



Fall-Nr.: KV 2021/8
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 29.11.2022
Entscheiddatum: 12.05.2022

Entscheid Versicherungsgericht, 12.05.2022

Art. 5 Abs. 3 BV; Art 27 und 46 ATSG: Prüfung der Voraussetzungen des Vertrauensschutzes hinsichtlich einer behaupteten telefonischen Auskunft betreffend den Umfang der Kostendeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Notfallbehandlungen im Ausland sowie Beurteilung einer schriftlichen Bestätigung über die Versicherungsdeckung, die im Hinblick auf die Einreise in einen ausländischen Staat ausgestellt worden ist. Die Beschwerdeführerin vermag nicht dazutun, dass die Voraussetzungen für den Vertrauensschutz erfüllt sind. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Mai 2022, KV 2021/8).

Entscheid vom 12. Mai 2022

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichtern Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

KV 2021/8

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen



Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, Bundesplatz 15,
Postfach, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen (Auslandbehandlung)

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) war seit dem 17. Juni 2020 bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: Concordia) obligatorisch krankenversichert (vgl. act. G 5.1.2 und 5.1.4 ff.). Einen von der Versicherten am 17. Juni 2020 gestellten Versicherungsantrag für Krankenzusatzversicherungen (vgl. act. G 5.1.1) lehnte die Concordia mit Schreiben vom 26. Juni 2020 aufgrund der Angaben in der Gesundheitserklärung ab (vgl. act. G 5.1.3).

A.b. Am 14. Dezember 2020 stellte die Concordia zuhanden der Versicherten im Hinblick auf eine von dieser geplanten Reise nach B.____ eine Bestätigung über die Versicherungsdeckung auf Englisch aus (vgl. act. G 5.1.7 und 1.2).

A.c. Vom 12. bis 13. Januar 2021 musste die Versicherte in C.____ (B.____) aufgrund einer akuten Blinddarmentzündung stationär behandelt werden, was zu Gesamtkosten von Fr. 12'073.50 (USD 13'598.57) führte (vgl. act. G 5.1.9 und 5.1.11 S. 2, unten; vgl. act. G 1 S. 3).

A.d. Am 14. Januar 2021 meldete die Versicherte den Schaden bei der Concordia an (vgl. act. G 5.1.8).

A.e. Da die Versicherte mit der entsprechenden Leistungsabrechnung der Concordia, wonach ihr für die Notfallbehandlung im Ausland Fr. 5'104.35 abzüglich Franchise, Selbstbehalt und Spitalkostenbeiträge, sprich Fr. 2'316.90, vergütet würden (vgl. act. G



St.Galler Gerichte

5.1.10 und 5.1.11 S. 3 und S. 7; vgl. act. G 1 S. 3), nicht einverstanden war, erliess diese am 6. Mai 2021 eine anfechtbare Verfügung (vgl. act. G 5.1.10). Darin hielt sie an ihrer Leistungsabrechnung mit folgender Begründung fest:

"Für Leistungen von Behandlungen in Notfällen im Ausland übernimmt der Versicherer höchstens de[n] doppelte[n] Betrag der Kosten, die er vergüten würde, wenn die Behandlung in der Schweiz stattgefunden hätte (Art. 36 Abs. 4 KVV).

In der Schweiz werden seit dem 1. Januar 2012 die Akut Aufenthalte im Spital mit dem DRG-System abgegolten (DRGs = *diagnosis related groups*). Die Vergütung nach dem DRG-System erfolgt anhand definierter Fallgruppen, deren Behandlungsaufwand und die damit verbundenen Kosten vergleichbar sind. Um nun den Betrag in CHF zu berechnen, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, muss sein effektives Kostengewicht mit der Baserate (Basispreis) multipliziert werden. Die Baserate bezeichnet den Betrag, der für einen Behandlungsfall mit einem Kostengewicht von 1.0 bezahlt wird. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt.

In Ihrem Fall kommt der DRG G22D "*Appendektomie, ein Belegungstag (01.01.2021)*", Kostengewicht CW 0.597 zum Zug. Der CW wird nun mit dem zuständigen Basispreis multipliziert. Der Basispreis der Regionalspitäler in ihrem Wohnkanton St. Gallen beträgt CHF 9'500.00. Dies ergibt eine Vergütung von CHF 5'671.50, welche für eine Appendektomie mit einem Belegungstag im Kanton St. Gallen bezahlt würde.

