

200 18 227 KV
FUR/SCM/SEJ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 20. August 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Atupri Gesundheitsversicherung
Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 21. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1969 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bis zum 31. Dezember 2015 bei der Atupri Gesundheitsversicherung (Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert (Akten der Atupri, Antwortbeilage [AB] 1 S. 2, 6).

Im Rahmen der Überprüfung ihrer Leistungspflicht bezüglich der seit dem 13. Mai 2014 vergüteten Physiotherapieleistungen (AB 3.1 - 3.5), holte die Atupri im November 2015 zusätzliche medizinische Unterlagen ein (vgl. AB 1.2, 1.3), gestützt worauf sie die weitere Kostenübernahme mit Schreiben vom 8. Dezember 2015 (AB 1.4) rückwirkend ab dem 9. Dezember 2014 verneinte. Nachdem sich die Parteien hinsichtlich der Leistungspflicht nicht einigen konnten (vgl. AB 1.5 - 1.9 sowie Beschwerdebeilage [BB] D), hielt die Atupri am 6. November 2017 verfügungsweise fest, dass sie die Kostenübernahme für Physiotherapieleistungen in der Zeit vom 15. Dezember 2014 bis Ende 2015 ablehne (AB 1.10). Die dagegen erhobene Einsprache (AB 1.11) wurde mit Entscheid vom 21. Februar 2018 abgewiesen (AB 1).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte am 19. März 2018 Beschwerde und beantragte unter sinngemässer Aufhebung des angefochtenen Entscheids, dass die Beschwerdegegnerin die Rechnungen für folgende Physiotherapieleistungen übernehme:

15. Dezember 2014 bis 22. Dezember 2014:	Fr. 148.30
6. Januar 2015 bis 17. Februar 2015:	Fr. 445.05
24. Februar 2015 bis 16. Juni 2015:	Fr. 444.95
30. Juni 2015 bis 8. Dezember 2015:	Fr. 444.95

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2018 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 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. 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 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 21. Februar 2018 (AB 1). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Physiotherapiebehandlungen in der Zeit vom 15. Dezember 2014 bis Ende 2015 zu übernehmen hat.

1.3 Der Beschwerdeführer macht eine Forderung von Fr. 1'483.25 (Fr. 148.30 + Fr. 445.05 + Fr. 444.95 + Fr. 444.95 [vgl. Beschwerde S. 4]) geltend, wobei die Beschwerdegegnerin den umstrittenen Betrag tiefer ansetzt (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 10 und 14 - 17). Der Streitwert liegt jedenfalls 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]). Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG).

2.2 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 (wie auch die Zweckmässigkeit) einer Behandlung beurteilt sich im Hinblick auf den durch sie angestrebten Nutzen im Einzelfall (BGE 143 V 95 E. 3.1 S. 98).

2.3 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).

2.4 Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich nach der Rechtsprechung 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 (vgl. BGE 142 V 26 E. 5.2.1 S. 35, 139 V 135 E. 4.4.3 S. 140, 136 V 395 E. 7.4 S. 407).

2.5 Nach Art. 5 Abs. 1 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) werden die Kosten bestimmter, von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen (im Sinne der Art. 46 und 47 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]) erbrachter Leistungen übernommen. Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann (Art. 5 Abs. 4 KLV).

2.6 Die gesetzliche Vermutung, wonach die Krankheitsbehandlung den gesetzlichen Prinzipien der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit entspricht, gilt für Ärzte und Chiropraktoren grundsätzlich (Art. 33 Abs. 1 KVG), für Physiotherapeuten hingegen nur, soweit deren (ärztlich angeordnete) Leistungen von der Positivliste nach Art. 5 Abs. 1 KLV erfasst sind (Art. 33 Abs. 2 KVG; BGE 129 V 167 E. 3.2 S. 170 f. und E. 4 S. 174). Zudem ist diese Vermutung aufgrund der in Art. 5 Abs. 4 KLV festgehaltenen formellen Anforderung einer vertrauensärztlichen Überprüfung auf den Umfang von 36 physiotherapeutischen Sitzungen beschränkt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Dezember 2010, 9C_374/2010, E. 3.2).

2.7 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.

3.1 Aufgrund der Akten ist erstellt und zwischen den Parteien denn auch unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit beidseitigen Knieschmerzen zwischen dem 13. Mai und 9. Dezember 2014 die Kosten für 36 Physiotherapie-Sitzungen vergütet hat (vgl. AB 1 S. 3 Ziff. 5, 1.3, 1.10 S. 2 Ziff. 5, 3.1 - 3.4, Beschwerde S. 2, Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 23). Umstritten ist demgegenüber die Kostenübernahme für die ab dem 15. Dezember 2014 bis Ende 2015 durchgeführten Behandlungen (AB 1 S. 4 Ziff. 11 sowie Dispo Ziff. 2, Beschwerde S. 4).

