

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer II



II 2017 76

Entscheid vom 20. Februar 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.oec. Andreas Risi, Richter
Dr.iur. Frank Lampert, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Z. _____,

gegen

B. _____ **AG**,
Vorinstanz,

Gegenstand

Krankenpflegeversicherung (Kostenübernahme für im Ausland erbrachte Leistung [Phalloplastik])

Sachverhalt:

A. Bei A. _____ (geb. ____ 1988) wurde im Jahr 2015 nach zweijähriger psychotherapeutischer Behandlung die Diagnose der Gender-Dysphorie im Sinne einer Frau-zu-Mann Transsexualität (ICD-10 F64.0) gestellt. In der Folge begann er eine Hormontherapie und unterzog sich einer beidseitigen Mastektomie, einer Hysterektomie und einer Adnexektomie. Ebenso liess er offiziell sein Geschlecht und seinen Vornamen ändern. Die Kosten der Heilbehandlung übernahm die B. _____ AG als Krankenversicherer nach KVG.

B. Mit Schreiben vom 23. Februar 2016 ersuchte A. _____ die B. _____ AG um Kostengutsprache für den operativen Eingriff einer Phalloplastik durch Dr.med. E. _____ (Facharzt für Urologie und spez. urolog. Chirurgie, Beckenbodenchirurgie, Rekonstruktive urogenitale Chirurgie, Uroonkologische Chirurgie, Chefarzt C. _____) in H. _____ (D) (Vi-act. 6). Mit E-Mail vom 2. März 2016 lehnte B. _____ AG die Kostenübernahme ab (Vi-act. 10).

C. Am 6. Juli 2016 unterzog sich A. _____ in H. _____ (D) (Chirurgische Klinik H. _____) der ersten Teiloperation (Kolpektomie, Metaidoioplastik [Bildung eines Klitorispenoids]) (Vi-act. 12). Die Rechnung für die stationäre Behandlung vom 5. bis 16. Juli 2016 belief sich auf € 7'691.93 (Beilage 7 zur Einspracheergänzung vom 27.6.17).

D. Am 27. Februar 2017 ersuchte A. _____ B. _____ AG erneut um Kostengutsprache (Vi-act. 16). Mit Verfügung vom 21. März 2017 lehnte B. _____ AG die Kostenübernahme der Phalloplastik bei Durchführung in Deutschland aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vollumfänglich ab (Vi-act. 18).

E. Am 23. März 2017 unterzog sich A. _____ bei Dr.med. E. _____ in H. _____ (D) der zweiten Operation (Penoidbildung aus freiem radialem Unterarmklappen). Die Rechnung für die stationäre Behandlung vom 22. März bis 13. April 2017 belief sich auf € 30'079.15 (Beilage 9 zur Einspracheergänzung vom 27.6.17).

F. Am 15. Mai 2017 erhob A. _____ gegen die ablehnende Verfügung vom 21. März 2017 Einsprache und ergänzte diese (nach Akteneinsichtnahme) am 27. Juni 2017. Mit Einspracheentscheid vom 4. Juli 2017 hat B. _____ AG die Einsprache und damit die Kostenübernahme abgelehnt (Bf-act. 2).

G. Am 26. Juli 2017 unterzog sich A. _____ erneut bei Dr.med. E. _____ in H. _____ (D) der dritten Operation (Sulcus Coronarius Plastik;

Korrekturen), für welche sich der Kostenvoranschlag auf € 5'105.79 belief (Vi-act. 4). Eine etwaige Implantation einer hydraulischen Penisprothese wäre für eine vierte Operation (Kostenvoranschlag € 10'529.91) vorgesehen (Vi-act. 5).

H. A. _____ lässt am 5. September 2017 gegen den Einspracheentscheid der B. _____ AG vom 4. Juli 2017 (unter Beachtung des Fristenstillstandes, Art. 60 Abs. 2 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. b Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den Anträgen:

1. Es seien der Einspracheentscheid vom 4. Juli 2017 und die diesem Entscheid zugrundeliegende Verfügung vom 21. März 2017 aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen. Insbesondere sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten für die in Deutschland (Fachklinik H. _____ AG, Dr.med. E. _____) durchgeführte Phalloplastik aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergüten.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (inkl. 8 % MWST).

I. Mit Vernehmlassung vom 12. September 2017 beantragt B. _____ AG die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers. Am 19. September 2017 reicht der Beschwerdeführer eine Stellungnahme zur beschwerdegegnerischen Vernehmlassung ein. Mit Schreiben vom 25. September 2017 fordert der instruierende Richter die Vorinstanz auf, aktenkundige, aber dem Gericht nicht zugestellte Akten einzureichen. Mit Eingabe vom selben Tag reicht der Beschwerdeführer dem Gericht eine weitere Unterlage ein. Am 28. September 2017 stellt B. _____ AG dem Gericht die Einsprache mit Ergänzung und Beilagen zu.

