

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer II



II 2020 111

Entscheid vom 20. September 2021

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.oec. Andreas Risi, Richter
Dr.iur. Frank Lampert, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

C. _____,
Vorinstanz,
vertreten durch D. _____ AG,

Gegenstand

Krankenversicherung (Leistungspflicht für im Ausland erfolgte
Gesichtsfeminisierung)

Sachverhalt:

A. Bei A._____ (geb. 19__) wurde die Diagnose der Gender-Dysphorie im Sinne einer Mann-zu-Frau-Transsexualität (ICD-10 F64.0) gestellt. Diesbezüglich steht sie seit dem 15. Dezember 2015 in psychiatrischer Behandlung; seit 12. Juli 2016 erfolgte die endokrinologische Behandlung zur Geschlechtsangleichung und im Herbst 2016 begann die feminisierende Gesichtslaserepilation; ab 2017 unterzog sich A._____ einer feminisierenden Nadelepilation in der Gesichtregion; am 10. Dezember 2018 erfolgte eine Brustaufbauoperation (vgl. angefochtenen Einspracheentscheid vom 27.10.2020 S. 2 Ziff. 2). Die entsprechenden Kosten wurden im Wesentlichen von der C._____ (nachfolgend: C._____) als Krankenversicherer übernommen (vgl. u.a. Vi-act. Nr. 24/25). Es erfolgte eine Vornamens- sowie Personenstandsänderung beim Amtsgericht E._____ in Deutschland (vgl. Vi-act. Nr. 8 S. 3).

B. Mit Schreiben vom 7. Dezember 2018 (vgl. Vi-act. Nr. 1), 15. Mai 2019 (vgl. Vi-act. 9) sowie 23. Juli 2019 (vgl. Vi-act. Nr. 20) ersuchte A._____ die C._____ um Kostengutsprache für eine Facial Feminization Surgery (FFS-)Operation in der F._____ in _____ (Belgien).

C. Zwischenzeitlich hatte sie sich am 27. Februar 2019 sowie am 1. Oktober 2019 einer FFS-Operation in der F._____ in Belgien unterzogen (vgl. Bf-act. Ziff. 8/9).

D. Gestützt auf die Beurteilung ihrer Vertrauensärzte informierte die C._____ die Versicherte zunächst mit Schreiben vom 1. Juli 2019 und anschliessend mit Verfügung vom 10. Dezember 2019, dass eine Kostenübernahme einer gesichtsangepassten Operation (FFS) - mit Ausnahme der Korrektur des Adamsapfels in der Schweiz - sowohl im In- wie auch im Ausland - abgelehnt werde (vgl. Vi-act. Nr. 28).

E. Am 16. Januar 2020 erhob A._____ gegen die ablehnende Verfügung vom 10. Dezember 2019 Einsprache und ergänzte diese am 21. April 2020 unter Einreichung eines versicherungsmedizinischen Fachberichts. Mit Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2020 lehnte die C._____ die Einsprache und damit die Kostenübernahme ab (vgl. Bf-act. 34).

F. Mit Eingabe vom 2. Dezember 2020 lässt A._____ gegen den Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2020 der C._____ fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den Anträgen:

1. Der Einsprache-Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 27.10.2020 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien sämtliche Kosten der FFS-Operation durch Dr. G. _____, Belgien, zu vergüten. Dafür sei Kostengutsprache zu erteilen, inkl. für die Nachbehandlungskosten.
2. Die zusätzlichen medizinischen Abklärungskosten von Frau Dr. H. _____ gemäss ihrem Fachbericht vom 25.11.2020 im Gesamtumfang von Fr. 23'800.00 seien der Beschwerdeführerin von Seiten der Beschwerdegegnerin zurückzuerstatten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

G. Mit Vernehmlassung vom 12. Februar 2021 beantragt die C. _____ die Abweisung der Beschwerde. Am 10. Mai 2021 reicht die Beschwerdeführerin eine Replik zur vorinstanzlichen Vernehmlassung ein. Hierzu äusserte sich die Vorinstanz mit Duplik vom 29. Juni 2021.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Gender-Dysphorie im Sinne einer Mann-zu-Frau-Transsexualität (DSM5:302.85; ICD-10:F64.0) wie auch die Indikation für geschlechtsangleichende medizinische Massnahmen gelten als unbestritten; hierfür hat die Vorinstanz denn auch ihre Leistungspflicht im Wesentlichen anerkannt (vgl. vorstehend Ingress lit. A). Ebenso als unbestritten gilt, dass sich die Beschwerdeführerin nach Belgien begeben hat, um sich am 26. Februar 2019 sowie am 1. Oktober 2019 einer gesichtsfeminisierenden Prozedur zu unterziehen (vgl. Bf-act. 8/9). Es erfolgte eine Korrektur des Augenbrauenknochens, ein Stirnlifting, ein Absenken des Haaransatzes, eine Lippen-erhöhung, eine Kieferwinkelreduktion, eine Kinnkorrektur, eine Eigenfetttransplantation sowie eine Adamsapfelkorrektur (vgl. Vi-act. 8 S. 12 [Versicherungsmedizinischer Fachbericht von Dr.med. H. _____]; Bf-act. 8/9).

1.2 Mit Verfügung vom 10. Dezember 2019 resp. Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2020 lehnte die Vorinstanz die Kostenübernahme der gesichtsfeminisierenden Operation(en) (Facial Feminization Surgery [FFS]) in der F. _____ in Antwerpen (Belgien) aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gestützt auf das Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 ab (vgl. S. 15f. Ziff. 11.5 und Ziff. 13). Zur Begründung führte sie gestützt auf die Einschätzung ihrer Vertrauensärzte aus, es treffe sie keine Leistungspflicht, da der Eingriff im Ausland durchgeführt worden und aus medizinischen Gründen keine Abweichung vom Territorialitätsprinzip gerechtfertigt sei. Zudem wies sie darauf hin, dass die Korrektur des Adamsapfels als Pflichtleistung bei einer Operation in der Schweiz aus der OKP über-

nommen worden wäre (vgl. S. 15f. Ziff. 13). Die übrigen Eingriffe - Korrektur des Augenbrauenknochens, Stirnlifting, Absenken des Haaransatzes, Lippenerhöhung, Kieferwinkelreduktion, Kinnkorrektur, Eigenfetttransplantation - unterlägen hingegen nicht der Definition von sekundären Geschlechtsmerkmalen, weshalb sie ohnehin keine Leistungspflicht treffe (vgl. S. 6f. Ziff. 9/10).

