

200 17 237 KV  
KNB/BRM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 24. Juli 2017**

Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Braune

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Progrès Versicherungen AG**  
Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 14. Februar 2017 (Versicherten Nr.  
70171498)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1950 geborene A. \_\_\_\_\_ war im vorliegend fraglichen Zeitraum bei der Progrès Versicherungen AG (nachfolgend Progrès; ein Unternehmen der Helsana-Gruppe) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) versichert (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 1, 2).

Während eines Aufenthaltes in ... wurde sie am 29. Dezember 2015 wegen – durch eine Lungenentzündung bedingte – Atembeschwerden notfallmässig ins Spital B. \_\_\_\_\_ eingeliefert und dort bis am 5. Januar 2016 stationär behandelt. Hierfür stellte das behandelnde Spital der Versicherten einen Betrag von 60'410.60 ...-Dollar in Rechnung (vgl. act. II 8).

Nach ihrer Rückkehr in die Schweiz unterbreitete sie die Unterlagen betreffend die notfallmässige Behandlung ihrer Krankenversicherung zwecks Vergütung. Diese teilte ihr mit Schreiben vom 12. Februar 2016 mit, dass die Grundversicherung bei einem medizinischen Notfall im Ausland höchstens den doppelten Betrag decke, die die Behandlung im Wohnkanton der versicherten Person kosten würde; aus der Grundversicherung könne der Versicherten deshalb ein Betrag von Fr. 29'412.— (2 x Fr. 14'706.—) und aus der Spitalzusatzversicherung HOSPITAL ECO zusätzlich Fr. 4'000.— (Fr. 500.— pro Spitaltag), insgesamt Fr. 33'412.—, vergütet werden, wobei die Kostenbeteiligungen noch nicht abgezogen seien (act. II 9). Am 26. März 2016 erstellte die Progrès eine Leistungsabrechnung, gemäss welcher vor Anrechnung der Kostenbeteiligung nicht versicherte Leistungen von Fr. 8'858.25 verblieben (bei act. II 15).

### **B.**

Aufgrund einer Intervention der Versicherten vom 6. Oktober 2016 beim Kundendienst International der Progrès erliess die Helsana Versicherungen

AG, Kundendienst International, am 3. November 2016 eine Verfügung, mit der sie die Übernahme von Kosten für die stationäre Behandlung in ... im Umfang von Fr. 8'535.90 ablehnte (act. II 18). Die dagegen am 28. November 2016 erhobene Einsprache wies die Progrès, Recht & Compliance, mit Entscheid vom 14. Februar 2017 ab (act. II 22).

### **C.**

Hiergegen erhob die Versicherte am 2. März 2017 Beschwerde und stellte den Antrag, die Progrès Krankenkasse habe die ausstehenden Kosten von Fr. 8'535.90 für die Behandlung in ... zu erstatten. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, dass die Progrès auf ihrer Homepage, auf der sie empfehle, sich für Reisen in bestimmte Länder mit höheren Gesundheitskosten zusätzlich zu versichern, ... nicht nenne und die Progrès im Jahre 2012 eine Rechnung des gleichen Spitals vollständig und kommentarlos beglichen habe.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. April 2017 schliesst die Progrès 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 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 Anträ-

gen 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 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 14. Februar 2017. Streitig und zu prüfen ist, ob die Progrès für die stationäre Behandlung im Spital B.\_\_\_\_\_ in ... vom 29. Dezember 2016 bis 5. Januar 2017 aus der obligatorischen Krankenversicherung mehr als die zugesprochenen Fr. 29'412.— zu übernehmen hat.

**1.3** Der Streitwert – nach Abzug von (hier nicht Prozessthema darstellenden) Leistungen aus Zusatzversicherung nach VVG von Fr. 4'000.— verbleiben ungedeckte Behandlungskosten in Höhe von Fr. 8'535.90 – liegt 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).

Gestützt auf Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen.

Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bzw. eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

**2.2.** Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25-33 übernehmen. Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat sodann bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Auf dieser Basis hat der Bundesrat Art. 36 KVV erlassen. Laut Abs. 2 der Bestimmung übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Gemäss Art. 36 Abs. 4 Satz 1 KVV wird für Leistungen nach den Abs. 1 und 2 der Norm höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden.

