



Fall-Nr.: KV 2021/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 14.03.2022
Entscheiddatum: 20.10.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 20.10.2021

Art. 24 ff. KVG; Art. 34 und 36 KVV: Gestützt auf die schlüssige Beurteilung von Dr. F.____ und unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es sich bei der im Ausland durchgeführten Operation um keine Notfallbehandlung und auch sonst um keine Pflichtleistung der Krankenpflegeversicherung, sondern um einen ästhetischen Eingriff gehandelt hat. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Oktober 2021, KV 2021/2).

Entscheid vom 20. Oktober 2021

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

KV 2021/2

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, MLaw, Advokatur Glavas AG,
Dorfstrasse 33, 9313 Muolen,



St.Galler Gerichte

gegen

B.___,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen (Auslandbehandlung)

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) gelangte mit Schreiben vom 12. August 2020 an ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung, die B.____ (nachfolgend: B.____). Sie machte geltend, in ihren Ferien in E.____ einen Notfall erlitten zu haben. Bei der Diagnose eines Nabelbruchs habe sie sich am 22. Juli 2020 operieren lassen und zwei Tage im Spital bleiben müssen. Ihrem Schreiben legte sie eine in der Sprache E.____ verfasste Rechnung für Behandlungen im Zeitraum vom 22. bis 24. Juli 2020, einen Abbuchungsbeleg vom 24. Juli 2020 über EUR 600.-- zugunsten der C.____, einen ebenfalls in E.____ischer Sprache ausgefüllten Beleg über EUR 3'400.--, ein weiteres auf E.____isch verfasstes Dokument entsprechend einer Leistungsabrechnung sowie ein als "Medical Certificate" betitelt, nicht unterzeichnetes Zeugnis einer plastischen Chirurgin namens D.____ vom 5. August 2020 bei (vgl. act. G 3.1-1.1). Am 28. August 2020 reichte die Versicherte der B.____ eine Cornèrcard-Abrechnung ein, auf welcher eine Abbuchung vom 24. Juli 2020 zugunsten der C.____, E.____, über Fr. 668.75 ersichtlich war, sowie eine Abrechnung der Cembra MoneyBank mit einer am 28. bzw. 29. Juli 2020 verbuchten Belastung in der Höhe von Fr. 3'828.02 zugunsten von D.____ (vgl. act. G 3.1-1.1).

A.b. In einem Fragebogen der B.____ vom 4. September 2020 gab die Versicherte an, sich vom 10. Juli bis 8. August 2020 ferienhalber in E.____ aufgehalten zu haben und dabei eine Brucheinklemmung erlitten zu haben, wegen der sie sich bei Dr. D.____ in Behandlung begeben habe (vgl. act. G 3.1-1.1).



A.c. Nachdem die B.____ von der Versicherten eine entsprechende Vollmacht erhalten hatte (vgl. act. G 3.1-1.2), holte eine Agentur im Auftrag der B.____ vom behandelnden Spital in E.____ medizinische Unterlagen ein und kam am 15. Dezember 2020 zum Schluss, dass gemäss den Patientenakten ausschliesslich eine ästhetische Behandlung durchgeführt worden sei (vgl. act. G 3.1-1.3).

A.d. Mit Verfügung vom 17. Dezember 2020 lehnte die B.____ die Übernahme der Kosten der Auslandsbehandlung ab. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass sie zur Abklärung ihrer Leistungspflicht eine spezialisierte Firma beauftragt habe. Diese sei zum Schluss gekommen, dass aus den Patientenakten keine Hernien-Behandlung, sondern ausschliesslich eine ästhetische Behandlung hervorgehe. Im Operationsbericht von Dr. D.____ sei als Diagnose eine abdominale Lipodystrophie aufgeführt. Ausserdem gehe aus den medizinischen Unterlagen hervor, dass eine Bauchdeckenstraffung vorgenommen worden sei. Folglich habe es sich bei den Behandlungen in E.____ um keine Notfallbehandlungen gehandelt. Da keine Notfallsituation vorgelegen habe, gelte das Territorialitätsprinzip, wonach Behandlungskosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich nur dann übernommen würden, wenn die Behandlung in der Schweiz durchgeführt worden sei (vgl. act. G 3.1-1.4).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 1. Februar 2021 Einsprache. Sie wandte ein, dass es sich bei der Behandlung in E.____ um eine Notfalloperation gehandelt habe. Dem Bericht von Dr. D.____, den sie, die Versicherte, auf Englisch übersetzt habe, sei zu entnehmen, dass sie mit einer Brucheinklemmung in Remission zu Dr. D.____ gegangen sei. Die klinische Untersuchung habe gemäss der Ärztin eine abdominale Lipodystrophie gezeigt. Sie habe Dr. D.____ aufgesucht, da sie starke Schmerzen verspürt habe und die Operation sei auf Anordnung der Ärztin durchgeführt worden. Es habe sich nicht um eine ästhetische Behandlung gehandelt. Eine solche Behandlung könnte nicht in der Mitte der Sommerferien während der Covid-Pandemie durchgeführt werden. Die Notfallbehandlung sei von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen (vgl. act. G 3.1-1-5).



