



**Fall-Nr.:** KV 2010/1  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** KV - Krankenversicherung  
**Publikationsdatum:** 24.03.2020  
**Entscheiddatum:** 23.11.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.11.2010**

**Art. 34 Abs. 2 KVG, Art. 36 Abs. 1 und 2 KVV: Prüfung der Frage, ob die obligatorische Krankenpflegeversicherung auf Grund einer kraniomandibulären Dysfunktion für eine in Deutschland durchgeführte stationäre Behandlung aufzukommen hat (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. November 2010, KV 2010/1).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 23. November 2010

in Sachen

D.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Mattias Dolder, Poststrasse 23, 9001 St. Gallen,

gegen

Avantis, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a D.\_\_\_\_ ist bei der Avantis, einem Mitglied der Groupe Mutuel, obligatorisch krankpflegeversichert (act. G 5.1/2). Mit Fax vom 12. August 2009 reichte sie der Avantis eine Rechnung der Klinik X.\_\_\_\_ im Ausland vom 12. August 2009 über € 180.80 ein (act. G 5.1/3), deren Übernahme die Avantis ablehnte. Am 26. August 2009 erhielt die Avantis ein Schreiben von Dr. med. A.\_\_\_\_, Prakt. Arzt FMH, Akupunktur & TCM FMH, Praxis für Komplementärmedizin, in welchem dieser gestützt auf die Diagnose einer kranio-mandibulären Dysfunktion eine Behandlung der Versicherten in besagter Klinik empfahl (act. G 5.1/4). Mit Schreiben vom 27. August 2009 ersuchte der Rechtsvertreter der Versicherten, Dr. iur. Mattias Dolder, St. Gallen, die Krankenkasse um nochmalige Überprüfung der Ablehnung der Kostenübernahme für die Behandlung vom 12. August 2009 und ausserdem um Kostengutsprache für den stationären Aufenthalt der Versicherten in besagter Klinik, wo sie sich seit dem 17. August 2009 befinde. Im beigelegten Schreiben vom 26. August 2009 hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, dass er in der Schweiz keine ähnliche Klinik kenne, welche dieselben Behandlungsansätze habe (act. G 5.1/5). Am 11. September 2009 teilte die Avantis dem Rechtsvertreter mit, dass sie die Übernahme der Behandlungskosten ablehne, weil die Behandlung der Versicherten keine Pflichtleistung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung sei. Zudem figuriere die Klinik X.\_\_\_\_ nicht auf der Therapeutenliste der Schweizer Vereinigung für Naturheilverfahren, und die Therapie X.\_\_\_\_ sei von der Groupe Mutuel nicht anerkannt, weshalb die Kosten auch nicht von der Zusatzversicherung übernommen würden (act. G 5.1/8).

A.b Der Rechtsvertreter der Versicherten ersuchte die Avantis mit Schreiben vom 24. September und 2. Oktober 2009 um Zustellung der erwähnten Therapeutenliste (act. G 5.1/10, 12), weshalb diese ihn mit Schreiben vom 7. Oktober 2009 auf Internetdatenbanken verwies bzw. ihm mit Brief vom 20. Oktober 2009 die betreffenden Internet-Adressen mitteilte (act. G 5.1/11, 5.1/14). Unterdessen hatte der Rechtsvertreter am 15. Oktober 2009 um eine einsprachefähige Verfügung gebeten (act. G 5.1/13).



## St.Galler Gerichte

A.c Mit Schreiben vom 26. Oktober 2009 lehnte die Avantis die Übernahme der Rechnung über € 5'363.45 bzw. Fr. 8'169.90 für die Behandlung vom 21. bis 27. August 2009 ab (act. G 5.1/15). Gleichtags ersuchte der Rechtsvertreter der Versicherten die Avantis erneut schriftlich um Zustellung einer einsprachefähigen Verfügung (act. G 5.1/16).