J. Am 9. Oktober 2017 unterbreitete das Gericht dem Bundesamt für Statistik die Frage nach der Anzahl in der Schweiz durchgeführter Geschlechtsumwandlungen Frau-zu-Mann inkl. Penisaufbau, welche vom Bundesamt für Statistik am 21. Dezember 2017 beantwortet wurde. Die Antwort wurde den Parteien am 22. Dezember 2017 zugestellt, wozu der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 29. Januar 2018 Stellung nahm.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Mit Verfügung vom 21. März 2017 resp. dem Einspracheentscheid vom 4. Juli 2017 hat die Vorinstanz die Kostenübernahme der Phalloplastik bei

Durchführung in Deutschland aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gestützt auf das Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 abgelehnt. Die vorliegende Beschwerde vom 5. September 2017 richtet sich gegen diesen Einspracheentscheid. Mithin handelt es sich um ein Beschwerdeverfahren nach Art. 86 KVG i.V.m. Art. 56 ff. ATSG i.V.m. § 24 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung (EGzKVG; SRSZ 361.100) vom 19. September 2007.

Im Kostenübernahmegesuch vom 27. Februar 2017 (Vi-act. 16) begründete der Beschwerdeführer die Kostenübernahme mitunter auch damit, dass er bei B._____ AG die Zusatzversicherung D._____ abgeschlossen habe, in welcher ausdrücklich Auslandbehandlungen eingeschlossen seien. Die Frage, ob die Versicherung aufgrund einer etwaigen Zusatzversicherung nach VVG leistungspflichtig ist (was im Rahmen eines Klageverfahrens nach ZPO zu beurteilen wäre), bildet ausdrücklich nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Eine entsprechende Klage wurde dem Gericht nicht eingereicht.

2. Die beim Beschwerdeführer am Universitätsspital Zürich diagnostizierte Gender-Dysphorie im Sinne einer Frau-zu-Mann-Transsexualität (DSM5:302.85; ICD-10:F64.0) ist unbestritten. Auch die Indikation für geschlechtsangleichende medizinische Massnahmen ist nicht bestritten (vgl. Vi-act. 9). Strittig ist vorliegend einzig, ob den obligatorischen Krankenpflegeversicherer für die Kosten der im Ausland erbrachten resp. bezogenen Leistungen eine Übernahmepflicht trifft.

3.1 Gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 oder 29 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden (Satz 1). Gestützt auf diese Kompetenzdelegation wurde Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) vom 27. Juni 1995 mit dem Titel "Leistungen ins Ausland" erlassen. Darin ermächtigt der Bundesrat 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 obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können. Ein entsprechendes Verzeichnis wurde bislang nicht erstellt (BGE 134 V 330 Erw. 2.1 = Pra 2009 Nr. 70), was indes die Anspruchsberechtigung nicht ausschliesst (BGE 128 V 75 = Pra 2003 Nr. 42). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt zudem die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden (Art. 36 Abs. 2 KVV).

3.2 Die Leistungen nach den Art. 25-31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein; 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. Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 36 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 34 Abs. 2 KVG ist nur in zwei Fällen angebracht: Entweder besteht in der Schweiz bezüglich der in Frage stehenden Krankheit überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit oder aber es ist erwiesen, dass 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 nicht gewährleistet ist. Hingegen 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 (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).

Der Begriff der medizinischen Gründe gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG ist also eng zu fassen. 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 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).

3.3 Vom Territorialitätsgrundsatz abzuweichen rechtfertigen somit 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 die Schweiz nicht über eine genügende diagnostische oder therapeutische Erfahrung verfügt (Eugster, SBVR-Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, Krankenversicherung, S. 562 N. 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 der Versicherte keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine im Ausland vorgenommene Behandlung. Minimale, schwer zu gewichtende oder gar bestrittene Vorteile können keinen gültigen Grund darstellen, um den Eingriff im Ausland der Grundversicherung zu belasten, ebenso wenig wie der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland grössere Erfahrung auf dem Fachgebiet hat (BGE 134 V 330 Erw. 2.3 = Pra 2009 Nr. 70; 131 V 271 Erw. 3.2 = Pra 2006 Nr. 124; Eugster, a.a.O, S. 562 N 482). In diesem Sinne sind medizinische Gründe im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG nur mit Zurückhaltung anzunehmen (BGE 134 V 330 Erw. 2.4 = Pra 2009 Nr. 70; 131 V 271 Erw. 3.2 = Pra 2006 Nr. 124).

3.4 Die in Art. 36 Abs. 1 KVV vorgesehene Liste von Leistungen, die zulasten der OKP im Ausland bezogen werden können, hat das EDI bislang nicht erstellt (vgl. Erw. 3.1). Es begründet dies namentlich mit der ständigen Entwicklung der Medizin, was eine Listenerstellung verunmögliche (Schreiben BAG vom 6.4.2008). Anstelle hat es in einem Rundschreiben 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 (Schreiben BAG vom 6.4.2008).

4. Im Kostenübernahmegesuch vom 23. Februar 2016 führt der Beschwerdeführer aus, Phalloplastiken würden in der Schweiz, wie auch im Ausland, konkret in Deutschland durchgeführt. Er habe sich verschiedene Expertenmeinungen

eingeholt. Der in der Schweiz auf dem Gebiet der Transsexualität führende Gynäkologe Dr.med. F._____ habe ihm von einer Operation in der Schweiz abgeraten. Sein Operateur der Wahl sei Dr.med. E._____ in H._____ (D), der einen für diese Eingriffe unerlässlichen Erfahrungsschatz mitbringe. Im Gesuch vom 27. Februar 2017 orientiert der Beschwerdeführer über die in H._____ (D) durchgeführte erste Operation und er ersucht erneut um Kostenübernahme für diese und noch anstehende Eingriffe, die ebenso Dr.med. E._____ vornehmen soll (Vi-act. 6 und 16).

