedoch nicht erfolgt seien, so dass wohl kein solcher vorgelegen habe (vgl. AB 18), abweichend vom behandelnden Chirurgen (vgl. AB 7 und 14 sowie BB 6, 9 und 10) explizit

aus, es sei auch nie behauptet worden, dass eine Malignität hätte vorliegen können. In diesem Sinne seien weitere Abklärungen, die zudem kostenintensiv gewesen wären, überhaupt nicht notwendig gewesen. Vielmehr habe die Gynäkomastie, da sie schmerzhaft und nicht rein kosmetisch gewesen sei, eine selbständige behandlungsbedürftige Krankheit dargestellt (vgl. AB 20).

Mit der geltend gemachten Schmerz- bzw. Druckempfindlichkeit der Gynäkomastie, wie sie sich aus den nach der erstmaligen Verneinung einer Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin (AB 12) eingereichten Akten ergibt (vgl. AB 14, 16 und 19 f. sowie BB 6 und 9 f.), sind erhebliche Beschwerden oder Funktionseinbussen mit deutlichem Krankheitswert nicht ausgewiesen. Anderweitige, durch die Gynäkomastie verursachte Beschwerden werden weder in physischer noch psychischer Hinsicht geltend gemacht. Die operative Behebung der Gynäkomastie ist damit nicht zur medizinischen Behandlung krankhafter physischer oder psychischer Folgeerscheinungen erfolgt und stellt somit auch unter diesem Aspekt keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dar (vgl. E. 2.3 hiervor).

Zu prüfen bleibt, ob der mit der behobenen Gynäkomastie einhergegangene ästhetische Mangel ein derartiges Ausmass angenommen hat, dass der Beschwerdeführer bzw. dessen Brust gleichsam entstellt war. Die Brust ist für das ästhetische Empfinden auch beim Mann bedeutsam (BGer 9C_572/2015, E. 4.2). Der Krankheitswert einer Gynäkomastie kann somit nicht a priori verneint werden, auch wenn sie keine erheblichen Beschwerden oder Funktionsbeeinträchtigungen verursacht. Entscheidend sind die konkrete Ausprägung und der Schweregrad des Leidens (vgl. E. 2.3 hiervor). Trotz entsprechender Aufforderung (AB 8) wurden vom behandelnden Chirurgen keine präoperativen Fotos der Brust eingereicht. Die Dimension des entfernten Gewebes von 6 x 5.5 x 2.5 cm (AB 9 S. 4) lässt jedoch darauf schliessen, dass die Gynäkomastie nach objektiven Kriterien vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht entstellend war. Von weiteren Beweismassnahmen wie der erneuten Aufforderung zur Einreichung präoperativer Fotos der Brust (die allenfalls gar nicht existieren) oder dem beantragten medizinischen Gerichtsgutachten sind vorliegend – insbesondere

auch angesichts der bereits am 6. November 2015 durchgeführten operativen Behebung der Gynäkomastie und der bereits von der Verwaltung durchgeführten Beweismassnahmen – keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.3 Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin für die beim Beschwerdeführer am 6. November 2015 durchgeführte operative Entfernung der Gynäkomastie rechts wie auch der Folgekosten aufgrund der obligatorischen Krankenpflegeversicherung infolge fehlender Krankheitswertigkeit der behobenen Gynäkomastie nicht leistungspflichtig. Der im Juni 2016 durch Zufall befundene dringende Krebsverdacht an den Nieren (siehe AB 21 und BB 7) kann nicht retrospektiv als Argument für die frühere Operation nachgeschoben werden. Der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 19. Oktober 2017 (AB 32) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Dem Beschwerdeführer ist bei diesem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Visana AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.