In der Schweiz werden Vergütungen von stationären Behandlungen vom Wohnkanton und dem obligatorischen Krankenversicherer anteilmässig übernommen [...], wobei der Kanton 55 % der Kosten und der Versicherer 45 % trägt. Bei einer Appendektomie hätte der Versicherer im Kanton St. Gallen also CHF 2'552.17 zu tragen. Für eine Appendektomie im Ausland beläuft sich damit der maximal von der CONCORDIA zu bezahlende Anteil auf CHF 5'104.35 (doppelter Ansatz OKP Schweiz)."

B.

Eine von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Einsprache hiess die Concordia mit Einspracheentscheid vom 1. September 2021 teilweise gut, da sie zur



Ansicht gelangte, in der angefochtenen Verfügung bei der Festlegung des Basispreises auf Fr. 9'500.-- zu Unrecht vom Durchschnitt einiger geeigneter öffentlicher und privater Spitäler im Kanton St. Gallen ausgegangen zu sein. Sie stützte sich neu auf den Durchschnitt des Basispreises der Akutspitäler im Wahnkanton und hob den Basispreis dementsprechend auf Fr. 9'642.-- an. Die Verfügung vom 6. Mai 2021 hob sie folglich auf und hielt fest, dass sie die Kosten für die stationäre Notfallbehandlung im D.____ Hospital (B.____) neu im Umfang von Fr. 2'412.60 übernehme, weshalb der Versicherten unter Anrechnung der bereits geleisteten Fr. 2'316.90 noch Fr. 95.70 ausbezahlen seien (vgl. act. G 5.1.11).

C.

C.a. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 17. September 2021 Beschwerde. Sie beantragte, der Einspracheentscheid der Concordia (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 1. September 2021 sei teilweise aufzuheben und ihr sei gestützt auf den Basispreis von Fr. 9'642.-- der Betrag von Fr. 8'084.30 zuzusprechen bzw. unter Anrechnung der bereits versprochenen und teils erhaltenen Zahlungen von Fr. 2'412.60 noch Fr. 5'671.70 nachzuzahlen.

C.b. In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Oktober 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde vom 17. September 2021 sowie die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 1. September 2021; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin (act. G 5).

C.c. In ihrer Replik vom 6. Dezember 2021 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen sinngemäss fest (vgl. act. G 7).

C.d. In ihrer Duplik vom 31. Januar 2022 verwies die Beschwerdegegnerin auf die in der Beschwerdeantwort gestellten Rechtsbegehren (vgl. act. G 9).



Erwägungen

1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist, welche Kosten die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin für die zwischen dem 12. und 13. Januar 2021 erfolgte stationäre Notfallbehandlung in B.____ zu vergüten hat.

2.

2.1. Für Behandlungen im Ausland trägt die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgrund des Territorialitätsprinzips grundsätzlich keine Leistungspflicht, sofern keiner der geregelten Ausnahmetatbestände greift (vgl. Art. 34 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10] i.V.m. Art. 36 Abs. 2 und Abs. 4 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. 2.3, 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.

2.2. Bei der in B.____ durchgeführten Blinddarmoperation und dem damit einhergehenden Spitalaufenthalt hat es sich unbestrittenermassen um eine Notfallbehandlung gehandelt, sodass die Beschwerdegegnerin grundsätzlich eine Leistungspflicht trifft. Eine solche hat sie im angefochtenen Einspracheentscheid denn auch anerkannt. Strittig ist jedoch, in welcher Höhe sie Leistungen für die Auslandsbehandlung zu erbringen hat.

3.

3.1. Gemäss Art. 36 Abs. 4 KVV wird von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Notfallbehandlungen im Ausland nach Art. 36 Abs. 2 KVV höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden. Für die Vergütung stationärer Behandlungen einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital in der Schweiz haben die



Vertragsparteien nach Art. 49 Abs. 1 KVG Pauschalen (in der Regel Fallpauschalen) zu vereinbaren. Die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen (Art. 49a Abs. 1 KVG; zur Gruppe der Personen, für welche der Kanton einen Anteil an die stationären Behandlungen zu bezahlen hat; vgl. Art. 49a Abs. 2 KVG [alle Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner]). Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil in der Regel direkt dem Spital, jedoch können die Versicherer und der Kanton auch vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist (Art. 49 Abs. 3 KVG). Jeder Kanton hat für das Kalenderjahr jeweils spätestens neun Monate vor dessen Beginn den kantonalen Anteil festzulegen, wobei dieser mindestens 55 % betragen muss (Art. 49a Abs. 2^{ter} KVG). Art. 21 des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung (SPFG; sGS 320.1) bestimmt, dass der Anteil des Kantons an den Abgeltungen der stationären Leistungen nach Art. 49a KVG im Kanton St. Gallen 55 % beträgt.

