

200 17 986 KV
ACT/RUM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 26. Februar 2018

Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Rufenacht

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Krankenkasse SLKK
Hofwiesenstrasse 370, Postfach, 8050 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 9. Oktober 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1947 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war 2016 bei der Krankenkasse SLKK (SLKK bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert (Dossier der SLKK, act. IIA 12). Am 15. November 2016 wurde ihr im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Spital B. _____ eine Schulterprothese eingesetzt (act. IIB 1.4; act. IIA 2 f.). Gleichentags ersuchte das Spital die SLKK um Kostengutsprache für einen anschliessenden stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik C. _____ (act. IIA 5). Dies lehnte die SLKK ab (vgl. act. IIA 6), woran sie auch nach mehrmaliger Intervention seitens des Spitals B. _____ (act. IIA 7, 9) und von Seiten der Ombudsstelle Krankenversicherung vom 17. Februar 2017 (act. IIB 1) festhielt (vgl. act. IIA 8, 10 f. und act. IIB 7). Auf Ersuchen der Versicherten (act. IIB 13) erliess die SLKK am 15. Mai 2017 die (formelle) Verfügung, womit sie eine Leistungspflicht für den Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik C. _____ und für (zusätzlich) geltend gemachte Transportkosten ablehnte (act. IIB 12). Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIB 15) hiess die SLKK mit Entscheid vom 9. Oktober 2017 bezüglich der Transportkosten teilweise gut. Bezüglich des Rehabilitationsaufenthaltes hielt die SLKK an der Ablehnung der Leistungspflicht fest (act. IIB 20).

B.

Mit Eingabe vom 7. November erhob die Versicherte Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik C. _____ zu übernehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Dezember 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Auf prozessleitende Verfügung vom 2. Februar 2018 hin nahm die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 6. Februar 2018 zur Höhe der Gesamtkosten der Klinik C. _____ für die Behandlungen in der Zeit vom 23. November bis 5. Dezember 2016 sowie zu den von ihr davon übernommenen Kosten gestützt auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung bzw. gestützt auf Zusatzversicherungen Stellung.

Mit Eingabe vom 8. Februar 2018 reichte die Beschwerdeführerin Rechnungskopien betreffend den Aufenthalt in der Klinik C. _____ zu den Akten ein.

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 ist der Einspracheentscheid vom 9. Oktober 2017 (act. IIB 20). Streitig ist einzig, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten

für den Aufenthalt in der Klinik C. _____ in der Zeit vom 23. November bis 5. Dezember 2016 (Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 6. Februar 2018 [im Gerichtsossier]) gestützt auf die Bestimmungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat. Nicht mehr streitig sind die im Einspracheverfahren noch umstrittenen Transportkosten (vgl. Ziff. 2 des Dispositivs des angefochtenen Einspracheentscheids [act. IIB 20 S. 1] sowie Beschwerde, S. 1).

Über Leistungen aus Zusatzversicherungen hat das Verwaltungsgericht mangels sachlicher Zuständigkeit nicht zu entscheiden (Art. 37 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung [EG KUMV; BSG 842.11]).

1.3 Die Gesamtkosten der Klinik C. _____ betragen Fr. 4'756.60 (Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 6. Februar 2018 [im Gerichtsossier]), wobei nicht alle Positionen streitig sind. Der Streitwert liegt somit 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 vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Diese Leistungen umfassen u.a. den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). 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).

2.2 Nach Art. 25a KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden (Abs. 1). Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen (Abs. 2). Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung (Abs. 3). Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest (Abs. 4). Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung (Abs. 5).

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

2.4 Die aus dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz (vgl. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]) fliessende, zunächst in den invalidenversicherungsrechtlichen Teilbereichen der Hilfsmittelversorgung (Art. 21 IVG) und der medizinischen Massnahmen (Art. 12 f. IVG) entwickelte Rechtsfigur der „Austauschbefugnis“ findet in ständiger Rechtsprechung in verschiedenen Sozialversicherungszweigen Anwendung (BGE 127 V 121 E. 2a S. 123; SVR 2011 EL Nr. 1 S. 2 E. 4.1). Austauschbefugnis bedeutet, dass die versicherte Person auf der Grundlage und nach Massgabe des Gesetzes mit einer Geldzahlung zu entschädigen ist, wenn sie aus schützenswerten Gründen von einem gesetzlichen Leistungsanspruch keinen Gebrauch macht und stattdessen einen funktionell gleichen Behelf (funktionelle Gleichartigkeit der Leistungen) zur Erreichung desselben gesetzlichen Zieles wählt. Dabei deckt sich das Kriterium der schützenswerten Gründe mit demjenigen der funktionellen Gleichartigkeit; ob ein schutzwürdiges Interesse vorliegt, muss demnach nicht als selbstständiges zusätzliches Kriterium geprüft werden (SVR 2011 EL Nr. 1 S. 4 E. 7). Der Kerngehalt der Austauschbefugnis liegt darin, dass es grundsätzlich ohne Bedeutung ist, auf welchem Weg oder durch welches Mittel das gesetzliche Ziel angestrebt wird (BGE 131 V 107 E. 3.2.1 S. 111). Die Austauschbefugnis kann zwar grundsätzlich auch in der obligatorischen Krankenversicherung zur Anwendung gelangen, sie darf jedoch nicht dazu führen, Pflichtleistungen durch Nichtpflichtleistungen zu ersetzen, und zwar auch dann nicht, wenn die Nichtpflichtleistungen billiger wären als die Pflichtleistungen (BGE 131 V 107 E. 3.2.2 S. 111; SVR 2010 IV Nr. 10 S. 33 E. 7.1). Wählt eine versicherte Person eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Pflege und Behandlung, so hat sie keinen Anspruch auf Anrechnung der dadurch eingesparten Pflichtleistungskosten (BGE 126 V 330 E. 1b S. 332; RKUV 1994 K 933 S. 73 E. 6a).

