

200 16 1106 KV
GRD/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Mai 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
gesetzlich vertreten durch ihre Eltern B. _____
vertreten durch Fürsprecher C. _____

Beschwerdeführerin

gegen

Sumiswalder Krankenkasse
Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1999 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Sumiswalder Krankenkasse (Sumiswalder bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert. Sie leidet an Bauchschmerzen und steht deswegen in ärztlicher Behandlung. Nach verschiedenen Untersuchungen in der Schweiz kontaktierte die Mutter der Versicherten Ärzte in ... und ersuchte um Kostengutsprache für eine Abklärung bei Prof. Dr. med. habil. D. _____, ... Klinik E. _____ (...), welche die Sumiswalder unter Bezugnahme auf eine Stellungnahme des Vertrauensarztes ablehnte (Beschwerdebeilage [BB] 5; Akten der Sumiswalder, Antwortbeilage [AB] 1 – 3). Ein weiteres Gesuch um Kostengutsprache (AB 6) für die Behandlung bzw. Nachkontrolle bei Prof. Dr. med. habil. D. _____, welcher zwischenzeitlich ein ausgeprägtes Nussknackerphänomen, ein ausgeprägtes Wilkie-Syndrom (auch Arteria-mesenterica-superior-Syndrom genannt) und ein beginnendes Dunbar-Syndrom diagnostiziert hatte (BB 14), lehnte die Sumiswalder mit Schreiben vom 1. September 2016 (AB 7) ab. Nachdem sich die Versicherte am 30. September 2016 gegen diesen abschlägigen Bescheid gewandt hatte (AB 10), holte die Sumiswalder eine weitere vertrauensärztliche Stellungnahme ein (AB 11) und hielt mit formeller Verfügung vom 18. Oktober 2016 (AB 12) an ihrem ablehnenden Entscheid fest. Zur Begründung führte sie insbesondere aus, es sei zwar auf Grundlage der Akten davon auszugehen, dass eine komplexe und seltene Krankheit vorliege, jedoch seien keine Vorteile in einer Untersuchung oder Behandlung in ... erkennbar. Die von der Versicherten hiergegen am 20. Oktober 2016 (AB 13) erhobene Einsprache wies die Sumiswalder mit Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016 (AB 14) ab.

B.

Mit Eingabe vom 9. November 2016 erhob die Versicherte, gesetzlich vertreten durch ihre Eltern B. _____, diese vertreten durch Fürsprecher C. _____, Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom

26. Oktober 2016 sei aufzuheben und die Leistungspflicht der Sumiswalder sei für die Behandlung in ... festzustellen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. November 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Bezugnehmend auf die prozessleistende Verfügung vom 25. November 2016 teilte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 21. Dezember 2016 mit, der Streitwert könne aktuell noch nicht abschliessend beziffert werden. Als Mindestwert und damit vorläufiger Streitwert sei ein Betrag von Fr. 30'000.-- zu veranschlagen.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016 (AB 14). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwer-

degegnerin für die Kosten der im Ausland (...) durchgeführten Diagnostik und Behandlung des Nussknacker-, Wilkie- und ev. Dunbar-Syndroms bzw. -Phänomens aus der obligatorischen Grundversicherung.

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 In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; SVR 2008 UV Nr. 1 S. 2 E. 3.2), da der angefochtene Einspracheentscheid (AB 14) sich mit den in der Einsprache (AB 13) vorgebrachten Vorteilen der Behandlung in ... nur ungenügend auseinandersetze (vgl. Beschwerde S. 10 f. Ziff. 6).

