



Fall-Nr.: KV 2018/5
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 30.01.2020
Entscheiddatum: 07.08.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 07.08.2019

Art. 36 Abs. 2 KVV. Bei vor der Abreise ins Ausland geplanter Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Ausland, kann, wenn wie vorliegend keine Ausnahmeregelung zutrifft, keine Kostenübernahme zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfolgen. So sind die Kosten von Behandlungen im Ausland von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur dann zu tragen, wenn die Merkmale des Notfalls (Unaufschiebbarkeit der Behandlung aus medizinischen Gründen und die Unangemessenheit der Rückkehr in die Schweiz) erfüllt sind (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. August 2019, KV 2018/5). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_584/2019.

Entscheid vom 7. August 2019

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

KV 2018/5

Parteien

A.____, Willensvollstrecker des Nachlasses von **B.____** sel.,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Rudolf Schwager, Poststrasse 23, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. B.____ (nachfolgend: Versicherte) war bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Versicherung) krankenversichert (obligatorische Krankenpflegeversicherung; act. G1.4f.).

A.b. Gemäss Austrittsbericht des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) vom 2. November 2016 wurden bei der Versicherten insbesondere ein metastasierendes Adenokarzinom der Lunge, eine Helicobactergastritis, eine arterielle Hypertonie, eine Hypothyreose unklarer Ätiologie, eine Osteopenie und multiple degenerative muskuloskelettale Beschwerden diagnostiziert (act. G5.1/A5). Am 4. November 2016 wurde die Versicherte von Dr. C.____, Stv. Chefarzt, Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin, KSSG, über den Verlauf der Untersuchungen informiert (vgl. act. G5.1/A40).

A.c. Die Versicherte beabsichtigte die Zeit vom 1. Dezember 2016 bis 30. April 2017 mit ihrem Ehemann in D.____, E.____, F.____, zu verbringen. Deshalb stellte die Versicherung am 11. November 2016 auf entsprechendes Ersuchen hin eine Versicherungsbestätigung für das Ausland aus (vgl. act. G5.1/A7).



A.d. Am 15. November 2016 wurde bei der Versicherten eine weitere Biopsie durchgeführt. Der behandelnde Arzt PD Dr. med. G.___, Leitender Arzt der Klinik für Onkologie/Hämatologie, KSSG, empfahl der Versicherten, den Zeitraum von 10 bis 14 Tagen bis zum Vorliegen der Biopsie-Resultate abzuwarten (act. G5.1/A40).

A.e. Am 16. November 2016 verliessen die Versicherte und ihr Ehemann die Schweiz, um per Schiff von H.___ in I.___ aus nach F.___ zu reisen (vgl. act. G5.1/A40).

A.f. Am 25. November 2016 lagen die Resultate der Biopsie vom 15. November 2016 vor. Dr. G.___ informierte die Versicherte darüber und empfahl nicht wie zuvor in Betracht gezogen eine Chemotherapie, sondern eine Immunisierungstherapie mit dem Medikament Keytruda (vgl. act. G5.1/A10, A40). Gleichentags bat der Ehemann der Versicherten Dr. G.___ um einen medizinischen Bericht in Englisch, damit er diesen dem Arzt in D.___ übergeben könne (act. G5.1/A10f.).

A.g. Am 4. Dezember 2016 erreichten die Versicherte und ihr Ehemann mit dem Schiff F.___ (vgl. act. G5.1/A45-1). Nach der Ankunft nahmen sie sofort Kontakt mit Dr. med. J.___ vom Institut K.___ in D.___, E.___ auf, um die Keytruda Behandlung einzuleiten. Ausserdem baten sie das Center L.___ der Universität O.___ in F.___ um eine Beurteilung der vorgesehenen Immunisierungstherapie (vgl. act. G5.1/A14, A40). Am 6. Dezember 2016 informierte der Ehemann Dr. G.___ darüber, dass seine Frau und er bereits verschiedene Krebskliniken und Ärzte in F.___ kontaktiert hätten. Um schnellstmöglich einen Termin im Center L.___ zu erhalten, bat er Dr. G.___, ihm die "primary source of the cancer" mitzuteilen. Der Arzt antwortete gleichentags wie folgt: "kein Zweifel: primary source: lung (TTF1 pos. Zellen)" (vgl. act. G5.1/A12).

A.h. Am 7. Dezember 2016 kontaktierte der Ehemann die Notrufzentrale der Allianz Global Assistance (nachfolgend: Notrufzentrale), und bat um eine Kostengutsprache für eine Lungenkrebsbehandlung im Center L.___. Die Kosten würden ca. USD 37'000.- betragen (act. G5.1/A13). Da es sich um eine geplante Behandlung im Ausland handelte, gab die Notrufzentrale den Fall am 8. Dezember 2016 an die Versicherung ab, welche gleichentags die Versicherte aufforderte, ihr weitere Dokumente (medizinische Unterlagen, Behandlungskonzept, Kostenvoranschlag) zuzustellen, um die Leistungspflicht für die geplante Behandlung prüfen zu können (act. G5.1/A15). Am



St.Galler Gerichte

9. Dezember 2016 übermittelte der Ehemann der Versicherung die Arztberichte des KSSG per Fax (vgl. act. G5.1/A1-A12) und teilte mit, dass sie das Center L.____ um einen Besprechungstermin gebeten und am 15. Dezember 2016 beim Institute K.____ einen Besprechungstermin mit Dr. J.____ über die bevorstehende Behandlung hätten. Sobald die Behandlungsvorschläge vorlägen, werde er diese zustellen (act. G5.1/A16). Am 22. Dezember 2016 fand die Besprechung im Center L.____ statt. Dort sei der Versicherten ebenfalls die Immuntherapie mit Keytruda empfohlen worden (vgl. G5.1/A19, A40). Am 23. Dezember 2016 nahm die Versicherte die Immuntherapie mit Keytruda im Institut K.____ auf (vgl. act. G5.1/A19, A26: Schreiben des Ehemannes der Versicherten vom 31. Januar 2017 an die Notrufzentrale, A40).

