

200 15 181 KV
SCJ/REL/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. März 2016

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
gesetzlich vertreten durch seine Mutter B. _____
vertreten durch Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführer

gegen

Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG
Bundesplatz 15, Postfach, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 20. Januar 2015 (99708010177)



Sachverhalt:

A.

Der 1997 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung (Concordia bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenkopfgeversichert (Antwortbeilage der Concordia [AB] 7). Mit Schreiben vom 2. Juni 2014 (AB 10) ersuchte med. pract. D._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, die Concordia um Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung des Versicherten in der Abteilung für Psychosomatik F._____ des Spitals E._____. Nachdem der Vertrauenspsychiater der Concordia mit Schreiben vom 21. Juni 2014 (AB 15) festgehalten hatte, dass bei den angegebenen Diagnosen eine Hospitalisation in der Abteilung F._____ nicht in Frage kommen könne, erklärte sich der Versicherte – gesetzlich vertreten durch seine Eltern – mit Schreiben vom 23. Juni 2014 (AB 16) damit nicht einverstanden und ersuchte um eine schriftliche Stellungnahme des Krankenversicherers. Die Concordia lehnte das Gesuch am 1. Juli 2014 (AB 17) ab mit der Begründung, beim Fehlen einer psychosomatischen Problematik sei eine stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Station nicht denkbar.

Am 27. August 2014 (Beschwerdebeilage [BB] 9) verlangte der Versicherte den Erlass einer anfechtbaren Verfügung. Mit Verfügung vom 18. September 2014 (AB 19) entschied die Concordia, dass die gesetzlichen Voraussetzungen der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit bei der geplanten Hospitalisation in der Station F._____ bei Fehlen einer psychosomatischen Problematik nicht erfüllt seien, weshalb sie die Kostenübernahme ablehnte.

Die gegen die Verfügung vom 18. September 2014 erhobene Einsprache des Versicherten vom 6. Oktober 2014 (AB 24) wies die Concordia mit Einspracheentscheid vom 20. Januar 2015 (AB 26) ab.

B.

Dagegen erhob A. _____ – gesetzlich vertreten durch seine Mutter B. _____, diese vertreten durch Rechtsanwältin C. _____ – am 23. Februar 2015 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm Kostengutsprache für die Behandlung in der Abteilung F. _____ des Spitals E. _____ zu erteilen, bzw. die Kosten von Fr. 32'654.60 für die Behandlung in dieser Abteilung vom 23. Juni bis zum 9. August 2014 zurückzuerstatten.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juni 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheides.

Mit Replik vom 9. September 2015 sowie Duplik vom 28. November 2014 hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

Zusammen mit der einverlangten Kostennote reichte der Beschwerdeführer am 30. Dezember 2015 weitere Ausführungen ein. Am 14. Januar 2016 nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zur Eingabe des Beschwerdeführers. Diese Stellungnahme wurde dem Beschwerdeführer am 19. Januar 2016 zugestellt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 20. Januar 2015 (AB 26). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin auf Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung in der Station F._____ des Spitals E._____ vom 23. Juni bis zum 9. August 2014.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

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

2.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 [KVG; SR 832.10]). Dazu gehören unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden von (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KVG). Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG).

2.2 Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt, mit anderen Worten muss sie objektiv geeignet sein, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg; BGE 139 V 135 E. 4.4.1 S. 139, 133 V 115 E. 3.1 S. 116, 130 V 299 E. 6.1 S. 304; SVR 2005 KV Nr. 6 S. 21 E. 1.2).

2.3 Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt deren Wirksamkeit voraus. Ob eine Leistung zweckmässig ist, muss anhand des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung beurteilt werden (BGE 137 V 295 E. 6.2 S. 306, 130 V 299 E. 6.1 S. 304). Die Frage der Zweckmässigkeit hängt daher von medizinischen Kriterien ab und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen. Umgekehrt sind medizinisch nicht indizierte therapeutische oder diagnostische Vorkehren regelmässig auch unzweckmässig (BGE 139 V 135 E. 4.4.2 S. 140, 130 V 532 E. 2.2 S. 536; SVR 2001 KV Nr. 21 S. 62 E. 2c).

2.4 Zweckmässigkeit und Wirksamkeit einer Leistung nach Art. 25 KVG sind prognostisch zu beurteilen (BGE 130 V 299 E. 5.2 S. 303). Zweckmässigkeit und Wirksamkeit setzen voraus, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen. Welche von mehreren in Betracht fallenden Massnahmen als geeigneter erscheint, ist im Rahmen dieser Voraussetzungen nicht entscheidend. Nach der gesetzlichen Regelung genügt es, dass die vom Arzt angeordnete Massnahme zweckmässig ist. Sind gleichzeitig mehrere Massnahmen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht des Krankenversicherers unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit (RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 E. 3a; SVR 2001 KV Nr. 42 S. 120 E. 5a; vgl. auch BGE 126 V 334 E. 2a S. 338).

3.