A.d Mit Verfügung vom 6. November 2009 bestätigte die Avantis ihre Ablehnung der Kostenübernahme für die Behandlung der Versicherten vom 21. bis 27. August 2009 in Deutschland. Zur Begründung führte sie insbesondere an, dass es sich bei der zur Diskussion stehenden Behandlung in Deutschland nicht um einen Notfall, sondern um eine geplante und freiwillige Behandlung im Ausland gehandelt habe, weshalb sie nicht unter die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung falle (act. G 5.1/17).

B.

B.a Die gegen diese Verfügung vom Rechtsvertreter der Versicherten erhobene Einsprache vom 24. November 2009 (act. G 5.1/18) wies die Avantis mit Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2009 ab (act. G 5.1/19).

B.b Mit Stellungnahme vom 3. Februar 2010 beurteilte Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH, Innere Medizin, Vertrauensarzt der Hermes, die Angelegenheit. Er bestätigte, dass eine Behandlung der bei der Versicherten diagnostizierten kranio-mandibulären Dysfunktion in der Schweiz möglich gewesen wäre (act. G 5.1/20).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2009 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter am 5. Januar 2010 Beschwerde erheben mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2009 (und damit auch die Verfügung vom 6. November 2009) sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen. Insbesondere seien die Kosten im Zusammenhang mit den Behandlungen und dem stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik X.\_\_\_\_ vom 12. August sowie vom 17. August bis 2. September 2009 von wenigstens €



5'544.25 bzw. umgerechnet Fr. 8'446.50 durch die Avantis zu übernehmen.

Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung, insbesondere zur Einholung des nachfolgend beantragten Gutachtens, und zur neuen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Einleitend machte der Rechtsvertreter geltend, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2009 auf die Argumente der Einsprache, insbesondere eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 36 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102), nicht eingegangen sei, wodurch sie die Begründungspflicht und damit den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt habe, was unabhängig vom materiellen Verfahrensausgang bei der Kostenverlegung mit zu berücksichtigen sei. Im Weiteren begründete er die Beschwerde damit, dass die obligatorische Krankenversicherung Behandlungen im Ausland nicht nur in Notfällen, sondern auch dann übernehme, wenn in der Schweiz vergleichbare

Behandlungsmöglichkeiten fehlten. Dies sei vorliegend der Fall, was auch von Dr. A.\_\_\_\_ bestätigt worden sei. Sofern das angerufene Gericht nicht auf die Bestätigung von Dr. A.\_\_\_\_ abstellen sollte, hätte es die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese zur Sachverhaltsabklärung ein entsprechendes Gutachten in Auftrag geben könne. Was die Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen in der Klinik X.\_\_\_\_ angehe, so seien diese unbestritten geblieben (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 3. März 2010 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Mit Replik vom 22. März 2010 und Duplik vom 31. Mai 2010 bestätigten die Parteien ihre Standpunkte.

C.d Auf die weiteren Ausführungen und Begründungen in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 In formeller Hinsicht beanstandete der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vorweg eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, weil die Beschwerdegegnerin den



angefochtenen Einspracheentscheid nicht hinreichend begründet und die erhobene Einsprache materiell nicht geprüft habe (vgl. act. G 1.1/6, 1.1/2).

1.2 Einspracheentscheide sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (vgl. Art. 52 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die grundsätzliche Pflicht einer Behörde, ihren Entscheid zu begründen, folgt aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör. Die Verwaltung darf sich nicht damit begnügen, die von der betroffenen Person vorgebrachten Einwendungen zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen; sie hat ihre Überlegungen der betroffenen Person gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den Einwendungen auseinander zu setzen oder zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 180 E. 2b). Eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs kann dann als geheilt gelten, wenn der Betroffene die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 437 E. 3d/aa). Diese Voraussetzung ist im Fall des Versicherungsgerichts erfüllt (vgl. Art. 61 lit. c ATSG und Art. 46 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