2.2 Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

2.3 Die Beschwerdegegnerin hat in ihrem die Verfügung vom 18. Oktober 2016 (AB 12) bestätigenden Einspracheentscheid vom 26. Oktober

2016 die wesentlichen Überlegungen genannt, von denen sie sich hat leiten lassen und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Neben der sich aus dem Dispositiv ergebenden Tragweite des Entscheides sind aus der Begründung auch die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte ersichtlich, womit die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör fließende Begründungspflicht erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin konnte den Einspracheentscheid denn auch sach- und zielgerichtet anfechten. Dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Begründung nicht in der von der Beschwerdeführerin gewünschten Ausführlichkeit auf die erhobenen Einwände eingegangen ist, stellt nach der Rechtsprechung (vgl. E. 2.2 hiervor) noch keine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs infolge ungenügender Begründung ist somit zu verneinen.

3.

3.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25 – 31 nach Massgabe der in den Artikeln 32 – 34 festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]).

Zum Leistungsbereich gemäss Art. 25 – 31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden (lit. a) und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. e).

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 (vgl. Art. 33 Abs. 1 KVG; RKUV 2000 Nr. 5 KV 132 S. 283 f. E. 3).

3.2 Das KVG untersteht dem Territorialitätsprinzip, welches das geltende Gesetz in Art. 34 Abs. 2 KVG als gegeben voraussetzt. Leistungen sind nur kassenpflichtig, wenn sie in der Schweiz erbracht werden oder bei verordnungspflichtigen Leistungen von einem in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringer zur Erbringung in der Schweiz veranlasst werden. Der Bundesrat kann jedoch 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 (Art. 34 Abs. 2 Satz 1 KVG). Gestützt auf diese Kompetenzdelegation hat der Bundesrat Art. 36 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) erlassen. Nach Art. 36 Abs. 1 KVV bezeichnet das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) nach Anhören der zuständigen Kommission die Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 und Art. 29 des Gesetzes, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können. Bis anhin hat das EDI von der Kompetenzdelegation in Art. 36 Abs. 1 KVV keinen Gebrauch gemacht. Es existiert demnach keine Liste von kassenpflichtigen Auslandsleistungen im Sinne von Art. 36 Abs. 1 KVV, was aber einer Vergütung der Kosten solcher Behandlungen nicht von vornherein entgegensteht (GEBHARD EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 575 ff. N. 542 ff. mit Hinweisen; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Oktober 2010, 9C_630/2010 E. 2.1).

3.3 Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 36 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 34 Abs. 2 KVG setzt den Nachweis voraus, dass entweder in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit besteht oder aber im Einzelfall eine innerstaatlich praktizierte Behandlung im Vergleich zur auswärtigen Alternative für die betroffene Person bedeutende und erheblich höhere Risiken mit sich bringt und damit eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG) Behandlung in der Schweiz nicht gewährleistet ist. Nur schwerwiegende Lücken im Behandlungsangebot ("Versorgungslücken") rechtfertigen ein Abweichen vom Territorialitätsprinzip. Dabei handelt es sich in der Re-

gel um Behandlungen, die hochspezialisierte Techniken verlangen oder um seltene Krankheiten, für welche die Schweiz nicht über eine genügende diagnostische oder therapeutische Erfahrung verfügt. Wenn hingegen in der Schweiz eine in Fachkreisen allgemein anerkannte und zweckmässige Behandlungsmethode existiert, so liegt kein medizinischer Grund im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG vor. Bloss geringfügige, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile einer auswärts praktizierten Behandlungsmethode aber auch der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über mehr Erfahrung im betreffenden Fachgebiet verfügt, werden nicht als medizinischer Grund betrachtet, der die Übernahme der Kosten einer Auslandbehandlung rechtfertigt. In diesem Sinne sind medizinische Gründe im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG nur mit Zurückhaltung anzunehmen (Entscheidung des BGer vom 27. Juni 2011, 9C_110/2011, E. 2.3, und vom 14. Oktober 2010, 9C_630/2010, E. 2.2; EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, a.a.O., S. 577 N 551 mit weiteren Hinweisen).

4.