3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im „Fragebogen - Physiotherapie“ vom 30. November 2015 (AB 1.3) führte Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, die physiotherapeutischen Massnahmen seien seit Mai 2014 ohne wesentliche Besserung geblieben, neue Verordnungen würden durch ihn (als Stellvertreter bzw. Nachfolger des nunmehr pensionierten ehemaligen Hausarztes Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) allenfalls erst nach Beurteilung der aktuellen Situation erfolgen. Laut Akten sei mit der Therapie wenig erreicht worden. Die Fortsetzung sei wohl kaum zielführend, jedoch solle der Bericht der vorgesehenen Beurteilung durch die Schmerzsprechstunde des F._____ abgewartet werden. Eine Prognose sei offensichtlich schwierig.

3.2.2 Mit E-Mail vom 24. Januar 2016 (AB 1.5) hielt der behandelnde Physiotherapeut D._____ fest, seit Behandlungsbeginn im Mai 2014 hätten die alltagslimitierenden Kniebeschwerden beidseits nur leicht verbessert werden können. Der Unterschied gegenüber dem Therapiebeginn

zeige sich vor allem darin, dass die Physiotherapie im Jahr 2015 in grösseren Abständen habe durchgeführt werden können. Dadurch dass sich mittels Therapie immer eine Beruhigung der Beschwerden ergeben habe, sei es dem Beschwerdeführer möglich geblieben, seine in einem Pensum von ca. 25 % ausgeübte Tätigkeit als ... weiterzuführen und nicht in eine längere oder sogar vollständige Arbeitsunfähigkeit zu fallen.

3.2.3 Im Bericht vom 23. Februar 2016 (AB 1.6) bat der (neue) Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, um Wiedererwägung der abgelehnten Kostengutsprache. Dank der physiotherapeutischen Behandlung habe zumindest die Alltagsfähigkeit des Beschwerdeführers gesichert und eine Berufstätigkeit ausgeübt werden können.

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinnterner 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). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4 Im angefochtenen Entscheid vom 21. Februar 2018 macht die Beschwerdegegnerin hauptsächlich unter Hinweis auf Stellungnahmen des vertrauensärztlichen Dienstes geltend, die Physiotherapiebehandlung erfülle die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG ab dem 15. Dezember 2014 bis Ende 2015 nicht mehr (vgl. AB 1 S. 3 Ziff. 7 und 10 sowie S. 4 Ziff. 11, siehe auch AB 1.4, 1.7, 1.8 [Schreiben vom 25. Mai 2016]). Wie sogleich aufzuzeigen sein wird, kann der Leistungsanspruch indessen derzeit nicht abschliessend beurteilt werden.

3.4.1 In formeller Hinsicht ist zunächst Folgendes zu beachten: Die Aktenführungspflicht von Verwaltung und Behörden bildet das Gegenstück zum (aus Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101] fliessenden) Akteneinsichts- und Beweisführungsrecht, indem die Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechts durch die versicherte Person eine Aktenführungspflicht der Verwaltung voraussetzt. Die Behörde ist verpflichtet, ein vollständiges Aktendossier über das Verfahren zu führen, um gegebenenfalls ordnungsgemäss Akteneinsicht gewähren und bei einem Weiterzug diese Unterlagen an die Rechtsmittelinstanz weiterleiten zu können. Die Behörde hat alles in den Akten festzuhalten, was zur Sache gehört. Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet die Behörden und Gerichte, die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen. Für die dem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts unterstellten Versicherten wurde in Art. 46 ATSG die Aktenführungspflicht auf Gesetzesstufe konkretisiert. Danach sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Un-

terlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen (BGE 138 V 218 E. 8.1.2 S. 223).