1.3 Im angefochtenen Einspracheentscheid übernahm die Beschwerdegegnerin zur Begründung zwar im Wesentlichen das bereits in der angefochtenen Verfügung Gesagte, ergänzte dieses jedoch durch Ausführungen in Bezug auf die Klinik X.\_\_\_\_ sowie zusätzliche Voraussetzungen für die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung. Insbesondere hielt sie fest, dass es sich bei der Klinik X.\_\_\_\_ um eine Privatklinik handle, die gemäss dem Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg als sonstige Einrichtung der medizinischen Rehabilitation eingestuft sei. Da stationäre Rehabilitationen im Ausland und/oder alternative Heilmethoden nicht zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehörten und es sich um eine geplante Behandlung im Ausland gehandelt habe, könnten die Kosten nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Obgleich die Beschwerdegegnerin einen expliziten Verweis auf Art. 36 Abs. 1 KVV unterliess, setzte sie sich durch diese Begründung ausreichend mit dem erhobenen Einwand des Rechtsvertreters



auseinander. Damit erweist sich der Einspracheentscheid als genügend begründet und es liegt keine Verletzung der Begründungspflicht nach Art. 52 Abs. 2 ATSG vor.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin hielt in der Verfügung vom 6. November 2009 lediglich eine Behandlungsdauer der Beschwerdeführerin in der Klinik X.\_\_\_\_ vom 21. bis 27. August 2009 fest und lehnte deren Kostenübernahme ab (act. G 5.1/17). Nachdem der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im Schreiben vom 27. August 2009 und in der Einsprache vom 24. November 2009 jedoch die Übernahme der Behandlungskosten für die ambulante Behandlung vom 12. August 2009 sowie den stationären Aufenthalt vom 17. August bis 2. September 2009 beantragt hatte (act. G 5.1/5 und 5.1/18) und die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2009 in ihren Erwägungen ebenfalls eine Kostentragung für diese gesamten Klinikbehandlungen prüfte, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin sowohl eine Kostenübernahme für die Behandlungen vom 12. August 2009 als auch vom 17. August bis 2. September 2009 abgelehnt hat.

2.2 Materiell streitig ist somit, ob die Beschwerdegegnerin für die Übernahme der Kosten für die Behandlungen und den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik X.\_\_\_\_ vom 12. August und vom 17. August bis 2. September 2009 verpflichtet ist.

3.

3.1 Nach dem für das KVG geltenden Territorialitätsprinzip sind Leistungen grundsätzlich nur dann kassenpflichtig, wenn sie in der Schweiz erbracht werden (BGE 128 V 75 E. 3b). Die Versicherer dürfen gemäss Art. 34 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25 - 33 übernehmen. Der gesetzliche Leistungskatalog ist sowohl verbindlich als auch erschöpfend (BGE 125 V 21 E. 5b), gleichzeitig aber auch begrenzt. Mehrleistungen sind über Zusatzversicherungen (Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG) anzubieten und Kulanzleistungen sowie Ermessensleistungen, wenn nach KVG kein



Ermessensspielraum besteht, untersagt (Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich 2010, N 1 zu Art. 34).

3.2 Gemäss Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG haben sämtliche der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringenden Leistungen den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu genügen. Sind - nach einer vom einzelnen Anwendungsfall losgelösten und retrospektiven allgemeinen Bewertung der mit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme erfahrungsgemäss erzielten Ergebnisse (BGE 123 V 66 E. 4a; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 281 f. E. 2b) - erwiesenermassen mehrere Methoden oder Operationstechniken objektiv geeignet, den Erfolg einer Krankheitsbehandlung herbeizuführen, mit andern Worten wirksam im Sinn von Art. 32 Abs. 1 KVG, ist für die Reihenfolge der Wahl die Zweckmässigkeit der Massnahme von vorrangiger Bedeutung (BGE 127 V 146 E. 52). Ob eine medizinische Behandlung zweckmässig ist, beurteilt sich in der Regel nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken. Die Frage der Zweckmässigkeit ist nach medizinischen Kriterien zu beantworten und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen (BGE 125 V 99 E. 4a3, 119 V 447 E. 3; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 281 ff. E. 2b - d). Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der in der Schweiz von Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen wird gesetzlich vermutet (vgl. Art. 33 Abs. 1 KVG; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 283 f. E. 3).

