

200 22 586 KV
SCI/SVE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 23. März 2023

Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Philos Krankenversicherung AG
Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 31. August 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war im Jahr 2021 bei der Philos Krankenversicherung AG (Philos bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert (Akten der Philos, Antwortbeilage [AB] 3). Am 7. April 2021 (vgl. AB 4) reichte die Versicherte der Philos Kopien von Rechnungen für medizinische Behandlungen ein, die zwischen dem 12. Januar und 15. Februar 2021 (vgl. AB 6) in ... durchgeführt worden sein sollen, und ersuchte um Rückerstattung dieser Behandlungskosten. Mit Schreiben vom 21. April 2021 (AB 5) stellte die Philos der Versicherten einen medizinischen Fragebogen zu, um genauere Angaben zu diesen Behandlungen zu erhalten, und verlangte ergänzende Unterlagen, woraufhin die Versicherte am 22. April 2021 den ausgefüllten Fragebogen sowie weitere Unterlagen einreichte (AB 6). Nachdem die Philos die Versicherte am 28. April 2021 um zusätzliche Informationen ersucht hatte (AB 7), reichte diese am 4. Mai 2021 erneut ein Schreiben ein (AB 8). Daraufhin tätigte die Philos weitere Abklärungen und beauftragte insbesondere ihren Assistance-Partner im Ausland mit der Überprüfung der Tarife und des Notfalls (AB 10, 21 f.). Mit Verfügung vom 21. September 2021 (AB 12) verneinte sie ihre Leistungspflicht. Nachdem die Versicherte dagegen Einsprache (AB 13) erhob und einen Bericht vom 13. Juli 2022 ihres behandelnden Hausarztes in der Schweiz eingereicht hatte (AB 18), lehnte die Beschwerdegegnerin auch mit Entscheid vom 31. August 2022 (AB 20) die Übernahme der Kosten im Betrag von Fr. 4'545.65 ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 28. September 2022 Beschwerde und beantragte sinngemäss, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides seien ihr die in ... entstandenen Behandlungskosten im Betrag von Fr. 4'545.65 durch die Philos zurückzuerstatten.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Januar 2023 wurde die Beschwerdegegnerin aufgefordert, den im Mail vom 20. Mai 2021 integrierten Bericht der Abklärung vor Ort im Original bzw. in einer vollständigen Fassung inkl. die dort erwähnte „reportage photos“ einzureichen. Der Beschwerdeführerin wurde Gelegenheit geboten, allfällige zusätzliche Unterlagen einzureichen.

Aufforderungsgemäss reichte die Beschwerdegegnerin am 19. Januar 2023 die verlangten Unterlagen ein. Am 27. Januar 2023 ging beim Gericht eine Eingabe der Beschwerdeführerin ein.

Die Parteien verzichteten auf die Möglichkeit, Schlussbemerkungen einzureichen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 31. Januar 2023).

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

kantonales Gesetz 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 31. August 2022 (AB 20). Streitig und zu prüfen ist die Rückerstattung von Krankheitskosten im Betrag von Fr. 4'545.65.

1.3 Mit Blick auf den Betrag von Fr. 4'545.65 (vgl. AB 20) liegt der Streitwert 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

2.1.1 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; BGE 145 V 116 E. 3.2 S. 119).

2.1.2 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten übernehmen als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25 - 33 KVG. Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat jedoch vorsehen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch Kosten von Leistungen nach den Art. 25 Abs. 2 und Art. 29 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen für in der Schweiz wohnhaft Versicherte im Ausland erbracht werden. Gestützt auf diese Delegationsnorm hat der Bundesrat Art. 36 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) erlassen. Gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen, die in Not-

fällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

2.2 Gemäss Art. 42 Abs. 1 KVG schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung, soweit die Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart haben. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des „Tiers garant“). Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des „Tiers payant“; Art. 42 Abs. 2 KVG).

Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des „Tiers payant“ erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Bei stationärer Behandlung weist das Spital die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile je gesondert aus (Art. 42 Abs. 3 KVG).

Die Leistungserbringer haben gemäss Art. 42 Abs. 3^{bis} KVG auf der Rechnung nach Abs. 3 die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen in den jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassungen codiert aufzuführen. Dies bedeutet, dass sie gemäss Art. 59 Abs. 1 KVV in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen haben, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 42 Abs. 3 und 3^{bis} KVG notwendig sind, unter anderem insbesondere Kalendarium der Behandlung (lit. a), erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht (lit. b) sowie Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des Tarifs notwendig sind (lit. c).