Mithin steht fest, dass es sich nicht um die Übernahme von Kosten einer im Ausland erbrachten Notfall-Behandlung handelt (Art. 36 Abs. 2 KVV). Ausgeschlossen ist ebenso eine Kostenübernahme, weil es für die in H._____ (D) durchgeführte resp. durchzuführende Behandlung in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit geben würde. Auch der Beschwerdeführer macht nicht geltend, in der Schweiz werde der Eingriff überhaupt nicht durchgeführt.

Als Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 36 Abs. 1 KVV i.V.m. Art. 34 Abs. 2 KVG kommt vorliegend somit einzig die Voraussetzung in Frage, dass es erwiesen ist, dass eine in der Schweiz praktizierte medizinische Massnahme im Vergleich zur Behandlungsalternative im Ausland für den Beschwerdeführer 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 nicht gewährleistet ist (Erw. 3.2).

5.1 Vor Verwaltungsgericht trägt der Beschwerdeführer vor, beim Penisaufbau mittels einer sogenannten Phalloplastik handle es sich um einen hochkomplexen plastischen Eingriff, der in mehreren Operationsschritten erfolge. Entsprechend wichtig sei, dass der Operateur grosse Erfahrung sowie konstante und ausreichende Übung mit den einzelnen Operationsschritten habe. Gemäss Dr.med. E._____ sollte ein Operateur pro Jahr mindestens 25 und die Klinik mindestens 50 Penisaufbauten durchführen, damit die Versorgungsqualität (die nicht nur vom Operateur, sondern auch vom weiteren Personal abhängt) gewährleistet sei. Der Beschwerdeführer verweist diesbezüglich ebenso auf die Ausführungen von Prof. Stan J. Monstrey vor dem Versicherungsgericht des Kantons Waadt (Cour des Assurances Sociales AM 67/09 - 4/2016, Arrêt du 9.12.2015). In der Schweiz würden jährlich bloss eine geringe Zahl an Phalloplastiken durchgeführt. Das Bundesamt für Statistik verzeichne in der Krankenhausstatistik 2015 unter den Diagnosen ICD-10 F64.-, insbesondere ICD-10 F64.0, 165 stationäre Behandlungen sowie 7 weitere unter den Diagnosen aus dem Bereich der "Störungen der Geschlechtsidentität". Da es deutlich weniger geschlechtsangleichende

Operationen Frau zu Mann gebe und zudem mindestens 50 Mastektomien ausgewiesen seien, blieben weniger als 32 Operationen an Transmännern (wie Hysterektomien, Adnexektomien oder Penoid-Aufbauten). Da eine Phalloplastik bis zu vier Operationen notwendig mache, sinke die Zahl entsprechender Eingriffe noch weiter. Diese wenigen Eingriffe würden auf die Universitätsspitäler Basel und Lausanne sowie eine Privatklinik in Lausanne aufgeteilt. Selbst wenn eines dieser Zentren deutlich mehr Penoid-Aufbau-Operationen durchführen sollte als die anderen, stehe fest, dass kein Chirurg die geforderte Zahl von 25 Eingriffen/Jahr und keine Klinik 50 Eingriffe/Jahr erreiche. Entsprechend sei Routine und Übung in der Schweiz nicht in ausreichendem Masse vorhanden und entsprechend hoch sei die Komplikationsrate nach solchen Eingriffen in der Schweiz. Nicht zuletzt wegen den tiefen Fallzahlen habe das Universitätsspital Zürich diese Eingriffe eingestellt. Demgegenüber sei Dr.med. E._____ seit über 30 Jahren auf dem Gebiet tätig, seit rund 10 Jahren als Chefarzt. In seiner Klinik würden jährlich über 100 geschlechtsangleichende Operationen mit Penoid-Aufbau durchgeführt, im 2016 gar 166. Dies mit durchwegs guten Ergebnissen. Es handle sich seit 20 Jahren um einen Routineeingriff der Klinik. Bezüglich der Eingriffe in der Schweiz bestätige Dr.med. E._____, Kenntnis von Komplikationen zu haben und er habe selber schon in einem Fall eine Revision durchführen müssen. Am 25. September 2017 reicht der Beschwerdeführer sodann eine E-Mail von Prof. Dr.med. G._____ (Leitende Ärztin Zentrum I._____) ein, welche die zahlreichen Komplikationen in der Schweiz bestätige.