4.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

4.1.1 Dr. med. F._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Spital G._____, führte am 12. Dezember 2013 eine Gastro-Duodenoskopie durch. Im entsprechenden Bericht vom 20. Dezember 2013 (BB 3) führte sie aus, es finde sich eine normale Abdomen-Sonografie, wobei der Winkel von der AMS (Arteria-mesenterica-superior) zur Aorta abdominalis relativ flach sei, so dass differenzialdiagnostisch ein Nussknackerphänomen in Erwägung gezogen werden müsse. Dies könne theoretisch zu einer Einengung des Duodenums und der linken Nierenarterie führen. Häufig sei das Nussknackerphänomen jedoch nur ein Zufallsbefund. Um eine Einengung des Duodenums ausschliessen zu können, werde die Durchführung einer Breischluckuntersuchung empfohlen. Die Nierenwerte bei der letzten Untersuchung seien unauffällig gewesen.

4.1.2 Im Bericht des Spitals G._____ (Sprechstunde Gastroenterologie) vom 21. Januar 2014 (BB 2) diagnostizierten die Dres.

med. H._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, und I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, epigastrische Bauchschmerzen, am ehesten funktional (ICD-10 F10.4) bei unauffälliger Oesophago-Gastro-Duodenoskopie (12. Dezember 2013). Es handle sich hierbei am ehesten um eine funktionelle Dyspepsie, dies bei typischer Anamnese und Klinik, bei unauffälliger Endoskopie, Abdomen-Sonografie und Breischluckuntersuchung. Die Patientin habe sehr gut auf die Therapie mit Magnesium angesprochen. In einem weiteren Bericht vom 24. April 2014 (BB 4) vermerken sie in Wiederholung der bekannten Diagnose, es bestünden im MR Dünndarm vom 28. März 2014 Hinweise auf ein Arteria-mesenterica-superior-Syndrom. Aktuell liege eine Besserung der Beschwerden nach Gewichtszunahme vor.

4.1.3 Am 17. Mai 2014 berichtete Prof. Dr. med. J._____, Klinik K._____, ..., im Rahmen der eingeholten Zweitmeinung, die Patientin habe ein typisches Arteria-mesenterica-superior-Syndrom, auch Wilkie-Syndrom genannt. Die untere Partie des Zwölffingerdarms werde eingengt, bedingt durch den kleinen Winkel, mit welchem die mittlere Darmarterie (Arteria-mesenterica-superior) aus der Aorta entspringe. Die Therapie umfasse alle Massnahmen, die über eine grössere Essensmenge zum Aufbau eines Fettpolsters zwischen den genannten Strukturen und damit zu einer grösseren Winkelspreizung der Arterie führen sollen. Erfahrungsgemäss klappe dies nicht dauerhaft. Der Viszeralchirurg schliesse die Darmeinengung kurz, indem zwei oder drei Darmanastomosen und eine Übernähung erforderlich seien. Die seinerseits entwickelte Methode rühre den Darm gar nicht an, sondern die mittlere Darmarterie werde versetzt, weiter fusswärts, und dadurch der spitze Abgangswinkel der mittleren Darmarterie erweitert. Auf diese Weise erhalte der Zwölffingerdarm ausreichend Platz für den Nahrungstransport (BB 5).

4.1.4 Im Bericht de Spitals G._____ vom 20. Mai 2014 (AB 2 S. 3 ff.) führte Prof. Dr. med. L._____, Facharzt für Chirurgie, Herz- und thorakale Gefässchirurgie sowie Gefässchirurgie, aus, die von der Patientin beschriebenen Symptome und die dazugehörenden radiologischen Abklärungen seien mit einer relativen Obstruktion des Duodenums (Wilkie-Syndrom) vereinbar. Radiologisch imponiere der langstreckige parallele Verlauf der

