



Fall-Nr.: KV 2012/19
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 14.06.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 14.06.2013

Art. 34 KVG und Art. 36 Abs. 2 KVV: Territorialitätsprinzip. Verneinung einer Pflichtleistung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Bezug auf von einem Arzt im Ausland durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juni 2013, KV 2012/19).

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 14. Juni 2013

in Sachen

A.____,

Rekurrentin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. August W. Stolz, Neugasse 7, 9620 Lichtensteig,

gegen

avanex Versicherungen AG Recht, Postfach, 8081 Zürich Helsana,

Vorinstanz,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.____ ist bei der Avanex Versicherungen AG (nachfolgend: Avanex) obligatorisch krankpflegeversichert (act. G 3.1). Mittels des Meldeformulars "Erhebung über Erkrankungen oder Unfälle während eines Auslandsaufenthalts" informierte die Versicherte die Avanex am 27. Dezember 2011, dass sie am 5. Oktober 2011 während eines Auslandsaufenthalts in B.____ erkrankt sei. Sie habe unter Erbrechen, Fieber und Schmerzen am ganzen Körper gelitten und habe sich bei Dr. med. C.____, in Behandlung begeben. Vor dem Auslandsaufenthalt sei sie wegen Hüftschmerzen bei Dr. med. D.____ in Behandlung gewesen (act. G 3.4). Die Versicherte legte dem Meldeformular eine Rechnung von Dr. C.____ vom 28. Oktober 2011, lautend auf einen Gesamtbetrag von € 2'886.49 (ärztliche Konsultationen und Laboruntersuchungen vom 5. bis 28. Oktober 2011, verschiedene Medikamente, Physiotherapie), sowie einen Bericht von Dr. C.____ betreffend Untersuchungen und Behandlungen vom 5. und 18. Oktober 2011 bei. Ein ebenfalls eingereichter Bericht vom 28. Oktober 2011 dokumentiert Laborergebnisse vom 23. und 28. Oktober 2011 (act. G 3.3). Mit Schreiben vom 12. Januar 2012 lehnte die Avanex die Kostenübernahme für die Behandlung der Versicherten bei Dr. C.____ in B.____ mit der Begründung ab, dass der Preis der verrechneten Vancomycin-Ampullen (€ 87.--) nicht dem ortsüblichen Tarif entsprechen würde. Laut Auskunft von Dr. C.____ beziehe er die Ampullen in E.____. Auf Nachfrage in einer Apotheke habe diese bestätigt, dass der ortsübliche Tarif einer Vancomycin-Ampulle bei ca. € 12.-- liege. Bei der Rechnung von Dr. C.____ müsse demzufolge von einer Gefälligkeitsrechnung ausgegangen werden (act. G 3.5). Auf die Mitteilung der Rechtsschutzversicherung der Versicherten, der Assista TCS AG, St. Gallen, vom 11. April 2012, sie sei mit der Leistungsablehnung nicht einverstanden (act. G 3.6), antwortete die Avanex mit Schreiben vom 23. April 2012, sie werde die Sachlage erneut prüfen (act. G 3.7). Mit Schreiben vom 27. August 2012 liess sich der neue Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt Dr. iur. A. W. Stolz, Lichtensteig, zur Leistungsablehnung vernehmen (act. G 3.10) und legte einen Arztbericht von Dr. D.____ vom 21. Mai 2012 (act. G 3.8) sowie einen Bericht des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), Departement Innere Medizin/Rheumatologie/Rehabilitation, vom 13. August 2012 betreffend eine Hospitalisation der Versicherten vom 2. bis 11. August



St.Galler Gerichte

2012 (act. G 3.9) bei. Nachdem die Avanex die Angelegenheit ihrem Vertrauensarzt, Dr. med. F.____, vorgelegt hatte (act. G 3.11), erliess sie am 24. September 2012 eine ablehnende Verfügung. Die Behandlungen bei Dr. C.____ vom 5. bis 28. Oktober 2011 im Betrag von € 2'886.49 würden mangels Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit keine Pflichtleistung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) darstellen (act. G 3.15).

B.

Die gegen diese Verfügung am 15. Oktober 2012 erhobene Einsprache (act. G 3.16), wies die Krankenkasse mit Einspracheentscheid vom 13. November 2012 ab (act. G 3.18).

C.