1.3 Die Beschwerdeführerin ist mit der Leistungsablehnung nicht einverstanden und vertritt die Auffassung, die Vorinstanz habe die Kosten für die gesichtsfeminisierende Operation in der F. _____ in Antwerpen (Belgien) vom 26. Februar 2019 - nicht hingegen diejenige vom 1. Oktober 2019 (vgl. Bf-act. 6 S. 57) - zu übernehmen. Sie verweist dabei auf die Arztberichte von Dr.med. H. _____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) von der Medizinischen Fachstelle für Transgender in _____, welche die Unterschiede zwischen der FFS-Technik in der Schweiz und in Belgien sowie ein hohes gesundheitliches Risiko der Beschwerdeführerin bei einer Operation in der Schweiz aufgezeigt habe (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020, S. 5 bzw. S. 50 Ziff. 12). Komme hinzu, dass die Annahme der Vorinstanz, wonach das Gesicht nicht unter die primären bzw. sekundären Geschlechtsmerkmale zu subsumieren bzw. eher ein tertiäres Geschlechtsmerkmal sei, nicht dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entspreche (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020, S. 25).

1.4 Streitig und zu beurteilen ist somit im Wesentlichen, ob die Vorinstanz für die Kosten der im europäischen Ausland erbrachten resp. bezogenen Leistungen der durchgeführten gesichtsfeminisierenden Operationen eine Übernahmepflicht trifft; insbesondere, ob die durchgeführten Behandlungen die medizinische Grundversorgung - mit Ausnahme der Adamsapfelkorrektur - betreffen und zusätzlich, ob sie in der Schweiz nicht hätten erbracht werden können.

2.1 Gemäss Art. 1a Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 gewährt die soziale Krankenversicherung Leistungen bei Krankheit. Nach Art. 3 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 ist unter dem Begriff Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit zu verstehen, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

2.2 Gemäss Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Art. 32 Abs. 1 KVG verlangt dabei als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatori-

schen Krankenpflegeversicherung, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind; die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der in der Schweiz geleisteten ärztlichen Behandlungen werden vermutet (vgl. BGE 145 V 170 Erw. 2.2).

2.3.1 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach Art. 25-31 KVG übernehmen. Darin verankert ist ebenso das sog. Territorialitätsprinzip, das vorliegend von besonderer Bedeutung ist. Nach dem Territorialitätsprinzip werden in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich nur die in der Schweiz von zugelassenen Leistungserbringern erbrachten Pflichtleistungen bezahlt. Gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat vorsehen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 oder 29 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen oder im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit für in der Schweiz wohnhafte Versicherte im Ausland erbracht werden (lit. a).

2.3.2 Gestützt auf diese Kompetenzdelegation erliess der Bundesrat Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) vom 27. Juni 1995 mit dem Titel "Leistungen ins Ausland". Darin ermächtigt er das EDI, nach Anhören der zuständigen Kommission die Leistungen nach den Art. 25 Abs. 2 und Art. 29 KVG zu bezeichnen, deren Kosten von der OKP im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können (Art. 36 Abs. 1 KVV). Ein entsprechendes Verzeichnis wurde bislang jedoch nicht erstellt (vgl. BGE 145 V 170 Erw. 2.1), was indes die Anspruchsberechtigung nicht ausschliesst (vgl. BGE 128 V 75 = Pra 2003 Nr. 42). Die OKP übernimmt zudem die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden (Art. 36 Abs. 2 KVV; BGE 146 V 185 Erw. 2.3). Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben (Art. 36 Abs. 2 Satz 3 KVV). Die Absätze 3 und 4 betreffen die hier nicht näher interessierenden Fälle einer Entbindung im Ausland und von Behandlungen von Grenzgängern, entsandten Arbeitnehmern und Personen im öffentlichen Dienst. Gestützt auf Art. 36 Abs. 5 KVV bleiben zudem die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe vorbehalten (z.B. Ansprüche aus der europäischen Krankenversicherungskarte und Zustimmungsfälle; vgl. nachfolgend Erw. 2.4). Schliesslich übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung Kosten bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit (vgl. Art. 36a KVV), wobei diese Bestimmung vorliegend nicht relevant ist, da keine entsprechende Zusammenarbeit in Frage steht.

2.3.3 Das Territorialitätsprinzip ist ein wichtiger Grundsatz in der schweizerischen Krankenpflegeversicherung (vgl. Botschaft, BBl 2016 1 Ziff. 1.2.1). Das Bundesgericht ist bei der Annahme der oben aufgezählten Ausnahmetatbestände denn auch sehr zurückhaltend. Nach der Rechtsprechung setzt eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 36 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 34 Abs. 2 KVG den Nachweis voraus, dass entweder in der Schweiz bezüglich der in Frage stehenden Krankheit überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit besteht oder aber im Einzelfall eine innerstaatlich praktizierte diagnostische oder therapeutische Massnahme im Vergleich zur Behandlungsalternative im Ausland für die betroffene Person erheblich höhere, wesentliche Risiken mit sich bringt und damit eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlung in der Schweiz konkret nicht gewährleistet ist (vgl. BGE 145 V 170 Erw. 2.2 m.H.).

2.3.4 Vom Territorialitätsgrundsatz abzuweichen rechtfertigen mithin nur schwerwiegende Lücken im Behandlungsangebot ("Versorgungslücken"). Dabei handelt es sich in der Regel um Behandlungen, die hoch spezialisierte Techniken verlangen oder um seltene Krankheiten, für welche - gerade wegen ihrer Seltenheit - die Schweiz nicht über eine genügende diagnostische oder therapeutische Erfahrung verfügt (vgl. Eugster, SBVR-Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Krankenversicherung, Rz. 482). Wenn hingegen die angemessene Behandlung geläufig in der Schweiz vorgenommen werden kann und breit anerkannten Formen entspricht, so liegt kein medizinischer Grund vor und hat die Versicherte keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine im Ausland vorgenommene Behandlung. Dabei beurteilt sich das Risiko eines Eingriffs nicht nach subjektiven, sondern nach objektiven Kriterien. Demgegenüber bilden bloss geringfügige, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile einer im Ausland praktizierten Behandlungsmethode, aber auch der Umstand, dass eine spezialisierte ausländische Klinik über mehr Erfahrung im betreffenden Fachgebiet verfügt, für sich allein keinen 'medizinischen Grund' im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG (vgl. Urteil BGer 9C_1065/2008 vom 5.2.2009 Erw. 2.1 m.H.a. BGE 134 V 330 Erw. 2.2 und 2.3 = Pra 2009 Nr. 70; Urteil BGer 9C_630/2010 vom 14.10.2010 Erw. 2.2; BGE 131 V 271 Erw. 3.2 = Pra 2006 Nr. 124; Eugster, a.a.O, Rz. 482; vgl. zum Ganzen: BGE 145 V 170 Erw. 7.1/7.2 m.H.).

