

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 30. Juli 2018

Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführerin

gegen

Easy Sana Krankenversicherung AG
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 29. November 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Easy Sana Krankenversicherung AG (Easy Sana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert (Akten der Easy Sana, Antwortbeilage [AB] 1). Am 26. September 2016 ersuchte das Spital C. _____ die Easy Sana um Kostengutsprache für eine stationäre einseitige Varizenbehandlung mit Eintritt per 26. Oktober 2016 (AB 6), woraufhin Letztere zusätzliche Informationen verlangte (AB 7 – 9). Nachdem die Versicherte am 25. Oktober 2016 der Easy Sana mitgeteilt hatte, das Spital habe noch keine Kostengutsprache erhalten (AB 10), holte die Easy Sana eine Stellungnahme ihres Vertrauensarztes ein. Am 26. Oktober 2016 erfolgte der Eingriff mit stationärer Hospitalisation (AB 16 f.). Mit Schreiben vom 27. Oktober 2016 teilte die Easy Sana dem Spital C. _____ mit, dass nach Absprache mit dem Vertrauensarzt die Operation ambulant durchführbar sei und erklärte sich bereit, einzig diese Kosten zu übernehmen; zudem liess sie am Folgetag die Stellungnahme des Vertrauensarztes der Versicherten zukommen (AB 12). Nach weiterer Korrespondenz zwischen den beteiligten Parteien lehnte die Easy Sana mit Verfügung vom 19. Juni 2017 die Kostenübernahme für den am 26. Oktober 2016 stationär durchgeführten Eingriff ab (AB 35). Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 39) mit Entscheid vom 29. November 2017 (AB 44) fest.

B.

Mit Eingabe vom 4. Januar 2017 (recte 2018) erhob die Versicherte, vertreten durch die B. _____ AG, Beschwerde. Sie beantragte, der Einspracheentscheid vom 29. November 2017 und die Verfügung vom 19. Juni 2017 seien aufzuheben. Es seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten und es seien die Kosten der Operation vom 26. Oktober 2016 zu übernehmen. Eventualiter sei das Verfahren zur Durchführung der erforderlichen Abklärungen und zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

In der Beschwerdeantwort vom 4. April 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 9. Mai 2018 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren und vorgebrachten Standpunkten fest. Am 14. Mai 2018 stellte der Instruktionsrichter der Beschwerdegegnerin ein Doppel dieser Eingabe zu.

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 bildet der Einspracheentscheid vom 29. November 2017 (AB 44). Streitig und zu prüfen ist die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung vom 26./27. Oktober 2016 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

1.3 Mit Einspracheentscheid vom 29. November 2017 (AB 44) lehnte es die Beschwerdegegnerin ab, über den Betrag von Fr. 1'769.65 hinaus (AB 33) weitere Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Eingriff vom 26./27. Oktober 2016 von total Fr. 3'730.90 (AB 25) zu erbringen. 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 nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär 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).

2.2 Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

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).

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).

2.2.3 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. Das bedeutet aber nicht, dass dort, wo es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, diese ungeachtet der Kosten in jedem Fall als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit, die für das gesamte Staatshandeln gilt (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]), ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht, was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt. Es können somit weder die hohe therapeutische Wirksamkeit noch die Wirtschaftlichkeit je getrennt voneinander betrachtet werden in dem Sinne, dass die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen mit einem kategorialen Ja oder Nein beantwortet werden könnte und bejahendenfalls die Kosten in beliebiger Höhe zu übernehmen wären. Vielmehr ist die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den Behandlungskosten zu beur-

teilen: Je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt (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). Das Wirtschaftlichkeitsgebot bezieht sich nicht nur auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, insbesondere die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder stationär durchzuführen ist und in welche Heilanstalt oder Abteilung einer solchen die versicherte Person vom medizinischen Standpunkt aus gehört (BGE 139 V 135 E. 4.4.3 S. 140, 126 V 334 E. 2b S. 339).

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).

2.4 Gemäss Art. 56 KVG muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Abs. 1). Für Leistungen die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Abs. 2 Satz 1).

3.