SMA (superior mesenteric artery) zur Aorta viel mehr als der flache Abgangswinkel. Wenn die SMA bindegewebig an der Aorta fixiert sein sollte, würden sich die Beschwerden nicht bessern. Ein potentieller Eingriff (Mobilisation des Treitz-Ligamentes, Distalisierung der SMA), sofern er überhaupt nötig sein sollte, könne in ... durchgeführt werden. Es gäbe aber wahrscheinlich auch viszeralchirurgische Therapieoptionen, die geprüft werden müssten. Das Vorhandensein eines signifikanten SMA-Syndroms könnten ein funktioneller Provokations-Stresstest im MRI oder eine MR Enteroklyse mit einer postpylorisch platzierten Sonde untermauern (S. 2).

4.1.5 Am 2. Juni 2014 berichtete Prof. Dr. med. habil. D._____, das vermutete Arteria-mesenterica-superior-Syndrom sei durch die unauffällige Breischluckuntersuchung ausgeschlossen. Die Untersuchungen bezüglich der Darstellung des Truncus coeliacus seien unvollständig bzw. nicht lege artis durchgeführt worden. Insgesamt sei dieser selbst direkt überhaupt nicht dargestellt worden, was sehr für eine hochgradige Einengung des Gefässes spreche. Die MR-Angiografie sei nicht in zwei Atemphasen durchgeführt worden, so dass hinsichtlich einer dynamischen Einengung des Truncus keine Aussagen getroffen werden könnten. In der vorliegenden Aufnahme finde sich ein scheinbar regelrechter, nahezu rechtwinkliger Abgang aus der Aorta, welches jedoch eine Darstellung sei, die häufig bei hochgradiger Kompression des Truncusabgangs mit dessen Veränderung in die Vorderwand der Aorta zu sehen sei, so dass das in der Angiografie sichtbare Gefäss nicht dem eigentlichen Abgang entspreche (AB 1 S. 3). Es bestehe der starke Verdacht, dass die Patientin an einer hochgradigen Truncus coeliacus-Kompression leide, da auch die klinischen Beschwerden sehr charakteristisch für dieses spezielle Krankheitsbild seien. Er empfehle, eine dynamische farbduplexsonografische Untersuchung des Truncus coeliacus in verschiedenen Phasen in der Schweiz oder aber auch in ... durchführen zu lassen. Dann könne gewöhnlich vom erfahrenen Untersucher die Diagnose des Truncus coeliacus und die Präparation des Ganglion coeliacum vorgenommen werden (AB 1 S. 4).

4.1.6 Bezugnehmend auf den Bericht von Prof. Dr. med. habil. D._____ hielt der Vertrauensarzt Dr. med. M._____, Facharzt für Chirurgie, in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2014 (AB 2 S. 1 f.) fest,

Prof. Dr. med. habil. D. _____ empfehle noch weitere Abklärungen und erwähne ausdrücklich, dass dies in der Schweiz gemacht werden könne. Der Bericht sollte Prof. Dr. med. L. _____ vom Spital G. _____ vorgelegt werden und dieser solle anschliessend (nach definitiver Diagnosestellung) beurteilen, ob die Behandlung in der Schweiz möglich sei oder nicht.

4.1.7 Eine Duplexsonografie der Mesenterialarterien im Spital G. _____ vom 20. Juni 2014 (BB 6) ergab keine Anhaltspunkte für eine Pathologie im Bereich des Truncus coeliacus, keine indirekten Hinweise auf ein Dunbar-Syndrom und keine Pathologie im Bereich der A. mesenterica superior.

4.1.8 Prof. Dr. med. habil. D. _____ diagnostizierte im Bericht vom 8. August 2014 (BB 7) über die farbduplexsonografische Untersuchung eine mässige Lordose der LWS und ein Nussknackerphänomen der linken Nierenvene mit hämodynamischer Relevanz. Das Ergebnis der PixelFlux-Messung zeige eine signifikante Minderperfusion der linken Niere. Er empfahl die Führung eines Beschwerdeprotokolls und den Beginn der Therapie mit ASS (Acetylsalicylsäure) 100 mg/tgl.