2.3

2.3.1 Der Untersuchungsgrundsatz gehört zu den allgemeinen Grundsätzen des Sozialversicherungsprozesses. Danach hat das Gericht von Amtes

wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien für die richtige und vollständige Abklärung und Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 122 V 157 E. 1a S. 158).

2.3.2 Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, durch die Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 222; SVR 2022 ALV Nr. 27 S. 98 E. 5.1). Für eine anspruchsbegründende Tatsache liegt die objektive Beweislast bei der leistungsansprechenden Person (BGE 121 V 204 E. 6a S. 208).

2.3.3 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin beantragt die Rückerstattung der aufgrund einer angeblich in ... stattgefundenen Behandlung entstandenen Kosten im Betrag von Fr. 4'545.65 von der Beschwerdegegnerin als obligatorische Krankenpflegeversicherung.

3.1.1 In der Schweiz hat der Leistungserbringer dem Schuldner eine verständliche Rechnung zuzustellen. Mittels Angabe des Kalendariums, der erbrachten Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht, sowie der Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des Tarifs notwendig sind (Art. 59 Abs. 1 KVV), wird eine korrekte Abrechnung garantiert (vgl. E. 2.2 hiervor). Auch Leistungsabrechnungen aus dem Ausland – wie im vorliegend zu beurteilenden Fall – haben die Krankenversicherungen einlässlich zu prüfen, wobei eine automatisierte Prüfung mangels Kompatibilität des schweizerischen und ausländischen Krankenversicherungssystems jeweils nicht möglich ist. Umso mehr müssen die leistungsauslösenden Tatsachen, namentlich das Vorliegen eines medizinischen Notfalls, Art und Umfang der durchgeführten Behandlungen sowie die relevanten Daten zu den involvierten Leistungserbringern enthalten sein. Das blosses Behaupten oder Glaubhaftmachen genügt auch in solchen Fällen nicht (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. August 2016, 9C_721/2015, E. 3.2 und 4.3; GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 34 N. 12). Dabei besteht eine weitgehende Mitwirkungspflicht der versicherten Personen bei der Beschaffung entscheidungsnotwendiger Daten, wobei an den Beweiswert dieser eingereichten Unterlagen hohe Anforderungen zu stellen sind (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 29. August 2006, K222/05, E. 4.2; EUGSTER, a.a.O., Art. 34 N. 12).

3.1.2 Die Beschwerdeführerin hat aufgrund der ihr obliegenden Mitwirkungspflicht die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen (vgl. E. 2.3.1 hiervor). Dies ist nicht geschehen. Die von der Beschwerdeführerin eingereichten Unterlagen beweisen keinen Rückerstattungsanspruch. Die Beschwerdegegnerin forderte die Beschwerdeführerin mehrfach auf, hinreichende Belege einzureichen (vgl. AB 5, 7, 17). Obwohl die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin jeweils mitgeteilt hatte, dass die eingereichten Unterlagen für die Beur-

teilung des Leistungsanspruchs nicht genügen, reichte die Beschwerdeführerin – wie auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren (vgl. etwa prozessleitende Verfügung vom 5. Januar 2023) – die notwendigen Belege nicht ein. Die durch die Beschwerdeführerin eingereichten (angeblichen) Leistungsabrechnungen genügen den in der Schweiz geltenden Anforderungen (vgl. E. 2.2 hiervor) offensichtlich nicht: Die eingereichten Unterlagen erlauben keine Beurteilung der angeblich in ... stattgefundenen Behandlung. So fehlen nachvollziehbare Befunderhebungen, Diagnosen oder Behandlungsberichte. Es lässt sich nicht belegen, dass die behaupteten, jedoch ungenügend dokumentierten Behandlungen in ... überhaupt stattgefunden haben. Die durch die Beschwerdegegnerin veranlasste Abklärung vor Ort lässt die geltend gemachte Behandlung gar als unwahrscheinlich erscheinen. Ebenso kann die Beschwerdeführerin nichts aus dem Bericht ihres Hausarztes Dr. med. B. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 13. Juli 2022 (AB 18) ableiten, enthält dieser doch einzig Informationen über eine am 23. März 2021, d.h. nach der Rückkehr stattgefundenen telefonische Konsultation im Zusammenhang mit geltend gemachten Covid-Symptomen, nicht aber über die angeblich in ... stattgefundenen Behandlung. Die Beschwerdeführerin hat die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. E. 2.3.2 hiervor).