A.i. Vom 28. Dezember 2016 bis 12. Januar 2017 nahm die Versicherte an einer P.____-Kreuzfahrt teil. Ab dem 2. Januar 2017 musste sie sich auf dem Schiff mehrmals sowie am 4. Januar 2017 im Hospital Q.____ in R.____ ärztlich behandeln lassen. Die Versicherung übernahm die Behandlungskosten, da nicht feststellbar war, ob die notfallmässigen Behandlungen wegen einer Kinetose notwendig wurden oder durch eine Medikamentennebenwirkung, resp. eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes im Rahmen der Grunderkrankung bedingt waren (vgl. act. G5.1/A42, A44-2, A45, A54).

A.j. Am 10. Januar 2017 bat Dr. G.____ die Versicherung um eine Kostengutsprache für die Therapie mit Pembrolizumab (Keytruda) im KSSG (act. G5.1/A18). Nach Eingang der Stellungnahme des vertrauensärztlichen Dienstes erteilte die Versicherung am 18. Januar 2017 die Kostengutsprache für die beantragte Behandlung im KSSG (act. G5.1/A20f.)

A.k. Mit Schreiben vom 16. Januar 2017 (übermittelt per Fax am 18. Januar 2017) teilte der Ehemann der Versicherung den Behandlungsplan mit, reichte Unterlagen des Centers L.____ vom 25. Dezember 2016 ein und bat um Kostenübernahme für die Behandlungen in F.____ (act. G5.1/A19). Mit Schreiben vom 27. Januar 2017 lehnte die Versicherung die Übernahme der Kosten für die Immuntherapie in F.____ sowie für die eingeholte Zweitmeinung beim Center L.____ ab, denn diese Behandlungen würden den Notfallbegriff nicht erfüllen (act. G5.1/A24).



A.i. Am 28. Januar 2017 wurde die Versicherte wegen Atemnot in das Center S.____ in D.____ eingeliefert. Am 29. Januar 2017 wurde die Notfallzentrale informiert und um eine Kostengutsprache gebeten. Diese bat um Zustellung von medizinischen Unterlagen, um die Leistungspflicht abklären zu können. Am 31. Januar 2017 übermittelte der Ehemann die Dokumente per Fax an die Notrufzentrale (vgl. act. G5.1/A25, A27ff.). In den Arztberichten der Klinik S.____ vom 31. Januar 2017 wurden folgende Diagnosen erhoben: Hyponatremia, acute on chronic (suspect mixed etiology secondary to malnutrition, CHF, lung cancer). Metastatic lung cancer (on chemotherapy), decreased appetite with moderate protein calorie malnutrition, generalized weakness, acute systolic congestive heart failure exacerbation with right pleural effusion, question underlying pneumonia, leukocytosis und hypertension. Im Weiteren wurde erklärt, dass die Versicherte gemäss ihren Angaben seit der Diagnosestellung an Gewicht verloren und zunehmend an Atemschwierigkeiten gelitten habe (act. G5.1/A31f., vgl. act. G5.1/A38).

A.m. Am 2. Februar 2017 erkundigte sich der Ehemann, welche Leistungen für die Betreuung der Versicherten ausserhalb der Klinik übernommen würden (vgl. G5.1/A36). Gleichentags wurde die Versicherte aus der Klinik S.____ entlassen und mit dem Ambulanzfahrzeug in das Feriendomizil gebracht. Der T.____ übernahm die Betreuung der Versicherten (vgl. act. G5.1/A34 bis A36).

A.n. In der Stellungnahme vom 3. Februar 2017 erklärte der Vertrauensärztliche Dienst der Versicherung, dass der Klinikaufenthalt im engen Zusammenhang bzw. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit der zu erwartenden, progredient verlaufenden und metastasierenden Krebserkrankung der Lunge zu sehen bzw. darauf zurückzuführen sei (act. G5.1/A37f.).

A.o. Am 5. Februar 2017 teilte der Ehemann der Versicherung mit, dass seine Frau am 3. Februar 2017 verstorben sei (act. G5.1/A39f.).

A.p. Mit Verfügung vom 28. April 2017 lehnte die Versicherung die Übernahme der Kosten für die Immunisierungstherapie mit Keytruda im Institute K.____, für die Zweitmeinung im Center L.____, für alle ambulanten und stationären Aufenthalte sowie für die Medikamentenbezüge in F.____ im Zeitraum vom 8. Dezember 2016 bis 3.



Februar 2017, welche im Zusammenhang mit der Krebserkrankung stehen, ab (act. G5.1/A44).

B.