3.1 Das Spital E. _____ figuriert auf der ab 1. Mai 2012 gültigen kantonalen Spitalliste Psychiatrie und hat in diesem Bereich einen Leistungsauftrag als Spezialversorger für spezifische Angebote im Bereich der Psychosomatik (vgl. www.gef.be.ch, Rubriken: Gesundheit/Spitalversorgung/Spitäler/Spitalliste). Zwar werden im Leitbild der Station F. _____ in der Auflistung derjenigen Krankheitsbilder, welche dort behandelt werden können, ebenfalls rein psychiatrische Krankheitsbilder wie depressive Episoden und Angst- und Panikstörungen aufgeführt (vgl. www.E._____.ch/..., Rubrik: ...). Eine entsprechende Behandlung gehört jedoch gemäss dem kantonalen Leistungsauftrag nicht zur Kernaufgabe dieser Abteilung. Mithin steht denn auch explizit die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen mit stationärem Setting im Zentrum der Station F. _____ des Spitals E. _____ (vgl. Broschüre „F. _____ Stationär“, abrufbar unter www.E._____.ch/..., „Krankheitsbilder“, S. 5). Dabei soll gemeinsam mit den Patienten versucht werden, die Zusammenhänge zwischen Körpersymptomen und möglichen seelischen Konflikten zu finden (a.a.O., „Therapeutische Haltung“, S. 11). Auch werden an mehreren Stellen in der Broschüre ausschliesslich psychosomatische Erkrankungen sowie Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen erwähnt (a.a.O., „Behandlungskonzept“ S. 6 und S. 7). Wenn also kein psychosomatisches, sondern ein rein psychiatrisches Krankheitsbild vorliegt, erweist sich die Station F. _____ als nicht geeignet zur stationären Behandlung, da eine entsprechende Therapie über den Leistungsauftrag des Kantons hinaus geht und damit keine Pflichtleistung darstellen kann. Eine Leistungspflicht muss damit mangels Wirksamkeit und Zweckmässigkeit abgelehnt werden (vgl. E. 2.3 bis E. 2.5 hiervor).

3.2 Beim Beschwerdeführer wurden von Beginn weg einzig die klassisch psychiatrischen Krankheitsbilder einer mittelschweren depressiven Episode und akzentuierter misstrauisch ängstlicher Persönlichkeitszüge diagnostiziert (vgl. Gesuch um Kostengutsprache vom 2. Juni 2014 [AB 10]). Hingegen wurden zu keinem Zeitpunkt somatische resp. psychosomatische Beeinträchtigungen oder Auswirkungen geltend gemacht.

Der Beschwerdeführer hat darauf verzichtet, einen Bericht über die stationäre Behandlung in der Station F._____, welche gemäss Rechnung vom 2. Dezember 2014 (BB 15) in der Zeit vom 23. Juni bis zum 9. August 2014 stattgefunden hat, einzureichen. Es kann davon abgesehen werden, einen entsprechenden Bericht für das vorliegende Verfahren von Amtes wegen einzuholen, da es dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht zumutbar gewesen wäre, diesen von sich aus einzureichen, sofern er daraus etwas zu seinen Gunsten hätte ableiten können, liegt doch die objektive Beweislast für eine anspruchsbegründende Tatsache bei der leistungsansprechenden Person (BGE 121 V 204 E. 6a S. 208).

Rund ein halbes Jahr nach der hier zur Diskussion stehenden stationären Behandlung stellte der behandelnde Arzt med. pract. D._____ in der ärztlichen Verordnung vom 20. März 2015 (AB 31) ein Gesuch um Übernahme der Kosten für eine störungsspezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der G._____. Er begründete diesen Antrag mit der Diagnose einer sozialen Angststörung. Diese Diagnose stammt ebenfalls aus dem Bereich der klassischen Psychiatrie und nicht aus dem psychosomatischen Formenkreis. Dies lässt zusätzlich darauf schliessen, dass beim Beschwerdeführer kein psychosomatisches Krankheitsbild vorgelegen hat bzw. vorliegt.

Nach dem hiervor Dargelegten ist somit davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer an einer psychosomatischen Problematik fehlt und der hier zur Beurteilung stehende stationäre Aufenthalt in der Station F._____ allein der Behandlung eines rein psychiatrischen Krankheitsbildes diene. Damit erweist sich diese Behandlung in der Station F._____ als nicht geeignet, weshalb die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit im Sinne des Gesetzes zu verneinen sind (vgl. E. 3.1 hiervor).

3.3 Fehlt es an der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit einer Leistung, braucht deren Wirtschaftlichkeit nicht geprüft zu werden. Da bereits das Vorliegen eines Leistungsauftrages für die in Frage stehende Behandlung zu verneinen ist, erübrigen sich Ausführungen zur Fachkompetenz des beigezogenen Gutachters und zur Beweiskraft von dessen Gutachten.

Vorliegend kann schliesslich auch nicht eine Austauschbefugnis in Frage kommen, denn nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat die versicherte Person keinen Anspruch auf Anrechnung der eingesparten Pflichtleistungskosten, wenn sie eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Pflege und Behandlung wählt (BGE 126 V 330 E. 1b S. 332; RKUV 1994 K 933 S. 73 E. 6a).

4.

Der angefochtene Entscheid vom 20. Januar 2015 (AB 32) ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und deshalb abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin C. _____ z.H. des Beschwerdeführers

- Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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