3.1 Erstellt und unbestritten ist, dass die am 26. Oktober 2016 vorgenommene einseitige Varizenoperation medizinisch indiziert war und die Operation die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt, zumal die Operation selbst von der Frage „ambulant oder stationär“ nicht betroffen ist. Die Beschwerdegegnerin anerkannte explizit ihre Leistungspflicht für die durchgeführte Operation, erteilte sie doch am 27. Oktober 2016 für deren ambulante Durchführung Kostengutsprache (AB 12) und bestätigte mit Schreiben 24. Mai 2017 die Vergütung der Behandlung vom 26. bis 27. Oktober 2016 im Betrag von Fr. 1'769.65 nach ambulantem Tarif (AB 33). Weiter ist unbestritten, dass die durchgeführte stationäre Behandlung grundsätzlich wirksam und zweckmässig ist. Erstellt ist zudem, dass die ambulante Behandlung wirtschaftlicher ist als die stationäre (AB 25, 33; vgl. E. 2.2.3 hiervor). Streitig und nachfolgend zu klären ist, ob die wirtschaftlichere ambulante Behandlung im konkreten Fall ebenfalls wirksam und zweckmässig gewesen wäre. Diesbezüglich ist aus medizinischer Sicht den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der behandelnde Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Dermatologie und Venerologie und Angiologie, führte im undatierten Bericht (Eingang bei Easy Sana am 5. Oktober 2016) als Diagnose eine Vena saphena parva links auf. Als Behandlung sei ein Stripping der parva in Bauchlage und Blutsperre vorgesehen. Die Behandlung werde nur stationär gemacht (AB 9).

3.1.2 Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, hielt am 26. Oktober 2016 fest, der geplante Eingriff sei ambulant durchführbar (AB 11).

3.1.3 Im Operationsbericht vom 26. Oktober 2016 über das gleichentags durchgeführte Stripping der Vena saphena parva und Phlebektomie der varikösen Seitenäste links wurde als Diagnose eine Parva-Varikosis links aufgeführt und eine Operationsdauer von 15 Minuten angegeben (AB 16).

Am 6. Januar 2017 berichtete Dr. med. D. _____, der Eingriff sei zweiteilig durchgeführt worden, da bei Kombination dieses Eingriffs bei der Patientin die Gefahr der Überlastung des tiefen Venensystems stattgefunden

hätte. Im Bereich der Vena saphena parva habe die Patientin massive retikuläre und Besenreisser-Varizen gehabt, so dass der Eingriff unter Kurzhospitalisation stattgefunden habe. Die Kontrolle am folgenden Tag habe gezeigt, dass die Wunde schön adaptierte, obwohl rundherum noch die retikulären Varizen gewesen seien. Bei der Kontrolle zehn Tage nach dem Eingriff habe die Wunde bei der Fadenentfernung geklafft, so dass aktuell immer noch Wundprobleme bestünden. Aus dem Verlauf gehe hervor, dass die Indikation für die Hospitalisation klar gegeben gewesen sei. Der Eingriff werde immer nur unter Spitalbedingungen durchgeführt (AB 17).

3.1.4 Der Vertrauensarzt Dr. med. E. _____ hielt am 10. Januar 2017 fest, der Eingriff sei ambulant möglich. Die Operationsdauer habe 15 Minuten betragen und es hätten keine Komplikationen bestanden (AB 18). Am 12. Januar 2017 hielt der Vertrauensarzt weiter fest, aus chirurgischer Sicht seien die Argumente für eine stationäre Behandlung nicht nachvollziehbar. Die Kostenübernahme sei abzulehnen (AB 19).

3.1.5 Am 16. Februar 2017 berichtete Dr. med. D. _____ gegenüber dem Vertrauensarzt, die Operation habe nicht ambulant durchgeführt werden können, da bei der Patientin eine Vena saphena magna und eine Vena saphena parva varikosis mit postthrombotischem Syndrom und akuter Phlebitis bestanden hätten. Er würde diesen Eingriff nach wie vor nur unter Spitalbedingungen durchführen, da die Patientin postoperativ streng habe kontrolliert werden müssen. Beim postthrombotischen Syndrom sei der venöse Abfluss im tiefen Venensystem nicht wie bei einer gesunden Venensituation gewährleistet. Da postoperativ am anderen Tag alles bland gewesen sei, hätte die Patientin nach einer Nacht entlassen werden können (AB 27).

Ebenfalls am 16. bzw. 17. Februar 2017 führte der behandelnde Arzt gegenüber der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin aus, es handle sich hier um eine zweite Operation bei St. n. Sanierung der grossen Stammvene und einem postthrombotischen Syndrom im Bereich des zu operierenden Beines. Bei dieser Situation komme die Sanierung der Vena saphena parva einer Revision gleich und verlange postoperativ eine gute Überwachung, da beim postthrombotischen Syndrom der tiefe Abfluss nicht immer gewährleistet sei und zudem zu einem Compartementsyndrom führen kön-

ne. Der Eingriff sei eindeutig nur unter Hospitalisation durchführbar. Des Weiteren sei die Hautsituation im Bereich der poplitea mit vielen retikulären Varizen sehr prekär gewesen (AB 28 und 39 S. 8).