3.2. Aufgrund des Anteils von 55 %, der bei einer Behandlung in der Schweiz vom Kanton getragen worden wäre, hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin 90 % (das Doppelte ihres Anteils von 45 %) der gesamten Kosten, die bei einem Spitalaufenthalt in der Schweiz angefallen wären, vergütet (vgl. Art. 36 Abs. 4 KVV; vgl. dazu ferner auch <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-im-Ausland/Behandlungen-im-Ausland-fuer-Versicherte-mit-Wohnsitz-in-der-Schweiz.html>; abgerufen am 6. April 2022).

3.3. Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass die Beschwerdegegnerin nach den rechtlichen Vorgaben ihr grundsätzlich lediglich 90 % der gesamten Kosten, die beim Spitalaufenthalt in der Schweiz angefallen wären, zu vergüten hat. Sie ist jedoch der Ansicht, dass sie einen Anspruch auf eine vom Gesetz abweichende Behandlung habe, da sie in ihrem Vertrauen auf die von der Beschwerdegegnerin erhaltene unrichtige bzw. unvollständige Auskunft, wonach ihr bei einem Schadenfall im Ausland aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der doppelte schweizerische Tarif bezahlt würde, zu schützen sei. Sie habe sich vor ihrer Reise nach B.____ am 11. Dezember 2020 telefonisch bei der Beschwerdegegnerin (Agentur St. Gallen) nach ihrer Versicherungsdeckung in B.____ erkundigt und dabei die Auskunft erhalten, dass der doppelte schweizerische Tarif vergütet würde. Der Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin habe mit keinem Wort erwähnt, dass dies nur für die ambulanten Behandlungen, nicht aber für stationäre Behandlungen gelte. Sie sei in Bezug auf die stationären Behandlungen nicht darüber aufgeklärt worden, dass das Doppelte von 45 % des



schweizerischen Tarifs vergütet würde. Schon gar nicht sei ihr gesagt worden, dass die Beschwerdegegnerin lediglich 90 % des schweizerischen Tarifs übernehme. Auch sei mit keiner Silbe angetönt worden, dass der Kanton mit einem 55%-igen Anteil ein weiterer Leistungsträger sei, der bei einer stationären Behandlung im Ausland entfalle. Folglich sei die telefonische Auskunft der Beschwerdegegnerin falsch gewesen. Im Anschluss an die telefonische Anfrage habe ihr die Beschwerdegegnerin für die Einreise nach B.____ noch eine Deckungsbestätigung in englischer Sprache zugestellt. In dieser Deckungsbestätigung sei ihr erneut zugesichert worden, dass ausserhalb der EU/EFTA-Länder maximal das Doppelte des in der Schweiz für die gleiche Notfallbehandlung bezahlten Betrages vergütet würde. Auch in dieser Bestätigung sei mit keiner Silbe auf die reduzierte Vergütung im Falle einer stationären Behandlung hingewiesen worden. Da die Deckungsbestätigung vom 14. Dezember 2020 mit der telefonisch erhaltenen Auskunft übereingestimmt habe, habe für sie absolut keine Veranlassung dazu bestanden, an dieser Auskunft zu zweifeln. Zwar habe sie gewusst, dass der Kanton seine Spitäler subventioniere, jedoch seien ihr die genauen Modalitäten der Subventionszahlungen nicht bekannt gewesen. Da sie den doppelten schweizerischen Tarif als Versicherungsdeckung für B.____ als ausreichend erachtet habe, habe sie auf den Abschluss einer Reiseversicherung verzichtet. Die unrichtige telefonische Auskunft sowie die Deckungsbestätigung vom 14. Dezember 2020 seien daher ursächlich für den Verzicht auf eine Reisekrankenversicherung gewesen. Daran ändere die auf der Deckungsbestätigung angebrachte Empfehlung, eine Reiseversicherung abzuschliessen, nichts. Denn gestützt auf die erhaltene Auskunft wäre sie im vorliegenden Schadenfall ausreichend versichert gewesen (der doppelte schweizerische Tarif betrage Fr. 11'513.-- [Basispreis von Fr. 9'642.-- x 0.597], was in etwa den in B.____ angefallenen Kosten von Fr. 12'073.50 entspreche). Zum Kern der die Beschwerdegegnerin nach Art. 27 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) treffenden Beratungspflicht gehöre es, die versicherte Person darauf aufmerksam zu machen, wenn ihr Verhalten eine der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nicht erfülle. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Beratungspflicht sie als bloss Grundversicherte nicht über die finanzielle Falle, die ihr im Ausland bei stationärer Behandlung gedroht habe, informiert habe. Im Übrigen stelle die fehlende Protokollierung des Telefonats eine Verletzung der Aktenführungspflicht nach Art. 46 ATSG und somit ihres rechtlichen Gehörs dar, weshalb eine Umkehr der Beweislast erwogen werden könne. Mangels Wortprotokolls des mit der Beschwerdegegnerin am 11. Dezember 2020 geführten Telefonats sei bei der Sachverhaltsdarstellung auf ihre Version, wonach ihr die Auskunft erteilt worden sei, dass der doppelte schweizerische Tarif vergütet werde, abzustellen (zum Ganzen vgl. act. G 1 und 7).