C.a Mit Eingabe vom 14. Dezember 2012 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter Beschwerde erheben mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 13. November 2012 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die Kosten in Höhe von € 2'886.49 zu vergüten, die ihr während ihres Aufenthalts in B.____ für notwendige medizinische Behandlungen wegen akut aufgetretener gesundheitlicher Beschwerden entstanden seien; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 6. Februar 2013 (act. G 6) und Duplik vom 5. März 2013 bestätigten die Parteien ihre Standpunkte. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin legte zusammen mit der Replik eine Physiotherapieverordnung von Dr. C.____ vor (act. G 6.1).

C.d Auf die weiteren Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:



1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Untersuchungen und Behandlungen der Beschwerdeführerin durch Dr. C.____ in B.____ vom 5. bis 28. Oktober 2011 im Gesamtbetrag von € 2'886.49 zu übernehmen hat.

2.

Art. 25 Abs. 1 KVG bestimmt, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, übernimmt. Art. 25 Abs. 2 KVG enthält einen Katalog von Leistungen, die unter die Übernahmepflicht der Krankenversicherer fallen. Als Pflichtleistung aufgeführt sind unter anderem die von Ärzten oder Ärztinnen ambulant durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Abs. 2 lit. a Ziff. 1) und auch die ärztlich verordneten Arzneimittel (Abs. 2 lit. b). Art. 34 Abs. 1 KVG schreibt vor, dass die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25 bis 33 KVG übernehmen dürfen. Die in Art. 25 bis 31 KVG erwähnten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG).

3.

Laut Angaben der Beschwerdeführerin im Meldeformular "Erhebung über Erkrankungen oder Unfälle während eines Auslandsaufenthalts" vom 27. Dezember 2011 suchte die Beschwerdeführerin am 5. Oktober 2011 Dr. C.____ wegen Erbrechen, Fieber sowie Schmerzen am ganzen Körper, unter anderem an der Hüfte, auf. Am 18. Oktober 2011 folgte eine weitere Konsultation. Ausgewiesen sind sodann zwei Laborbefunde vom 23. und 28. Oktober 2011 (act. G 3.3). Dr. C.____ stellte am 5. Oktober 2011 die Diagnose einer Colicae abdominalis; Inflammatio tracti biliaris gravis mit/bei Cholelithiasis suspecta, Myoma uteri permagna (11 cm), Coxartrosis incipiens lateris daxter, Sy. L-s; Dyscopathia L4-L5; L5-S1, Hypertonio arterialis, Vegetationes (trombus?) pendulans ventrikuli sin. suspecta sowie Vegetationes valvulae tricuspidalis



suspecta und verordnete der Beschwerdeführerin verschiedene Medikamente sowie eine Physiotherapie (act. G 3.3). Mit Einspracheentscheid vom 13. November 2012 (act. G 3.18) lehnte die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme der gesamten Rechnung von Dr. C.____ vom 28. Oktober 2011 in Höhe von € 2'886.49 (act. G 3.3) mit der Begründung ab, hinsichtlich sämtlicher Behandlungen bei Dr. C.____ seien die Voraussetzungen der Kostenübernahme gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG bzw. die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt. In der Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2013 (act. G 3) sowie der Duplik vom 5. März 2013 (act. G 8) hielt sie an ihrer Argumentation fest. Bezüglich der Physiotherapie fügte die Beschwerdegegnerin in der Duplik hinzu, dass eine solche Behandlung im Ausland nur dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werde, wenn es sich um eine notwendige medizinische bzw. notfallmässige Behandlung handle. Eine solche Situation habe bei der Beschwerdeführerin nicht vorgelegen. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, war die Beschwerdegegnerin unter diesem Gesichtspunkt berechtigt, die Übernahme der gesamten streitigen Untersuchungs- und Behandlungskosten bei Dr. C.____ von € 2'886.49 abzulehnen.

4.