5.2 In der Verfügung vom 21. März 2017 hält die Vorinstanz fest, sie habe die Frage der Kostenübernahme gestützt auf die Argumentation von Dr.med. E._____ durch den Fachbereich der Generaldirektion prüfen lassen. Man müsse das Kostenübernahmegesuch ablehnen, weil die Phalloplastik in diversen Spitälern der Schweiz wie z.B. dem Universitätsspital Zürich, Unispital Basel, CHUV Lausanne angeboten werde (Vi-act. 18). Im Einspracheentscheid vom 4. Juli 2017 führt die Vorinstanz aus, der Eingriff sei unbestrittenermassen auch in der Schweiz durchführbar. Allein die Tatsache, dass Dr.med. E._____ eine Operationsfrequenz von 100 Phalloplastiken pro Jahre aufweise und damit über einen grossen Erfahrungsschatz verfüge, genüge laut Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht, eine Leistungspflicht der OKP für eine Auslandbehandlung zu begründen. Eine gravierende Versorgungslücke bestehe in der Schweiz nicht, vielmehr sei es angezeigt, die Eingriffe nicht ins Ausland zu verlagern, damit die Erfahrung im Inland steige. Aus individueller Sicht sei es zwar verständlich, dass man sich bestmöglich behandeln lasse wolle, doch dies sei im Rahmen der OKP nicht möglich. Versicherte hätten lediglich Anspruch auf eine zweckmässige,

wirtschaftliche und wirksame, nicht aber auf eine optimale bzw. bestmögliche Behandlung (Bf-act. 2). In der Vernehmlassung vor Verwaltungsgericht betont die Vorinstanz, es handle sich um eine Grundsatzfrage, ob Phalloplastiken auf Kosten der OKP grundsätzlich nicht mehr in der Schweiz, sondern im Ausland durchzuführen seien. Unbestrittenermassen sei ein Eingriff in der Schweiz möglich und werde vorgenommen. Die Rechtsprechung betrachte mehr Erfahrung von spezialisierten Kliniken im Ausland nicht als medizinischen Grund, der die Übernahme der Kosten einer Auslandbehandlung rechtfertige. Medizinische Gründe seien zurückhaltend anzunehmen. Aufgrund dieser Sach- und Rechtslage geht die Vorinstanz davon aus, dass im Falle der Phalloplastik nicht eine generelle Auslagerung dieser Operationen ins Ausland auf Kosten der Allgemeinheit stattfinden müsse. Vielmehr sei diese Operation in zwei Kliniken in der Schweiz etabliert und werde regelmässig durchgeführt. Im Übrigen belege der Beschwerdeführer seine Behauptungen zur Quantität und Qualität der in der Schweiz durchgeführten diesbezüglichen Operationen nicht. Damit seien die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Kostenübernahme der Auslandbehandlung nicht bewiesen, sondern im Gegenteil werde anerkannt, dass die Leistungen auch in der Schweiz erbracht würden.

6.1 Aus der Aktenlage lässt sich nicht entnehmen, dass die Vorinstanz die notwendigen Abklärungen gestützt auf Art. 43 ATSG getätigt hätte, um die erforderliche Risikoabwägung vorzunehmen (vgl. Verfahrensanweisung BAG; Erw. 3.4). Sie beschränkt sich in der ablehnenden Begründung auf die Tatsache, dass die Eingriffe in der Schweiz angeboten werden und dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch habe, den Eingriff wegen vermeintlich besserer Qualität zulasten der OKP im Ausland machen zu lassen. Dass die Behandlung auch in der Schweiz angeboten wird, war indes nie umstritten. Der Beschwerdeführer bringt aber vor, dieser sei mit für ihn erheblich höheren, wesentlichen Risiken verbunden. Darauf geht die Vorinstanz nicht ein, sondern sie überträgt – in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes – die Beweislast dem Beschwerdeführer, wenn sie ausführt, die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Kostenübernahme seien durch ihn nicht bewiesen worden (Vernehmlassung vom 12.9.2017 Ziff. 9). Richtig ist, dass die Vorinstanz mit Verweis auf die Rechtsprechung festhält, allein die Tatsache, dass ein ausländisches Zentrum über einen grossen Erfahrungsschatz, mithin über mehr Erfahrung verfüge, nicht genüge, eine Leistungspflicht der OKP für eine Auslandbehandlung zu begründen. Sie verkennt dabei jedoch, dass der Beschwerdeführer nicht bloss geltend macht, dass von ihm aufgesuchte Institut verfüge über mehr Erfahrung, sondern dieses verfüge im Gegensatz zu den schweizerischen Zentren über die geforderte Erfahrung resp. die schweizerischen Kliniken könnten die Behandlung gar nicht in geforderter

Qualität erbringen. Mithin geht es nicht um die Frage, ob die Qualität im Ausland einfach besser ist, sondern ob in der Schweiz überhaupt eine medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlung gewährleistet ist.