3.3 Der Bundesrat kann Ausnahmen vom Territorialitätsprinzip vorsehen, wenn medizinisch notwendige Behandlungen im Ausland durchgeführt werden müssen. Dabei kann die Übernahme der Kosten begrenzt werden (Art. 34 Abs. 2 KVG). Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG hat der Bundesrat Art. 36 KVV erlassen. Nach Abs. 2 von Art. 34 KVG i.V.m. Art. 36 Abs. 1 und 2 KVV ist eine entsprechende Leistungspflicht im Ausland nur zu bejahen, wenn entweder ein Notfall vorliegt oder die - vom allgemeinen Leistungskatalog gemäss Art. 25 Abs. 2 und 29 KVG erfasste - medizinische Behandlung in der Schweiz nicht erbracht werden kann. In letzterem Fall schliesst das Fehlen der in Art. 36 Abs. 1 KVV vorgesehenen Liste die Anspruchsberechtigung nicht aus (BGE 128 V 80 E. 4b).



3.3.1 Unbestritten ist, dass es sich bei den in Frage stehenden Behandlungen nicht um einen Notfall im Sinn von Art. 36 Abs. 2 KVV handelte, da die Beschwerdeführerin nicht bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedurfte und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen war, sondern sie sich gerade zum Zweck dieser Behandlung in die besagte, im Ausland liegende Klinik begeben hat.

3.3.2 Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 36 Abs.1 KVV in Verbindung mit Art. 34 Abs. 2 KVG setzt den Nachweis voraus, dass entweder in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit besteht oder aber im Einzelfall eine innerstaatlich praktizierte diagnostische oder therapeutische Massnahme im Vergleich zur auswärtigen Behandlungsalternative für die betroffene Person erheblich höhere, wesentliche Risiken mit sich bringt und damit eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlung in der Schweiz konkret nicht gewährleistet ist. Bloss geringfügige, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile einer auswärts praktizierten Behandlungsmethode, aber auch der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über mehr Erfahrung im betreffenden Fachgebiet verfügt, vermögen für sich allein noch keinen "medizinischen Grund" im Sinn von Art. 34 Abs. 2 KVG abzugeben (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 14. Oktober 2002 i/S K. [K 39/01]; vgl. auch BGE 131 V 271, 127 V 138 E. 5 [betreffend ausserkantonale Leistungen gemäss Art. 41 Abs. 2 KVG]; Urteil des EVG vom 23. Juni 2003 i/S H. [K 102/02] E. 2; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Aufl. Basel 2007, Rz. 482).

4.

4.1 Laut Dr. A.\_\_\_\_ ergab sich für die Beschwerdeführerin eine Behandlungsindikation in Deutschland wegen deren Problematik, die "wohl auf Grund einer kraniomandibulären Dysfunktion entstanden" sei (act. G 5.1/4). Sie habe sich in die Klinik X.\_\_\_\_ begeben, um dort ihr nun fast jähriges Leiden "anders behandeln" zu lassen. Es sei tatsächlich so, dass er in der Schweiz eine ähnliche Klinik nicht kenne, die diese Ansätze habe, so dass es eine Chance sei, sich dort behandeln zu lassen. In



diesem Sinn sei auch eine Kostenteilübernahme zu vertreten (act. G 5.1/5 Beilage Schreiben von Dr. A.\_\_\_\_ vom 26. August 2009). Nachdem die Beschwerdeführerin vom 25. September bis 23. Oktober 2009 auf der Kurzzeittherapie-Station des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen behandelt worden war, wo als Diagnose ein Verdacht auf sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf Grund einer Krankheit oder Funktionsstörung des Gehirns (F07.8) und differentialdiagnostisch ein Verdacht auf eine coenästhetische psychotische Erkrankung (F20.8) sowie ein Verdacht auf eine somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) festgehalten wurden (act. G 1.1/4), änderte auch Dr. A.\_\_\_\_ seine Diagnose mit Fax vom 14. Dezember 2009. Danach beruhten die Leiden der Beschwerdeführerin nun auf unklaren, wechselnden Schmerzen am ganzen Körper (act. G 1.1/3).

