

200 16 464 KV  
LOU/PRN/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 19. August 2016**

Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiberin Prunner

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Philos Krankenversicherung AG**  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 11. April 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1958 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war vom 1. Januar bis 31. Dezember 2015 bei der Philos Krankenversicherung AG (Philos bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert (Antwortbeilage [AB] 1). Im August 2015 reichte er bei der Philos Unterlagen im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung in Indien vom 1. bis 13. Juli 2015 ein und ersuchte um Rückvergütung der entsprechenden Behandlungskosten in der Höhe von 56'500.00 indischen Rupien (INR) bzw. von Fr. 830.55 (AB 4). Mit Leistungsabrechnung vom 4. September 2015 verweigerte die Philos die Vergütung der Behandlungskosten (AB 5). Nach Eingang des Fragebogens „Medizinische Behandlung im Ausland“ des Versicherten vom 18. September 2015 (AB 7) und einer Überprüfung der fakturierten Tarife durch die Allianz Global Assistance (Schweiz; Bericht vom 7. Januar 2016, AB 9) verfügte die Philos am 9. Februar 2016 die Ablehnung der Kostenbeteiligung. Zur Begründung führte sie aus, im Rahmen der Überprüfung durch die AGA habe der behandelnde Arzt bestätigt, dass der Spitalaufenthalt nur vom 1. bis 4. Juli 2015 gedauert habe. Zudem habe der Arzt keine Rechnungen oder Zahlungsnachweise vorlegen können und habe auch den effektiv bezahlten Betrag nicht bekannt gegeben. Da der Versicherte keine Zahlungsbestätigung oder eine Bestätigung eines eventuellen Darlehens einer Drittperson eingereicht habe, bestätige dies den Zweifel an der Richtigkeit der Forderung. Die fakturierten Preise entsprächen nicht den genehmigten und praktizierten Tarifen des Sozialsystems des Aufenthaltslandes. Es handle sich um eine Überfakturierung, welche es nicht erlaube, auf die Forderung einzugehen und eine Rückerstattung der Rechnung vorzunehmen (AB 10).

Die hiergegen erhobene Einsprache (AB 11) wies die Philos mit Entscheid vom 11. April 2016 ab (AB 12).

## **B.**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 10. Mai 2016 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheides vom 11. April 2016 sowie die Übernahme der Kosten in der Höhe von INR 56'500.-- bzw. Fr. 830.55 durch die Philos. Zur Begründung brachte er vor, dass er in Indien vom 1. bis 13. Juli 2015 im Spital gewesen sei. Der behandelnde Arzt könne eine kürzere Aufenthaltsdauer nicht belegen, was bedeute, dass er entweder lüge oder sich bezüglich der Aufenthaltsdauer irre.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juni 2016 beantragte die Philos die 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 einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 11. April 2016 (AB 12). Streitig und zu prüfen ist die Kostenübernahme für die geltend gemachte Behandlung in Indien im Juli 2015.

**1.3** Umstritten ist die Übernahme der Behandlungskosten in der Höhe von INR 56'500.-- resp. Fr. 830.55 (Umrechnungskurs 0.01470; AB 5). Der Streitwert liegt daher unter Fr. 20'000.--, 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 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 [KVG; SR 832.10]). Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG).

Nach Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Art. 25 Abs. 2 oder 29 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Gestützt darauf hat der Bundesrat in Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) den Anspruch auf Leistungen im Ausland näher umschrieben. Laut Abs. 2 dieser Bestimmung übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben. Für notfallmässige Behandlungen im

Ausland wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden (Art. 36 Abs. 4 KVV).

**2.2** Der Untersuchungsgrundsatz gehört zu den allgemeinen Grundsätzen des Sozialversicherungsprozesses. Danach hat das Gericht von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien für die richtige und vollständige Abklärung und Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 122 V 157 E. 1a S. 158).

**2.3** Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, durch die Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222).

**2.4** Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221).

**3.** Gestützt auf die Akten ist erstellt und von den Parteien denn auch nicht bestritten, dass der Beschwerdeführer im Juli 2015 wegen einer Gastroenteritis im Spital B.\_\_\_\_\_ in ... notfallmässig durch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ behandelt wurde und das genannte Spital für die Behandlung auch ausgestattet war (AB 4, 7, 9; vgl. E. 2.1 hiervor). Streitig und zu prüfen ist einzig die Höhe der Kosten bzw. die Dauer des Spitalaufenthaltes.