3.4. Die Beschwerdegegnerin bestreitet, dass der Beschwerdeführerin telefonisch die Auskunft erteilt worden sei, dass sie bei Notfallbehandlungen im Ausland den doppelten schweizerischen Tarif vergüte. Der Ablauf des von der Beschwerdeführerin behaupteten Telefongesprächs sei nicht bekannt und könne auch nicht bewiesen werden. Im Sozialversicherungsrecht habe das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsehe, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genüge den Beweisanforderungen nicht. So sei es auch möglich, dass der Beschwerdeführerin am Telefon empfohlen worden sei, eine Ferien- und Reiseversicherung abzuschliessen. Dass ihr am Telefon tatsächlich eine falsche Auskunft erteilt worden sei, könne die Beschwerdeführerin nicht beweisen. Die fehlende Protokollierung führe nicht zu einer Umkehr der Beweislast. Sinn und Zweck der in Art. 46 ATSG normierten Aktenführungspflicht sei nicht, die Sozialversicherungen dazu zu zwingen, jegliche Telefongespräche mit den Versicherten zu protokollieren. Dies wäre realitätsfremd. Telefonnotizen seien nur für relevante Gespräche zu erfassen und könnten sowieso nur Nebenpunkte, namentlich Indizien und Hilfstatsachen, belegen. Von einem derart relevanten Gespräch sei nicht auszugehen. Vielmehr erscheine es so, dass das Ziel des von der Beschwerdeführerin behaupteten Telefons die Bestellung der Bestätigung der Krankenversicherungsdeckung für die Einreise nach B. ___ gewesen sei. Bei der schriftlichen Bestätigung vom 14. Dezember 2020 handle es sich sodann um eine vorformulierte Bestätigung, welche für die Einreise in gewisse Länder ausgestellt werde. Der Text der Bestätigung beziehe sich nicht auf spezifische Behandlungen oder Länder. Folglich falle die Bestätigung nicht in den Bereich der Beratungspflicht. Es sei realitätsfremd, zu verlangen, dass eine Krankenversicherung bei solchen Bestätigungen eine detaillierte Information betreffend jegliche Deckung im Ausland aufführen müsse. Ausserdem entspreche der Satz, der von der Beschwerdeführerin als zu vage formuliert titulierte, der Übersetzung von Art. 36 Abs. 3 (richtig: Abs. 4) KVV. Das Wiedergeben einer Gesetzesbestimmung könne einem Versicherer nicht zum Vorwurf gemacht werden. Zudem sei in der Deckungsbestätigung keine vollumfängliche Deckung für COVID-Erkrankungen versprochen worden. Schliesslich empfehle die Bestätigung für eine umfangreiche Deckung sogar den Abschluss einer Ferien- und Reiseversicherung. Auch sei zu bezweifeln, dass die Beschwerdeführerin die Bestätigung aufmerksam durchgelesen habe, sei doch auf dem Dokument eine falsche Gültigkeitsdauer vermerkt. Im Übrigen wären selbst bei einer vermeintlich erteilten Falschauskunft die Voraussetzungen für eine Vertrauenshaftung nicht gegeben. Ein durchschnittlicher Rechtsanwalt hätte in derselben Situation zumindest Zweifel an der Wahrheit der Aussage gehegt und hätte nachgefragt, aus welchem Grund im Ausland die Krankenversicherungen sogar das