B.b. Mit Einspracheentscheid vom 8. Februar 2021 wies die B.____ die Einsprache der Versicherten vom 1. Februar 2021 ab (vgl. act. G 1.1).

C.

C.a. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 9. März 2021 Beschwerde (vgl. act. G 1). Sie beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Februar 2021 sei aufzuheben und die B.____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die Kosten der Notfallbehandlung in E.____ zu übernehmen. Eventualiter sei die Streitsache zu weiteren Abklärungen (insbesondere einer neutralen Beurteilung) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2). Ihrer Beschwerde legte die Beschwerdeführerin neben dem bereits der Beschwerdegegnerin eingereichten "Medical Certificate" vom 5. August 2020 (vgl. act. G 1.3 und 3.1-1.1; neu zusätzlich in Deutsch eingereicht) einen undatierten Bericht in E.____ischer Sprache sowie zwei undatierte, nicht unterzeichnete als "Übersetzung des ärztlichen Attests von Dr. D.____" bzw. "Translation of the medical certificate by Dr. D.____" bezeichnete Schreiben bei (vgl. act. G 1.4)

C.b. In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei und soweit keine Zugeständnisse enthalten seien (vgl. act. G 3). Zusammen mit der Beschwerdeantwort reichte die Beschwerdegegnerin das Operationsprotokoll der entsprechenden Klinik in E.____, einen Krankenpflegebericht, ein Behandlungsblatt, ein klinisches Behandlungsblatt und ein Blatt mit ärztlichen Anweisungen nach der Operation samt deutscher Übersetzung mit entsprechender Beglaubigung vom 8. April 2021 ein (vgl. act. G 3.1-4.1 ff.). Überdies gab sie eine vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. F.____, Allgemeine Innere Medizin, vom 30. April 2021 zu den Akten (vgl. act. G 3.1-3).

C.c. In ihrer Replik vom 13. September 2021 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich fest und reichte einen E.____ischen Bericht vom 23. August 2021 sowie eine nicht unterzeichnete deutsche Übersetzung ein (vgl. act. G 11.1).



C.d. Mit Schreiben vom 23. September 2021 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren in der Beschwerdeantwort gestellten Anträgen fest und verzichtete auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik (vgl. act. G 13).

Erwägungen

1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die in E.____ im Juli 2020 angefallenen Heilbehandlungskosten zu übernehmen hat.

2.

2.1. Gemäss Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in den Art. 25-31 KVG festgelegten Leistungen nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Im Allgemeinen werden die Kosten namentlich für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, übernommen (vgl. Art. 25 Abs. 1 KVG), wobei sämtliche Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Art. 32 Abs. 1 KVG). Für andere Kosten als diejenigen für die Leistungen nach Art. 25-33 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht aufkommen (Art. 34 Abs. 1 KVG).

2.2. Für Behandlungen im Ausland trägt die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgrund des Territorialitätsprinzips grundsätzlich keine Leistungspflicht, sofern keiner der geregelten Ausnahmetatbestände greift (vgl. Art. 34 KVG i.V.m. Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]; Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juni 2013, KV 2012/19, E. 4, vom 16. Mai 2018, KV 2016/8, E. 2, vom 7. August 2019, KV 2018/5, E. 2.3 f. und vom 12. Mai 2020, KV 2019/20, E. 3.1 f.; je mit Hinweisen). Ein Abweichen vom Territorialitätsprinzip ist namentlich für im Ausland erfolgte Notfallbehandlungen vorgesehen (Art. 36 Abs. 2 KVV). Ein Notfall liegt gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV dann 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 haben.



3.