6.2.1 Es gilt für das Gericht als erwiesen, dass es sich bei der geschlechtsangleichenden Operation Frau zu Mann um eine komplexe medizinische Behandlung handelt. Gemäss Olivier Bauquis et al. ist die Genitalchirurgie von der Frau zum Mann ein längerer und komplizierter Prozess, der in mehreren Etappen erfolgt. Mittels Phalloplastik bei transsexuellen Patienten ein ästhetisch und funktionell befriedigendes Glied herzustellen sei nach wie vor eine grosse Herausforderung (Bauquis et al., Geschlechtsangleichende Chirurgie, Von der Unkenntnis zum Vorurteil, Schweiz Med Forum 2014;14 S. 920; Operative Geschlechtsumwandlung bei Störungen der Geschlechtsidentität, Schweiz Med Forum 2011;11 S. 58 ff.). Steinmetz berichtet, eine Analyse der Literatur seit 1936 ergebe bei Phalloplastiken eine Komplikationsrate zwischen 20 und 100 % insgesamt und zwischen 70 und 100% urethrale Komplikationen. In der eigenen Studie hat er zwei Operationstechniken gegenübergestellt (erfasster Zeitraum 1990 bis 2007). "In der Behandlungsgruppe der mit verschiedenen Techniken in den Vertragskliniken operierten Patienten (n=49) lag sie (Komplikationsrate) mit durchschnittlich 79 Prozent vergleichsweise hoch, bei den nach Daverio operierten Patienten (n=37) mit rund 27 Prozent vergleichsweise niedrig. Signifikant unterschiedliche Ergebnisse ($p \leq 0,001$) zwischen beiden Gruppen fanden sich auch bei der Anzahl der Operationen, der Korrektur-/Folgeeingriffe, der Behandlungsdauer und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit." (Yves Steinmetz; Geschlechtsangleichende Operationen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen mit Phalloplastik, Vergleich verschiedener Operationstechniken sowie Einschätzung der Operationsergebnisse; Diss. 2010, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Rechtsmedizin, S. 211). Betreffend Operationsziel kommt er zur Feststellung: "Auch wenn sich zum Zeitpunkt der letzten Befragung (Februar 2007) 47 (von 86) Patienten (7 von 37 Daverio-Patienten und 40 von 49 aus Vertragskliniken) noch in Behandlung befanden bzw. die Behandlung nicht abgeschlossen hatten, wird folgendes deutlich: Mit den in den Vertragskliniken angewandten Operationstechniken wurde bei nur 5 Prozent der Patienten das Behandlungsziel erreicht, während die Erfolgsquote mit der Daverio-Technik bei über 80% lag." (Steinmetz, a.a.O., S. 210). Gemäss Schellenberg ist das operative Resultat der Geschlechtsangleichung bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen meist befriedigender als bei Frau-zu-Mann (Schellenberg, Advancement-Thyroplastik und modifizierte Cricothyropexie: Vergleich zweier stimmerhöhender Operationen bei Mann – zu – Frau - Transsexuellen; Diss. 2005 Medizinische Fakultät Universität Zürich, S. 7).

6.2.2 Im Rahmen eines Gerichtsverfahrens zur Frage der Kostenübernahme für eine geschlechtsangleichende Operation Mann-zu-Frau im Ausland hat das Versicherungsgericht des Kantons Waadt Expertenmeinungen eingeholt, so von "Prof. W.____", der seinen Bericht am 20. Juni 2015 eingab (Cour des Assurances Sociales AM 67/09 - 4/2016, Arrêt du 9.12.2015). Auf die Frage "Given the result obtained in your experience, could it be considered that the plaintiff's choice was, in all likelihood, the most suitable one, in other words: the one which offered the best chances of success with a minimum risk, for cost equivalent to that of other methods?" antwortete der Experte u.a.:

Pour répondre à la première partie de cette quatrième question ('the key question') on devrait pouvoir faire une comparaison objective entre l'expertise et les résultats post-opératoires du docteur L.____ et l'expérience et les résultats post-opératoires des chirurgiens suisses. Évidemment une telle comparaison n'est pas possible comme il a été clairement démontré dans le rapport de monsieur H.____, qui a fait tous les efforts possibles à ce sujet. Non seulement les interventions transgenres en Suisse ne sont pas bien registrées, en plus, des données concernant les résultats post-opératoires sont presque inexistantes et donc impossible à évaluer. Mais aussi pour le centre du docteur L.____, où là les patients sont parfaitement registrés (et très nombreux), il faut avouer que les résultats post-opératoires (surtout à long terme) n'ont pas vraiment été investigués ni publiés dans des articles scientifiques.

La seule chose qu'on peut donc dire avec certitude est que le nombre des patients opérés dans chacun des centres en Suisse est très faible (presque insignifiant) comparé au nombre de patients soignés au L.____ Insitute à Bangkok.

J'ai longuement réfléchi à la question si de ces données quantitatives (=une différence énorme en nombre de patients) on peut tirer des conclusions qualitatives, donc comparer objectivement les chances de succès et les risques liés à ces interventions. Ceci est très délicat. On peut en effet supposer que plus de cas par an signifie plus d'expérience pour le chirurgien, avec une plus grande chance de succès et à un moindre risque de complications. D'autre part, même les meilleurs chirurgiens ont parfois des complications (ou des résultats sub-optimaux) et ce n'est peut-être pas toujours le chirurgien qui en fait le plus qui est d'office le meilleur chirurgien pour cette intervention, bien qu'en en règle générale plus d'expérience chirurgicale produit de meilleurs résultats post-opératoires.

Mais revenons à la question cruciale si oui ou non le petit nombre de cas pratiqué dans chacun des centres suisses présente plus de risques pour une patiente qui se fait opérer en Suisse.

Dès le début de cette expertise, je me suis rendu compte d'un possible 'conflit d'intérêts'. En effet, je connais personnellement (très bien même) la plupart des chirurgiens suisses qui sont mentionnés dans les différents centres et je sais qu'il n'y a pas le moindre doute que ces chirurgiens (100 % !) sont des chirurgiens bien formés, capables, qui ont tous un niveau professionnel très élevé avec, pour plusieurs d'entre eux, une intresse réelle pour la chirurgie de réassignation sexuelle.

