

200 16 253 KV
KNB/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 20. Mai 2016

Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Avanex Versicherungen AG
Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 22. Januar 2016
(Versicherten Nr. 96042740)



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist bei der Avanex Versicherungen AG (Avanex bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert. Am 20. Juli 2015 stellte die Klinik B. _____ ein Gesuch um Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates für die Dauer von 21 Tagen (Akten der Avanex, Antwortbeilage [act. II] 11). Dieses Gesuch lehnte die Avanex nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt ab (act. II 12 f.). Damit erklärte sich der Versicherte nicht einverstanden und liess – nachdem ihn die Avanex darüber informierte, die eingereichten Unterlagen enthielten ungenügende Angaben – einen Bericht der behandelnden Ärztin nachreichen (act. II 14 - 16). Nach Einholung vertrauensärztlicher Stellungnahmen (act. II 17, 19) lehnte die Avanex mit Verfügung vom 27. August 2015 eine Kostenbeteiligung für den geplanten stationären Therapieversuch aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Zur Begründung führte sie aus, die Ganzkörperkältetherapie (Kältekammer) sei keine Pflichtleistung der Krankenversicherer. Die Kriterien nach Art. 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) seien nicht erfüllt (act. II 20). Daran hielt die Avanex auf Einsprache des Versicherten vom 31. August 2015 hin (act. II 21) – gestützt auf eine weitere vertrauensärztliche Stellungnahme (act. II 25) – mit Entscheid vom 22. Januar 2016 fest (act. II 26).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 19. Februar 2016 Beschwerde. Er beantragt sinngemäss die kostenfällige Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides, die Erteilung der Kostengutsprache für den Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthalt, die Übernahme von Hilfsmitteln sowie eine vertrauensärztliche Begutachtung. Gleichzeitig stellt er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung einer amtlichen An-

wältin bzw. eines amtlichen Anwalts (vgl. Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. April 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 grundsätzlich einzutreten (vgl. E. 1.2 hiernach).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der die Verfügung vom 27. August 2015 (act. II 20) bestätigende Einspracheentscheid vom 22. Januar 2016 (act. II 26). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Anspruch auf Übernahme der Kosten für die verordnete stationäre Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates (Ganzkörperkältetherapie [Kältekammer]) hat. Nicht

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet dagegen die beantragte Gewährung von Hilfsmitteln (vgl. Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren lemma 3). Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

1.3 Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.-- (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 f. Ziff. 3), weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 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 KVG). 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 (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KVG).

2.2 Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG).

2.2.1 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).

Die Wirksamkeit muss gemäss Art. 32 Abs. 1 Satz 2 KVG nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein, was dann der Fall ist, wenn die in Frage stehende Behandlung von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird, wobei das

Ergebnis und die Erfahrung sowie der Erfolg einer bestimmten Therapie entscheidend sind; diesbezüglich sind in der Regel nach international anerkannten Richtlinien verfasste wissenschaftliche (Langzeit-)Studien erforderlich. Für den Bereich der klassischen Medizin muss die Wirksamkeit einer therapeutischen Vorkehr nach den Kriterien und Methoden der wissenschaftlichen Schulmedizin nachgewiesen sein, weshalb hier der Begriff der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit demjenigen der wissenschaftlichen Anerkennung entspricht (BGE 133 V 115 E. 3.1 und E. 3.2.1 S. 117, 125 V 21 E. 5a S. 28). Allein der Umstand, dass ein Produkt medizinrechtlich zugelassen ist, führt nicht dazu, dass das Kriterium der Wirksamkeit ohne weiteres als erfüllt anzusehen ist (BGE 136 V 395 E. 5.3 S. 400, 133 V 115 E. 3.3 S. 120).

2.2.2 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).

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).

2.2.3 Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus (GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, S. 201, Rz 11). Nach der Rechtsprechung bezieht sich das Wirtschaftlichkeitserfordernis auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen (BGE 139 V 135 E. 4.4.3 S. 140, 136 V 395 E. 7.4 S. 407).

2.3 Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, d.h. einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 323 E. 2b S. 326, 120 V 200 E. 6a S. 206; SVR 2012 KV Nr. 13 S. 52 E. 3.1).

3.