### **3.**

**3.1** Aufgrund der Akten ist belegt und an sich unbestritten ist, dass es sich bei der Hospitalisierung der Beschwerdeführerin um eine Notfallsituation gehandelt hat und die im Spital B.\_\_\_\_\_ erfolgte stationäre Behandlung zweckmässig und wirksam im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG war. Hinsichtlich der in der gleichen Vorschrift verlangten Wirtschaftlichkeit hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 36 Abs. 4

KVV (vgl. E. 2.2 hiervor) den doppelten Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden. Die Berechnung des entsprechenden Betrages anhand des Fallpauschalenkataloges gemäss SwissDRG-System (act. II 4) sowie der Referenztarife (act. II 5 und 16) wird nicht beanstandet und es sind auch keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche diese als unzutreffend erscheinen liesse.

**3.2** Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, dass ... auf der Homepage der Versicherung nicht als Land mit sehr hohen Gesundheitskosten erwähnt ist, für welches eine zusätzliche Versicherungsdeckung empfohlen wird, und dass im Jahre 2012 die Kosten für eine Behandlung im selben Spital wie beim aktuellen Fall anstandslos übernommen worden ist. Damit beruft sie sich sinngemäss auf den Vertrauensschutz, der unter bestimmten Voraussetzungen eine von der gesetzlichen Regelung abweichende Behandlung der rechtsuchenden Person gebietet.

**3.2.1** Der Grundsatz von Treu und Glauben (Art. 9 BV) umfasst einerseits den Anspruch auf Schutz berechtigten Vertrauens in Zusicherungen oder sonstiges, bestimmte Erwartungen begründendes Verhalten der Behörden, sofern sich dieses auf eine konkrete, den betreffenden Bürger berührende Angelegenheit bezieht. Andererseits verbietet er sowohl den staatlichen Behörden wie auch den Privaten, sich in ihren öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehungen widersprüchlich oder rechtsmissbräuchlich zu verhalten. Rechtsmissbrauch liegt insbesondere dann vor, wenn ein Rechtsinstitut zweckwidrig zur Verwirklichung von Interessen verwendet wird, die dieses Rechtsinstitut nicht schützen will (BGE 130 I 26 E. 8.1 S. 60, 127 II 49 E. 5a S. 56; Entscheid des EVG vom 14. Dezember 2004, H 157/04, E. 3.3.1).

Abgeleitet aus dem Grundsatz von Treu und Glauben, welcher die Bürgerin und den Bürger in ihrem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten schützt, können falsche Auskünfte von Verwaltungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen eine vom materiellen Recht abweichende Behandlung der rechtsuchenden Person gebieten. Gemäss Lehre und Rechtsprechung (BGE 131 V 472 E. 5 S. 480; SVR 2012 ALV Nr. 3 S. 7 E. 5.2) ist dies der Fall,

1. wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat;
2. wenn sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn die rechtsuchende Person die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte;
3. wenn die Person die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte;
4. wenn sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, und
5. wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat.

**3.2.2** Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, ... sei auf der Homepage der Progrès nicht als Land mit sehr hohen Gesundheitskosten genannt, das zur vollen Deckung allfälliger Behandlungen einer zusätzlichen Versicherungsdeckung bedürfe, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Bei diesen online-Informationen handelt es sich nicht um eine Auskunft, die die Progrès in einer konkreten Situation mit Bezug auf eine bestimmte Person gegeben hat, womit die erste Voraussetzung (vgl. E. 3.2.1 hiavor) für den Vertrauensschutz nicht erfüllt ist. Die Aufzählung der Länder auf der Homepage, für die ein weitergehender Versicherungsschutz empfohlen wird, kann naturgemäss nur exemplarisch, nicht aber abschliessend sein. Klarheit hinsichtlich der benötigten Versicherungsdeckung hätte einzig eine konkrete Rückfrage der Beschwerdeführerin bei ihrem Krankenversicherer gebracht. Dies umso mehr als ... allgemein als Land mit einem sehr hohen Preisniveau bekannt ist.

Ebenso ist der Hinweis auf eine frühere anstandslose Kostenübernahme für eine Behandlung im gleichen Spital unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes untauglich, wurde mit der damaligen Begleichung der Rechnung doch in keiner Weise eine Kostenübernahme für eine allfällige zukünftige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in ... zugesichert.

**3.3** Der Einspracheentscheid erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig; die dagegen erhobene Beschwerde ist dementsprechend 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** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - Progrès Versicherungen AG
  - 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.