An diesem Entscheid hielt die Versicherung nach durchgeführtem Einspracheverfahren (vgl. act. G5.1/A45) mit Einspracheentscheid vom 7. Februar 2018 fest mit der Ausnahme, dass die Kosten für den Aufenthalt in der Klinik S.____ vom 28. Januar bis 2. Februar 2017 nun übernommen wurden. Zudem wurde erklärt, dass allfällige Leistungen aus den Zusatzversicherungen nicht Gegenstand dieses Einspracheverfahrens seien (act. G5.1/A47).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 7. Februar 2018 erhob der vom Willensvollstrecker (vgl. act. G 1.2) beauftragte Rechtsanwalt Dr. iur. Rudolf Schwager, St. Gallen, am 9. März 2018 Beschwerde und Klage gegen die Helsana Versicherungen AG bzw. die Helsana Zusatzversicherungen AG mit den Rechtsbegehren: 1. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten für Behandlungen, Medikamente und Transporte in F.____ in der Zeit vom 8. Dezember 2016 bis 3. Februar 2017 im Betrag von USD 37'772.50 zu vergüten. 2. Die Beklagte (damit meinte er die Helsana Zusatzversicherungen AG) sei zu verpflichten, dem Kläger (welcher identisch mit dem Beschwerdeführer ist) die Kosten gemäss Ziff. 1 im Maximalbetrag von USD 37'772.50 zu vergüten, soweit diese nicht gemäss Ziff. 1 zu Lasten der Beschwerdegegnerin gingen. 3. Die Beschwerdegegnerin / Beklagte sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer / Kläger für das Verfahren vor Versicherungsgericht ausseramtlich zu entschädigen (act. G1, G1.1).

C.b. Die Verfahrensleitung schrieb gegen die Krankengrundversicherung das Verfahren KV 2018/5 und gegen die Krankenzusatzversicherung gesondert das Verfahren KV-Z 2018/1 ein. Letzteres sistierte sie bis zum Entscheid im ersteren (act. G2 im Verfahren KV-Z 2018/1).

C.c. Die Versicherung (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte in der Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2018 die Abweisung der Beschwerde vom 9. März 2018 (act. G5).



St.Galler Gerichte

C.d. In der Replik vom 24. August 2018 hielt der Beschwerdeführer an der Ziff. 1 und 3 der Beschwerde vom 9. März 2018 fest (act. G10).

C.e. In der Duplik vom 27. August 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin unverändert die Abweisung der Beschwerde vom 9. März 2018 (act. G12).

Erwägungen

1.

1.1. Das Gesetz regelt die Willensvollstreckung in Art. 517 f. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210). Gemäss Art. 518 Abs. 2 ZGB hat der Willensvollstrecker den Willen des Erblassers zu vertreten und er gilt insbesondere als beauftragt, die Erbschaft zu verwalten, die Schulden des Erblassers zu bezahlen, die Vermächnisse auszurichten und die Teilung nach den vom Erblasser getroffenen Anordnungen oder nach Vorschrift des Gesetzes auszuführen. Nach der Rechtsprechung ist der Willensvollstrecker in Prozessen um Aktiven und Passiven der Erbschaft Partei, soweit ihm gemäss Art. 518 ZGB die Verwaltung der betreffenden Erbschaftswerte zusteht. Aufgrund seiner gesetzlichen Stellung (Art. 518 in Verbindung mit Art. 596 Abs. 1 ZGB) hat er in eigenem Namen die Nachlassrechte zu wahren. Er führt den Prozess an Stelle des materiell Berechtigten oder Verpflichteten in eigenem Namen und als Partei, wobei er auf seine gesetzliche Ermächtigung hinzuweisen hat. Es handelt sich dabei um eine Prozessstandschaft oder Befugnis der Prozessführung als Partei, welche dem Willensvollstrecker kraft Bundesprivatrechts zusteht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG] vom 23. Januar 2003, H 255/02, E. 4.2). Die Prozessführungslegitimation des Beschwerdeführers ist, da er das Mandat als Willensvollstrecker im Nachlass der B. ___sel. angenommen hat, gegeben (vgl. act. G1.2, Willensvollstreckerbestätigung des Amtsnotariates St. Gallen vom 24. Mai 2017). Vertreten wird er durch Rechtsanwalt Dr. Schwager (vgl. act. G1.1).

1.2. Die Beschwerde vom 9. März 2018 (act. G1) richtet sich gegen den Einspracheentscheid vom 7. Februar 2018 (act. G1.2). In dieser Entscheidung wird ausschliesslich die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geprüft, weshalb Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin, der Helsana Versicherung AG, aus der sozialen Krankenversicherung für die geltend gemachten Ansprüche darstellt.



1.3. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aus der obligatorischen Krankenversicherung die in F. ___ angefallenen Kosten für die Immunisierungstherapie mit Keytruda, für die weiteren Leistungen im Institute K. ___ sowie im Center L. ___, für die Medikamente, für die Ambulanztransporte zu und vom Spital in D. ___ sowie für die im Feriendomizil erbrachten Leistungen (Sterbebegleitung) zu bezahlen hat.

2.

2.1. Die soziale Krankenversicherung umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung nach KVG (vgl. Art. 1a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]).