3.1 Zur Frage der medizinischen Indikation für eine stationäre Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates (Ganzkörperkältetherapie [Kältekammer]) lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht der Klinik C._____ vom 16. Januar 2012 (act. II 1) über die Hospitalisation vom 12. Dezember 2011 bis 4. Januar 2012 wurden als Diagnosen chronische Schmerzen im Schulter-/Nackebereich links (bei St. n. diagnostischer Arthroskopie, Chondroplastik und Entfernung freier Gelenkskörper am 27. Mai 2010, St. n. Subluxationsverletzung der linken Schulter Oktober 2010, atypischer GLAD-Läsion links mit ausgedehntem Knorpelschaden am Humeruskopf und am antero-interioren Glenoid sowie antero-interior-betonte Bankrat Läsion und konklusiv auch Hill-Sach'sche Impression links, relevante Partialruptur des Musculus infraspinatus links [Arthro-MRI Mai 2009]), ein St. n. ventraler Diskektomie und Fusion C7-Th1 Juni 2009 sowie eine Irritation des Nervus tibialis links vermerkt (act. II 1 S. 1). Der Patient habe in unverändertem Allgemeinzustand aus der stationären Rehabilitation in die ambulante physiotherapeutische Weiterbehandlung entlassen werden können (act. II 1 S. 2). Neben der Fortsetzung der Physiotherapie im ambulanten Rahmen zur Stabilisierung der Rumpfmuskulatur und Förderung von Kraft und Ausdauer wurde die psychologische Weiterbetreuung empfohlen (act. II 1 S. 4).

3.1.2 Am 2. September 2014 führte Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Schulterarthroskopie mit Débridement der Adhäsion im Intervall, Mobilisation der Subscapularissehne, Entfernung eines freien Gelenkskörpers und eine geschlossene Mobilisation der Schulter links durch. Im Operationsbericht desselben Tages nannte er als Diagnose eine eingeschränkte Aussenrotation bei Verklebungen der anterioren Kapsel/Subscapularis Schulter links nach antero-inferiorem Capsular-Shift, Osteotomie des Glenoid anteroinferior bei GLAD-Läsion vom 2. Dezember 2010 (act. II 2 S. 1).

3.1.3 Dr. E._____, Chiropraktor SCG/ECU, berichtete am 14. November 2014, die verschiedenen Behandlungsversuche im Zusammenhang mit den Schmerzlokalisationen zeitigten in der Folge trotz „folgsamer“ Mitarbeit

des Patienten keine profunde Änderung der Schmerzsymptomatik und -intensität. Insbesondere müsse aufgrund der spondylotischen Aberrationen in HWS, BWS und LWS sowie der Arthrotischen omarthral (richtig wohl: arthrotischen omarthralen Beschwerden) eine verminderte Belastbarkeit der Schmerzgebiete vorausgesetzt werden (act. II 4 S. 1). Da in der Vergangenheit trotz der patientenseitigen „Folgsamkeit“ hinsichtlich eines ergonomischen Verhaltens im Alltag, der Durchführung von Übungen und verschiedenen Behandlungsansätzen keine konstante Verbesserung des Gesundheitszustandes aufgetreten sei, könne in der Folge auch mittelfristig nicht mit einer wesentlichen Besserung gerechnet werden (act. II 4 S. 2).

3.1.4 Im Bericht vom 1. Dezember 2014 (act. II 5) diagnostizierte Dr. med. D._____ einen St. n. Débridement von Adhäsionen im Intervall, Mobilisation der Subscapularissehne, Teilkapsulektomie anteroinferior, Entfernung eines freien Gelenkkörpers und Mobilisation links vom 2. September 2014 und einem St. n. anteroinferiorem Capsular-Shift, Osteotomie Glenoid anteroinferior bei GLAD-Läsion vom 2. Dezember 2010 sowie ein therapieresistentes Vertebral-Syndrom der unteren HWS und der oberen BWS mit thoracaler Betonung und einem St. n. Spondylodese C7/Th1 im 2009. Bezüglich der Schulter rechts sehe er eine Besserung der Beweglichkeit nach dem arthroskopischen Débridement und der Mobilisation. Für die Aussenrotationsstellung in Neutralstellung bestehe noch ein Defizit im Vergleich zur Gegenseite. Die Physiotherapie solle auf jeden Fall weiter durchgeführt werden.