4.1.9 Im Privatsprechstundenbericht des Spitals G. _____ vom 5. September 2014 (BB 8) hielt Prof. Dr. med. N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, als Diagnose epigastrische Bauchschmerzen fest. Zusammengefasst schienen die Symptome realistisch und eine proximale Darmobstruktion sei weder ausgeschlossen noch bestätigt, um eine Korrektur vornehmen zu können. In dieser Situation sei die Durchführung einer Kombinationsuntersuchung arteriell und intraluminal klar indiziert. Am 14. November 2014 (BB 10) erwähnte er in Wiederholung der genannten Diagnose, die Situation habe sich nicht deutlich verändert.

4.1.10 Am 10. Oktober 2014 berichtete PD Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Rahmen einer weiteren Zweitmeinung, das Dunbar-Syndrom sei sicherlich ausgeschlossen. Das Kompressionsyndrom der Vena renalis (Nussknackerphänomen) sei unwahrscheinlich. Eine definitive Beurteilung wäre durch Verabreichung von Echokontrastmittel möglich, was die Patientin jedoch ablehne. Das Wilkie-Syndrom sei

durchaus denkbar, zumindest für die festen Speisen bekunde die Passage gewisse Mühe. Die Patientin lehne jedoch eine operative Sanierung ab (BB 9).

4.1.11 Im Bericht des Spitals P. _____ vom 1. April 2015 (BB 11) über eine Abdomensonografie und Farbdoppler-Duplexsonografie der Abdominalgefässe vom 31. März 2015 vermerkte Prof. Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, als Diagnosen rezidivierende (vaso-vagale) Reflex-Synkopen/Präsynkopen, ein Untergewicht (BMI rund 18), ein frühzeitiges Sättigungsgefühl, rezidivierende Kopfschmerzen und eine Adynamie. Eine organische Erkrankung im Magen-Darm-Trakt liege aufgrund der vorliegenden Befunde nicht vor. Eine chirurgische Therapie sei nicht indiziert. Eine Gewichtszunahme sei anzustreben. Empfohlen seien diätische Massnahmen. Die Reflexsynkopen/Präsynkopen sollten nicht medikamentös therapiert werden. Die Fortsetzung der psychologischen Therapie sei zu empfehlen. Gegebenenfalls könnten die Kopfschmerzen noch durch einen neurologischen Facharzt mitbeurteilt werden. Nach einer erneuten Abdomensonografie und Farbdoppler-Duplexsonografie der Abdominalgefässe vom 2. Dezember 2015 wiederholte Dr. med. Q. _____ die obgenannten Diagnosen und führte aus, die Darstellung der beiden Nieren sei unauffällig ohne Nachweis eines qualitativen Unterschiedes zwischen der rechten und der linken Niere und auch die Darstellung der Nierenvenen sei unauffällig. In der spät-venösen Phase liege eine unauffällige Darstellung der Leber vor. Die duplexsonografische Untersuchung des Tr. Coeliacus, der A. mesenterica superior, der Aorta abdominalis, beider Nierenarterien, der V. cava inferior und der Pfortader zeigten keine Auffälligkeiten. Sonografisch fände sich keine organische Erkrankung (BB 13).

4.1.12 Dr. med. R. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, nannte am 2. Juni 2015 als Hauptprobleme Präsynkopen bei raschen Ausdaueraktivitäten, eine kompensierte Herz-Kreislaufsituation, kardiovaskuläre Risikofaktoren und als Nebenprobleme chronische epigastrische Schmerzen in vertikaler Körperhaltung mit/bei Wilkie-Syndrom (Dünndarmkompression) resp. Nussknacker-Syndrom (Nieren-Vene-

Kompression). Insgesamt könne keine Pathologie gefunden werden, weder strukturell noch funktionell (BB 12).