2.2. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Die Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die Untersuchungen und Behandlung, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden (lit. a), die ärztlich verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände (lit. b), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d) und den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit. e). Art. 32 Abs. 1 KVG verlangt dabei als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, dass die Leistungen nach Art. 25 - 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

2.3. Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach Art. 25 - 33 KVG übernehmen. Dabei gilt für das KVG das Territorialitätsprinzip und Leistungen sind grundsätzlich nur dann kassenpflichtig, wenn sie in der Schweiz erbracht oder veranlasst werden (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016 [nachfolgend: Eugster, Soziale Sicherheit], S. 575 Rz 542). Der Bundesrat kann jedoch Ausnahmen vom Territorialitätsprinzip vorsehen und gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden



(Satz 1), wobei er die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen kann (Satz 3). Gestützt auf diese Delegationsnorm hat der Bundesrat Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832102) erlassen. Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip setzt gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 36 KVV den Nachweis voraus, dass 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) oder dass ein Notfall vorliegt (Art. 36 Abs. 2 KVV). 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.

2.4. Ein Notfall liegt also vor, wenn die Behandlung im Ausland aus medizinischen Gründen unaufschiebbar und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall liegt vor, wenn die Rückreise medizinisch gesehen möglich und auch unter Berücksichtigung der damit verbundenen Kosten zumutbar ist. In die Beurteilung sind stets die gesamten Umstände des Einzelfalles einzubeziehen (vgl. Eugster, Soziale Sicherheit, S. 575 Rz 543; Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich 2018, Art. 34 Rz 8).

3.

3.1. Der Beschwerdeführer verlangt die Vergütung der Immunisierungstherapiesitzungen vom 23. Dezember 2016 und 18. Januar 2017, welche im Institute K.____ stattfanden. Zur Begründung wird insbesondere angeführt, dass sich die Versicherte nicht zum Zweck der Behandlung ins Ausland begeben habe. Zwar habe sie zum Zeitpunkt der Abreise ins Ausland am 16. November 2016 gewusst, dass sie wegen des Karzinoms in der Lunge eine Behandlung benötige, die Art der Behandlung sei jedoch noch nicht bekannt gewesen, denn es hätten die Resultate der Biopsie abgewartet werden müssen. Das blosses Wissen um die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung schliesse die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht aus, denn für die Übernahme der Kosten von Leistungen im Ausland werde lediglich verlangt, dass ein Versicherter bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfe und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angemessen sei. Dies sei vorliegend erfüllt, denn für die Versicherte wäre die Rückkehr in die Schweiz und damit der Verzicht auf den üblichen Winteraufenthalt in F.____ und die Kreuzfahrt mit der Familie über die Weihnachts-/ Neujahrstage nicht zumutbar und in Anbetracht der Rückreisekosten auch unverhältnismässig gewesen. Ab dem 16. Januar 2017 sei eine Rückkehr in die Schweiz zudem wegen der damit verbundenen



erheblichen gesundheitlichen Risiken nicht zumutbar gewesen (vgl. act. G1-8ff., G10-5ff.).

3.2. Die Beschwerdegegnerin verneint dagegen eine Leistungspflicht, denn es habe sich bei der Immunisierungstherapie nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt, da die in F.____ durchgeführte Behandlung auch in der Schweiz hätte erbracht werden können und die Versicherte bereits bei ihrer Abreise ins Ausland gewusst habe, dass eine medizinische Behandlung notwendig werde. Offen gewesen sei alleine die Behandlungsmethode. Die Rückreise in die Schweiz wäre, da die Versicherte grundsätzlich reisefähig gewesen sei, möglich und auch zumutbar gewesen. Die Einschränkung der persönlichen Freiheit wäre zeitlich begrenzt sowie die Annullation der Reise und die Rückreise in die Schweiz verhältnismässig gewesen. Die persönliche Entscheidung, trotz der dringenden Behandlungsbedürftigkeit ins Ausland zu reisen bzw. auf eine Rückkehr in die Schweiz zu verzichten, stehe jedem offen, diese könne jedoch keine Folgen auf die territorial konzipierte Grundversicherung zeitigen (act. G5-7f., G12).

3.3. Festzustellen ist, dass die Immunisierungstherapie mit Keytruda in der Schweiz (u.a. im KSSG) möglich gewesen wäre (vgl. G5.1/A18, A20, A21) und infolgedessen die Behandlung in F.____ nicht durch ein fehlendes Leistungsangebot in der Schweiz gerechtfertigt werden kann (vgl. Art. 34 Abs. 2 KVG und Art. 36 Abs. 1 KVV; vgl. Erwägung 2.3).

3.4. Im Weiteren ist zu prüfen, ob ein Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV vorlag, so dass die Kosten in Abweichung vom Territorialitätsprinzip von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen wären (vgl. Erwägung 2.3 und 2.4).

3.4.1. Bereits vor der Abreise aus der Schweiz am 16. November 2016 (geplanter Aufenthalt in F.____ von Dezember 2016 bis April 2017; act. G5.1-A7) wusste die Versicherte, dass wegen des diagnostizierten Krebsleidens in den nächsten Wochen mit einer medizinischen Behandlung (Chemotherapie und/oder Immunisierungstherapie) begonnen werden musste (vgl. G5.1/A6, A10, A40, G1-7). Abgewartet werden mussten lediglich noch die Resultate der Biopsie vom 15. November 2016. Dr. G.____ empfahl der Versicherten am Tag vor der Abreise nach F.____ den Zeitraum von 10 bis 14 Tagen bis zum Vorliegen der Biopsie-Resultate abzuwarten. Er verneinte die Frage der Versicherten, ob in diesem Zeitraum etwas vorgenommen werden könne (act. G5.1/A40). Trotz Kenntnis der Behandlungsbedürftigkeit reisten die Versicherte und ihr Ehemann am 16. November



2016 aus der Schweiz ab und begaben sich von H.____ aus auf eine Schiffsreise mit Ankunft in F.____ am 4. Dezember 2016 (vgl. act. G1-5ff.).