3.

3.1 Aufgrund der Akten ist erstellt, dass sich die Beschwerdeführerin wegen der am 15. November 2016 erfolgten Operation der Schulter links (act. IIB 1.4; act. IIA 5 S. 1 Ziff. 1) vom 14. bis zum 23. November 2016 im Spital B._____ aufgehalten (act. IIA 2 f.) und die Beschwerdegegnerin die entsprechenden Kosten übernommen hat (act. IIA 4).

3.2 Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch für die Kosten des Rehabilitationsaufenthaltes vom 23. November bis 5. Dezember 2016 in der Klinik C._____ aufzukommen hat.

3.2.1 Die Beschwerdeführerin bringt im Wesentlichen vor, sie sei wegen ihrer Einschränkungen aufgrund der Schulterverletzung, der Rückenversteifung sowie der beiden Unterschenkelprothesen nicht in der Lage gewesen, selbstständig zu leben, da sie im damaligen Zustand mit dem (noch) nicht belastbaren Schultergelenk und dessen Ruhigstellung mittels Abduktions-schiene nicht habe aufstehen und die Beinprothesen nicht alleine habe anziehen können (Beschwerde, S. 1 ff.).

3.2.2 Diese Aussagen der Beschwerdeführerin decken sich im Wesentlichen mit den Angaben der behandelnden Ärzte:

Im Einweisungszeugnis zur klinisch-stationären Behandlung bzw. Rehabilitation vom 15. November 2016 führte der Assistenzarzt Dr. med. D._____ als Behandlungsziele „Wiederherstellung der bestmöglichen Normalfunktion sowie der Selbständigkeit“, „Mobilisation“ sowie „Überwachung und Therapie von Begleiterkrankungen“ auf. Als zusätzliche soziale Indikatoren hielt er fest, die Beschwerdeführerin lebe alleine bzw. abseits ambulanter medizinischer Versorgung, die persönlichen häuslichen Umstände gefährdeten den Heilungserfolg, durch die stationäre Rehabilitation könne der Akutspitalaufenthalt abgekürzt werden und die ambulante Therapie sei ausgeschöpft bzw. nicht ausreichend. Die Beschwerdeführerin bedürfe geringgradiger Hilfeleistungen für das Ankleiden, das Essen und die Toilette (act. IIA 5 S. 2 f.). Im Bericht vom 17. November 2016 führte der Arzt aus, ein Austritt nach Hause sei im aktuellen Zustand auch mit Unterstützung in der häuslichen Pflege nicht möglich, durch eine intensi-

vierte Therapie werde die Rekonvaleszenzzeit deutlich verkürzt und auch in Anbetracht der zahlreichen Nebendiagnosen sei eine Rehabilitation im stationären Umfeld obligatorisch (act. IIA 7 S. 2).

PD Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erläuterte im Bericht vom 21. November 2016, die grosse körperliche Einschränkung sei durch beidseitige Unterschenkelamputationen gegeben. Die Beschwerdeführerin könne die Prothesen in den nächsten paar Wochen nicht selbstständig anziehen und sei auf Hilfe angewiesen (act. IIA 9). Dies deckt sich mit Ausführungen desselben Arztes im Bericht vom 2. November 2017 (Dossier der Beschwerdeführerin, act. I 3) und auch mit dem Überweisungsrapport des Spitals B._____ vom 18. November 2016, wonach die Beschwerdeführerin Unterstützung beim Anziehen der Prothesen benötige, sonst aber selbstständig mobil sei (act. IIA 21).

Schliesslich wurde im Bericht der Klinik C._____ vom 2. Dezember 2016 festgehalten, die Behandlung habe in einem gezielten physiotherapeutischen Übungsprogramm bestanden (act. IIB 1.14).