4.1.13 Im Bericht vom 17. Februar 2016 (BB 14) über eine farbduplexsonografische Untersuchung vom 2. Februar 2016 diagnostizierte Prof. Dr. med. habil. D. _____ ein ausgeprägtes Nussknackerphänomen der linken Nierenvene mit zunehmender hämodynamischer Relevanz, ein ausgeprägtes Wilkie-Syndrom und ein beginnendes Dunbar-Syndrom. Das Ergebnis der PixelFlux-Messung zeige eine deutliche Verbesserung der ehemaligen Minderperfusion der linken Niere. Zu empfehlen sei das Führen eines Beschwerdeprotokolls, das Fortführen der Therapie mit ASS und ein gefässchirurgisches Konsil. Im Rahmen einer am 2. September 2016 (BB 15) durchgeführten funktionellen farbduplexsonografischen Untersuchung führte er als Diagnosen eine atemabhängige Verdrängung des Truncus coeliacus durch das Ligamentum arcuatum mit charakteristischen Beschwerden einer Kompression des Ganglion coeliacum, ein Nussknackerphänomen der linken Nierenvene mit breiter aber unzureichender Kollateralisierung entlang der Wirbelsäule (die intraspinale Kollateralisation der linken Nierenvene dürfte zu den Cephalgien beitragen) und eine Ovarialzyste rechts 3 x 4 cm bei Zyklusstörung auf. Er empfahl Physiotherapie zur Linderung der Lordose, eine ASS-Therapie zur Verbesserung des Abflusses aus den unzureichend weiten Kollateralen der linken Nierenvene, eine gefässchirurgische Konsultation (mit der Frage: a. der Operation der Kompression des Truncus coeliacus unter Einbezug der betroffenen Plexusannteile, b. der gestauten Nierenvene links) und ein pulmologisches Konsil wegen Hämoptoe.

4.1.14 Der Vertrauensarzt Dr. med. S. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 2016 (AB 11) fest, in keinem Dokument fände sich eine Erklärung der Ärzte, wonach ein bestimmtes diagnostisches oder therapeutisches Verfahren in der Schweiz nicht möglich sei. Im Gegenteil habe z.B. Prof. Dr. med. N. _____ am 5. September 2014 sehr detaillierte Empfehlungen abgegeben, welche Untersuchungen vorzunehmen wären, um diagnostisch weiter zu kommen. Es sei im Wesentlichen das Vorgehen, das auch in ... verfolgt worden sei. Im Bericht von Dr. med. O. _____ vom 10. Oktober 2014 fänden sich jedoch Angaben, dass die Patientin ver-

schiedene diagnostische oder therapeutische Optionen verworfen hätten. Das Vorgehen der Schweizer Ärzte sei als sehr sorgfältig und verantwortungsvoll zu beurteilen. Weder sei ohne genügende Diagnostik operiert noch sei die Patientin vorschnell auf die „psychiatrische Schiene“ geschoben worden. Im Gegenteil gehe aus dem Schreiben von Prof. Dr. med. N._____ hervor, dass er die Beschwerden ernst genommen und vertieft habe abklären wollen. Er habe mit keinem Wort gesagt, dass die weitere Abklärung in ... nicht möglich gewesen wäre (S. 1). Weder sei eine ärztliche Zuweisung erfolgt, noch wäre das weitere diagnostische Vorgehen in der Schweiz nicht möglich gewesen. Dass die ... Ärzte zu teilweise abweichenden Beurteilungen gelangt seien, könne angesichts des problematischen Krankheitsbildes, das inzwischen mit Sicherheit auch psychosomatisch überlagert sei, in keiner Weise erstaunen. Auch würden die drei doch sehr unterschiedlichen Befunde von Prof. Dr. med. habil. D._____ die Schwierigkeiten der Diagnostik in diesem Fall zeigen und rückblickend keineswegs die Behauptung rechtfertigen, dass die diagnostischen Möglichkeiten in der Schweiz nicht ausreichend wären. Zusammenfassend könne in keiner Weise begründet werden, dass nur der Einbezug ausländischer Ärzte der Patientin hätten helfen können. Im Gegenteil sei die diagnostische Situation bis heute sehr widersprüchlich geblieben. Die Diagnostik werde weiterhin schwierig bleiben und noch mehr die Therapie. Es bestehe nach wie vor kein Grund, ausländische Ärzte zu konsultieren, weil die diagnostischen und allenfalls therapeutischen Möglichkeiten in der Schweiz fehlen würden.