3.1. Während sich die Beschwerdeführerin darauf beruft, bei der in E. ___ am 22. Juli 2020 durchgeführten Operation habe es sich um eine Notfallbehandlung gehandelt, weshalb die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Operation zu übernehmen und für die mit dieser im Zusammenhang stehenden Heilbehandlungen aufzukommen habe (vgl. act. G 1 und 11), bestreitet die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Notfalls (vgl. act. G 3 und 13). Sie stützt sich dabei insbesondere auf die mittels einer Agentur eingeholten medizinischen Klinikberichte, die sie nach der Beschwerdeanhebung noch auf Deutsch hat übersetzen lassen (vgl. act. G 3-1-4), sowie auf die während des laufenden Beschwerdeverfahrens eingeholte vertrauensärztliche Beurteilung vom 30. April 2021 (act. G 3.1-3).

3.2. Der Beschwerde ans kantonale Versicherungsgericht als ordentlichem Rechtsmittel kommt grundsätzlich Devolutiveffekt zu; die Behandlung der Sache geht also mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde noch weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen. Allerdings wird das Prinzip des Devolutiveffekts durch das Recht des Versicherungsträgers, seine Verfügung bis zur Vernehmlassung in Wiedererwägung zu ziehen (Art. 53 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), eingeschränkt. Hinter dieser Ausnahmeregelung steht der Gedanke der Prozessökonomie im Sinne der Vereinfachung des Verfahrens. Die Verwaltung soll lite pendente auf ihre Verfügung bzw. ihren Einspracheentscheid zurückkommen können, wenn sie oder er sich, allenfalls im Lichte der Vorbringen in der Beschwerde, als unrichtig erweist. Abklärungsmassnahmen der Verwaltung lite pendente sind somit nicht schlechthin ausgeschlossen. Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was noch als zulässiges Verwaltungshandeln bezeichnet werden kann, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung für die Streitsache und die zeitliche Intensität der Abklärungsbedürftigkeit. Punktuelle Abklärungen (wie z.B. das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen) sind nach der Rechtsprechung zugelassen, nicht jedoch eine medizinische Begutachtung oder vergleichbare Beweismassnahmen. Zeitraubende Abklärungen lassen sich nicht mehr mit dem Grundsatz der Prozessökonomie in Einklang bringen (zum Ganzen BGE 136 V 5 E. 2.5 mit Hinweis und 127 V 231 f. E. 2b/aa mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.2.3, und vom 15. Januar 2014, 8C_410/2013, E. 5).



3.3. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin die entscheidrelevante Frage, ob die in E.____ am 22. Juli 2020 durchgeführte Operation eine Notfallbehandlung gewesen ist, bereits im Verwaltungsverfahren abklären lassen, indem sie eine Agentur damit beauftragt hat, die einschlägigen medizinischen Berichte bei der Klinik einzuholen und zu würdigen (vgl. act. G 3.1-1.2 f.). Die Ablehnung der Kostenübernahme hat sie gestützt auf die Einschätzung dieser Agentur vorgenommen (vgl. act. G 3.1-1.4). Im Umstand, dass eine beglaubigte Übersetzung der bereits im Verwaltungsverfahren eingeholten Berichte erst während des laufenden Beschwerdeverfahrens erstellt worden ist (vgl. act. G 3.1-4.6), kann vorliegend keine Verletzung des Devolutiveffekts erblickt werden, zumal es der Beschwerdeführerin offensichtlich möglich gewesen ist, die in E.____ischer Sprache abgefassten medizinischen Berichte zu verstehen (vgl. dazu act. G 3.1-1.5, wonach sie einen Bericht auf Englisch übersetzt habe). Folglich hat sie sich bereits im Verwaltungsverfahren mit den seitens der Beschwerdegegnerin beschafften Beweismitteln auseinandersetzen können. Angesichts der Sprachkenntnisse der Beschwerdeführerin sowie der seitens der Agentur getroffenen Abklärungen ist es nachvollziehbar, dass sich die Beschwerdegegnerin erst im Beschwerdeverfahren zu den Übersetzungen veranlasst gesehen hat, um den Beweismitteln vor Gericht die notwendige Beweiskraft zu verschaffen. Da die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrer Beschwerde ein neues auf E.____isch abgefasstes Dokument und ein als "Übersetzung des ärztlichen Attests von Dr. D.____" bezeichnetes Schreiben eingereicht hat (vgl. act. G 1.4), ist es auch verständlich, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt nach der Beschwerdeanhebung noch einem Vertrauensarzt zur Beurteilung vorgelegt hat (vgl. act. G 3.1-3). Nach dem Gesagten kann der Beschwerdegegnerin nicht vorgeworfen werden, die notwendigen Abklärungen in ein späteres Verfahren verschoben zu haben. Dass sie im Verwaltungsverfahren mit Blick auf den nicht sehr hohen Streitwert ihre Abklärungskosten hat begrenzen wollen, ist vor dem Hintergrund des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes jedenfalls nachvollziehbar. Auch ist die interne versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung ohne Mitwirkung der Beschwerdeführerin erstellt worden und hat keine namhafte Verzögerung des Beschwerdeverfahrens verursacht. Schliesslich hat sich die Beschwerdeführerin in ihrer Replik auch zu der seitens der Beschwerdegegnerin neu eingeholten medizinischen Beurteilung und der Übersetzung äussern können, weshalb ihr rechtliches Gehör gewahrt worden ist. Aus allen diesen Gründen, rechtfertigt es sich, die beglaubigte Übersetzung der bereits im Verwaltungsverfahren eingeholten medizinischen Berichte aus E.____ (vgl. act. G 3.1-1.3 und 3.1-4) sowie die vertrauensärztliche Aktenbeurteilung vom 30. April 2021 (vgl. act. G 3.1-3) zu berücksichtigen und in den materiellen Entscheid einzubeziehen (vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.5, und