3.4.2. Vorliegend handelt es sich nicht um den klassischen Fall, bei welchem sich eine Versicherte oder ein Versicherter in erster Linie wegen einer medizinischen Behandlung ins Ausland begibt. Dennoch muss aufgrund der Aktenlage von einer geplanten bzw. voraussehbaren Beanspruchung von erheblichen medizinischen Leistungen (Chemo- und/oder Immunisierungstherapien) während des mehrmonatigen Auslandsaufenthaltes vom Dezember 2016 bis April 2017 ausgegangen werden, zumal den Akten nicht entnommen werden kann, dass eine Absage der Reise oder - zumindest nachdem die geeignete Therapieform feststand - eine vorzeitige Rückkehr in die Schweiz je in Betracht gezogen worden wären bzw. entsprechende Vorbereitungen getroffen wurden. Dagegen finden sich in den Akten verschiedenste Hinweise, dass bereits vor der Abreise aus der Schweiz für die Versicherte (und ihren Ehemann) feststand, dass während der Monate Dezember 2016 bis April 2017 nur eine Behandlung des Krebsleidens in F.____ in Frage kam. Am 21. November 2016 lagen die Biopsie-Resultate vor. Dr. G.____ empfahl daraufhin der Versicherten vorerst eine Immunisierungstherapie mit Keytruda (vgl. act. G5.1/A11, A40). Daraufhin prüfte bzw. organisierte die Versicherte bzw. ihr Ehemann nicht - wie man hätte erwarten können - die Rückreise in die Schweiz, um mit der Immunisierungstherapie am KSSG starten zu können, sondern es wurde eine Behandlungsmöglichkeit in F.____ gesucht. So forderte der Ehemann noch während der Überfahrt Dr. G.____ auf, ihm einen medizinischen Bericht in Englisch für den Arzt in D.____ in F.____ zuzustellen (vgl. act. G5.1/A11, A34). Nach der Ankunft in F.____ kontaktierte der Ehemann verschiedene Ärzte und Krebskliniken in E.____ und U.____. Zudem bat er Dr. G.____ um eine medizinische Auskunft, um schnellstmöglich einen Besprechungstermin im Center L.____ zu erhalten (vgl. act. G5.1/A12). Am 7. Dezember 2016 kontaktierte der Ehemann die Notrufzentrale und bat um eine Kostengutsprache für eine Lungenkrebsbehandlung im Center L.____ (act. G5.1/A13f.). Auffällig ist, dass beim Kontakt mit der Notrufzentrale die zahlreichen Arztbesuche und Medikamentenbezüge seit der Ankunft in F.____ (vgl. act. G1-5ff.) sowie der Gewichtsverlust und die zunehmenden Atemschwierigkeiten seit der Diagnosestellung nicht erwähnt wurden (act. G5.1/A31f., vgl. act. G5.1/A38; siehe dazu Erwägung 7). Ohne den Kostengutspracheentscheid für die Behandlung in F.____ abzuwarten, begann die Versicherte am 23. Dezember 2016 mit der Immunisierungstherapie im Institute K.____.



3.4.3. Folglich handelt es sich vorliegend um eine geplante bzw. bewusst in Kauf genommene Behandlung des Krebsleidens im Ausland (in F.____), da ausser Frage steht, dass mit der Behandlung nicht bis zur geplanten Rückkehr in die Schweiz Anfang Mai 2017 hätte zugewartet werden können. Dass die konkrete Behandlungsform bei der Abreise noch nicht feststand, vermag an dieser Einschätzung nichts zu ändern, denn die Behandlungsbedürftigkeit war gegeben.

3.4.4. Vorliegend ergeben sich aus den Akten auch keine Anhaltspunkte dafür, dass es der Versicherten aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich gewesen wäre, für die Immunisierungstherapie in die Schweiz zurückzukehren. Die Aktivitäten der Versicherten - wie die mehrstündige Flugreise nach U.____ für die medizinischen Abklärungen am 22. Dezember 2016 sowie die Teilnahme an einer länger dauernden P.____-Kreuzfahrt ab dem 28. Dezember 2016 - sprechen gegen das Vorliegen einer Reiseunfähigkeit, zumindest bis zur Einlieferung in die Klinik D.____ Ende Januar 2017. Es wäre primär Sache der Versicherten gewesen, ein medizinisches Zeugnis beizubringen, welches die Transportunfähigkeit belegt, denn wenn ein rechtserheblicher Umstand nicht bewiesen werden kann, so trägt die Versicherte aufgrund ihrer materiellen Beweislast die Folgen der Beweislosigkeit. Wohl hat der Versicherer nach Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) eine Abklärungspflicht. Diese bzw. der die Versicherung betreffende Untersuchungsgrundsatz hebt die Mitwirkungspflicht der Versicherten aber nicht auf, insbesondere nicht in Bezug auf Tatsachen, welche nur diese kennen kann (Urteil des Bundesgerichts vom 16. November 2009, 9C_724/2009, E. 3.2.3.2). Demzufolge ist von der Reisefähigkeit der Versicherten bezogen auf einen Rückflug in die Schweiz bis 27. Januar 2017 auszugehen. Die Rückkehr in die Schweiz zwecks Durchführung der Immunisierungstherapie mit Keytruda erscheint auch weder aus finanziellen Gründen (insb. Rückreisekosten) noch aus anderen Gründen (bspw. persönliche und familiäre Gegebenheiten) als unangemessen bzw. als unverhältnismässig. So wäre die persönliche Freiheit (Bewegungsfreiheit) in zeitlicher wie auch räumlicher Hinsicht nur geringfügig eingeschränkt gewesen. Aus dem Umstand, dass die Versicherte und ihr Ehemann seit vielen Jahren die Wintermonate in F.____ verbringen und die Reise nach F.____ sowie die P.____-Kreuzfahrt mit der Familie seit Monaten geplant waren, sind keine (Rechtfertigungs-) Gründe, welche ein Abweichen vom Territorialitätsprinzip gestatten, abzuleiten. Da kein Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV vorliegt und vor dem Hintergrund der gefestigten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum Notfallbegriff bei den Auslandbehandlungen drängt sich selbst im Licht des Rechts auf persönliche Freiheit und in Anbetracht der