4.2 Ein Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV wird vorliegend zu Recht nicht geltend gemacht. Die Beschwerdeführerin hat sich entschieden, ihre bereits am Spital G._____ in Abklärung und Behandlung befindenden Bauchschmerzen (AB 2 S. 3 ff.; BB 2 – 4 und 6) zusätzlich in ... untersuchen zu lassen. Ihre Mutter trat dazu vorgängig mit den Prof. Dres. med. J._____ (...) und D._____ (.../...) in Kontakt (AB 1 S. 2 f.; BB 5). Die Untersuchungen bei Letzterem (BB 7, 14 f.) erfolgten nicht notfallmässig, sondern die Beschwerdeführerin begab sich eigens für die Behandlungen ins Ausland.

4.3 Die Beschwerdeführerin lässt hingegen im Wesentlichen eine Versorgungslücke bezüglich der mit dem Beschwerdebild der Beschwerdeführerin vereinbaren Diagnosen des Nussknacker-Phänomens, des Wilkie-Syndroms und des Dunbar-Syndroms geltend machen.

Eine seltene Krankheit bedeutet für sich alleine noch keine Versorgungslücke in der Schweiz. Vielmehr muss für die Krankheitsbehandlung in der Schweiz die notwendige medizinische Technik fehlen, mithin eine Abklärung bzw. Behandlung nicht verfügbar sein (vgl. E. 3.3 hiervor). Dies trifft hier nicht zu. Prof. Dr. med. L. _____ hat in seiner Beurteilung vom 20. Mai 2014 (AB 2 S. 3 – 6) das Vorgehen zur Abklärung des Leidens der Beschwerdeführerin aufgezeigt. Dem ist die Beschwerdeführerin vorläufig auch durch eine weitere Abklärung im Spital G. _____ gefolgt. Doch hat sie parallel dazu bei Prof. Dr. med. J. _____ in ... eine Zweitmeinung eingeholt (BB 5), liess sich dann offenbar bei Prof. Dr. med. habil. D. _____ in ... abklären (BB 7) und begab sich wiederum ins Spital G. _____ (BB 8). Sodann holte sie eine weitere Zweitmeinung bei PD Dr. med. O. _____ in ... ein (BB 9) und veranlasste in der Folge weitere Abklärungen im Spital G. _____ (BB 10) wie auch im Spital P. _____ (BB 11, 13). Aus den entsprechenden Berichten der in der Schweiz konsultierten Ärzte geht hervor, dass keiner angab, in der Schweiz beständen keine zweckmässigen (medizinisch indizierten) Untersuchungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten. Prof. Dr. med. L. _____ beschrieb mehrere Möglichkeiten zur Abklärung eines möglichen Arteria-mesenterica-superior-Syndroms (funktioneller Provokations-Stresstest im MR, MR Enteroklyse mit postpylorisch platzierter Sonde) und er hielt ausdrücklich fest, dass eine Behandlung in ... durchgeführt werden kann (AB 2 S. 4). Prof. Dr. med. N. _____ empfahl die Durchführung einer Kombinationsuntersuchung (arteriell und intraluminal) um festzustellen, ob die Symptome eine Konsequenz einer proximalen Dünndarmobstruktion seien oder ob ein Nussknackerphänomen relevant für die Symptomatik sei (BB 8 S. 2) und PD Dr. med. O. _____ erwähnte im Rahmen der von ihm abgegebenen Zweitmeinung als weitere Abklärungsmöglichkeit betreffend eines Dunbar-Syndroms oder eines Nussknackerphänomens die Verabreichung von Echokontrastmittel (BB 9). Anhaltspunkte, wonach diese Abklärungen in der Schweiz nicht hätten vorgenommen werden können, liegen keine vor.