3.2.3 Aufgrund der ärztlichen Angaben hat mit der – von der Beschwerdegegnerin bezahlten (E. 3.1 hiavor) – stationären operativen Versorgung mit einer Schulterprothese links nach dem Spitalaustritt per 23. November 2016 keine Krankheit mehr vorgelegen, die eine (weitere) medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich gemacht hätte. Namentlich erforderte die Schultersituation als solche ab 23. November 2016 keine diagnostischen und therapeutischen Massnahmen mehr, die aufgrund ihrer Anforderungen nur im Rahmen eines stationären Spitalaufenthalts zweckmässig hätten durchgeführt werden können (vgl. E. 2.1 hiavor und GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Zürich 2010, N 55 zu Art. 25). Es ist weiter auch nicht erstellt, dass die medizinische Behandlung ab 23. November 2016 wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital hatte durchgeführt werden können (vgl. E. 2.1 hiavor und EUGSTER, a.a.O., N 56 zu Art. 25). Denn das – durch die Arztberichte bestätigte – Hauptproblem der Beschwerdeführerin war, dass sie wegen ihrer körperlichen Beeinträchtigungen bis zur Wiederbelastbarkeit der Schulter ohne fremde Hilfe nicht aufstehen konnte, die

Beinprothesen nicht anziehen konnte und ohne Beinprothesen unbeweglich war (vgl. E. 3.2.1 f. hiervor). Dieses Defizit führte jedoch nicht zur Spitalbedürftigkeit im Sinne des Gesetzes und der Rechtsprechung (vgl. E. 2.1 hiervor), sondern hätte auf andere Weise kompensiert werden können, indem die Beschwerdeführerin in ein Pflegeheim überwiesen oder Hilfe durch die Spitex organisiert worden wäre. Damit besteht kein Anspruch auf Übernahme der Kosten des Aufenthalts in der Klinik C._____ nach Massgabe von Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG.

3.2.4 Indessen ergibt sich aus den Akten übereinstimmend, dass die Beschwerdeführerin nach der stationären Behandlung der Schulter im Spital B._____ aus den hiervor (vgl. E. 3.2.1 bis E. 3.2.3) erwähnten Gründen nicht ohne weiteres nach Hause entlassen werden konnte, sondern weiterer Unterstützung bedurfte (act. IIA 5, 7 S. 2, 9). Bei dieser Sachlage ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Massgabe von Art. 25a Abs. 2 KVG Anspruch auf Vergütung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege besteht, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und im Spital ärztlich angeordnet werden (vgl. E. 2.2 hiervor). Gestützt darauf hat die Beschwerdeführerin aufgrund der per 23. November 2016 vorgelegenen Situation Anspruch auf Leistungen in einem Pflegeheim oder auf Kostenübernahme einer Pflege durch die Spitex. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten für den Aufenthalt in der Klinik C._____ teilweise aus bestehenden Zusatzversicherungen abgedeckt (Beschwerdeantwort, S. 7 Ziff. 18). Solange jedoch Anspruch auf Leistungen nach KVG besteht, sind Leistungen aufgrund einer Zusatzversicherung ausgeschlossen. Dass sich die Beschwerdeführerin bereits in der Klinik C._____ stationär behandeln liess, steht einer Vergütung von Pflegeleistungen gestützt auf Art. 25a KVG nicht entgegen. Denn hier kommt die Austauschbefugnis zum Tragen (vgl. dazu E. 2.4 hiervor), in deren Rahmen die Kosten in der Höhe des gestützt auf Art. 25a KVG bestehenden Anspruchs zu übernehmen sind. Insoweit wird auch nicht etwa eine Nichtpflichtleistung zu einer Pflichtleistung, da alle hier zur Debatte stehenden Leistungen Pflichtleistungen sind.

Ein abschliessender Entscheid ist vorliegend jedoch nicht möglich, da aufgrund der zur Verfügung stehenden Akten nicht beurteilt werden kann, auf

welche Leistung (Aufenthalt in einem Pflegeheim oder Pflege durch die Spitex) gestützt auf Art. 25a KVG für die Zeit vom 23. November bis 5. Dezember 2016 auch unter den Aspekten der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. E. 2.3 hiervor) Anspruch besteht bzw. ob eine dieser beiden Behandlungen allenfalls gar nicht zumutbar gewesen ist. Festzuhalten ist immerhin, dass die Unmöglichkeit nächtlicher Toilettengänge (vgl. Beschwerde, S. 3) nicht ohne weiteres die Unzumutbarkeit einer Spitexpflege bedeutet, da die Notdurft auch unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln im Bett verrichtet werden kann. Die Beschwerdegegnerin wird die entsprechenden Abklärungen zu tätigen und anschliessend neu zu verfügen haben.

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 Trotz ihres Obsiegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der Aufwand zur Wahrung ihrer Interessen den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird Ziff. 1 des angefochtenen Einspracheentscheides der Krankenkasse SLKK vom 9. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache insoweit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Krankenkasse SLKK
 - 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.