4.2 Für die Frage der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die vorliegend strittigen Behandlungen im Ausland bleibt jedoch diejenige Diagnosestellung relevant, gestützt auf welche die Beschwerdeführerin eine Behandlung in der Klinik X.\_\_\_\_ auf sich genommen hat. Spätere gesundheitliche Veränderungen ändern nichts daran, ob die Voraussetzungen einer Behandlungsindikation im Ausland im August und September 2009 vorlagen oder nicht.

4.2.1 Die kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD) wird laut Pschyrembel (Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 509 f.) definiert als Sammelbezeichnung für klinische Probleme im Kopf-Hals-Bereich, bei denen besonders die Kaumuskulatur und Kiefergelenke betroffen sind. Die Ursachen sind multifaktoriell und teilweise unklar, in Frage kommen Trauma, Verlagerung des Discus articularis, okklusale Störungen, eine Parafunktion wie z.B. Zähneknirschen, Stress oder psychische Erkrankungen. Symptome dafür sind u.a. Kieferklemme, Verspannungen und Schmerzen der Kau- und Halsmuskulatur, Kiefergelenkschmerzen, Knack- und Reibegeräusche, ungleichmässiger Abrieb an den Zähnen, Kopfschmerz, Ohrenscherzen, Tinnitus aurium, sowie evtl. eine Schädigung der Kiefergelenke.

4.2.2 In Bezug auf die Möglichkeiten der Behandlung einer kranio-mandibulären Dysfunktion hielt der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. B.\_\_\_\_, mit Stellungnahme vom 3. Februar 2010 fest, dass es verschiedene Therapien und Behandlungen gebe, die in der Schweiz zur Behebung dieses Leidens angeboten



würden. Dies seien Behandlungen bei einem Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten, kieferchirurgische Behandlungen, Physiotherapie sowie Hilfsmittel (Schiene, act. G 5.1/20). Die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ steht im Einklang mit der medizinischen Literatur. So werden dort zur Behandlung Analgetika, Antiphlogistika, Physiotherapie, eine Aufbisschiene und andere kieferorthopädische Massnahmen aufgeführt (Pschyrembel, a.a.O., S. 510). Auch Recherchen im Internet ergeben in etwas ausführlicherer Weise, dass der Grundgedanke bei der Therapie von CMD die schonende Vorgehensweise sowie der Einsatz von reversiblen Mitteln sei. Dabei würden wissenschaftlich anerkannte Therapiekonzepte je nach Schwere der Erkrankung stufenweise und individuell auf den Patienten abgestimmt, (beispielsweise) auf Grundlage der evidenzbasierten Zahnmedizin. Die Aufklärung des Patienten über die Krankheitszusammenhänge und exakte Diagnosen seien die ersten wichtigen Schritte zu einer positiven Beeinflussung der Krankheit. Sinnvoll seien Hinweise zur Selbstbehandlung, wie weiche Nahrung, Dehnübungen, Anwendung von Wärme- oder Kälte. Entspannungsübungen, Selbstbeobachtung, Biofeedback oder Stressmanagement seien ebenfalls sehr effektive Verfahren, die erlernt werden könnten. Aerobes Ausdauertraining wie z.B. Joggen, Heimtrainer und Schwimmen seien sehr wirksam bei allen schmerzhaften Erkrankungen. Eine Okklusionsschiene werde vom Zahnarzt häufig eingesetzt und führe in vielen Fällen zu einer Entspannung der Kau- und Kopfmuskulatur sowie zu einer Entlastung der Kiefergelenke. Physiotherapeutische Massnahmen und täglich durchgeführte Übungen könnten helfen, muskuläre Verspannungen und Schmerzen zu reduzieren. In ausgewählten Fällen könnten schmerzlindernde, entzündungshemmende, muskelrelaxierende oder schlaffördernde Medikamente angezeigt sein, um Chronifizierungsprozessen entgegen zu wirken und die Lebensqualität zu verbessern. Transkutane Elektrische Nerven-Stimulation (T.E.N.S.) könne durch eine Lockerung der Muskulatur und eine Verringerung der Schmerzen hilfreich sein. Weiter werde diskutiert, ob Infiltration mit beispielsweise Procain oder Nadelung von Triggerpunkten in die Muskulatur mit verschiedenen Substanzen sinnvoll seien und dauerhaft Linderung bringen könnten. Umfangreiche Zahnsanierungen, kieferorthopädische oder chirurgische Massnahmen sollten nur bei strengster Indikation Anwendung finden nach Abwägung der Vor- und Nachteile (vgl. Abfrage vom 13. Oktober 2010: <http://www.dr-kares.de/kiefergelenk-kopfschmerzen.php>; vgl. auch: <http://www.com2sun.ch/200802/page03.asp>; <http://www.com2sun.ch/200802/page03.asp>;



