

200 19 353 KV
LOU/SVE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 25. März 2020

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Helsana Versicherungen AG
Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 2. Mai 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1934 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der Helsana Versicherungen AG (Helsana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenversichert, als sein Hausarzt ihn am 26. September 2018 für einen Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik B. _____ AG in ... anmeldete (Akten der Beschwerdegegnerin, Antwortbeilage [AB] 3). Mit Schreiben vom 4. Oktober 2018 (AB 5) lehnte die Helsana ihre Leistungspflicht aus der Grundversicherung ab, woraufhin der Versicherte am 4. Oktober 2018 eine anfechtbare Verfügung verlangte (AB 6). Mit Verfügung vom 22. November 2018 (AB 7) verneinte die Helsana ihre Leistungspflicht für die Aufenthaltskosten des Versicherten vom 1. bis 13. Oktober 2018 in der Klinik C. _____ AG in ..., da die medizinischen Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation nicht ausgewiesen und die erforderliche Spitalbedürftigkeit nicht gegeben seien. Die stationäre Rehabilitation erfülle die Wirtschaftlichkeit im Sinne des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) nicht. Dagegen erhob der Versicherte am 27. November 2018 (AB 8) Einsprache. Mit Eingabe vom 1. Februar 2019 führte er Rechtsverzögerungs- und Rechtsverweigerungsbeschwerde gegen die Helsana beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, welches diese mit Urteil vom 23. April 2019, KV/2019/98, abwies. Mit Entscheid vom 2. Mai 2019 (AB 11) wies die Helsana die Einsprache ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 7. Mai 2019 Beschwerde. Er beantragt sinngemäss, in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 2. Mai 2019 sei die Helsana Versicherungen AG zu verpflichten, sämtliche Aufenthaltskosten für die Rehabilitation vom 1. bis 13. Oktober 2018 in der Klinik C. _____ AG in ... zu übernehmen.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2019 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 2. Mai 2019 (AB 11). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht hinsichtlich der Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt zu Recht verneint hat.

1.3 Bei einer Aufenthaltsdauer von 13 Tagen (1. bis 13. Oktober) ohne medizinische Betreuung und Behandlung liegt der Streitwert offenkundig 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 KVG). Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG; BGE 145 V 116 E. 3.2 S. 119).

2.2 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).

2.3 Nach der Rechtsprechung hat die an sich spitalbedürftige versicherte Person diejenige Heilanstalt oder Spitalabteilung zu wählen, in die sie vom medizinischen Standpunkt aus gehört. Dies folgt aus dem Grundsatz, dass die Kassen unwirtschaftliche Behandlungen grundsätzlich nicht zu übernehmen haben, wozu u.a. unzweckmässige oder unnötige therapeuti-

sche Vorkehren gehören. So hat die Kasse aus der Grundversicherung nicht für Mehrkosten aufzukommen, die sich daraus ergeben, dass die versicherte Person sich in eine für intensive Pflege und Behandlung spezialisierte und damit teure Klinik begibt, obwohl sie einer solchen Betreuung nicht bedarf und ebenso gut in einer einfacher eingerichteten und daher weniger kostspieligen Heilanstalt sachgerecht hätte behandelt werden können (BGE 124 V 362 E. 1b S. 364, 118 V 47 E. 3b S. 53, 171 E. 2e S. 174).

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 (BGE 136 V 395 E. 7.4 S. 407).

Die Wirtschaftlichkeit setzt die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung voraus. Der Leistungserbringer hat sich in seinen Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (vgl. auch Art. 56 Abs. 1 KVG). Die Wirtschaftlichkeit beurteilt sich objektiv und hat vergleichenden Charakter, indem sie eine Rolle spielt, wenn im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Diesfalls ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen. Erlaubt eine der Massnahmen, den verfolgten Zweck erheblich kostengünstiger zu erreichen als dies mit der anderen Massnahme der Fall wäre, hat die versicherte Person keinen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der teureren Massnahme. Demgegenüber kann eine vergleichsweise grössere medizinische Zweckmässigkeit (durch Vorteile in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht wie beispielsweise geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend Nebenwirkungen und Spätfolgen) die Übernahme einer teureren Massnahme rechtfertigen (BGE 145 V 116 E. 3.2.3 S. 120).