Für das KVG gilt das Territorialitätsprinzip, d.h. die Versicherer müssen nur die Kosten jener Leistungen übernehmen, die in der Schweiz erbracht werden. Für ausserhalb der Schweiz behandelte Leiden bzw. Auslandbehandlungen haben die Krankenkassen keine Leistungen zu erbringen, und dies selbst dann nicht, wenn die versicherte Person im Ausland krank geworden ist (Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 55; RKUV 1987 Nr. K 741 S. 266). Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip setzt gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 36 KVV den Nachweis voraus, dass ein Notfall vorliegt (Art. 36 Abs. 2 KVV) oder die - vom allgemeinen Leistungskatalog gemäss Art. 25 Abs. 2 KVG erfasste - medizinische Behandlung in der Schweiz nicht erbracht werden kann (Art. 36 Abs. 1 KVV). Ausnahmen vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 1 KVV gilt es in Bezug auf den vorliegenden Fall zu verneinen. Offenkundig ist und als unbestritten hat zu gelten, dass die von der Beschwerdeführerin im Ausland durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen auch in der Schweiz hätten



erbracht werden können. Zu prüfen ist hingegen, ob die fraglichen Untersuchungen und Behandlungen aufgrund einer Notfallsituation erfolgt sind.

5.

5.1 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 Zweck dieser Behandlung ins Ausland begeben (Art. 36 Abs. 2 3. Satz KVV). Der Notfall umfasst damit zwei Komponenten: die Unaufschiebbarkeit medizinischer Hilfe sowie die Unmöglichkeit oder Unangemessenheit der Rückkehr in die Schweiz (vgl. dazu RKUV 2002 Nr. KV 231 S. 475 [K 128/01]; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Hrsg. Ulrich Meyer, 2. Aufl. Basel 2007, S. 560 Rz 477). Als Notfälle gelten beispielsweise Gesundheitssituationen mit drohender Lebensgefahr oder der Gefahr bleibender Krankheitsfolgen. Der Begründung des Einspracheentscheids sowie den Ausführungen in der Beschwerdeantwort und der Duplik ist, wie bereits erwähnt, nicht zu entnehmen, inwiefern die Beschwerdegegnerin den Notfallcharakter der von Dr. C.____ durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen - insbesondere der verordneten Medikamente - in Frage stellt. Auch die Beurteilung von Dr. F.____ vom 3. September 2012 (act. G 3.11) enthält dazu keine Ausführungen.

5.2 Laut medizinischen Akten (act. G 3.8, G 3.11; vgl. dazu nachfolgende Erwägung 5.4) litt die Beschwerdeführerin zwar vor ihrem Aufenthalt in B.____ immer wieder unter Bauchschmerzen und Durchfall sowie altbekannt unter einem rheumatologischen Leiden, doch darf davon ausgegangen werden, dass sie sich nicht zum Zwecke der Behandlung ins Ausland begeben hat, sondern dass bei ihr während des Aufenthalts zum Besuch der erkrankten Mutter erneut akute, behandlungsbedürftige Beschwerden - Erbrechen, Fieber sowie Schmerzen am ganzen Körper, unter anderem an der Hüfte - auftraten, die Anlass zur Konsultation vom 5. Oktober 2011 bei Dr. C.____ bildeten. Fest steht damit, dass der Bedarf einer medizinischen Behandlung bei der Beschwerdeführerin während ihres vorübergehenden Aufenthalts in B.____ aufgetreten ist. Dr. C.____ stellte anlässlich der Konsultation am 5. Oktober 2011 die in Erwägung 3 angeführten Diagnosen. Es ist nachvollziehbar, dass sich die Beschwerdeführerin beim



Auftreten der obgenannten Beschwerden für eine erste Untersuchung und eventuelle Verschreibung eines Medikaments an einen Arzt vor Ort gewendet hat.

5.3 Zu prüfen bleibt mithin, ob im Hinblick auf die erforderliche Behandlung eine Rückreise in die Schweiz angemessen gewesen wäre. Die Angemessenheit der Rückreise beurteilt sich nach den gesamten Umständen des einzelnen Falls (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2011, 9C_1009/2010, E. 2.3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 23. August 2002, K 7/02, E. 4). Dazu gehören die medizinische Zumutbarkeit der Rückreise, die Kosten der Rückreise im Verhältnis zu den Behandlungskosten, aber auch die Prüfung, ob die Behandlung in der Schweiz möglich gewesen wäre oder ob die Rückkehr eine Verzögerung der Behandlung und dadurch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich gezogen hätte (SVR 2010 KV Nr. 18 [9C_35/2010] S. 70 E. 3; Urteil des EVG vom 8. April 2005, K 69/04, E. 2).