3.1.6 Dr. med. E. _____ hielt am 6. März 2017 fest, gemäss Operationsbericht sei nur ein subtotales Stripping der Vena saphena parva sowie Phlebektomien von Seitenästen durchgeführt worden, welche aus chirurgischer Sicht in keinem Fall eine Hospitalisation rechtfertigten (AB 28).

3.1.7 In der Stellungnahme vom 26. Oktober 2017 führte Dr. med. E. _____ als Diagnose eine Parva-Varicosis links auf. Der behandelnde Arzt habe ein subtotales Stripping der Vena saphena parva links, Phlebektomie der varikosen Seitenäste links vorgeschlagen. Dieser partielle Eingriff (15 Minuten) bei einer einseitigen Varikosis könne nicht als anspruchsvoll und risikoreich angesehen werden. Eine frühzeitige Mobilisation sei möglich. Eine klinisch relevante Begleiterkrankung sei nicht bekannt. Für einen stationären Eingriff seien in diesem Fall die Kriterien nicht erfüllt (AB 41).

3.1.8 Dr. med. E. _____ führte in der Stellungnahme vom 29. März 2018 erneut aus, dass der kurze Eingriff nicht als anspruchsvoll und risikoreich angesehen werden könne. Solche Eingriffe erlaubten eine sofortige Mobilisation, so dass ein hypothetisches Thromboserisiko minimal gehalten werden könne. In solchen Situationen sei die Bettlägerigkeit eher kontraproduktiv. Eine Vorgeschichte mit einer tiefen Venenthrombose und/oder eine entsprechende Thromboseprophylaxe sei nicht dokumentiert worden. Eine klinisch relevante Begleiterkrankung sei auch nicht bekannt (AB 45).

3.2 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).

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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. November 2017 (AB 44) massgeblich auf die vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 26. Oktober 2017 (AB 41). Dieser Bericht ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und unter Würdigung der Vorakten – insbesondere der Berichte des operierenden Arztes – abgegeben. Weiter ist er widerspruchsfrei und enthält eine begründete Schlussfolgerung. Der Bericht erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert von ärztlichen Berichten gestellten Anforderungen, weshalb darauf abzustellen ist (vgl. E. 3.2 hiavor).

3.3.1 Gemäss Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 23. April 2016, SCHG/2015/839, E. 3.4.1, werden nach der heutigen medizinischen Praxis Varizenoperationen in grosser Zahl ambulant durchgeführt und im Grundfall sind einer solchen Behandlung keine Risiken inhärent, die eine stationäre Behandlung als geboten erscheinen lassen. Für den Entscheid „ambulant oder stationär“ sind vor allem die postoperativen Komplikationen entscheidend. Im Normalfall indizieren mögliche postoperative Komplikationen keine stationäre Behandlung, was nachvollziehbar mit Stu-

dienresultaten unterlegt wurde. Damit ist erstellt, dass die ambulant durchgeführte Varizenoperation nicht nur wirtschaftlicher ist, sondern im Regelfall auch dem Gebot der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit genügt. Der Krankenversicherer als Sozialversicherungsträger ist damit nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, in Wahrung der Interessen des Kollektivs der prämienzahlenden obligatorisch Krankenpflegeversicherten im Regelfall die stationäre zu Gunsten der ambulanten Behandlung zu verweigern. Unter besonderen Bedingungen jedoch (klinisch relevante Begleiterkrankungen, psychosoziale Begleitumstände) ist der stationären Behandlung der Vorzug zu geben. Solange solche Konstellationen nicht belegt sind, kann eine Kostengutsprache jedoch nicht erteilt werden (vgl. hierzu auch Manual der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte [SGV], Angiologie, Behandlung von Varizen - ambulant oder stationär?, Tabelle 1, und – betreffend Rechtslage ab 2019 – Medienmitteilung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 20. Februar 2018, Ambulant vor stationär – Liste mit Eingriffen verabschiedet, abrufbar unter <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.html>).