Dr. med. D._____ bestätigte in seinem Bericht vom 25. März 2015 (act. II 6) die oben genannten Diagnosen. Ergänzend berichtete er, aus chirurgisch orthopädischer Sicht bestehe eine sehr gute Verbesserung der Beweglichkeit der Schulter nach der Adhäsioolyse/Lösen des Capsular-Shifts. Auch habe sich der Bewegungsablauf unter Physiotherapie verbessert. Letztlich verbleibe nur die muskuläre Situation über dem Schultergürtel mit Physiotherapie zu verbessern.

3.1.5 Am 7. Mai 2015 wurden im Notfallzentrum des Spitals F._____ als Diagnosen ein Stolpersturz vom 6. Mai 2015 mit PIP Distorsion Dig. III und IV links sowie rezidivierende Stolperstürze bei vorbestehender Sensibilitätsstörung Fuss links, und ein chronisches, bisher therapieresistentes

Vertebralsyndrom der unteren HWS und oberen BWS mit thorakaler Betonung festgehalten (act. II 7 S. 1). Im Röntgenbild habe sich kein Hinweis auf eine ossäre Läsion gezeigt (act. II 7 S. 2).

3.1.6 Im Befundbericht vom 15. Mai 2015 (act. II 8) hielt Dr. med. G._____, Fachärztin für Radiologie, fest, es bestünden eine breitflächige Diskushernie Th8/9, eine kostovertebrale Arthrose Th9/10 auf der linken Seite und Facettengelenksarthrosen Th4/5 bis Th6/7 auf der linken Seite. Es läge weder eine Einengung des Spinalkanals noch eine fokale Myelom-läsion vor.

3.1.7 In einem weiteren Bericht vom 17. Juni 2015 (act. II 10) diagnostizierte Dr. med. D._____ zusätzlich zu den bereits in den Berichten vom 1. Dezember 2014 (act. II 5) und 25. März 2015 (act. II 6) erhobenen Diagnosen einen Verdacht auf ein symptomatisches Mortonneurom interdigital II/III links bei Verkürzung der Flexoren (leichtem Spreizfuss und einen St. n. Stolpersturz vom 6. Mai 2015 mit Distorsion PIP Dig. III/V der Hand links unter konservativer Behandlung mit Ergotherapie und Schienung (act. II 10 S. 1). Die Schulter links sei nach dem Stolpersturz leicht gereizt, die Beweglichkeit sei jedoch unverändert gut. Es bestehe die bekannte Omarthrose. Bezüglich der Hand links befinde sich der Patient in ergotherapeutischer Behandlung, bezüglich der HWS/BWS finde die Behandlung extern statt (act. II 10 S. 2).

3.1.8 Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, gab in der ärztlichen Verordnung für die Einweisung zur «klinisch-stationären Rehabilitation» vom 24. Juni 2015 (act. II 11 S. 2) als Einweisungsgrund ein therapieresistentes Vertebralesyndrom nach Sportunfall 2008 und als Funktionsdefizit Bewegungs- und Belastungseinschränkungen an. Das Behandlungsziel sei die Mobilisation.

In ihrem ärztlichen Zeugnis vom 17. August 2015 nannte sie als Diagnosen anhaltende interskapuläre Schmerzen unklarer Aetiologie seit Sportunfall beim Kanufahren 2008, einen St. n. ventraler Diskektomie und Fusion C7/Th1 am 2. Juni 2009, ein chronisches pseudoradikuläres Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie, einen St. n. arthroskopischem Débridement und Chondroplastik der linken Schulter am 27. Mai 2010 bei atypischer GLAD-

Läsion und ausgedehntem Knorpelschaden, einen St. n. erneutem arthroskopischem Débridement 2014, anhaltende Schulterschmerzen links, eine Scapula alata links und einen St. n. Stolpersturz am 6. Mai 2015 mit Distorsion PIP Dig. III und IV links und Zerrung palmare Platte. Bei dieser komplexen Situation wäre ein stationärer Therapieversuch medizinisch dringend indiziert. Zudem könnte eine intensive Begleitung des Patienten in einem stationären Setting eine Verbesserung der schwierigen Schmerzsymptomatik bringen. Obwohl die vorhergehenden Rehabilitationsaufenthalte wenig nachhaltigen Erfolg gebracht hätten, sei der Patient überzeugt, mit einer Ganzkörperkältetherapie die richtige Therapieform gefunden zu haben (act. II 16).