5.4 Die Angemessenheit der Rückreise beurteilt sich zunächst nach den in B.____ aufgetretenen gesundheitlichen Störungen der Beschwerdeführerin sowie ihrer Anamnese. Die von Dr. C.____ am 5. Oktober 2011 gestellten Begleitdiagnosen Cholelithiasis, Vegetationes (trombus?) pendulans ventrikuli sin. sowie Vegetationes valvulae tricuspidalis enthalten den Zusatz "suspecta", womit ausgedrückt wird, dass es sich bei den fraglichen Krankheiten lediglich um Annahmen bzw. Verdachtsdiagnosen handelt. Die entsprechenden diagnostischen Untersuchungen, konkret die Herz- und Abdomenuntersuchungen - Elektrokardiogramm (EKG), Echokardiographie sowie Sonographie des Abdomens - zeigten normale Befunde. Auch die verschiedenen Laborwerte wurden von Dr. C.____ als normal bezeichnet und zeigten offensichtlich insbesondere keine erhöhten Entzündungswerte. Laut dem Kurzaustrittsbericht vom 10. Februar 2009 war die Beschwerdeführerin bereits vom 7. bis 10. Februar 2009 im Spital G.____ hospitalisiert, wo unter anderem die Diagnose hypertensive Herzkrankheit sowie unklare postprandiale Bauchschmerzen gestellt wurden. Aufgrund der Echokardiographie wurde eine beginnende hypertensive Kardiopathie mit diastolischer Relaxationsstörung festgehalten und die Gastroskopie zeigte einen Normalbefund. Die Beschwerdeführerin wurde mit einem blutverdünnenden Medikament, Medikamenten gegen Bluthochdruck sowie einem Magenmedikament behandelt (act. G 1.4). Auch dem Arztbericht von Dr. D.____ vom 25.



Mai 2012 (act. G 3.8) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vor dem Aufenthalt in B.____ immer wieder unter Bauchschmerzen und Durchfall litt. Als Diagnose führte Dr. D.____ zunächst ein Colon irritabile (Januar 2011) als Verdachtsdiagnose auf und hielt fest, dass die Beschwerdeführerin wegen der Bauchschmerzen und dem Durchfall bereits zweimal (Dezember 2010 und Juli 2011) bei Dr. H.____ Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, abgeklärt worden sei. Laut Bericht des KSSG vom 13. August 2012 umfasste diese Abklärung eine Ileokoloskopie/Gastroskopie, eine Sonographie sowie eine Sprue-Serologie, wobei alle Untersuchungsergebnisse ohne Befund blieben (act. G 3.9). Laut Ausführungen von Dr. D.____ wurde die Beschwerdeführerin im Januar 2011 mit Novalgin und Spasmogranulase behandelt (act. G 3.8). Auch nach dem Aufenthalt in B.____ erfolgte am 2. August 2012 eine Hospitalisation im KSSG "bei seit Jahren bestehenden, aktuell wieder exazerbierten Schmerzen im Oberbauch sowie thorakal, im Nacken und LWS-Bereich" (vgl. act. G 3.9). Laut Bericht des KSSG vom 13. August 2012 wurde erneut eine Abdomensonographie veranlasst, welche bis auf eine vorbekannte Steatosis hepatis Grad II und einen Verdacht auf Uterus myomatosus unauffällig ausgefallen sei. Bei bereits erfolgter umfassender Abklärung bei Dr. H.____ habe man den Verdacht auf ein Colon irritabile bzw. funktionelle Beschwerden im Rahmen Dg 1 gestellt und probatorisch Flatulex verabreicht. Die ebenfalls durchgeführte Echokardiographie präsentierte einen konzentrisch hypertrophen linken Ventrikel mit normaler LVEF. Wie bereits im Februar 2009 im Spital G.____ zeigte sich eine diastolische Dysfunktion Grad I (Relaxationsstörung).

5.5 Gestützt auf die Ausführungen in Erwägung 5.4 kann nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen gelten, dass die Beschwerdeführerin vom medizinischen Standpunkt aus reiseunfähig gewesen wäre. Selbst mit Blick auf den Umstand, dass solche, bereits früher bei der Beschwerdeführerin wiederholt aufgetretene gesundheitliche Störungen, in B.____ wieder akut auftraten, kann davon nicht ausgegangen werden. Auch die bei der Erstkonsultation von Dr. C.____ am 5. Oktober 2011 geklagten Beschwerden - Erbrechen, Fieber sowie Schmerzen am ganzen Körper, unter anderem an der Hüfte - lassen keine andere Beurteilung zu. Diese sind zweifelsohne als unangenehm zu bezeichnen, vermögen jedoch erfahrungsgemäss im Regelfall keine Reiseunfähigkeit bzw. die Unzumutbarkeit einer Reise zu verursachen. Dass diese Beurteilung auch im