3.3.2 Es ist davon auszugehen, dass der operative Eingriff vom 26. Oktober 2016 ordnungsgemäss verlaufen ist und weder vor dem Eingriff Komorbiditäten oder besondere psychosoziale Umstände vorgelegen haben noch nach dem Eingriff Komplikationen aufgetreten sind, welche eine Spitalbedürftigkeit begründet hätten. Im undatierten Kostengutsprache gesuch vermerkte der operierende Arzt lediglich, der Eingriff werde nur stationär gemacht. Eine Begründung hiefür gab er nicht an (AB 9). Auch aus dem Operationsbericht vom 26. Oktober 2016 ergeben sich keine Hinweise auf einzelfallspezifische Komorbiditäten oder erwartete Komplikationen; als präoperative Diagnose wurde einzig „Parva-Varikosis links“ festgehalten, Nebendiagnosen wurden nicht aufgeführt (AB 16). Anhaltspunkte für psychosoziale Umstände sind ebenfalls nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht. Verwaltungsbehörden haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195,

122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2009 IV Nr. 4 S. 7 E. 4.2.2). Unter den gegebenen Umständen wäre es damit entgegen den Vorbringen in der Replik an der Beschwerdeführerin gewesen, entsprechende Unterlagen für das Vorhandensein einer präoperativen Komorbidität beizubringen, wenn sie im Gegensatz zur Beschwerdegegnerin behaupten will, dass eine solche vorgelegen hat. Sodann hat sich auch im Rahmen der von Anbeginn weg stationär geplanten Operation selbst keine Situation eingestellt, die eine weitere stationäre Weiterbehandlung als indiziert erscheinen liess. Der operierende Arzt hat im Operationsbericht keinerlei Komplikationen festgehalten. Der komplikationslose Verlauf widerspiegelt sich auch in der kurzen Operationsdauer von 15 Minuten (AB 16). Damit kann auch nicht mit im Verlauf der Operation eingetretener Umstände, die etwa eine weitere Überwachung notwendig gemacht hätten, eine stationäre Behandlung begründet werden. Bei dieser Aktenlage erweist sich die Stellungnahme des Vertrauensarztes Dr. med. E. _____ vom 26. Oktober 2017 (AB 41) als schlüssig, weshalb vom Regelfall auszugehen ist (vgl. E. 3.3.1 hiervor), dass der Eingriff vom 26. Oktober 2016 ohne weiteres ambulant hätte stattfinden können. Die später erfolgten Ausführungen des operierenden Dr. med. D. _____ vermögen keine auch bloss geringen Zweifel an der Beurteilung des Vertrauensarztes zu wecken, so dass kein externes Gutachten zu veranlassen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65). Inwiefern der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin fachlich nicht bzw. ungenügend qualifiziert sein soll (vgl. Beschwerde S. 6), ist nicht ersichtlich. Gemäss dem massgebenden Weiterbildungsprogramm für den Erwerb eines Facharztstitels in Chirurgie gehören Veneneingriffe (Varizenchirurgie) zum obligatorisch zu erfüllenden Operationskatalog (vgl. SIWF [Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung], Facharzt für Chirurgie, Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2006 [letzte Revision: 16. Juni 2016], abrufbar unter www.fmh.ch). Aufgrund der erwähnten Voraussetzung ist nicht daran zu zweifeln, dass der Vertrauensarzt als Facharzt für Chirurgie über eine für die Beurteilung des operativen Eingriffs genügende und angezeigte fachärztliche Spezialisierung verfügt.

3.3.3 Schliesslich kann die Beschwerdeführerin auch aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem ersten Eingriff vom 27. Januar 2016 einen stationären Aufenthalt übernommen hat (AB 4),

nichts zu ihren Gunsten ableiten. 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 (BGE 130 I 26 E. 8.1 S. 60, 127 II 49 E. 5a S. 56; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG: heute Bundesgericht {BGer}] vom 14. Dezember 2004, H 157/04, E. 3.3.1). Die gewährte Kostengutsprache vom 24. Dezember 2015 betraf einzig den Eingriff mit Eintritt am 27. Januar 2016 und deren Dauer wurde ausdrücklich bis zum 5. Februar 2016 beschränkt (AB 4). Eine Zusicherung der Kostenübernahme für den zweiten einseitigen operativen Eingriff vom 26. Oktober 2016 liegt damit nicht vor. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin im Wissen darum, dass für den zweiten Eingriff noch keine Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt vorlag, diesen trotzdem hat vornehmen lassen (AB 10, 28 S. 2). Einer Berufung auf den Vertrauensschutz ist damit kein Erfolg beschieden.

3.4 Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 29. November 2017 (AB 44) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene 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 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine 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 wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG z.H. der Beschwerdeführerin
 - Easy Sana Krankenversicherung 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.