3.1.9 Mit Stellungnahme vom 25. August 2015 (act. II 19) hielt der Vertrauensarzt der Beschwerdegegenerin, Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, die Ganzkörperkältetherapie sei keine Pflichtleistung, die Wirksamkeit sei nicht belegt. Die Behandlung könne in einem ambulanten Setting erfolgen. Aufgrund des bisherigen Verlaufs, der bereits seit drei Jahren chronifizierten Schmerzsituation und dem unveränderten Outcome der letzten stationären Behandlung, könne mit einer weiteren Rehabilitation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Erfolg erzielt werden.

3.1.10 Am 15. September 2015 wurde eine (Arthro-) MR des linken Schultergelenks durchgeführt (act. II 23). In der Beurteilung wurden eine im Verlauf seit Dezember 2012 diskrete Zunahme der Knorpelschäden humeral und eine leichte subakromiale Bursitis festgehalten. Ein Rotatorenmanschettenriss wurde ausgeschlossen.

3.1.11 In der vertrauensärztlichen Beurteilung vom 20. Januar 2016 (act. II 25) führte Dr. med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Physikalische Medizin und Rehabilitation, aus, die Wirksamkeit der Ganzkörperkältetherapie/Kältekammer sei unklar. Es gäbe nach ihren Recherchen keine Studien, die Evidenz basiert seien und den Erfolg dieser Methode bei Patienten mit chronischen Schmerzen bestätigten. Die Kältekammertherapie sei bis anhin auch vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) nicht weiter geprüft worden. Sie sei nicht im Anhang 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

vom 29. September 1995 (Krankenpflege - Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31) aufgeführt. Zudem würde die medizinische Indikation der Ganzkörperkältetherapie nicht zweckmässig sein, weil die Leiden des Patienten ausserhalb der Indikationsliste der Klinik B._____ stünden. Er leide an einer anderen Diagnose. Für die Behandlung mit chronischen Schmerzen bestünden wirksame Alternativen: Eine multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie, die entweder ambulant oder stationär durchgeführt werde. Der Patient habe vom 12. Dezember 2011 bis 4. Januar 2012 ein stationäres multimodales Schmerzprogramm absolviert. Der Gesundheitszustand des Patienten sei allerdings beim Austritt unverändert gewesen (Ziff. 1). Eine medizinische Behandlung sei indiziert und könne im Rahmen eines ambulanten Therapiesettings erreicht werden. Im Bericht der C._____ vom 16. Januar 2012 sei beim Austritt eine weitere ambulante, psychotherapeutische Weiterbetreuung, ferner unterstützende psychosoziale Massnahmen sowie eine angepasste Tätigkeit im Rahmen einer Tagesklinik empfohlen worden (Ziff. 3). Auch die Hausärztin des Patienten sei von einem Erfolg der Behandlung mit Ganzkörperkältetherapie/Kältekammer nicht überzeugt. Sie empfehle in ihrem Gesuch einen Therapieversuch in einem stationären Setting um eine Verbesserung der schwierigen Schmerzsymptomatik zu erreichen. Chronische Schmerzen würden nur bedingt von medizinisch somatischen Massnahmen günstig beeinflusst. Die Empfehlungen der Klinik C._____ seien in dieser Situation als Langzeitmassnahme sinnvoll und angemessen (Ziff. 4).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.2.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem ablehnenden Einspracheentscheid vom 22. Januar 2016 (act. II 26) massgeblich auf die vertrauensärztliche Beurteilung der Dr. med. J. _____ vom 21. Januar 2016 (act. II 25). Dieser Bericht ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und unter einlässlicher Würdigung der Vorakten – insbesondere des ärztlichen Zeugnisses der Hausärztin – abgegeben (vgl. act. II 16, act. II 24 S. 3). Weiter ist er widerspruchsfrei und enthält begründete Schlussfolgerungen. Der

Bericht erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert von ärztlichen Berichten gestellten Anforderungen, weshalb darauf abzustellen ist (vgl. E. 3.2.1 f. hiervor).