3.1.3 Überdies sind die Angaben der Beschwerdeführerin in Bezug auf die angebliche Behandlung in ... nicht widerspruchsfrei, womit umso mehr Zweifel an einer solchen bestehen. Selbst wenn – wie die Beschwerdeführerin geltend macht (vgl. Beschwerde S. 3, Eingabe vom 25. Januar 2023 S. 2) – der medizinische Standard in ... nicht mit dem hiesigen Standard vergleichbar ist, erscheint mit Blick darauf, dass sich die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben in privatärztliche Behandlung begeben haben soll, nicht nachvollziehbar, dass die angeblich behandelnden Ärzte zu keinem Zeitpunkt einen auch nur minimalen Befundbericht mit entsprechender Diagnose oder anderweitige medizinische Dokumente – abgesehen von Rechnungen ohne Aussagekraft – erstellt haben.

Weiter gab die Beschwerdeführerin an, vom 7. Januar bis zum 21. März 2021 in ... gewesen zu sein, wobei die Behandlung vom 12. Januar bis zum 15. Februar 2021 und die Hospitalisation vom 14. Januar bis zum

14. Februar 2021 gedauert habe (AB 6), wohingegen sie im Schreiben vom 4. Mai 2021 (AB 8) ausführte, nach einer Einladung Halsschmerzen und danach Bauchschmerzen verspürt zu haben, ins nächste Gesundheitszentrum transportiert worden zu sein, in welchem sie nach mehreren Untersuchungen direkt hospitalisiert worden sei. Nicht in diese Darstellung des Ablaufs passt demgegenüber der Befundbericht eines Labors, welcher bereits auf den 9. Januar 2021 (AB 4) datiert und auch in keinem Zusammenhang mit der angeblich bei der Einreise nach ... bereits bestehenden Covid-19-Erkrankung stehen kann. Diesem Bericht lässt sich nicht entnehmen, wann, wo und weshalb die Abklärung erfolgte.

Was schliesslich den Geldfluss hinsichtlich der Behandlungskosten angeht, kommt diesem zwar keine entscheidende Bedeutung zu, da selbst ein solcher nicht belegen könnte, dass tatsächlich ärztliche Behandlungen erfolgt sind. Allerdings sind auch diesbezüglich inkonsistente Angaben vorhanden. So machte die Beschwerdeführerin zunächst geltend, das Geld vor Ort selbst aufgebracht zu haben (AB 6; Feriengeld [AB 8]) und sich das Geld anschliessend von Familie und Bekannten geliehen zu haben (AB 8). Später brachte sie vor, das Geld in der Schweiz geborgt und per Money-Transfer nach ... versandt zu haben (AB 13). In der Stellungnahme vom 25. Januar 2023 führte sie demgegenüber aus, alles in bar abgewickelt zu haben (S. 2). Sollte tatsächlich ein Geld-Transfer von der Schweiz nach ... stattgefunden haben, müssten dafür mit Blick auf die in der Schweiz geltenden strengen Vorschriften zur Vermeidung von Geldwäscherei Belege vorhanden sein und von der Beschwerdeführerin eingereicht werden können. Solche formellen Geldtransfers hätten denn auch in ... nicht zum Erhalt des Betrages ohne Quittierung geführt. Es ist damit nicht bewiesen, dass die Beschwerdeführerin in der Schweiz oder anderswo Geld ausgeliehen hat, um die angeblichen Rechnungen zu bezahlen.

3.2 Mangels die Behandlung dokumentierender Belege und mit Blick auf die inkonsistenten Ausführungen der Beschwerdeführerin ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.3.3 hiervor) erstellt, dass eine Behandlung stattgefunden hat. Umso weniger lässt sich ein Rückerstattungsanspruch berechnen. Mithin besteht kein Anspruch auf eine Ver-

gütung der angeblichen Behandlungskosten. Die Beschwerdegegnerin hat die Kostenübernahme zu Recht verweigert.