Im Gegenteil werden in schweizerischen Fachkreisen die Problematik dieser Leiden sowie die hier existierenden zweckmässigen Behandlungsmethoden diskutiert (LUKAS WEBER, GERD STUCKMANN, „Seltene Ursache eines epigastrischen Strömungsgeräusches“, publiziert in Swiss Medical Forum Nr. 23/2001; OLIVER QUAILE, JONAS BRUNNER, THOMAS KINSBERGEN, „Das Nussknacker-Syndrom“, publiziert in Swiss Medical Forum Nr. 16/2016). Unter diesen Umständen kann keine Versorgungslücke im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 36 Abs. 1 KVV angenommen werden. Ebenso wenig ist aufgrund der Stellungnahmen der Schweizer Ärzte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die von ihnen vorgeschlagenen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Vergleich zu den von den ... Ärzten ausgeführten Behandlungsalternativen für die Beschwerdeführerin erheblich höhere wesentliche Risiken mit sich bringen. Ein medizinischer Grund für eine Diagnostik bzw. für die einzig richtige Behandlung durch Prof. Dr. med. habil. D. _____ ist vorliegend jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, zumal schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile einer auswärts praktizierten Behandlungsmethode, aber auch der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über mehr Erfahrung im betreffenden Fachgebiet verfügt, für sich allein noch keinen medizinischen Grund im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG darstellt (vgl. E. 3.3 hiavor; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 14. Oktober 2002, K 39/01, E. 1.3; vgl. auch BGE 131 V 271, 127 V 138 E. 5 S. 146 betreffend ausserkantonale Leistungen gemäss Art. 41 Abs. 2 KVG; Entscheid des EVG [heute BGer] vom 23. Juni 2003, K 102/02, E. 2). Eine schwerwiegende Lücke im Behandlungsangebot ist nicht erkennbar.

4.4 Des Weiteren besteht auch kein Leistungsanspruch im Umfang dessen, was eine Behandlung in der Schweiz gekostet hätte (BGE 131 V 271 E. 3.2 S. 275 f. und 126 V 330 E. 1b S. 332). Zwar kann die Austauschbefugnis grundsätzlich auch in der obligatorischen Krankenversicherung zur Anwendung gelangen (vgl. Entscheid des BGer vom 7. April 2014, 9C_36/2010, E. 4); sie darf jedoch nicht dazu führen, Nichtpflichtleistungen durch Pflichtleistungen zu ersetzen, selbst wenn diese weniger kostspielig wären (BGE 133 V 115 E. 5 S. 123, 131 V 107 E. 3.2.2 S. 111 f.). Der Grund dafür liegt vor allem in der besonderen gesetzlichen Regelung der

Leistungsansprüche in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Das Prinzip der Inlandbehandlung ist eng verbunden mit dem gesetzlichen System der Spitalplanung und -finanzierung, das durch eine freie Wahl zwischen In- und Auslandbehandlung in Frage gestellt würde. Sodann besteht in der Krankenversicherung ein besonderes System der zugelassenen Leistungserbringer (Art. 35 ff. KVG), weshalb nicht unter Berufung auf die Austauschbefugnis eine von einem nicht zugelassenen Leistungserbringer erbrachte Leistung übernommen werden kann (Entscheid des BGer vom 5. Mai 2011, 9C_238/2011, E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

4.5 Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016 (AB 14) rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Sumiswalder Krankenkasse
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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