**3.1** Den Akten lässt sich im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Im Rahmen seines Leistungsgesuches reichte der Beschwerdeführer mehrere Unterlagen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom Spital B.\_\_\_\_\_ in ..., Indien, ein.

Gemäss Rechnung Nr. 240 („cash bill“) vom 13. Juli 2015 hat die Behandlung bzw. der Aufenthalt im Spital B.\_\_\_\_\_ insgesamt INR 56'500.-- gekostet. Die Rechnung setzt sich zusammen aus Zimmerkosten von INR 19'500.-- (13 x INR 1'500.--), Arztkosten von INR 6'500.-- (13 x INR 500.--), Betreuungskosten von INR 6'500.-- (13 x INR 500.--), Medikamentenkosten von INR 15'000.--, Laborkosten von INR 5'000.-- und Zusatzgebühren von INR 4'000.-- (AB 4, S. 1).

Gleichentags bestätigte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in einem Schreiben mit der Überschrift „bill“, vom Beschwerdeführer INR 56'500.-- für seine Behandlung erhalten zu haben (AB 4, S. 2).

Ebenfalls datiert vom 13. Juli 2015 ist das „medicine certificate“ mit Krankengeschichte und Rechnung. Der Beschwerdeführer sei vom 1. bis am 13. Juli 2015 aufgrund einer Gastroenteritis behandelt und am 13. Juli 2015 in verbessertem Zustand entlassen worden (AB 4, S. 3).

Auf der „Discharge Card“ vermerkte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei vom 1. bis 13. Juli 2015 wegen Bauchschmerzen, Erbrechen, Fieber und Rückenschmerzen behandelt worden (AB 4, S. 4).

**3.1.2** Im Fragebogen vom 18. September 2015 gab der Beschwerdeführer an, vom 1. bis 13. Juli 2015 im Spital B.\_\_\_\_\_ behandelt worden bzw. hospitalisiert gewesen zu sein. Er habe in bar bezahlt (AB 7, S. 2 f.).

**3.1.3** Im Bericht vom 7. Januar 2016 führte die AGA unter anderem aus, dass der Beschwerdeführer nur vom 1. bis 4. Juli 2015 im Spital B. \_\_\_\_\_ behandelt worden und nicht wie angegeben vom 1. bis 13. Juli 2015. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ bescheinigte am 2. November 2015 schriftlich („verification certificate“), dass der Beschwerdeführer (Rechnung Nr. 240) vom 1. bis 4. Juli 2015 behandelt worden sei. Das „certificate date“ sei ein Fehler (AB 9, S. 2 f.). Die erhaltene Rechnung sei aufgrund zu lang angegebener Hospitalisation zu hoch und somit falsch. Wie hoch der effektiv bezahlte Betrag gewesen ist, habe der Arzt auch nach mehreren Anfragen nicht angeben wollen. Er habe auch keine anderen Zahlungsnachweise und/oder Rechnungen vorgelegt. Es könne davon ausgegangen werden, dass es sich um eine Absprache zwischen Arzt und Beschwerdeführer handle. Die Rechnung sei aufgrund der falsch angegebenen und somit falsch kalkulierten Hospitalisation überfakturiert. Die Tarife pro Einheit wären in Ordnung (AB 9, S. 3).