St.Galler Gerichte

Kritik der Lehre am strengen Notfallbegriff (vgl. Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, S. 270 f.) eine abweichende Betrachtungsweise vorliegend nicht auf, weshalb die Kosten der Behandlungen in F.____ nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen bzw. zu vergüten sind.

3.4.5. Der Beschwerdeführer beruft sich ausserdem auf Treu und Glauben bzw. auf den Vertrauensschutz (vgl. act. G10-15f.). So habe er kurz vor der Abreise am 10. November 2016 auf der Versicherungsagentur die Versicherungsdeckung in F.____ diskutiert. Dass dieses Gespräch stattgefunden hat, ist nicht unglaubwürdig, stellte doch die Beschwerdegegnerin am 11. November 2016 eine allgemeine Versicherungsbestätigung für das Ausland aus (vgl. act. G5.1/A7). Dass damals jedoch konkret über die in Kürze anstehende Behandlung des Krebsleidens gesprochen (damals wurde eine Chemotherapie und später auch eine Immunisierungstherapie in Betracht gezogen) und die Versicherungsdeckung dafür zugesichert worden wäre, erschliesst sich aus der Versicherungsbestätigung jedoch nicht. So lässt sich aus dieser insbesondere keine über die gesetzlichen Regelungen hinausgehende Erstattung von Behandlungskosten ableiten. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass eine Kostenübernahme im Ausland nur solange erfolge, als eine Rückkehr in die Schweiz aufgrund des Gesundheitszustandes ausgeschlossen sei. Es wäre daher an der Versicherten bzw. am Beschwerdeführer gelegen, unverzüglich - d.h. noch vor der Abreise ins Ausland am 16. November 2016 - die Beschwerdegegnerin auf diese allfällige Unklarheit hinzuweisen und um eine Präzisierung bzw. Ergänzung der Versicherungsbestätigung zu bitten. Da diesbezüglich nichts aktenkundig ist, bleibt die behauptete mündliche Deckungszusage beweislos.

3.5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Immunisierungstherapie mit Keytruda in F.____ nicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat, da es sich um eine vor der Abreise ins Ausland - wenn auch nicht im Detail - geplante Behandlung handelte und auch keine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV vorlag, denn die Rückreise in die Schweiz zwecks medizinischer Behandlung wäre in gesundheitlicher Hinsicht möglich und ohne medizinische Risiken gewesen und in finanzieller und persönlicher Hinsicht als angemessen bzw. als verhältnismässig zu beurteilen.

4.

4.1. Hinsichtlich der am 22. Dezember 2016 beanspruchten Leistungen im Center L.____ wird vom Beschwerdeführer insbesondere geltend gemacht, dass die Einholung einer



Zweitmeinung eines Spezialisten, der mit der neuen Keytruda-Behandlung vertraut war, medizinisch angezeigt gewesen sei, weshalb die Kosten von der Beschwerdegegnerin zu tragen seien (act. G1-14f., G10-9f.).

4.2. Die Beschwerdegegnerin weist darauf hin, dass die Einholung einer Zweitmeinung im mehrere Flugstunden entfernten U.____ die Reisefähigkeit der Versicherten bestätige. Folglich wäre die Rückreise in die Schweiz wie auch eine Annullation der Reise im Wissen um die Diagnose und der Behandlungsbedürftigkeit bereits vor der Abreise zumutbar und verhältnismässig gewesen. Auch in diesem Zusammenhang sei das Vorliegen eines Notfalls nicht ersichtlich. Die Kosten dürften folglich nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen (act. G5-8f.).

4.3. Hinsichtlich der Übernahme der Kosten für die Einholung einer Zweitmeinung ist auf die Ausführungen in Erwägung 3 (geplante Behandlung im Ausland, Nichterfüllung des Notfallbegriffs nach Art. 36 Abs. 2 KVV) zu verweisen. Die Argumentation des Beschwerdeführers, dass es sich beim Center L.____ um die beste Adresse für eine Zweitmeinung zur Immunisierungstherapie mit Keytruda handelt, mag allenfalls zutreffend sein, stellt aber für sich allein noch keinen „medizinischen Grund“ im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG dar, um einen Kostenübernahmeanspruch zu begründen, zumal davon auszugehen ist, dass auch in der Schweiz eine Zweitmeinung hätte eingeholt werden können (vgl. BGE 131 V 275f. E. 3.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 14. Oktober 2002, K 39/01, E. 1.3). Da keine rechtfertigenden Gründe für eine Abweichung vom Territorialitätsprinzip gegeben sind, hat die Beschwerdegegnerin die Kosten für die eingeholte Zweitmeinung beim Center L.____ nicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergüten.