Pour éviter tout conflit d'intérêt dans cette expertise j'ai décidé de ne pas répondre moi-même (ou en tout cas pas moi seul) à cette question mais de soumettre ce problème de compétence ou de qualité chirurgicale (sans donner trop de détails concernant le pays ou les chirurgiens en question) à un collège d'experts dans cette matière ou plutôt à un grand nombre de chirurgiens (d'un peu partout au monde qui pratiquent tous un grand nombre de SRS) pour demander leur avis à ce sujet. L'opinion de plusieurs personnes est souvent plus nuancée et correcte que l'avis d'une seule personne.

[... Der Experte befragte Fachkollegen anlässlich von vier internationalen Kongressen]

En conclusion et pour formuler l'opinion de la grande majorité des chirurgiens qui sont actifs dans ce domaine je crois pouvoir formuler les conditions suivantes (de compétence et de qualité) auxquelles un chirurgien SRS doit répondre:

- le chirurgien doit avoir suivi une formation additionnelle (post-graduate).
- cette formation consiste au moins de 15 cas de mammectomie sous cutanée et du même nombre d'opérations de la vaginoclitoplastie qui doivent être supervisés directement par un chirurgien expérimenté dans ce domaine. Pour la phalloplastie (ou techniques semblables) une même formation directe a été jugé nécessaire dans au moins 20 cas.
- il doit y avoir un 'in flow' garanti de patients, référés soit par un autre chirurgien ou bien par un team multidisciplinaire de dysphorie de genre.
- la plupart des chirurgiens consultés trouvaient qu'au moins 2 cas par mois sont nécessaires pour avoir (et garder) suffisamment d'expérience; un cas par mois était considéré comme un minimum absolu.
- conditions logistiques: il est absolument nécessaire qu'il existe dans l'hôpital où le chirurgien opère, un setup multidisciplinaire avec expérience suffisante, y compris au niveau des infirmières et des paramédicaux dans les différents départements et policliniques.
- une formation continue est indispensable avec participation aux congrès, 'teaching' et au moins une publication au sujet des transsexuels tous les trois ans.

Est-ce que ces conditions de compétence de qualité, qui sont le résultat de plusieurs réunions d'un grand nombre de chirurgiens SRS, donnent vraiment une réponse exacte à la quatrième question du Tribunal Cantonal de Lausanne? Je pense que si. Et une fois de plus, ceci n'est pas mon opinion personnelle mais bien l'avis d'un très grand groupe d'experts dans ce domaine.

Tous les experts ont jugé que le seul moyen pour pouvoir répondre à ces conditions de compétence et de qualité dans un petit pays comme la Suisse consisterait de grouper les patients transsexuels dans un ou deux centres, ce qui d'ailleurs avait déjà été mentionné par le Prof. Dr. Z.____ de T.____ et encore plus par le Prof. Dr. [...] de l'Université de P.____, qui avait mentionné que les avantages apportés par la spécialisation et la fréquence d'interventions militent même pour des solutions supranationales étant donné que la population Suisse serait trop faible.

Malgré des compétences indiscutables et malgré tous les efforts que beaucoup de chirurgiens suisses des différentes centres font dans le domaine de la chirurgie

transgenre, il sera difficile (pour ne pas dire impossible) de réaliser ces conditions de qualité de soins pour les patients transsexuels en Suisse aussi longtemps que le traitement chirurgical SRS en Suisse n'est pas concentré dans un ou deux hôpitaux.

Gestützt auf diese Expertise (sowie weitere Daten) hat das Versicherungsgericht des Kantons Waadt erwogen, dass im Jahr 2008 keine der genannten Bedingungen in einer Schweizerischen Klinik erfüllt worden sei, entsprechend könne nicht davon ausgegangen werden, dass damals in der Schweiz eine genügende Behandlungsqualität (Mann-zu-Frau-Umwandlung) gewährleistet war. Eine Behandlung in der Schweiz war laut Gericht mit viel grösseren Risiken verbunden als jene im Ausland. Die von der Rechtsprechung erarbeiteten Voraussetzungen für die Kostenübernahme der OKP erachtete das Gericht als erfüllt (Cour des Assurances Sociales AM 67/09 - 4/2016, Arrêt du 9.12.2015, Erw. 4; nur soweit die Beschwerdeführerin unterlag, zog sie das Urteil ans Bundesgericht weiter, welches die Beschwerde abwies [Urteil BGer 9C_183/2016 vom 26.6.2016 = BGE 142 V 316]; die Krankenkasse ihrerseits zog das Urteil nicht weiter und anerkannte ihre Leistungspflicht). Für vorliegenden Fall ist dabei beachtlich, dass die Anforderungen an Eingriffe Frau-zu-Mann als noch höher eingestuft wurden.

6.2.3 Als durchaus nachvollziehbar betrachtet das Gericht die Schlussfolgerung der Literaturrecherche des BAG zum Thema "Langzeituntersuchungen zur Befindlichkeit von Personen nach einer Geschlechtsumwandlung" (Bf-act. 11), wonach die Zufriedenheit der Betroffenen umso grösser ist, je besser das medizinische Resultat der geschlechtsangleichenden Operation gelungen ist. Garcia et al. halten dabei auch fest, die geschlechtsangleichende Operation sei nicht Endpunkt einer Transition. TransPersonen seien zeitlebens auf medizinische Nachsorge angewiesen. Namentlich in Fällen, wo sich der chirurgische Eingriff (aufgrund unerwarteter Komplikationen) komplex gestalte, sollten die operativ tätigen Kolleg_innen und das die Transition begleitende Team eng zusammenarbeiten, bis eine Situation entstehe, die für die TransPerson zufriedenstellend sei (Garcia et al., Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen, Schweiz Med Forum 2014 S. 386).