15. Januar 2014, 8C_410/2013, E. 5.5; vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. August 2019, UV 2017/108, E. 4).

4.

4.1. Zu prüfen bleibt somit, ob die Beschwerdegegnerin gestützt auf die vorliegenden Unterlagen zu Recht davon ausgegangen ist, dass es sich bei der Operation in E.____ um keine Notfallbehandlung und damit um keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehandelt hat.

4.2. Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht haben aufgrund des im Sozialversicherungsprozess herrschenden Untersuchungsgrundsatzes von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 43 ATSG; BGE 122 V 158 E. 1a). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen). Das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist. Es hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 130 III 324 f. E. 3.2 und 3.3 und 138 V 221 E. 6). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352, E. 3a mit Hinweis; zum Ganzen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Mai 2018, KV 2016/8, E. 2.5 ff.). Um einen medizinischen



Sachverhalt beurteilen zu können, ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (vgl. dazu BGE 125 V 261 E. 4 und 115 V 134 E. 2).

4.3. Um ihre Behauptung, es habe sich um eine Notfalloperation gehandelt, zu belegen, stützt sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf in E.____ischer Sprache eingereichte ärztliche Berichte von Dr. D.____ sowie auf nicht unterzeichnete Übersetzungen (vgl. act. G 1, 1.3 ff., 11 und 11.1). Es ist anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin, die [...] ist (vgl. act. G 3.1-1.1), die Übersetzungen selber vorgenommen hat (vgl. dazu act. G 3.1-1.5) und in diesen, auch wenn sie formell nicht den Kriterien, die an eine beweiskräftige Übersetzung zu stellen sind, entsprechen, den Inhalt der E.____ischen Arztzeugnisse im Wesentlichen korrekt wiedergegeben hat.

4.4. Der übersetzte Inhalt der Arztzeugnisse von Dr. D.____, wonach bei der Beschwerdeführerin eine Hernie notfallmässig behandelt worden sei (vgl. act. G 1.3 f. und 11.1), widerspricht jedoch offensichtlich dem bei der Klinik in E.____ eingeholten Operationsprotokoll, in dem als Diagnosen "Fettschürze (Hängebauch) und Fettsklerose (Bauchfettansammlung)" genannt worden sind. Von einer Hernie oder einem Nabelbruch ist darin nichts zu lesen (vgl. act. G 3.1-4.1). Dazu passend hat Dr. F.____ in seiner vertrauensärztlichen Beurteilung ausgeführt, dass die bei der Klinik eingeholten Unterlagen ein komplett anderes Bild vom Eingriff als die von der Beschwerdeführerin eingereichten Atteste ergäben. Es werde keine Nabelhernienoperation beschrieben. Als Indikation werde vielmehr eine Fettschürze genannt. Sämtliche dokumentierten Eingriffsschritte, Materialien (z.B. Redons) und Verlaufsberichte beschrieben einen ästhetischen Eingriff im Umfang einer Fettabsaugung und Bauchhautstraffung (Abdominalplastik). Wäre eine strangulierte Nabelhernie behandelt worden, hätte diese vorab als Diagnose im Operationsprotokoll genannt werden müssen. Die Prozeduren würden in keiner Art und Weise das Vorgehen bei der Behebung einer Nabelhernie beschreiben. Bei der durchgeführten Operation handle es sich um keine Pflichtleistung der Krankenversicherung und erst recht nicht um einen Notfalleingriff (vgl. act. G 3.1-3). Zum gleichen Ergebnis ist bereits die von der Beschwerdegegnerin beauftragte Agentur gekommen (vgl. act. G 3.1-1.3). Auch wenn nicht auszuschliessen ist, dass Dr. D.____ Hernien operieren darf, wie dies die Beschwerdeführerin in ihrer Replik unter Verweis auf entsprechende Berichte geltend macht (vgl. act. G 11 und 11.1), ist der Umstand, wonach es sich bei ihr um eine plastische Chirurgin handelt, gleichwohl ein weiteres Indiz dafür, dass bei der Beschwerdeführerin am 22. Juli 2020 ein ästhetischer Eingriff durchgeführt worden ist,