5.

5.1. Der Beschwerdeführer verlangt auch die Übernahme derjenigen Rechnungen des Institutes K.____, welche nicht im direkten Zusammenhang mit der Immunisierungstherapie stehen. Die Rechnungen vom 24. und 28. Januar 2017 würden medizinische Leistungen betreffen, die wegen Atembeschwerden, Problemen mit der Nahrungsaufnahme und Verdauungsbeschwerden erbracht worden seien. Selbst wenn die Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Verlauf des Krebsleidens stünden, sei die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig (act. G1-15f., G10-10f.).

5.2. Die Beschwerdegegnerin verneint eine Leistungspflicht, denn alle Behandlungen am Institute K.____ stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der Behandlung des Krebsleidens, was belegt werde durch den Bericht der Klinik S.____ vom 28. Januar 2017 (act. G5-9).



5.3. Gemäss Aktenlage muss davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten primär bedingt durch das fortschreitende Krebsleiden (Metastasen) und allenfalls verstärkt durch die Nebenwirkungen der Immunisierungstherapie seit der Diagnosestellung im Herbst 2016 zunehmend verschlechterte (vgl. G5.1/A38). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist deshalb davon auszugehen, dass auch die Behandlungen wegen Atembeschwerden, Problemen mit der Nahrungsaufnahme und Verdauungsbeschwerden im Institute K.____ am 24. und 28. Januar 2017 im Zusammenhang mit der Grunderkrankung, dem Krebsleiden (metastasierendes Adenokarzinom der Lunge, Lebermetastasen, Lymphknotenmetastasen) stehen. Wie in den vorangehenden Erwägungen 3.3 bis 3.5 und 4.3 dargelegt, geht die Behandlung des Krebsleidens in F.____ nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Gleiches gilt für die Behandlungen der Folgen des Krebsleidens, inklusive den Nebenwirkungen der Immunisierungstherapie, denn wie zuvor dargelegt, wäre ein Reiseabbruch bzw. die Rückkehr in die Schweiz spätestens im Dezember 2016 bzw. vor der Aufnahme der Immunisierungstherapie angezeigt gewesen. Die Versicherte verzichtete jedoch aus persönlichen und nicht aus medizinischen Gründen auf eine Rückkehr in die Schweiz, folglich besteht auch für die den Rechnungen vom 24. und 28. Januar 2017 des Institutes K.____ zugrundeliegenden Behandlungen keine Versicherungsdeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

6.

6.1. Der Beschwerdeführer verlangt die Vergütung der Kosten für die Transporte mit dem Ambulanzfahrzeug und die Betreuung (Sterbebegleitung der Versicherten) zu Hause im Feriendomizil. Hinsichtlich des am 28. Januar 2017 erfolgten Transports mit dem Ambulanzfahrzeug vom Institute K.____ in die Klinik S.____ wird geltend gemacht, dass dieser vom Arzt empfohlen und auch organisiert worden sei. Der am 2. Februar 2017 erfolgte Transport von der Klinik S.____ zum Feriendomizil sei wegen des Gesundheitszustands der Versicherten mit dem Ambulanzfahrzeug erfolgt. Deshalb habe die Beschwerdegegnerin - auch ohne ärztliches Attest - die Kosten für die Transporte zu vergüten (G1-16 f, G10-11f.). Als Begründung zur Vergütung der zuhause erbrachten Leistungen wird angeführt, dass in der Klinik mindestens gleich hohe Kosten angefallen und die Alternative eine Verlegung in ein Sterbehospiz gewesen wäre (act. G18-1, G10-12).

6.2. Die Beschwerdegegnerin verneint eine Leistungspflicht sowohl hinsichtlich der Transporte mit dem Ambulanzfahrzeug als auch hinsichtlich der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen zu Hause. So lägen weder Atteste noch Unterlagen vor,



aus denen hervorgehe, dass für die Transporte ein Ambulanzfahrzeug notwendig gewesen sei (act. G5-9f.). Pflegeleistungen zu Hause könnten nur vergütet werden, wenn eine ärztliche Verordnung und eine Bedarfsabklärung vorliegen würden, was vorliegend nicht erfüllt sei (act. G5-10).

6.3. Der Beschwerdegegnerin ist zuzustimmen, dass sich aus den Akten nicht ergibt, dass für den Transport zum Spital zwingend ein Ambulanzfahrzeug erforderlich gewesen wäre. Es fehlt eine entsprechende ärztliche Verordnung. Gründe wie der vom Beschwerdeführer genannte Zeitvorteil durch geringere Wartezeiten in der Notfallstation genügen nicht für eine Leistungsübernahme. Die Verlegung von der Klinik nach Hause war nicht eine medizinisch bedingte, sondern eine - wenn auch sehr wohl nachvollziehbare - persönliche Entscheidung der Versicherten bzw. ihrer Familie. Auch hier fehlt eine ärztliche Verordnung. Für die zuhause erbrachten Leistungen durch die T.____ (Sterbebegleitung) liegt ebenfalls keine ärztliche Verordnung vor und es ist zudem unklar, welche Pflegeleistungen erbracht wurden. Das Argument des Beschwerdeführers, dass die Kosten im Spital mindestens gleich hoch gewesen wären, ist unbehelflich.