Doppelte der schweizerischen Behandlungskosten bezahlen würden oder hätte die Frage gleich selber abgeklärt. Die Übernahme von 200 % der Kosten bei jeglicher Auslandsbehandlung wäre kontraproduktiv und mit dem Kostendämpfungsziel nicht vereinbar. Hinzu käme eine nicht nachvollziehbare Ungleichbehandlung mit Versicherten, die in der Schweiz blieben. Eine erhöhte Aufmerksamkeit sei auch in Bezug auf die COVID-Pandemie zu erwarten gewesen. Eine ausgebildete Rechtsanwältin wie die Beschwerdeführerin hätte also zumindest Zweifel an der von ihr behaupteten Auskunft haben müssen. Weiter sei auch ein Schaden nicht bewiesen. Ob die Beschwerdeführerin bei richtiger Auskunft überhaupt eine Reiseversicherung abgeschlossen hätte, bleibe beweislos (zum Ganzen act. G 5 und 9).

3.5. Nach Art. 27 ATSG trifft die Beschwerdegegnerin eine Beratungspflicht. Sie ist gehalten, die Versicherten zumindest bei entsprechenden Nachfragen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und ihnen die Modalitäten des Versicherungsvertrages situationsadäquat zu erläutern (Kurt Pärli/Lea Mohler, N 24 ff. zu Art. 27, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Barbara Klett/Susanne Leuzinger (Hrsg.), Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Basler Kommentar, 2019 (nachfolgend zitiert: BSK ATSG); Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 28 ff. zu Art. 27). Der Versicherungsträger muss nicht über sämtliche Eventualitäten informieren, hat jedoch gewisse Abläufe und Situationen zu antizipieren. Er hat sich also in einem bestimmten Mass aktiv zu verhalten und die versicherte Person gegebenenfalls sogar unaufgefordert über bestimmte Elemente zu informieren. Der Umfang der Beratungspflicht ist im Einzelfall unter Beachtung der konkreten Umstände und des Grundsatzes von Treu und Glauben zu bestimmen (Art. 5 Abs. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]; BSK ATSG-Pärli/Mohler, N 25 zu Art. 27; Kieser, a.a.O., N 29 f. zu Art. 27).

3.6. Hätte die Beschwerdeführerin sich ausdrücklich bzw. für die Beschwerdegegnerin ausreichend erkennbar nach ihrer Versicherungsdeckung im Ausland erkundigt oder eine Beratung zur Frage gewünscht, inwiefern sie sich zu versichern hat, um gegen das Kostenrisiko einer stationären Behandlung im Ausland möglichst gut abgesichert zu sein, könnte es durchaus zur Beratungspflicht der Beschwerdegegnerin gehören, auf denwegfallenden kantonalen Anteil bei stationären Aufenthalten hinzuweisen. Dass die Beschwerdegegnerin Inhaberin eines Anwaltspatentes ist, entbindet die Beschwerdegegnerin grundsätzlich nicht von ihrer Beratungspflicht. Auch für Inhaberinnen eines Anwaltspatentes - erst recht für solche, die nicht als Anwältinnen praktizieren - können sich Unsicherheiten ergeben, die sie durch entsprechende Nachfragen bei den darauf spezialisierten Versicherungsträgern klären möchten. Es



muss auch ihnen - gerade im privaten Bereich - gestattet sein, mit entsprechenden Fragen an die zuständigen Stellen zu gelangen, weil ihnen dies möglicherweise einfacher erscheint als selber aufwändige Recherchen zu betreiben oder weil sie sich trotz Recherche rechtlich absichern möchten. Wenn sie auf die von ihnen gestellten Fragen konkrete Zusicherungen erhalten, kann sich der Versicherungsträger nicht stets darauf berufen, die Unrichtigkeit der Auskunft sei für die versicherte Person wegen ihres Anwaltspatentes ohne weiteres erkennbar gewesen.