[www.unor.ch/userfiles/file/Veranstaltung\\_2009/cmd-ganzheitlicher/ganzheitliche2009.pdf](http://www.unor.ch/userfiles/file/Veranstaltung_2009/cmd-ganzheitlicher/ganzheitliche2009.pdf)).

4.2.3 Die von der Beschwerdeführerin in der Klinik X.\_\_\_\_ in Anspruch genommenen Behandlungen erfolgten nach den von C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin und Ärztlicher Direktor der Klinik X.\_\_\_\_, begründeten Ansätzen der X.\_\_\_\_. Bei der Klinik X.\_\_\_\_ handelt es sich nach der Gewerbeordnung (GewO) um eine Privatkrankenanstalt nach §30 GewO. Die Klinik diene der stationären Behandlung der Patienten zur Vornahme von Rehabilitationsmassnahmen. Sie sei zudem fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschliesslich Physiotherapie und anders geeigneten Hilfen zu verbessern und dem Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräften zu helfen (act. G 5 Beilage Informationsschreiben vom 7. August 2009). Dazu, ob allenfalls eine spezielle Therapie für Patienten und Patientinnen mit gleichem Leiden wie das der Beschwerdeführerin angeboten wurde, sind den Akten keine Anhaltspunkte zu entnehmen (vgl. insbesondere act. G 5.1/13 Beilage Erläuterungen zu den Behandlungsgrundlagen von C.\_\_\_\_). Auch wird nicht ersichtlich, inwiefern sich gerade diese Behandlungsmethode von anderen hervorheben sollte oder weshalb tatsächlich eine "Notwendigkeit" zur Vornahme dieser Behandlungstherapie bestanden hätte. Den Stellungnahmen von Dr. A.\_\_\_\_ ist diesbezüglich nichts zu entnehmen. Lediglich sein Hinweis, dass das Leiden bereits seit fast einem Jahr andauere, vermag ebenfalls nichts zu erhellen (vgl. act. 5.1/5 Beilage Schreiben vom 26. August 2009).

4.2.4 Dass hingegen die von Dr. B.\_\_\_\_ oder auch die weiteren in der medizinischen Literatur erwähnten Behandlungsformen in der Schweiz nicht durchgeführt würden, wird weder geltend gemacht noch ergeben sich sonstige Hinweise aus den zitierten Abhandlungen. Auch Dr. A.\_\_\_\_ dementierte nicht, dass eine Behandlung der von ihm diagnostizierten kranio-mandibulären Dysfunktion in der Schweiz nicht auch auf anderem und nicht etwa weniger verheissungsvollem Weg möglich gewesen wäre, oder obige Behandlungsansätze nicht zutreffen würden. Vielmehr bezeichnete er die von der Klinik X.\_\_\_\_ durchgeführte Behandlungsform lediglich als "Chance" - was jedoch genauso gut auch auf andere Behandlungen hätte