7.

7.1. Im Weiteren verlangt der Beschwerdeführer die Übernahme der weiteren ambulanten ärztlichen Leistungen, welche zugunsten der Versicherten ausserhalb des Institutes K.____ erbracht worden seien (vgl. act. G5.2/1ff., 3, 5, 15f. 20f., 23, 37). Dazu gehörten die ärztlichen Leistungen von Z.____ wegen Magen-Darm- sowie Atembeschwerden in der Zeit vom 8. Dezember 2016 bis 24. Januar 2017, von V.____ vom 26. Januar 2017 (Endoskopie) und von der Cardiology Consultants of D.____ vom 4. April 2017 (Doppler Echo Untersuchung vom 25. Januar 2017; act. G1-18f., G10-12ff.). Ausserdem wird die Vergütung von Medikamenten, welche wegen verschiedener gesundheitlicher Probleme ärztlich verschrieben und in der Apotheke W.____ in D.____ bezogen wurden, verlangt (act. G1-19, G10-14f.).

7.2. Die Beschwerdegegnerin verneint eine Kostenerstattungspflicht, denn aus den eingereichten Unterlagen sei der Grund der Behandlungen nicht ersichtlich. Es müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass die Behandlungen im nahen Kontext zur Immunisierungstherapie bzw. zum Krebsleiden stünden. Bei den Medikamenten sei der Kausalzusammenhang mit der Krebsbehandlung gegeben. Die Behandlung mit den Medikamenten erfülle den Notfallbegriff jedoch nicht (act. G5-10).

7.3. Aufgrund der Akten muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die weiteren Behandlungen und Medikamentenbezüge in



einem direkten Zusammenhang mit dem (bereits vor der Abreise nach F.____ diagnostizierten und als behandlungsbedürftig erkannten) Krebsleiden und dessen Auswirkungen standen. So begab sich die Versicherte bereits kurz nach dem Eintreffen in F.____ in ärztliche Behandlung. In der Zeit bis zur Aufnahme der Immunisierungstherapie erfolgten weitere Konsultationen und Medikamentenbezüge (vgl. G1-5f., G5.2/R1 bis R5, R38 bis R47). Auch nach der Kreuzfahrt beanspruchte die Versicherte ergänzend zur gestarteten Immunisierungstherapie medizinische Leistungen (vgl. G1-5f., G 5.2/R15ff., R48ff.). Fest steht, dass die Versicherte bereits vor der Abreise wusste, dass sie in F.____ medizinische Leistungen in erheblichem Umfang beanspruchen wird. Es muss auch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Versicherte beabsichtigte, während ihres Aufenthaltes in F.____ von Dezember 2016 bis April 2017 das Krebsleiden behandeln zu lassen. Eine Rückkehr in die Schweiz wurde von der Versicherten wohl nie in Betracht gezogen, zumindest finden sich keine diesbezüglichen Anhaltspunkte in den Akten. In Anbetracht dessen kann auf die Ausführungen in den Erwägung 2.3 bis 2.5, 3.3 bis 3.5, 4.3 und 5.3 verwiesen werden. Die Beschwerdegegnerin hat folglich die Kosten für die weiteren ärztlichen Behandlungen und die Medikamentenbezüge nicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergüten.

8.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Durchführbarkeit bzw. die Vornahme der in F.____ in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen in der Schweiz ausser Frage stehen. Nicht in Frage zu stellen ist sodann, dass die medizinischen Behandlungen grundsätzlich indiziert waren. Entscheidend ist jedoch, ob während des Auslandsaufenthaltes eine Notfallsituation vorlag, die eine sofortige ärztliche Behandlungen bzw. Interventionen erforderlich machte. Vorliegend ist nicht ersichtlich, wieso die Behandlung des Krebsleidens zwingend in F.____ hätte erfolgen müssen. Da die Versicherte selbst bei Aufnahme der Immuntherapie in F.____ noch reisefähig war, ist davon auszugehen, dass ihr die Rückreise aus medizinischer Sicht ohne Weiteres zumutbar gewesen wäre und damit das Vorliegen eines Notfalls zu verneinen ist. Diese Einschätzung trifft auch auf die vor dem Start der Immuntherapie beanspruchten medizinischen Leistungen zu, denn eine unmittelbare Rückkehr in die Schweiz nach der Ankunft in F.____ war aufgrund des Gesundheitszustandes angezeigt und auch angemessen bzw. verhältnismässig. Damit lag im Zusammenhang mit den im Ausland vorgenommenen Behandlungen kein Notfall vor, der es rechtfertigt, die Kosten der Auslandbehandlung zu Lasten der Grundversicherung ausnahmsweise zu übernehmen.



Das Beweisergebnis ist eindeutig. Weitere Abklärungen sind nicht nötig. Die Beschwerdegegnerin hat eine Kostenübernahme folglich zu Recht abgelehnt.

9.

9.1. Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

9.2. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren für die Parteien kostenlos.

9.3. Art. 61 lit. g ATSG schränkt den Anspruch auf Ersatz der Parteikosten auf die obsiegende Beschwerde führende Person ein. Da der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren unterliegt, steht ihm keine Parteientschädigung zu.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.