2.3.5 In diesem Sinne sind medizinische Gründe im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG denn auch nur mit Zurückhaltung anzunehmen bzw. eng zu fassen (vgl. BGE 145 V 170 Erw. 2.3 f.; BGE 134 V 330 Erw. 2.4 = Pra 2009 Nr. 70; 131 V 271 Erw. 3.2 = Pra 2006 Nr. 124). Den obligatorisch Versicherten die Wahlfreiheit einzuräumen, sich durch führende Spezialisten im Ausland behandeln zu lassen,

obgleich die betreffenden medizinischen Vorkehren auch in der Schweiz unter annehmbaren Bedingungen angeboten werden, bedeutete, das System der tarifvertraglich geprägten Spitalfinanzierung (Art. 49 KVG) zu gefährden, was wiederum die Güte der medizinischen Versorgung in der Schweiz beeinträchtigen könnte (BGE 131 V 271 Erw. 3.2 = Pra 2006 Nr. 124). Unter anderem deswegen kann eine versicherte Person bei fehlendem medizinischem Grund auch keine Erstattung im Umfang der bei einer Behandlung in der Schweiz hypothetisch anfallenden Kosten beanspruchen. Es besteht auch kein Anspruch im Umfange dessen, was eine Behandlung in der Schweiz gekostet hätte (sogenannte Austauschbefugnis; BGE 134 V 330 Erw. 2.4 = Pra 2009 Nr. 70; BGE 131 V 271 Erw. 3.2 = Pra 2006 Nr. 124; vgl. zum Ganzen auch: BGE 145 V 170 Erw. 2.4 m.w.H.).

2.3.6 Die in Art. 36 Abs. 1 KVV vorgesehene Liste von Leistungen, die zulasten der OKP im Ausland bezogen werden können, hat das EDI - wie bereits zuvor ausgeführt (vgl. vorstehend Erw. 2.3.2) - bislang nicht erstellt. Es begründet dies namentlich mit der ständigen Entwicklung der Medizin, was eine Listenerstellung verunmögliche. Anstelle hat es in einem Rundschreiben vom 8. April 2008 an die KVG-Versicherer und deren Rückversicherer ein Verfahren für die Klärung der Leistungspflicht bei medizinischen Behandlungen im Ausland festgelegt. Dem entsprechend hat der den Patienten behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt der Versicherung die medizinischen Unterlagen zuzustellen. Kommt der Vertrauensarzt gestützt auf diese klar zum Schluss, dass es sich nicht um eine Pflichtleistung einer medizinischen Behandlung im Ausland handelt, lehnt der Krankenversicherer die Kostenübernahme ab. Erachtet er die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme als erfüllt, unterbreitet er dem BAG ein Fachgutachten; ebenso kann er ans BAG gelangen, wenn er zu keinem klaren Schluss kommt. Das Fachgutachten hat sich dabei zu folgenden Fragen zu äussern: 1. Ist die medizinische Behandlung in der Schweiz nicht oder nur mit hohen Risiken für die betroffene Person durchführbar? 2. Ist die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Behandlung im Ausland belegt? Verneint das BAG eine dieser Fragen, teilt es dies dem Vertrauensarzt des Versicherers mit. Bejaht es beide Fragen, gibt es dem Vertrauensarzt die Empfehlung ab, die Kosten der medizinischen Behandlung im Ausland zu übernehmen. Schliesslich weist das BAG die Krankenversicherer auf ihre Pflicht hin, gestützt auf Art. 43 ATSG die notwendigen Abklärungen betreffend Leistungspflicht vorzunehmen (vgl. BGE 145 V 170 Erw. 8.3 m.H.a. Informationsschreiben des BAG vom 8.4.2008 an die KVG-Versicherer und ihre Rückversicherer über die medizinischen Behandlungen im Ausland, abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-ver->

sicherer-aufsicht/kreis-und-infor-mationsschreiben/informationsschreiben-internationales.html).

2.4 Schliesslich gilt es zu den in Art. 36 Abs. 5 KVV vorbehaltenen Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe auf das Verhältnis Schweiz-EU hinzuweisen (Freizügigkeitsabkommen vom 21.6.1999; FZA, SR 0.142.112.681). Mit dem Abschluss des FZA hat sich die Schweiz u.a. zur Anwendung der Grundverordnung (EG) Nr. 883/2004 (GVO; SR 0.831.109.268.1) und der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 (DVO; SR 0.831.109.268.11) verpflichtet. Diese Koordinationsgrundlage sieht in Art. 17 ff. GVO ein System der Leistungsaushilfe vor, welches im Verhältnis Schweiz-EU/EFTA ein System mit Ausnahmen vom Grundsatz der Territorialität vorsieht, das vorrangig zur Anwendung kommt (vgl. Nina Grolimund, Entterritorialisierung der Gesundheitsleistungen in der EU und in der Schweiz, Zürcher Studien zum öffentlichen Recht Band/Nr. 190, Zürich 2010, S. 102 und 126).

Den Tatbestand der Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen wird in Art. 20 GVO regelt. Dieser verlangt von der versicherten Person, die sich zur Inanspruchnahme von Sachleistungen in einen anderen Mitgliedstaat begibt, dass sie die Genehmigung des zuständigen Trägers einholt. Verlangt ist dabei, dass die Genehmigung vor der Reise zwecks medizinischer Behandlung eingeholt wird, auf die betreffende Leistung auch im Wohnsitzstaat ein Anspruch besteht und eine medizinische Notwendigkeit in dem Sinne besteht, als die konkrete Leistung im Wohnsitzstaat nicht rechtzeitig zu erhalten ist (vgl. Art. 20 Abs. 2 VO (EG) Nr. 883/2004; Bieback, in: Fuchs, Europäisches Sozialrecht, 7. Auflage, Teil 2, Art. 20 Rz. 12 ff.; SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, 3. Auflage, Rz. 584 ff.).