3.4.2 Im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) hatte die Beschwerdegegnerin zur Erstellung des Sachverhalts den von Dr. med. B._____ ausgefüllten Fragebogen hinsichtlich Physiotherapie vom 30. November 2015 (AB 1.3) ihrem Vertrauensarzt zu unterbreiten (vgl. Art. 5 Abs. 4 KLV bzw. E. 2.5 hiervor). Zwar erwähnte die Beschwerdegegnerin die hierzu offenbar verfasste Stellungnahme des vertrauensärztlichen Dienstes in den Schreiben vom 8. Dezember 2015 (AB 1.4) und 16. März 2016 (AB 1.7), doch findet sich diese selbst nicht in den Akten. Der Beschwerdeführer ersuchte in der Folge am 19. Februar 2016 (recte: 19. Mai 2016 [AB 1.8]) um Zustellung einer Kopie des vertrauensärztlichen Berichts (vgl. hierzu Art. 47 Abs. 1 lit. a ATSG), woraufhin die Beschwerdegegnerin am 25. Mai 2016 (AB 1.8) zwar die – lediglich knapp gehaltenen – Angaben des vertrauensärztlichen Dienstes wiedergab, ohne jedoch ein echtzeitliches Dokument samt Datum, Name und Unterschrift des beurteilenden Arztes beizufügen. Dies wurde weder in einem späteren Stadium des Verwaltungsverfahrens noch im angerufenen Beschwerdeverfahren nachgeholt. Die erwähnten Stellungnahmen bilden jedoch massgebliche Grundlage der angefochtenen Leistungsabweisung (vgl. AB 1 S. 3 Ziff. 7 und 10 sowie S. 4 Ziff. 11, 1.4, 1.7, 1.8 [Schreiben vom 25. Mai 2016] sowie hierzu auch UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 46 N. 14), womit die Beschwerdegegnerin anzuweisen ist, ihre Akten im dargelegten Sinne zu vervollständigen.

3.4.3 In materieller Hinsicht ergibt sich zudem was folgt: Die Wirksamkeit wie auch die Zweckmässigkeit einer Behandlung beurteilen sich im Hinblick auf den durch sie angestrebten Nutzen im Einzelfall (E. 2.2 und 2.3 hiervor). Daraus, dass durch die Massnahme grundsätzlich eine möglichst vollständige Beseitigung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielt werden soll, lässt sich indessen nicht schliessen, dass nur kurative, nicht aber adjuvante oder palliative Therapien wirksam wären. Einer bestimmten Behandlung kann die Wirksamkeit nicht allein mit der Begründung abgesprochen werden, sie ändere nichts an der Progredienz des Leidens, sondern behandle nur die Symptome (vgl. Entscheide des BGer vom 28. Februar

2017, 9C_528/2016, E. 3.1, und vom 23. Dezember 2010, 9C_374/2010, E. 4.2). Zwar führten sowohl Dr. med. B. _____ als auch der Physiotherapeut D. _____ aus, es habe kaum eine Besserung der Beschwerden erreicht werden können (AB 1.3, 1.5), jedoch sind sich letzterer wie auch Dr. med. E. _____ einig, dass dank der Physiotherapie die bisher ausgeübte berufliche Tätigkeit habe erhalten bleiben können (AB 1.5, 1.6). Obwohl Dr. med. B. _____ eine Reduktion bzw. Therapiepause vorsah und festhielt, dass mit der bisherigen Therapie „laut Akten“ wenig erreicht worden sei, wies er gleichzeitig darauf hin, dass hinsichtlich Zielsetzung einer weiterzuführenden Therapie die vorgesehene Beurteilung durch die Schmerzsprechstunde des Spitals F. _____ abgewartet werden solle. Er stellte denn auch eine weitere Verordnung zur Physiotherapie durch ihn (zuvor durch den ehemaligen Hausarzt Dr. med. C. _____ ausgestellt [vgl. AB 1.2]) erst nach Beurteilung der aktuellen Situation in Aussicht (AB 1.3). Ob die erwähnte Sprechstunde im Spital F. _____ in der Folge stattfand und ob Dr. med. B. _____ die Situation nochmals beurteilte, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Unter diesen Umständen war die medizinische Ausgangslage jedenfalls nicht eindeutig und bestanden im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung zumindest geringe Zweifel an den – überdies nicht hinreichend dokumentierten (vgl. E. 3.4.2 hiervor) – vertrauensärztlichen Feststellungen, womit die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen gehalten gewesen wäre (vgl. E. 3.3 hiervor).

3.5 Nach dem Ausgeführten sind die Akten bezüglich der (Grundlage des angefochtenen Entscheids bildenden) Berichte des vertrauensärztlichen Dienstes unvollständig und ist überdies der medizinische Sachverhalt in Bezug auf die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der physiotherapeutischen Behandlung ab dem 15. Dezember 2014 bis Ende 2015 ungenügend abgeklärt. In der Folge ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Februar 2018 (AB 1) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) die Akten vervollständige und die erforderlichen Abklärungen nachhole sowie hiernach über den Leistungsanspruch neu verfüge. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Trotz seines Obsiegens hat der nicht vertretene Beschwerdeführer nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf die beschwerdeweise beantragte Parteientschädigung (vgl. Beschwerde S. 4), da der Aufwand zur Wahrung seiner 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 die Einzelrichterin:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Atupri Gesundheitsversicherung vom 21. Februar 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen verfare und neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Atupri Gesundheitsversicherung
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Einzelrichterin:

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.