zutreffen können. Dass die Beschwerdeführerin bereits etliche andere Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft hätte, wird denn ebenfalls nicht geltend gemacht. Im Übrigen zeigen Recherchen, dass in der Schweiz zwar keine absolut identische Klinik X.\_\_\_\_ mit stationärem Aufenthalt besteht, die Therapie-Ansätze der X.\_\_\_\_ nach dem Begründer C.\_\_\_\_ scheinbar aber auch in der Schweiz bereits in verschiedenen Praxen angeboten werden (vgl. Abfragen vom 13. Oktober 2010) Unabhängig jedoch von Letzterem ist zusammenfassend festzuhalten, dass in der Schweiz verschiedene Behandlungsmöglichkeiten betreffend das geltend gemachte Leiden bestanden, welche im Vergleich zur auswärtigen Alternative für die Beschwerdeführerin kein wesentliches und deutlich höheres Risiko mit sich brachten und damit eine verantwortbare und ihr zumutbare Behandlung in der Schweiz konkret gewährleistet gewesen war.

4.3 Dem Eventualbegehren, es sei ein ergänzendes Gutachten einzuholen, ist nicht stattzugeben. Da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung vgl. BGE 131 I 153 E. 3 S. 157, 124 V 90 E. 4b S.94; Praxis 88/1999 Nr. 117 S. 636 ff.; SVR UV 1996 Nr. 62 E. 3 S. 212 f.).

5.

Gemäss Art. 36a Abs. 1 KVV kann das Departement Pilotprojekte bewilligen, die in Abweichung von Art. 34 KVG eine Kostenübernahme durch Versicherer für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden. Seit dem 1. Januar 2007 läuft das erste Pilotprojekt, welches das Grenzgebiet der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach betrifft. Dieses Pilotprojekt steht den Versicherten offen, die bei einem am Projekt teilnehmenden Krankenversicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben und im Kanton Basel-Stadt oder im Kanton Basel-Landschaft wohnen. Auf den 1. Januar 2008 wurde ein zweites Projekt bewilligt, das den Kanton St. Gallen und das Fürstentum Liechtenstein betrifft. Danach können sich Versicherte, die bei einem am Projekt teilnehmenden Krankenversicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben und im Kanton St. Gallen wohnen,



auch im Liechtensteinischen Landesspital in Vaduz behandeln lassen. Umgekehrt können sich Versicherte aus dem Fürstentum Liechtenstein schon seit vielen Jahren in den Spitälern des Kantons St. Gallen behandeln lassen. Die Pilotprojekte sollen dazu dienen, genügend Grundlagen für den Entscheid, inwieweit das Territorialitätsprinzip in der Krankenversicherung definitiv gelockert und ins ordentliche Recht übernommen werden soll, zu liefern (vgl. <http://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/1734/Bericht3.pdf>). Da vorliegender Sachverhalt unter keines der beiden Pilotprojekte fällt und im betreffenden Zeitraum auch keine weiteren Projekte nach Art. 36a Abs. 1 KVV am Laufen waren, kommt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch unter diesem Titel nicht zum Tragen.

6.

Nach dem Gesagten steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die kranio-mandibuläre Dysfunktion der Beschwerdeführerin hierzulande nicht fachmännisch und zweckmässig hätte behandelt werden können. Damit kann offen bleiben, ob eine Behandlungstherapie nach den Ansätzen der X.\_\_\_\_ überhaupt unter die Pflichtleistungen des KVG fällt, oder ob es sich dabei - wie die Beschwerdegegnerin behauptete - um eine Alternative Heilmethode handelt, für welche eine Leistungspflicht auch dann nicht bestünde, wenn die Behandlung in der Schweiz erfolgt wäre. Demnach ergibt sich, dass für die wahlweise in Deutschland durchgeführte Behandlungstherapie keine Leistungspflicht zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung besteht, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Kostenübernahme zu Recht abgelehnt hat.

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:



## St.Galler Gerichte

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