3. Zunächst gilt es darauf hinzuweisen, dass die in Belgien durchgeführten gesichtsfeminisierenden Operationen unbestrittenermassen keine Notfallbehandlungen gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV darstellten. Auch die Beschwerdeführerin macht nicht geltend, sie habe bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt diese medizinische Behandlung benötigt und eine zeitgerechte Rückreise in die Schweiz sei nicht möglich gewesen. Vielmehr handelt es sich unbestrittenermassen um zeitlich geplante Wahleingriffe. Eine Leistungspflicht aus einer im Ausland erlangten Notfallbehandlung fällt damit ausser Betracht (vgl. BGE 146 V 185). Soweit die Behandlung auch in der Schweiz erbracht wird (worauf nachfolgend einzugehen ist), ist auch nicht ersichtlich und wird auch nicht behauptet, dass die Gesichtsfeminisierung in der Schweiz nicht in einem medizinisch vertretbaren Zeitraum gewährt worden wäre. Damit fehlt es auch an der Voraussetzung für die Anwendung des Koordinationsrechts Art. 36 Abs. 5 KVV i.V.m. Art. 20 GVO (vgl. oben Erw. 2.4: Bieback a.a.O., Rz. 16 ff.).

4. Bleibt zu prüfen, ob eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip in dem Sinne vorliegt, dass entweder in der Schweiz für die Beschwerdeführerin keine Behandlungsmöglichkeit bestand oder aber diese im Vergleich zur Behandlungsalternative im Ausland für sie erheblich höhere, wesentliche Risiken mit sich gebracht hätte, mithin eine zweckmässige Behandlung in der Schweiz konkret nicht gewährleistet gewesen wäre (vgl. oben Erw. 2.3).

4.1 Mit Verfügung vom 10. Dezember 2019 (vgl. S. 2 Abs. 2) bzw. Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2020 (vgl. S. 15 Ziff. 11.5) hält die Vorinstanz fest, dass die in der Schweiz angefragten Kliniken aufgezeigt hätten, dass das innerstaatliche Angebot im Vergleich zur selben auswärtigen Behandlung - bezogen auf FFS-Operationen - keine höheren Komplikationsrisiken aufweise. Es bestehe in der Folge denn auch keine Leistungspflicht seitens Krankenversicherer.

Demgegenüber trägt die Beschwerdeführerin vor, die Geschlechtsangleichung und die Anpassung sekundärer Geschlechtsmerkmale bei Versicherten mit Transsexualität in der Schweiz befinde sich noch in den Kinderschuhen (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020, S. 50 Ziff. 12). Die Kliniken würden zu Unrecht nicht zwischen MKG-knochenchirurgischen Gesichtsfeminisierung nach Oosterhout bei Frauen mit Gender Dysphoria und Schönheitsoperationen im Gesicht bei cis-Frauen unterscheiden (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020, S. 33). In der Schweiz - und im internationalen Bereich - ergebe sich das Problem, dass die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen (MKG) der operativen Feminisierung skeptisch gegenüberstehen würden (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020, S. 35). Hier zu Lande gäbe es zudem weder spezialisierte Fachkliniken noch spezifisch ausgebildete Ärzte, die solche Operationen täglich bzw. wenigstens mehrmals wöchentlich vornehmen und eine gewisse Routine für solche Eingriffe aufweisen würden. Dies bedeute für die Beschwerdeführerin, dass die Risiken in der Schweiz bei einem vergleichbaren Eingriff viel höher zu gewichten seien denn in Belgien; die FFS-OP-Technik im I. _____ sei daher mit gesundheitlichen Nachteilen behaftet; für die Beschwerdeführerin bestehe ein hohes Gesundheitsrisiko (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020, S. 50 Ziff. 12). Auch erlaube die Aktenlage keine Schlussfolgerung auf die konkreten Fallzahlen, vergleichbare Operationstechniken, Qualitätsaspekte oder Veröffentlichungen bzw. bezüglich des Operationsrisikos in der Schweiz im Verhältnis zu demjenigen in Belgien. Die Vorinstanz sei insofern denn auch ihrer Abklärungspflicht nur ungenügend nachgekommen (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020, S. 37/39f./44).

4.2 Den vorliegenden Akten liegen im Zusammenhang mit der Frage, ob die bei der Beschwerdeführerin in Belgien durchgeführten Behandlungen die medizi-

nische Grundversorgung betreffen und sie zusätzlich in der Schweiz nicht hätten erbracht werden können, zahlreiche vertrauensärztliche Beurteilungen bei.

Der Vertrauensarzt Dr.med. J. _____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH) empfahl mit Beurteilung vom 28. Juni 2019 eine Ablehnung der Kostenübernahme einer FFS sowohl im Ausland als auch im Inland - mit Ausnahme der Korrektur des Adamsapfels; gleichzeitig hielt er fest, dass der Eingriff am Adamsapfel in der Schweiz durchgeführt werden könne (vgl. Vi-act. 17).

Daran hielt Dr.med. J. _____ in seiner zweiten vertrauensärztlichen Beurteilung vom 15. August 2019 fest und konkretisierte, er habe infolge eigener, aktueller Recherchen in Erfahrung bringen können, dass das I. _____ im Bereich der Gesichtsfeminisierung sehr aktiv sei und eine ganze Palette von FFS-Eingriffen anbieten würde (Skalp Advancement [Tiefersetzen der Haarlinie]; Stirnangleichung mit Abtragen der supraorbitalen Prominenz; Facelift/Stirnlift/Brauenlift; Feminisierung der Nase [PCH/ORL]; Augmentation der Fossa temporalis mit Filler/Fat grafting; Wangen contouring mit Filler/Fat grafting; Lippenkorrektur und Liplift; Kinnkorrektur durch Osteotomie [MKG]; Korrektur Kieferwinkel minimalinvasiv Osteotomie/ORIF [MKG]; Reduktion des Adamsapfels durch Abschleifen [ORL]). Diesbezüglich habe er keinerlei Anlass zu zweifeln, dass im I. _____ eine zweckmässige Gesichtsanpassung (FFS) in guter Qualität angeboten werde (vgl. Vi-act. 22 S. 4f./6).