3.7. Vorliegend ist aber das behauptete Telefonat vom 11. Dezember 2020 und dessen Inhalt nicht erstellt. Folglich lässt sich nicht rekonstruieren, welche Fragen die Beschwerdeführerin genau gestellt hat, inwiefern sich für die Beschwerdegegnerin aus den gestellten Fragen bzw. der Gesamtheit des Telefongesprächs eine Beratungspflicht ergeben hat und inwieweit sie dieser gegebenenfalls nachgekommen ist. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b und 138 V 221 f. E. 6; je mit Hinweisen). Eine Umkehr der Beweislast lässt sich aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin zu dem behaupteten, aber nicht bewiesenen Telefonat keine Telefonnotiz erstellt hat, nicht ableiten. Es stellt keine Verletzung der Aktenführungspflicht nach Art. 46 ATSG dar, wenn die Beschwerdegegnerin nicht über jedes einzelne Telefongespräch - zumindest ausserhalb sich abzeichnender Streitigkeiten, die zu einem formellen Verfahren führen könnten - eine Aktennotiz erstellt (vgl. dazu Entscheid des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2013, UV 2012/28, E. 3.2). Aus dem behaupteten Telefongespräch alleine kann die Beschwerdeführerin folglich nichts zu ihren Gunsten ableiten.

3.8. Neben den von ihr behaupteten, jedoch nicht nachweisbaren telefonischen Zusicherungen der Beschwerdegegnerin, beruft sich die Beschwerdeführerin auf die von der Beschwerdegegnerin erhaltene Bestätigung der Versicherungsdeckung in englischer Sprache vom 14. Dezember 2020 (vgl. act. G 5.1.7). Je nach vorgängiger Korrespondenz könnte das Zusenden einer solchen schriftlichen Bestätigung ohne weitergehende Erklärungen unter Umständen eine Verletzung der Beratungspflicht darstellen bzw. zur Annahme einer entsprechenden Vertrauensgrundlage beitragen. Vorliegend ist es aufgrund der zugestellten Bestätigung über die Versicherungsdeckung zwar denkbar, dass die Beschwerdeführerin sich im Vorfeld telefonisch nach der Versicherungsdeckung erkundigt hat und die entsprechende Bestätigung sie im Gefühl, ausreichend versichert zu sein, bestärkt hat. Es ist aber ebenso gut möglich, dass sie telefonisch genauer beraten worden ist oder sie sich gar nicht nach der Versicherungsdeckung erkundigt hat und lediglich eine Bestätigung



verlangt hat, um die Einreisemodalitäten von B.____ erfüllen zu können. Trifft Letzteres zu, hätte die Beschwerdegegnerin keine weitergehende Beratungspflicht getroffen. Vielmehr hätte sich ihre Dienstleistung im Zusenden der entsprechenden Bestätigung erschöpft. Wie bereits gesagt, ist der Inhalt des Telefongesprächs und somit auch der Kontext, in welchem die Bestätigung zugestellt worden ist, beweislos. Aus der recht allgemein gehaltenen schriftlichen Bestätigung alleine - ohne Kenntnis einer allfälligen weiteren Korrespondenz - lässt sich jedenfalls keine konkrete Zusicherung dafür ableiten, dass die Beschwerdegegnerin bei ausländischen stationären Notfallbehandlungen stets den doppelten Betrag der gesamten, für dieselbe Behandlung in der Schweiz anfallenden Kosten übernimmt und nicht nur den doppelten Betrag derjenigen Kosten, die für sie als Krankenversicherer angefallen wären. Die Bestätigung hat bezüglich der Deckung im Ausland im Wesentlichen die entsprechende Verordnungsbestimmung wiedergegeben und einschränkend darauf hingewiesen, dass die rechtlichen Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Basis für die versicherten Leistungen bilden (vgl. act. G 5.1.7). Eine weiterreichende Vertrauensgrundlage lässt sich daraus folglich nicht ableiten.

4.

Zusammenfassend vermag die Beschwerdeführerin nicht darzutun, dass die Voraussetzungen für den von ihr geltend gemachten Vertrauensschutz erfüllt sind, sodass die Beschwerde abzuweisen ist.

5.

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 nicht. Die als obsiegend zu betrachtende Beschwerdegegnerin hat als Krankenversicherung praxisgemäss ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, soweit - wie vorliegend - die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (BGE 128 V 323).

6.

Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid stellvertretend von einer daran mitwirkenden Richterin unterzeichnet (Art. 39^{ter} Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 941.1]).



Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

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