6.3 Die Aussagen zur Prävalenz sind uneinheitlich. Laut Bauquis (Bauquis et al., a.a.O. 2014) sind von Geschlechtsidentitätsstörungen 1 von 35'000 Männern und 1 von 100'000 Frauen betroffen. Gemäss Schellenberg (Schellenberg, a.a.O.) liegt die Prävalenzrate (Lebenszeitprävalenz) in europäischen Ländern etwa bei 2 pro 100'000 erwachsene Einwohner. Mann-zu-Frau-Transsexuelle seien zwei bis dreimal häufiger als Frau-zu-Mann-Transsexuelle, wobei sich seit Jahren ein Trend in Richtung einer ausgeglicheneren Verteilung abzeichne. In ei-

nem anderen Beitrag von 2014 wird dazu ausgeführt: "Je nach Definition, Erfassungsort und Messzeitpunkt liegt die Prävalenzspanne für TransFrauen (ehemals: Mann-zu-Frau-Transsexuelle) zwischen 1:100'000 und 1:1'000, während für TransMänner (ehemals: Frau-zu-Mann-Transsexuelle) Zahlen zwischen 1:400'000 und 1:2'000 berichtet werden. Für die Schweiz existieren keine Angaben. Wir gehen von mehreren Tausend Personen aus. Aktuell melden sich pro Woche eine bis zwei Personen in der Sprechstunde für Gender-Dysphorie am UniversitätsSpital Zürich an." (Garcia et al., a.a.O., S. 382 ff.). Steinmetz schätzt, dass höchstens die Hälfte Frau-zu-Mann-Transsexuelle seien (in Deutschland etwa 50 bis 75 Personen pro Jahr) und erfahrungsgemäss würden aus verschiedenen Gründen nicht alle eine Phalloplastik wünschen (Steinmetz, a.a.O., S. 16).

6.4 Unbestrittenermassen werden Phalloplastiken auch in der Schweiz durchgeführt. Gemäss Beschwerdeführer am CHUV Lausanne, dem Universitätsspital Basel sowie von einem weiteren Chirurgen an Lausanner Privatkliniken. Zahlen nennt der Beschwerdeführer keine. Aufgrund der Fallzahlen mit Diagnose F.64.0 könne jedoch sicher kein Chirurg das Mindestmass von 25 Eingriffen pro Jahr und keine Klinik mindestens 50 pro Jahr aufweisen. Die Vorinstanz macht keine eigenen Ausführungen dazu, sondern verweist auf die Aussage des Beschwerdeführers, dass in Basel und Lausanne operiert werde.

Auf die Anfrage des Gerichts betreffend die Anzahl Geschlechtsumwandlungen Frau zu Mann inkl. Penisaufbau in den Jahren 2011 - 2015 erstellte das Bundesamt für Statistik zwei Auszüge aus der Datenbank Medizinische Statistik der Krankenhäuser. Eine betreffend die Anzahl der Fälle von Transsexualismus mit Penisaufbau (F64.0 und 64.43) und die andere betreffend Anzahl Fälle von Transsexualismus mit Geschlechtsumwandlung von Frau zu Mann (F64.0 und 64.5X.10). Sie ergaben folgende Werte (Antwort BfS vom 21. Dezember 2017):

HD und ND F64.0; HB und NB 64.43			HD und ND F64.0; HB und NB 64.5X.10		
Jahr	Anzahl Fälle	Anzahl Patienten	Jahr	Anzahl Fälle	Anzahl Patienten
2009	5	4	2009	0	0
2010	3	3	2010	0	0
2011	3	3	2011	4	4
2012	9	9	2012	10	10
2013	8	8	2013	20	19
2014	6	6	2014	34	30
2015	2	2	2015	29	26
2016	8	8	2016	47	42

CHOP	6443	Konstruktion eines Penis
	645X10	Operationen zur Geschlechtsumwandlung, Geschlechtsumwandlung einer Frau zum Mann (dieser CHOP Kode existiert erst seit 2011)

Es handelt sich bei diesen Zahlen um alle in diesen Jahren in der Schweiz durchgeführten Behandlungen der entsprechenden Haupt- und Nebendiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden CHOP-Kodes. Ein Unterschied zwischen Anzahl Fälle und Anzahl Patienten bedeutet, dass einige Patienten mehr als eine Operation im selben Jahr gehabt haben. Unbekannt bleibt dabei, an welchen Institutionen welche Eingriffe und in welcher Anzahl durchgeführt wurden.