**3.2** In den im August 2015 durch den Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen, welche alle von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ unterzeichnet sind und vom 13. Juli 2015 datieren (vgl. E. 3.1.1 hiavor; AB 4), führte der behandelnde Arzt übereinstimmend aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer Gastroenteritis vom 1. bis am 13. Juli 2015 im Spital B. \_\_\_\_\_ stationär behandelt worden sei und die Rechnung in der Höhe von INR 56'500.-- bar beglichen habe (AB 4). Im Rahmen der Überprüfung durch die AGA gab Dr. med. C. \_\_\_\_\_ am 2. November 2015 demgegenüber an, dass der Spitalaufenthalt nur vom 1. bis am 4. Juli 2015 gedauert und es sich beim Bescheinigungsdatum - offensichtlich meint er die Bescheinigungen vom 13. Juli 2015 - um einen Fehler handle (AB 9, S. 2). Mit diesen Angaben widerspricht Dr. med. C. \_\_\_\_\_ seinen im Juli 2015 ausgestellten medizinischen Unterlagen betreffend die Dauer der Hospitalisation. Aus diesem Grund und in Anbetracht des Umstandes, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ am 2. November 2015 auch keine Angaben zum ihm effektiv bezahlten Kostenbetrag machen wollte und keine entsprechenden Unterlagen vorbrachte (AB 9, S. 3), erscheint ein Spitalaufenthalt vom 1. bis am 13. Juli 2015 nicht überwiegend wahrscheinlich. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer lediglich vom 1. bis am 4. Juli 2015 stationär behandelt wurde. Dafür spricht denn auch, dass Dr. med.

C.\_\_\_\_\_ im Juli 2015 lediglich von einer relativ unproblematischen Magen-Darm-Grippe ausging (vgl. AB 4, S. 3 f.).

Soweit der Beschwerdeführer im Fragebogen „Medizinische Behandlung im Ausland“ als Eintrittsdatum den 1. Juli und als Austrittsdatum den 13. Juli 2015 angibt (AB 7, S. 2), vermag dies die widersprüchlichen Angaben des behandelnden Arztes bzw. die Zweifel an einer 13-tägigen Behandlungsdauer nicht zu beheben. Dies insbesondere auch deshalb, weil der Beschwerdeführer für seine Behauptung keine weiteren Unterlagen - wie etwa eine Zahlungsbestätigung (Bankbelege oder Kreditkartenabrechnungen) - einreichte (vgl. E. 2.3 hiervor).

Nach dem Gesagten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer vom 1. bis am 4. Juli 2015 im Spital B.\_\_\_\_\_ behandelt wurde.

### **3.3** Zu prüfen bleiben die Kosten des viertägigen Spitalaufenthaltes.

Dem Bericht der AGA vom 7. Januar 2016 ist zu entnehmen, dass die Rechnung vom 13. Juli 2015 (AB 4, S. 1) aufgrund der zu lang angegebenen Hospitalisation zu hoch und damit falsch sei. Die Tarife pro Einheit erachtete die AGA als in Ordnung (AB 9, S. 3). Somit entsprechen die vorliegend herangezogenen Tarife - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (AB 10, S. 2; 12, S. 3) - dem Sozialsystem des Aufenthaltslandes; die Kosten wurden lediglich ausgehend von der zu langen Aufenthaltsdauer falsch berechnet. Für die Behauptung der überfakturierten Pflegeansätze bringt die Beschwerdegegnerin denn auch keine Belege vor.

In der Folge ist die detaillierte Rechnung Nr. 240 („cash bill“) vom 13. Juli 2015 (AB 4, S. 1) entsprechend zu kürzen. Bei einer viertägigen Behandlungsdauer resultieren Zimmerkosten von INR 6'000.-- (4 x INR 1'500.--), Arztkosten von INR 2'000.-- (4 x INR 500.--), Betreuungskosten von INR 2'000.-- (4 x INR 500.--), Medikamentenkosten von INR 15'000.--, Laborkosten von INR 5'000.-- und Zusatzgebühren von INR 4'000.--. Dies ergibt einen Gesamtbetrag von INR 34'000.-- bzw. umgerechnet Fr. 499.80 (INR 34'000.-- x 0.01470).

**3.4** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Auslandbehandlung vom 1. bis am 4. Juli 2015 in der Höhe von Fr. 499.80 zu übernehmen hat. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

#### **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** Da der Aufwand der Beschwerdeführung nicht den Rahmen dessen überschritt, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung der persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207), hat der Beschwerdeführer trotz seines teilweisen Obsiegens keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

#### **Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Philos Krankenversicherung AG vom 11. April 2016 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die Kosten für die Auslandbehandlung vom 1. bis am 4. Juli 2015 in der Höhe von Fr. 499.80 zu übernehmen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- Philos Krankenversicherung AG
- Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

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.