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 wel-

che 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).

2.5 Um den Leistungsanspruch beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen und überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig, weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen. Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben liefern (vgl. Art. 57 Abs. 4 ff. KVG).

3.

3.1 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. Mai 2019 (AB 11) verneinte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG mit der Begründung, eine Spitalbedürftigkeit für den Rehabilitationsaufenthalt sei nicht ausgewiesen (S. 6 Ziff. II Ziff. 9 f.). Der Beschwerdeführer hält dem im Wesentlichen entgegen, es könne nicht auf die vertrauensärztliche Beurteilung abgestellt werden, habe der Vertrauensarzt doch nicht die Gesamtsituation berücksichtigt (Beschwerde S. 2 Ziff. 1).

3.2 In medizinischer Hinsicht ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seiner Anmeldung vom 26. September 2018 (AB 3) eine zunehmende Erschöpfungssituation als Caregiver, einen massiven Herpes Zoster (wahrscheinlich als Ausdruck der Stresssituation), rezidivierende Divertikelblutungen sowie eine labile koronare Drei-Gefässerkrankung mit Status nach insgesamt zwölf Stents. Der Beschwerdeführer pflege seine Frau seit über 18 Monaten. Er zeige

Anzeichen einer Erschöpfungsdepression mit Antriebsmangel, Freudlosigkeit sowie vermehrter Infektanfälligkeit, unter anderem den massiven Herpes Zoster. Damit das Gesamtsystem sich wieder stabilisiere, sei eine stationäre Rehabilitation dringend indiziert.

3.2.2 Im Austrittsbericht der Klinik C. _____ vom 15. Oktober 2018 (AB 10 S. 3 f.), in welcher der Beschwerdeführer vom 1. bis 13. Oktober 2018 hospitalisiert war, diagnostizierten die Dres. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und F. _____, Praktische Ärztin, eine aktuell bestehende Belastungssituation bei Erkrankung der Ehefrau, einen massiven Herpes Zoster, rezidivierende Divertikelblutungen sowie eine labile koronare Dreifässerkrankung mit Status nach insgesamt zwölf Stents. Der Patient sei als Begleiter seiner Ehefrau gekommen, die Aufnahme sei zur allgemeinen Rekonvaleszenz und Kräftigung im Rahmen der beschriebenen Krankheiten erfolgt. Die Beschwerden seien tendenziell angemessen rückläufig gewesen und es habe eine deutliche Verbesserung des Wohlbefindens resultiert.

3.2.3 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Beurteilung vom 16. April 2019 (AB 10) fest, im Austrittsbericht vom 15. Oktober 2018 seien keine durchgeführten Therapiemassnahmen erwähnt, sondern einzig, dass die Aufnahme zur allgemeinen Rekonvaleszenz und Kräftigung im Rahmen der beschriebenen Krankheiten erfolgt sei. Auch im hausärztlichen Bericht vom 26. September 2018 (AB 3; E. 3.2.1 hiervor) sei für die gestellten Diagnosen keine Behandlung ersichtlich. Insofern sei die Indikation zur stationären Rehabilitation und damit die Spitalbedürftigkeit aufgrund des Gesundheitszustandes nicht gegeben (Ziff. 1). Es habe zweifellos eine Erschöpfungssituation durch die Erkrankung der Ehefrau bestanden. Ausserhalb einer psychiatrischen Erkrankung erfordere eine solche Belastung keinen Spitalaufenthalt, sondern die Möglichkeit zur Erholung im Rahmen eines Kuraufenthaltes (Ziff. 2). Aus den Unterlagen seien keine ambulanten Behandlungen ersichtlich, weder für eine postulierte Erschöpfungsdepression noch für eine Zosterinfektion, noch bezüglich einer labilen Situation mit der Herzkrankheit. Die Behandlung der gesundheitlichen Probleme hätte