konkreten Fall zu gelten hat, lässt sich zudem daraus ableiten, dass die Beschwerdeführerin immerhin vom 5. bis 18. Oktober 2011 keine ärztliche Behandlung mehr beanspruchen musste. Argumente bezüglich der Kosten der Rückreise wären sodann unbegründet, da angenommen werden kann, dass die Beschwerdeführerin mit dem eigenen Auto unterwegs war, womit die Reisekosten sicher tragbar gewesen wären. Auch eine Rückreise mit dem Bus oder dem Flugzeug hätte maximal einige € 100.-- gekostet. Laut Angaben in der Beschwerde vom 14. Dezember 2012 (act. G 1) sowie im Meldeformular "Erhebung über Erkrankungen oder Unfälle während eines Auslandsaufenthalts" vom 27. Dezember 2011 (act. G 3.4) befand sich die Beschwerdeführerin für einen privaten und zeitlich begrenzten, d.h. einmonatigen Besuch bei ihrer kranken Mutter in B.____. Auch diese Sachlage lässt eine Rückkehr in die Schweiz als angemessen erscheinen. Zwar wäre es durchaus zu respektieren, wenn die Beschwerdeführerin die ganze vorgesehene Zeit unabhängig von ihrer gesundheitlichen Befindlichkeit in B.____ verbringen wollte und daher eine Rückkehr in die Schweiz gar nicht in Erwägung gezogen hat. Eine solche Situation vermag jedoch nicht die Notfallmässigkeit einer Behandlung, wie sie hier zur Diskussion steht, zu begründen. Dass die Beschwerdeführerin - wie von ihrem Rechtsvertreter in der Beschwerde geltend gemacht - mit einem Krankentransport in die Schweiz hätte zurückgebracht werden müssen, lässt sich bei den geltend gemachten Beeinträchtigungen nicht nachvollziehen. Immerhin war es ihr ja auch möglich, vom Ort ihrer Erkrankung 30 km zum nächsten Arzt zu reisen. Es darf sodann - wie bereits festgehalten - ohne weiteres angenommen werden, dass die von Dr. C.____ durchgeführten diagnostischen Untersuchungen, konkret die Herz- und Abdomenuntersuchungen - Elektrokardiogramm (EKG), Echokardiographie sowie Sonographie der Abdomen - sowie die Laboruntersuchungen, aber auch die verordneten Behandlungen in der Schweiz möglich gewesen wären. Dies zumal vor dem Aufenthalt bereits solche Untersuchungen durchgeführt und verschiedene, als medizinisch indiziert erachtete Medikamente verordnet worden sind. Es ist sodann nicht anzunehmen, dass bei den zur Diskussion stehenden Krankheiten die rückreisebedingte Verzögerung der Behandlung eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich gezogen hätte (vgl. Erwägung 5.4). Dies ergibt sich wiederum daraus, dass die Beschwerdeführerin nach der Erstkonsultation am 5. Oktober 2011 während zweier Wochen keiner weiteren ärztlichen Behandlung mehr



bedurfte. Nachdem die Beschwerdeführerin laut medizinischen Akten vor ihrem Aufenthalt in B.____ immer wieder unter Bauchschmerzen und Durchfall sowie altbekannt unter einem rheumatologischen Leiden litt (vgl. dazu act. G 3.8, G 3.11), durfte selbst sie nicht von einem Notfall ausgehen. Ganz abgesehen davon wäre es der Beschwerdeführerin bei ihrer Anamnese ohne weiteres zumutbar gewesen, Medikamente gegen Fieber, Übelkeit und Schmerzen aus der Schweiz mit auf die Reise zu nehmen, welche es ihr ermöglicht hätten, die durch die Rückreise allenfalls entstehende kurze Verzögerung ohne grössere Schwierigkeiten zu bewältigen.

5.6 Insgesamt ist damit festzustellen, dass der Notfallcharakter hinsichtlich der Konsultationen von Dr. C.____ sowie der von ihm durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen zu verneinen ist, womit die dadurch entstandenen Kosten in der Höhe von insgesamt € 2'886.49 nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) keine zu erheben.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.