Schliesslich äussert sich Dr.med. J. _____ - unter Beizug des Leitenden Vertrauensarztes, Dr.med. K. _____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH) - mit Beurteilung vom 8. Januar 2021 erneut in der Angelegenheit. Er habe keinerlei Anlass daran zu zweifeln, dass Dr.med. L. _____ und die Unikliniken in den Jahren 2016 bis 2019 das Know-how für alle feminisierenden Eingriffe erworben sowie internationale Qualitätsstandards erreicht hätten und dass die Komplikationsraten sehr klein seien. Schliesslich würden Unikliniken auch Osteotomien anbieten, soweit diese überhaupt nötig seien; alle Eingriffe - inklusive knochen-chirurgische Massnahmen (MKG) - würden seit 2018 in guter Qualität in der Schweiz angeboten. Des Weiteren wird auf die - im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2020 erwähnten - Aussagen der _____-Kliniken verwiesen (vgl. Vi-act. 35 S.3/4/7; nachstehend Erw. 4.3).

4.3 Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Vorinstanz zudem bei drei verschiedenen Kliniken Auskünfte bezüglich des Therapieangebotes im Bereich der Gesichtsfeminisierung in der Schweiz ein (vgl. Vi-act. 33 letzte Seite).

4.3.1 Mit Stellungnahme vom 22. September 2020 wies das M. _____ darauf hin, dass die Abteilung Schwerpunkt für Geschlechtervarianz in Kooperation mit

neun verschiedenen Kliniken eine medizinische Transition gemäss international anerkannten fachlichen Behandlungsstandards anbieten und seit 2015 über 350 Personen in ihrem Transitionsprozess begleitet habe (vgl. Vi-act. 33). In Bezug auf gesichtsfeminisierende Eingriffe (FFS) biete es konkret das Hairline-Lowering (Vorverlagern/Vertiefen des Haaransatzes), das Abtragen des knöchernen Brauenwulstes (frontal bossing), die Kinn- und Kieferkorrektur, das Augenbrauen- und Facelift, die Lippenaugmentation sowie den Wangenvolumenaufbau mit Eigenfett (Lipofilling) und Hyaluronsäurefillern sowie das Abtragen des Adamsapfels an (vgl. Vi-act. 33).

Des Weiteren wies das I. _____ mit Stellungnahme vom 21. Juli 2020 darauf hin, dass sich in Bezug auf die Methodik keine klare Methode definieren lasse, da für die unterschiedlichen Eingriffe an unterschiedlichen Stellen im Bereich des Gesichtes multiple Techniken beschrieben werden, die je nach individuellem Bedarf der Betroffenen angewandt werden; pro Jahr würden sie ca. 30 Eingriffe im Bereich FFS durchführen. Hierzu führte das I. _____ zudem aus, die Fachärzte in der Klinik für Plastische Chirurgie würden einen FMH-Titel für Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie aufweisen; zusätzlich bestehe innerhalb des I. _____ die Möglichkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Kollegen der MKG, ORL sowie multiplen anderen chirurgischen Disziplinen (vgl. Vi-act. 32).

Schliesslich machte Dr.med. L. _____ - früherer Leitender Arzt am I. _____ - in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2020 darauf aufmerksam, dass es sich beim FFS um ein grosses Spektrum von Eingriffen handle; seine Klinik führe zwischen 30 bis 40 FFS Eingriffe pro Jahr durch; dabei seien die minimal invasiven Eingriffe - wie etwa feminisierende Voluminisierung des Gesichts etc. - nicht inbegriffen. Weiter zeigte er auf, dass die Abbohrung der Kinnecken von enoral oder Kinn-Implantat mit submentalem Zugang, in einer Mehrheit der Fälle die klassische Osteotomie ersetzt habe. Zudem erachtete er bei einer Feminisierung der Stirn das Aufmachen des Sinus frontalis nur in extremen Fällen als notwendig; er könne mit der Abbohrung des Bossings und Konturierung der Stirn bessere ästhetisch vergleichbare Resultate erzielen (vgl. Vi-act. 11).

4.3.2 Hinsichtlich der Frage, ob durch die von ihnen angebotenen FFS-Behandlungsmethoden in Bezug auf die Fallzahlen ein echtes alternatives, risikofreies Angebot in Bezug zur Ousterhout-Methode an der Klinik in Belgien vorliege, äusserten sich die oberwähnten drei Kliniken insoweit klar und übereinstimmend, als dass diese eine Summe multipler Eingriffe durch verschiedene Fachärzte umfasse und durchaus ein äquivalentes und risikofreies Angebot darstelle (vgl. Vi-act. 11/32/33 zu Frage Ziff. 4). Die Kliniken vermochten keine kon-

kreten Fallzahlen in Bezug auf die einzelnen, relevanten geschlechtsfeminisierenden Behandlungen anzufügen, indes wiesen sie nachvollziehbar darauf hin, dass sie zwischenzeitlich mehr als 350 Personen in ihrem Transitionsprozess begleitet (vgl. Vi-act. 33) bzw. 30 bis 40 Eingriffe pro Jahr im Bereich FFS durchgeführt hätten (vgl. Vi-act. 11/32); es würden sich hingegen keine qualitativen Rückschlüsse hinsichtlich der Operationserfolge bzw. –risiken bezüglich der vorliegend relevanten Eingriffe (vgl. vorstehend Erw. 3.1) in der Schweiz ergeben. Dr.med. L. _____ konkretisierte, dass an seiner Klinik in den letzten Jahren kein Fall mit Verletzung des N. mentalis verzeichnet worden sei und dass seine persönliche Statistik der letzten fünf Jahre eine knapp 3%-ige Revisionsrate nach SRS Eingriffen und 0% bei FFS Eingriffen aufzeige; die aktuellen Fallzahlen am I. _____ bzw. an anderen Schweizer Institutionen kenne er nicht (vgl. Vi-act. 11 Frage Ziff. 7/9). Das I. _____ wies darauf hin, es würden zwar keine konkreten Fallzahlen zur Komplikationsrate bei FFS-Operationen in der Schweiz vorliegen, es führe jedoch eine interne Qualitätskontrolle durch und biete zusätzlich die Möglichkeit, einzelne Fälle im Rahmen einer interdisziplinären Fallkonferenz zu erörtern und protokolliere diese Sitzungen regelmässig (vgl. Vi-act. 32 Frage Ziff.9). Das M. _____ brachte vor, dass es aufgrund der Diversität der Eingriffe nicht möglich sei, eine genaue Anzahl der jährlichen Einzeleingriffe zu nennen; die entsprechenden Eingriffe würden sowohl an trans Patientinnen als auch an cis Patientinnen durchgeführt, wobei die Fallzahlen an trans Patientinnen zwar noch nicht vergleichbar derer von cis Patientinnen sei, indes aufgrund der erhöhten Nachfrage deutlich angestiegen sei (vgl. Vi-act. 33 Frage Ziff. 4). Auch seien die Komplikationsraten der Gesichtsoptionen in der Schweiz, soweit aus Publikationen ersichtlich, absolut vergleichbar mit denjenigen im Ausland bzw. in diesem Bereich sehr niedrig (vgl. Vi-act. 33 Frage Ziff. 9).