ambulant durch den Hausarzt oder durch Spezialärzte erfolgen können. Eine Exazerbation derselben hätte die Einweisung in ein Akutspital erfordert und nicht in eine Rehabilitationsklinik (Ziff. 3). Der Gesundheitszustand der versicherten Person habe aufgrund der Diagnosen, der Nebendiagnosen, des nötigen Pflegeaufwands und des benötigten Therapieaufwands keine Spitalbedürftigkeit vom 1. bis 13. Oktober 2018 begründet (Ziff. 4).

3.3 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).

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).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren abweisenden Einspracheentscheid (AB 11) auf die vertrauensärztliche Beurteilung vom 16. April 2019 (AB 10; E. 3.2.3 hiervor). Zusammengefasst hielt der Vertrauensarzt fest, für die zweifellos vorliegenden Diagnosen sei aus den Unterlagen keine Behandlung ersichtlich, weshalb die Indikation zur stationären Rehabilitation und damit die Spitalbedürftigkeit aufgrund des Gesundheitszustandes nicht gegeben sei. Er begründet seine Einschätzung einleuchtend und schlüssig anhand der Diagnosen sowie unter Berücksichtigung des

hausärztlichen Berichts (AB 3; E. 2.3.1 hiervor) sowie des Austrittsberichts der Klinik C. _____ (AB 10 S. 3; E. 3.2.2) und damit in Kenntnis der Vorakten resp. der Gesamtsituation des Beschwerdeführers und dessen Ehefrau (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. 1). Die Einschätzung ist nachvollziehbar begründet und überzeugt, weshalb darauf abzustellen ist. Für den Beschwerdeführer war einzig eine Erholung von seiner Erschöpfung angezeigt, zu welcher es durch die Pflege und Betreuung der erkrankten Ehefrau gekommen war. Indessen wurde er weder medikamentös behandelt noch benötigte er sonstige pflegerische Therapien oder Massnahmen. Dass solches indiziert gewesen wäre, kann denn auch dem hausärztlichen Bericht vom 26. September 2018 (AB 3, E. 3.2.1 hiervor) nicht entnommen werden. Vielmehr erfolgte der Aufenthalt in der Rehaklinik B. _____ als Begleitung der Ehefrau sowie zur allgemeinen Rekonvaleszenz und Kräftigung aufgrund der bestehenden Belastungssituation (vgl. AB 10 S. 3). Eine stationäre Behandlung resp. Rehabilitation war somit nicht erforderlich (vgl. E. 2.2 hiervor) und entsprach damit auch nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 32 Abs. 1 KVG (E. 2.4 hiervor).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe seinen Gesundheitszustand und seine Belastung durch die Pflege seiner Frau nicht in den Einspracheentscheid einbezogen und nicht auf den Hausarzt abgestellt (Beschwerde S. 2 f. Ziff. 2 f.), liegt er nach dem Gesagten falsch. Es ist zwar durchaus verständlich und nachvollziehbar, wenn der Beschwerdeführer durch die über Monate anhaltende Betreuung seiner Ehefrau sehr belastet und erschöpft war, indessen ergibt sich allein daraus kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Krankenversicherung.

3.5 Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist 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 Verfahrensausgang hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG)

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance (samt Eingaben des Beschwerdeführers vom 20. Mai, 2. August, 7. und 10. Oktober 2019 zur Kenntnisnahme)
 - 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.

Hinweis: Bezüglich einer allfälligen Verlängerung der oben erwähnten Frist siehe auch die Verordnung des Schweizerischen Bundesrats vom 20. März 2020 über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19 [SR 173.110.4]).