3.3.1 Gestützt auf die schlüssige Beurteilung der Dr. med. J. _____ ist die Wirksamkeit der Ganzkörperkältetherapie/Kältekammer unklar bzw. nicht erstellt. Namentlich weist sie daraufhin, dass keine Studien, die Evidenz basiert sind und den Erfolg dieser Methoden bei Patienten mit chronischen Schmerzen bestätigen, vorliegen (act. II 25 S. 1 lemma 1; vgl. E. 2.2.1 hiervor). Gegenteiliges ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht. Vielmehr geht selbst die einweisende Hausärztin von einem blossen Versuch aus, was weder für deren Wirksamkeit noch deren Eignung spricht. Dass der Beschwerdeführer überzeugt ist mit der Ganzkörperkältetherapie die richtige Therapieform gefunden zu haben (act. II 16), ist hier nicht entscheidend, figuriert sie doch auch nicht in der KLV als Leistung, welche vorbehaltlos oder zumindest unter bestimmten Voraussetzungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht. Hinzu kommt, dass, wie die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin ebenfalls zutreffend festhält, die beim Beschwerdeführer diagnostizierten Leiden ausserhalb der Indikationsliste der Klinik B. _____ für eine Ganzkörperkältetherapie stehen. Folglich fehlt es an der medizinischen Indikation für die angebehrte Ganzkörperkältetherapie. Eine Leistungspflicht muss damit mangels Wirksamkeit und Zweckmässigkeit abgelehnt werden (vgl. E. 2.2.1 f. hiervor). Anzumerken bleibt, dass die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin eine medizinische Behandlung im Rahmen eines ambulanten Therapiesettings für indiziert hält. Sie erachtet die von der Klinik C. _____ im Austrittsbericht vom 16. Januar 2012 empfohlene ambulante psychotherapeutische Weiterbetreuung als Langzeitmassnahme für sinnvoll und angemessen (act. II 1 S.4, act. II 25 Ziff. 3 f.). Unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit wäre damit ohnehin der ambulanten Behandlung der Vorrang einzuräumen, bestreitet doch auch der Beschwerdeführer nicht, dass diese im Verhältnis zur stationären Behandlung kostengünstiger ist (vgl. E. 2.2.3 hiervor).

3.3.2 An diesem Ergebnis vermögen auch die Einwände des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Soweit er vorbringt, es hätten verschiedene

behandelnde Ärzte eine stationäre Rehabilitation beantragt (vgl. Beschwerde S. 3 lemma 1) übersieht er, dass eine auf einer ärztlichen Einweisung beruhende stationäre Behandlung nicht ausreicht um eine Spital- oder Rehabilitationsbedürftigkeit zu bejahen und zudem vorliegend die Möglichkeiten ambulanter Behandlung nicht erschöpft sind (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 22. August 2001, K 180/00, E. 2b; E. 2.3 hiervor).

Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht persönlich exploriert wurde, schmälert den Beweiswert der fachärztlichen Einschätzung nicht, konnte die Vertrauensärztin sich anhand der vorhandenen Akten doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Ihre Beurteilung ist nachvollziehbar und überzeugend. Weitere Sachverhaltserhebungen sind bei dieser Ausgangslage nicht erforderlich, weshalb sich auch die beantragte gutachterliche Neubeurteilung erübrigt (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. 1 und S. 12 Ziff. 6.5; sog. antizipierte Beweismündigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.3.3 Nach dem Dargelegten erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. Januar 2016 (act. II 26) als rechtens. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

4.

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

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

4.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung einer amtlichen Anwältin bzw. eines amtlichen Anwalts.

Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren

nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1). Ob die Verbeiständung durch einen Anwalt oder eine Anwältin notwendig oder doch geboten ist, beurteilt sich nach den konkreten objektiven und subjektiven Umständen. Praktisch wird man sich im Einzelfall fragen, ob eine nicht bedürftige Partei unter sonst gleichen Verhältnissen vernünftigerweise eine rechtskundige Person beziehen würde, weil sie selber zuwenig rechtskundig ist und das Interesse am Prozessausgang den Aufwand rechtfertigt (BGE 103 V 46 E. 1b S. 47).

4.3.1 In Anbetracht der Kostenlosigkeit des Verfahrens (vgl. E. 4.1 hier- vor) ist auf das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von der Kosten- bzw. Vorschusspflicht) nicht einzutreten (vgl. MERKLI/AESCHLI- MANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

4.3.2 Eine Rechtsvertretung war nach den konkreten objektiven und sub- jektiven Umständen nicht notwendig, da der Beschwerdeführer vorliegend selbständig und hinreichend Beschwerde erhoben hatte. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Beiordnung einer amtlichen Anwältin bzw. eines amtlichen Anwalts ist abzuweisen (vgl. auch prozess- leitende Verfügung vom 9. März 2016).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschä- digung zugesprochen.

3. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung einer amtlichen Anwältin bzw. eines amtlichen Anwalts wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Avanex Versicherungen AG, Recht & Compliance
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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