4.4 Gestützt auf die oberwähnten Stellungnahmen zeigt sich, dass am M. _____ und am I. _____ sowie an einer Privatklinik FFS-Operationen grundsätzlich bzw. im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation angeboten werden (vgl. u.a. www.unispital-basel.ch/ueber-uns/departement/muskuloskelettales-system/kliniken/plastischerekonstruktiveaesthetische-und-handchirurgie/ueber-uns/abteilungen/schwerpunktfuergeschlechtervarianz; https://new.i._____.ch/fachbereich/plastischechirurgieundhandchirurgie/angebot/geschlechtsfeminisierung/ und www.drrichardfakin.com/de/geschlechtsangleichende-chirurgie/, besucht am 12.8.2021). Ob diese Eingriffe nach der Ousterhout-Methode durchgeführt werden oder nicht, erweist sich indes - entgegen der beschwerdeführerischen Ansicht - als zweitrangig. Denn bei der Ousterhout-Methode handelt es sich lediglich um ein spezifisch von Dr. Douglas K. Ousterhout entwickeltes, chirurgisches

Verfahren im Bereich der FFS (vgl. https://www.tgns.ch/wp-content/uploads/2011/09/2011_WPATH-Standards-of-Care_V7.pdf S. 64; besucht am 12.8.2021), welches aus mehreren Eingriffen besteht, die in einem einzigen oder in mehreren Operationsschritten durchgeführt werden können (vgl. <https://deschamps-braly.com/facial-feminization-surgery/?nonitro=1>; besucht am 12.8.2021). Die Ousterhout-Methode umfasst dabei *'a wide range of reconstructive and aesthetic surgical procedures that work to reshape facial features to make them appear more feminine'* (*'Depending on your current features and expectations you may need one or several of the following procedures to obtain the results you're seeking: Forehead Reduction & Contouring Surgery, Hairline Lowering Surgery, Hair Transplants and FFS, Brow Lift (Browplasty), Rhinoplasty (Nasal Surgery), Cheek Enhancement (Augmentation & Reduction), Lip Lift and Lip Augmentation, Jaw Contouring (Reshaping or Tapering), Chin Recontouring, Adam's Apple Reduction (Tracheal Shave), Fat Transfer and FFS, Feminizing Ear Lobe Reduction, Ethno-Specific FFS'*) (vgl. hierzu ferner Fachbericht von Dr.med. H._____ vom 2.5.2021 S. 14ff., vom 21.3.2021 S. 4ff./14, vom 31.3.2021 S. 19f., vom 20.7.2019 S. 10f./15) und damit gesichtsfeminisierende Behandlungen bzw. Eingriffe, die allesamt - wie bereits zuvor aufgezeigt - in der Schweiz im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation von Fachärzten (u.a. auch im Bereich MKG etc.) - in mehreren als auch in einem einzigen Operationsschritt (vgl. u.a. https://new.l._____.ch/fachbereich/plastische-chirurgie-und-handchirurgie/angebot/gesichtsfeminisierung/, besucht am 12.8.2021; <https://www.tgns.ch/de/information/medizinisches/#Gamma>) - angeboten werden. Diese entsprechen denn auch im Wesentlichen den Eingriffen, welchen sich die Beschwerdeführerin in Belgien am 26. Februar 2019 (und am 1.10.2019) unterzogen hatte (vgl. vorstehend Erw. 1.1).

4.5 Mithin kann nicht davon ausgegangen werden, es würde in der Schweiz keine entsprechende Behandlungsmöglichkeit im Bereich der Gesichtsfeminisierung bestehen. Ohnehin wird die Tatsache, dass die drei von der Vorinstanz angefragten Institutionen chirurgische Massnahmen zur Feminisierung des Gesichts anbieten, vorliegend weder Seitens der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020 S. 22/46 Ziff. 8) noch seitens Dr.med. H._____ (vgl. versicherungsmedizinischen Fachbericht vom 2.5.2021, S. 22/31 [Bf-act. 6], vom 21.3.2021, S. 13/15/25/28 [Bf-act. 10], vom 31.3.2021 [Bf-act. 11], vom 25.11.2020, S. 26/43/45/51/53 [Bf-act. 3], vom 18.4.2020, S. 5 [Vi-act. 31], vom 26.8.2019, S. 5 [Vi-act. 24], vom 20.7.2019, S. 4/9f. [Vi-act. 19], vom 13.5.2019 [Vi-act. 8]) im Grundsatz bzw. genügend substantiiert bestritten. Eine Lücke im Behandlungsangebot liegt mitnichten vor. Die Kostenübernahme ist daher insofern ausgeschlossen, als es für die oberwähnten, in Belgien durchgeführten ge-

sichtsfeminisierenden Behandlungen in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit geben würde. Nachfolgend geht es daher nurmehr um die Frage des Operationsrisikos im Bereich der gesichtsfeminisierenden Behandlungen - konkret im Bereich der Korrektur des Augenbrauenknochens, des Stirnliftings, der Kieferwinkelreduktion, der Kinnkorrektur sowie der Adamsapfelkorrektur - bzw. um die diesbezüglich tatsächliche Situation in der Schweiz.

5.1 Geschlechtsangleichende medizinische Massnahmen stellen sowohl für die Betroffenen als auch für die beteiligten Ärzteteams eine grosse Herausforderung dar. Dabei verfolgt die operative Geschlechtsangleichung vom Mann zur Frau das Ziel, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale der Betroffenen hinsichtlich Funktion und Morphologie vom Maskulinen ins Feminine zu transformieren (vgl. BGE 145 V 170 Erw. 3.1 m.H.). Mithin gehören zu den Operationen vom Mann zur Frau primär die Penisentfernung und Bildung einer Vagina sowie der Brustaufbau. Zudem können auch weitere operative Eingriffe, insbesondere die vorliegend relevanten, gesichtsanpassenden Operationen in Betracht gezogen werden (vgl. Bauquis/Pralong/Stiefel, Operative Geschlechtsumwandlung bei Störungen der Geschlechtsidentität, Schweiz Med Forum 2011 S. 62 oben). Mit den oberwähnten Kliniken gilt es dabei zunächst darauf hinzuweisen, dass trotz aller Bestrebungen um bestmögliche Qualität der vorgenommenen Eingriffe das Risiko von Komplikationen jeder Operation inhärent ist (vgl. BGE 145 V 170 Erw. 5.4).