zumal die Operation von Nabelhernien gemäss Dr. F.____ grundsätzlich der allgemeinen Chirurgie respektive der Viszeralchirurgie und nicht der plastischen Chirurgie zuzuordnen ist (vgl. act. G 3.1-3). Schliesslich hat sich die Beschwerdeführerin auch stationär in der Klinik aufgehalten, während die Operation einer Nabelhernie laut Dr. F.____ zumeist ambulant durchgeführt wird (vgl. act. G 3.1-3).

4.5. Im Übrigen hat Dr. F.____ in seiner Beurteilung vom 30. April 2021 auf weitere Ungereimtheiten in den von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichten hingewiesen. Er hat ausgeführt, dass die in den Attesten erwähnten Diagnosen und Zusammenhänge keinen medizinischen Sinn ergäben. Eine strangulierte Nabelhernie könne sich gar nicht in einem Remissionsstatus befinden. Wenn eine Nabelhernie umgekehrt, nicht aber stranguliert sei, ergebe sich auch keine Dringlichkeit, sondern es handle sich dann um einen planbaren Eingriff. Wenn eine Nabelhernie stranguliert wäre, könne nicht eine Woche mit der Operation zugewartet werden. Sodann werde in den von der Beschwerdeführerin eingereichten ärztlichen Berichten von einer leichten schmerzhaften Vorwölbung gesprochen, was per se keinen Notfalleingriff erfordere. Eine Lipodystrophie sei eine seltene Erkrankung, die eine multidisziplinäre Diagnose erfordere, sich über einen längeren Zeitraum entwickle und sicherlich keine notfallmässige Intervention erfordere. Beim verwendeten Terminus "ernste Lipodystrophie im Bauch" handle es sich überdies um keinen medizinischen Fachbegriff (vgl. act. G 3.1-3). Widersprüchlich sind schliesslich auch die Angaben zum Auftreten der Schmerzen. Während dem mit der Beschwerde eingereichten undatierten Schreiben zu entnehmen ist, dass die Beschwerdeführerin bereits eine Woche vor dem 21. Juli 2020 an Schmerzen gelitten und ein Spital aufgesucht habe (vgl. act. G 1.4), führt sie in ihrer Beschwerde aus, ab dem 20. Juli 2020 starke Bauchschmerzen verspürt zu haben und am 21. Juli 2020 in ein mit Covid-Patienten überfülltes Spital gegangen zu sein, wo sie schliesslich an eine private Ärztin überwiesen worden sei (vgl. act. G 1 S. 3).

4.6. Zusammenfassend ist gestützt auf die schlüssige Beurteilung von Dr. F.____ und unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass es sich bei der am 22. Juli 2020 in E.____ durchgeführten Operation um keine Notfallbehandlung und auch sonst um keine Pflichtleistung der Krankenpflegeversicherung, sondern um einen ästhetischen Eingriff gehandelt hat. Weitere Abklärungen drängen sich nicht auf, weshalb entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. act. G 1) auch keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes auszumachen ist (vgl. Art. 43 ATSG).



5.

5.1. Zusammenfassend ist die Beschwerde im Sinne der Erwägungen abzuweisen.

5.2. Gerichtskosten sind bei der vorliegenden Leistungsstreitigkeit keine zu erheben (vgl. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Anspruch auf eine Parteientschädigung hat die Beschwerdeführerin bei diesem Verfahrensausgang ebenfalls nicht.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

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