Ob die Beschwerdegegnerin angesichts der fehlenden Unterlagen und erheblichen Inkonsistenzen überhaupt ergänzend vor Ort hätte Abklärungen (vgl. hierzu AB 10, 21 f.) vornehmen müssen, braucht nicht abschliessend beurteilt zu werden. Diese Abklärungen bestätigten aber mit Deutlichkeit das Ergebnis der Würdigung der von der Beschwerdeführerin aufgelegten Unterlagen. Die Beschwerdeführerin bestreitet zwar das konsistente, einlässlich dargelegte und nachvollziehbare Ergebnis der Abklärung vor Ort (Beschwerde S. 3 f.), ohne jedoch – wie bereits aufgezeigt – auch nur ansatzweise Unterlagen einzureichen, welche die Richtigkeit und Beweiskraft in Frage stellen, noch die Inkonsistenzen in ihrer Darlegung aufheben könnten.

4.

Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. August 2022 (AB 20) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind grundsätzlich keine Verfahrenskosten zu erheben. Einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, kann das Gericht jedoch Gerichtskosten auferlegen (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

Leichtsinnige oder mutwillige Prozessführung kann vorliegen, wenn die Partei ihre Stellungnahme auf einen Sachverhalt abstützt, von dem sie weiss oder bei der ihr zumutbaren Sorgfalt wissen müsste, dass er unrichtig ist. Mutwillige Prozessführung kann auch etwa angenommen werden, wenn eine Partei eine ihr in dieser Eigenschaft obliegende Pflicht (z.B. Mitwirkungs-, Unterlassungspflicht) verletzt oder wenn sie noch vor der Re-

kursbehörde an einer offensichtlich gesetzwidrigen Auffassung festhält (BGE 124 V 285 E. 4b S. 288, 112 V 333 E. 5a S. 334; SVR 2007 IV Nr. 19 S. 69 E. 2.2).

Die Beschwerdeführerin ist ihren Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen. Obwohl sie mehrfach dazu aufgefordert worden war (vgl. AB 5, 7, 17, prozessleitende Verfügung vom 5. Januar 2023 [in den Gerichtsakten]), reichte sie die zur Beurteilung der Behandlungskosten erforderlichen Unterlagen weder zu Händen der Beschwerdegegnerin noch zu Händen des Verwaltungsgerichts ein. Vielmehr führte sie aus, diese existierten nicht bzw. gingen aus den bereits bei der Beschwerdegegnerin eingereichten Dokumenten hervor (vgl. AB 8, 13, 18, Beschwerde S. 4). Wie dargelegt trifft dies jedoch offensichtlich nicht zu. Einzig die Beschwerdeführerin wäre in der Lage gewesen, Belege für die Richtigkeit ihrer Behauptungen einzureichen. Dies hat sie nicht getan und ihre Darstellungen sind nicht unbewiesen, sondern gar unglaubwürdig. Es ist denn auch in keiner Weise nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin, sollte tatsächlich wie behauptet eine derart umfangreiche Behandlung notwendig geworden sein, alle Vorkehrungen unterlassen hat, um einen sich daraus ergebenden Rückerstattungsanspruch hinreichend abzusichern und zu dokumentieren. Weder meldete sie sich rechtzeitig bei der Beschwerdegegnerin als obligatorische Krankenpflegeversicherung, um Anweisungen zur Dokumentation zu erhalten, was auch aus ... (via E-Mail oder Telefon) zweifellos jederzeit möglich gewesen wäre. Dies umso mehr, als die angebliche stationäre Behandlung einen Monat gedauert haben soll (vgl. AB 6). Noch erscheint auch für ein ... Land kaum nachvollziehbar, dass ausgebildete Ärzte nicht zumindest einen minimalen Befundbericht mit Diagnose erstellen bzw. ein solcher von ihnen verlangt werden könnte. Dies umso mehr in Fällen wie dem vorliegenden, in welchem umfangreiche privatärztliche Behandlungen erfolgt sein sollen. Das Verhalten der Beschwerdeführerin stellt mithin vor dem Hintergrund umfassender Abklärungen (vgl. AB 10, 21 f.) sowie eines einlässlichen Einspracheentscheides der Beschwerdegegnerin (AB 20) und mit Blick auf den Umstand, dass die Beschwerdeführerin auch nicht ansatzweise massgebliche, ihren Standpunkt beweisende Dokumente eingereicht hat, demgegenüber aber eine offensichtlich aussichtslose Beschwer-

de einreichte, eine mutwillige Prozessführung dar. Folglich sind ihr die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- aufzuerlegen.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein 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. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Philos Krankenversicherung AG
 - 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.