5.2 Die Vorinstanz stützte sich bei der Beurteilung des innerstaatlichen Operationsrisikos im Wesentlichen auf die oberwähnten Stellungnahmen der Kliniken (vgl. vorstehend Erw. 4.3); sie kam dabei klar und unmissverständlich zum Schluss, dass das innerstaatliche Angebot bei der Gesichtsfeminisierung im Vergleich zur auswärtigen Behandlung keine höheren Komplikationsrisiken nach sich trage (vgl. Einspracheentscheid vom 27.10.2020 S. 15 Ziff. 11.5). Die entsprechenden Stellungnahmen weisen denn auch übereinstimmend und nachvollziehbar darauf hin, dass angesichts der Diversität der FFS-Eingriffe zwar keine genaue Fallzahl der jährlichen Einzeleingriffe genannt werden könne, man gleichwohl davon ausgehen könne, dass die Komplikationsrate der Gesichtsfeminisierung in der Schweiz mit derjenigen im Ausland vergleichbar sei. Dies wird seitens Dr.med. L._____, welcher unbestrittenermassen an der von Dr.med. H._____ genannten FFS-Transgender-Fachklinik in Marbella sowie in einer weiteren Fachklinik in Bangkok Erfahrungen gesammelt hatte und ein besonderes fachliches Engagement für die medizinischen Belange von Transfrauen aufzeigt (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020, S. 39), damit untermauert, als seine persönliche Statistik der letzten fünf Jahre eine 0%-ige Revisionsrate bei FFS-

Eingriffen, bei welchen die minimal invasiven Eingriffe nicht enthalten sind, zu verzeichnen habe. Zudem hielt er fest, dass bei ihm in den letzten fünf Jahren kein Fall mit Verletzung des N. mentalis verzeichnet worden sei. Das Gericht sieht keinerlei Veranlassung dazu, an der Richtigkeit dieser Stellungnahmen zu zweifeln, noch wird dies seitens Parteien substantiiert bestritten. Soweit es schliesslich um die Eingriffe im Bereich des 'Bone Work' (namentlich Korrektur des Augenbrauenknochens, Kieferwinkelreduktion sowie Kinnkorrektur) geht, so handelt es sich hierbei - worauf selbst Dr.med. H. _____ hinwies - um geschlechtsfeminisierende knochenchirurgische Intervention durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Es ist dabei nicht ersichtlich noch genügend substantiiert geltend gemacht, weshalb die Behandlung durch einen entsprechenden Fachspezialisten (FMH MKG) in der Schweiz bzw. durch die Möglichkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit im Bereich MKG/ORL - unabhängig davon, ob Frauen mit Gender Dysphoria oder cis Frauen betroffen sind - sowie multiplen anderen chirurgischen Disziplinen mit einem höheren Operationsrisiko verbunden sein sollte. Die Beschwerdeführerin vermag dabei keine substantiierten Einwände vorzubringen. Es liegen diesbezüglich auch keine Fallzahlen bezüglich des Operationsrisikos an der besagten Klinik in Belgien zum Vergleich vor. Es rechtfertigt sich schliesslich der Hinweis, dass der Beschwerdeführerin ohnehin nicht die bestmögliche - im Sinne einer Maximallösung (nach Ousterhout) - sondern lediglich eine adäquate Behandlung zusteht.

5.3 Es kann als anerkannt gelten, dass zwischen Fallzahlen und Outcome-Qualität ein Zusammenhang besteht (vgl. Art. 58 Abs. 5 lit. c KVV; BVGE 2018 V 3 Erw. 7.6.6; BGE 145 V 170 Erw. 6.4; Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung; Stand 25.5.2018, Ziff. C7; Pfister, Zusammenhang von Fallzahlen und Behandlungsqualität in Schweizer Akutspitälern, Masterarbeit ZHAW 2017; Zahnd, Mindestfallzahlen im Spital: Stand der Umsetzung in der Schweiz; Eine gesamtschweizerische Analyse betreffend die Umsetzung der GDK-Empfehlungen, 2020). So legen denn auch verschiedene Kantone mit der Spitalplanung als eine Voraussetzung zum Erhalt eines Leistungsauftrages für verschiedene Leistungsgruppen Mindestfallzahlen für das Spital, teilweise aber auch für den Operateur fest (vgl. Zusammenstellung bei Zahnd, a.a.O., S. 15; für Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik, Version 2019.3; Anhang 1 "Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik sowie Weitergehende Leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen zur Spitalliste ZH Akutsomatik [Version 2018.1] Ziff. 33; vgl. auch Übersicht bei Zahnd, a.a.O., S. 11). Dabei fällt auf, dass zum einen die geforderten Mindestfallzahlen tief angesetzt sind (mehrheitlich bei 10 Eingriffen/Jahr, teils bei 20, 30, 50, 100 oder 1'500) und zum andern in den Bereichen Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und zwar gerade auch im Bereich von

Eingriffen im Zusammenhang mit Transsexualität (vgl. Leistungsgruppen KIE 1 und PLC1, Anhang 1 "Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik, Version 2019.1 wie auch aktuelle Version 2020.1) keine Mindestfallzahlen definiert sind. Trotzdem darf es auch für gesichtsfeminisierende Operationen als erstellt gelten, dass das Komplikationsrisiko mit der Routine des Zentrums resp. Operators, d.h. bei höheren Fallzahlen geringer ist. Die Rückmeldungen der von der Vorinstanz angefragten Zentren zeigen auf, dass im Schnitt pro Monat mehrere gesichtsfeminisierende Eingriffe durchgeführt werden und die Zahlen tendenziell am Steigen sind (vgl. oben Erw. 4.3). Wenn zur Erreichung und zum Erhalt einer geforderten Expertise im Bereich der hochspezialisierten Medizin als absolutes Minimum verlangt wird, dass ein Eingriff mindestens monatlich durchgeführt wird (vgl. etwa Schlussbericht IVHSM, Executive Summary, 2014, S. 8), so übertreffen dies mithin alle angefragten Zentren um ein Vielfaches. Die für eine zuverlässige Qualität geforderten Mindestfallzahlen werden in diesen Zentren auch erreicht, wenn berücksichtigt wird, dass im Bereich der hochspezialisierten Medizin der Median in den für die IVHSM untersuchten Ländern bei 20 Fällen liegt und für die Schweiz Mindestfallzahlen zwischen 15 und 25 als sinnvoll erachtet werden (vgl. Schlussbericht IVHSM, Executive Summary, 2014, S. 8). Damit aber ging die Vorinstanz zu Recht davon aus, dass ein gesichtsfeminisierender Eingriff in der Schweiz für die Patientin im Vergleich zur Behandlungsalternative im Ausland keine erheblich höheren, wesentlichen Risiken mit sich bringt. Eine zweckmässige Behandlung ist auch in der Schweiz gewährleistet.