Damit kann festgehalten werden, dass in der Schweiz in den Jahren 2009 bis 2016 nur wenige Operationen zur Geschlechtsumwandlung einer Frau zum Mann vorgenommen wurden und sich von den Betroffenen nur ein kleiner Teil auch einem Penisaufbau (in der Schweiz) unterzog. Es kann daher ausgeschlossen werden, dass in irgendeiner Institution wöchentlich ein Eingriff für eine Phalloplastik erfolgt ist (Bauquis et al. sprechen im Beitrag von 2014 von einem Eingriff zur geschlechtsangleichenden Chirurgie pro Woche in der zuständigen Abteilung des CHUV [Bauquis et al., a.a.O. 2014, S. 922]. Die Autoren unterlassen es allerdings, die Eingriffe weiter zu spezifizieren. Aufgrund der Krankenhausstatistik BfS kann es sich nicht um eine Phalloplastik pro Woche handeln). In den genannten Jahren wurde der Eingriff auch nicht einmal pro Monat durchgeführt (die Höchstzahl von 9 Penisaufbauten wurde im Jahr 2012 erreicht). Selbst wenn die Eingriffe in der Schweiz auf nur eine Institution konzentriert würden, würde die von den Experten genannte absolute Mindestzahl von einem Fall pro Monat nicht erreicht werden (vgl. Erw. 6.2.2).

6.5 2008 verabschiedeten die Kantone die Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM; SRSZ 574.310.1). Im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung vereinbarten die Kantone die Sicherstellung der Koordination der Konzentration der hochspezialisierten Medizin. Diese umfasst diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei immer aber das der Seltenheit vorliegen muss (Art. 1 Abs. 1 IVHSM). Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vereinbarung wurde die Geschlechtsumwandlung als ein mögliches Feld, das zu koordinieren und konzentrieren ist, dargestellt (vgl. IVHSM Erläuternder Bericht der GDK vom 14.3.2008, S. 4 und 17; RRB

Nr. 975/2008 vom 9.9.2008, Bericht und Vorlage an den Kantonsrat Schwyz, S. 3). Bis heute erfolgte indes keine Spezifikation des Begriffes "Geschlechts-umwandlungen" und es wurde weder eine Zuordnung zum Bereich HSM vorgenommen noch wurde eine Konzentration beschlossen. Die Gründe sind nicht bekannt.

7.1 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten:

- Die Prävalenz Frau-zu-Mann-Transsexuelle ist tief. Für die Schweiz sind keine genauen Zahlen bekannt. Nicht alle der wenigen Betroffenen unterziehen sich geschlechtsangleichenden Operationen inkl. Phalloplastik.
- Aufgrund der tiefen Prävalenz sowie dem nur teilweise vorhandenen Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Operation inkl. Phalloplastik ist das Potential für geschlechtsangleichende Operationen Frau-zu-Mann inkl. Phalloplastik in der Schweiz sehr gering. Die in der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik ausgewiesenen Fallzahlen sind denn auch sehr tief.
- Bei den geschlechtsangleichenden Operationen Frau-zu-Mann handelt es sich um (mehrere) komplexe Eingriffe. Die Medizin der Geschlechtsumwandlung qualifiziert wohl für eine Zuordnung zur HSM gemäss IVHSM. Eine Konzentration erfolgte bislang jedoch nicht.
- Gemäss Ausführungen beider Parteien werden mindestens an zwei Institutionen der Schweiz entsprechende Eingriffe durchgeführt. Mithin verteilt sich die ohnehin tiefe Fallzahl auf mehrere Institutionen.
- Aufgrund der Ausführungen und Erwägungen des Urteils des Versicherungsgerichts Waadt erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass zwischen der Erfahrung eines Chirurgen bzw. des ganzen Teams und dem Outcome eine Beziehung besteht. Die geforderte Qualität setzt ein Mindestmass an Fallzahlen voraus. Die genannten resp. geforderten Mindestfallzahlen werden an den Institutionen der Schweiz nicht erfüllt (dies selbst im Falle der Konzentration auf ein Zentrum).
- Genaue Angaben zum Outcome in der Schweiz liegen nicht vor.

7.2 Vor diesem Hintergrund ist es für das Gericht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass eine in der Schweiz vorzunehmende Phalloplastik für die betroffene Person erheblich höhere, wesentliche Risiken im Sinne von Art. 36 Abs. 1 KVV i.V.m. Art. 34 Abs. 2 KVG (vgl. oben Erw. 3.2) 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 ungenügend gewährleistet ist, resp. eine Behandlung im Ausland gerechtfertigt ist.

In der Verfügung vom 21. März 2017 führt die Vorinstanz zwar aus, das Gesuch sei mit den Unterlagen dem zuständigen Fachbereich der Generaldirektion zur Prüfung unterbreitet worden, welcher die Kostenübernahme abgelehnt habe. Trotz zweimaliger Aufforderung, dem Gericht alle relevanten Akten einzureichen, hat die Vorinstanz jedoch keine Unterlagen eingereicht, welche auf eine nachvollziehbare Untersuchung schliessen lassen. Dagegen bestehen gewichtige Argumente, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf erheblich höhere, wesentliche Risiken bei der Durchführung der Behandlung in der Schweiz schliessen lassen (vgl. oben Erw. 6; Erw. 7.1). Aus diesen Gründen hätte die Vorinstanz die Kostenübernahme für die Behandlung im Ausland nicht ablehnen dürfen.

7.3 Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und die Vorinstanz zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlich geschuldeten Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die im Ausland durchgeführte Phalloplastik zu erbringen.

8.1 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

8.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem beanwalteten Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden der Einspracheentscheid vom 4. Juli 2017 sowie die Verfügung vom 21. März 2017 aufgehoben und die Vorinstanz wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer die gesetzlich geschuldeten Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die im Ausland durchgeführte Phalloplastik zu erbringen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zugesprochen.
4. 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).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 20. Februar 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 5. März 2018