5.4 Die Beschwerdeführerin kann bezüglich des in Frage stehenden Operationsrisikos auch gestützt auf den Entscheid des Cour des assurances sociales canton de Vaud vom 9. Dezember 2015 (AM 67/09 4/2016, ZE09.036546), in welchem das Gericht die Übernahme der Behandlungskosten einer geschlechtsangleichenden Operation in Thailand aufgrund der dort niedrigen Operationsrisiken guthiess, nichts zu ihren Gunsten ableiten (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020, S. 49 Ziff. 10). Denn jener Entscheid betraf eine geschlechtsangleichende Operation in Thailand, in welcher die bisherigen Geschlechtsorgane entfernt und die neuen rekonstruiert wurden und damit nicht - wie vorliegend - eine Operation zur Feminisierung des Gesichts. Art und Komplexität wie auch Fallzahlen können daher keinesfalls verglichen werden. Dies entspricht offenbar auch der Auffassung von Dr.med. H. _____, die in ihrem Gutachten vom 20. Juli 2019 bei gesichtsfeminisierenden Operationen (ohne Forehead-III-Recontouring und Genioplastik) und bei weiteren feminisierenden Körpermodifikationen (namentlich Adamsapfelkorrekturen) sowie bei kosmetischen geschlechtkongruenten Gesichtsoptionen (z.B. Facelifting, Lidstraffung sowie kosmetischen Nasenoperationen) von einfachen Eingriffen und nicht von hoch spezialisierten Techniken

spricht (vgl. Vi-act. 19 S. 9f.). Insofern muss von einem vertretbaren Operationsrisiko in der Schweiz ausgegangen werden.

5.5 Die Beschwerdeführerin kann schliesslich auch aus dem Entscheid des Kantonsgerichts Luzern vom 10. März 2021 (5V 20 259), mit welchem das Gericht die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückwies, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Zwar drehte sich jener Entscheid um die Frage der Risikoabwägung aufgrund der Operationsfrequenz und der damit verbundenen Komplikationsrisiken im Bereich der FFS-Eingriffe. Indes hatte der Versicherer in jenem Fall einzig und allein das I. _____ zur Klärung jener Frage aufgegeben und in der Folge bei der Beurteilung der entsprechenden Frage einzig auf dessen, überaus knapp gehaltene Antworten abgestellt; diese liessen jedoch - im Gegensatz zur vorliegenden Angelegenheit - absolut keine konkreten Rückschlüsse auf die tatsächlichen Verhältnisse im Bereich der gesichtsfeminisierenden Behandlung - weder am I. _____ noch in der Schweiz - zu (vgl. 4.4 i.V.m. Erw. 4.2). Ohnehin haben sich jene Verhältnisse auf das Jahr 2018 bezogen, und dürften mithin nicht mehr den aktuellen Verhältnissen entsprechen.

5.6 Hinzuweisen ist demgegenüber auf den Entscheid KV.2017.12 des Sozialversicherungsgerichts Basel-Stadt vom 5. November 2018, das - in einem vergleichbaren Fall - die Leistungspflicht der OKP für eine im Ausland vorgenommene gesichtsfeminisierende Operation abgelehnt hat. Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip könne nicht gemacht werden; weder liege mit dem Wahleingriff eine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV vor, noch sei die Behandlung in der Schweiz mit einem wesentlich und deutlich höheren Risiko verbunden, noch bestehe ein Anspruch aufgrund des Freizügigkeitsrechts.

5.7 Demnach ist es für das Gericht erstellt, dass eine in der Schweiz vorzunehmende Gesichtsfeminisierung für die betroffene Person keine erheblich höheren, wesentlichen Risiken im Sinne von Art. 36 Abs. 1 KVV i.V.m. Art. 34 Abs. 2 KVG mit sich bringt und damit eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlung in der Schweiz genügend gewährleistet ist, resp. vorliegend eine gesichtsfeminisierende Behandlung im Ausland - namentlich in Belgien - nicht zulasten der OKP durchgeführt werden konnte. Insofern bestand bzw. besteht entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung keine Veranlassung dazu, weitere Abklärungen zu tätigen. Insofern erweisen sich denn auch die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Abklärungskosten von Fr. 23'800.-- für den versicherungsmedizinischen Fachbericht von Dr.med.

H. _____ vom 25. November 2020 (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020 S. 51 Ziff. 14) als unbegründet.

6. Vor diesem Hintergrund kann insbesondere die Frage resp. Voraussetzung einer Leistungspflicht offenbleiben, ob die umstrittenen gesichtsfeminisierenden Behandlungen - exkl. Adamsapfelkorrektur - die medizinische Grundversorgung betreffen würden. Insofern ist denn auch auf die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach die gesichtsfeminisierenden Behandlungen aufgrund der Diagnose der Gender Dysphorie im Sinne einer Mann-zu-Frau Transsexualität (ICG-10 F64.0) indiziert gewesen seien sowie die gesichtsfeminisierenden Eingriffe der Definition von sekundären und nicht tertiären Geschlechtsmerkmalen unterliegen würden (vgl. Beschwerde vom 2.12.2020 S. 5-21/26-29/ bzw. 24-25), nicht weiter einzugehen.

7. Zusammenfassend besteht keine Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die in Belgien durchgeführten gesichtsfeminisierenden Operationen vom 27. Februar 2019. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist daher abzuweisen.

8.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 83 ATSG).

8.2 Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht für die unterliegende Beschwerdeführerin nicht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 20. September 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 18. Oktober 2021