

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2019/20 vom 12. Mai 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2019_20

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2019/20 du 12 mai 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2019/20 del 12 maggio 2020

Regeste

Art. 34 Abs. 2 KVG, Art. 36 Abs. 1 KVV. Behandlung im Ausland. Territorialitätsprinzip. Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip ist nicht gegeben. Die Behandlung ist auch in der Schweiz durchführbar, wesentliche Behandlungsrisiken bestehen nicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Mai 2020, KV 2019/20).

Volltext

Entscheid vom 12. Mai 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Annina Janett Geschäftsnr. KV 2019/20 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte, Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil, gegen Sanitas Grundversicherungen AG, Versicherungsrechtsdienst, Postfach 2010, 8021 Zürich 1, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen (Auslandbehandlung) Sachverhalt A.____ war bei der Sanitas Grundversicherungen AG (Sanitas) obligatorisch krankenpflegeversichert. Der Versicherte leidet an einem MELAS-Syndrom, einer molekulargenetischen Erkrankung, die erstmals im Jahr 2014 diagnostiziert worden war (MELAS = Mitochondriale Myopathie mit Enzephalopathie, Laktatazidose und schlaganfallähnlichen Episoden; vgl. act. G 3.1, G 3.2, G 3.12, G 3.17, vgl. auch act. G 1.3). Im April 2018 wurde der Versicherte zur Reevaluation des MELAS-Syndroms in der Klinik für Rheumatologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vorgestellt. Die Ärzte empfahlen für eine differenzierte Beratung bezüglich möglicher Therapieoptionen die Vorstellung in einem Stoffwechselzentrum mit entsprechender Expertise und verwiesen den Versicherten an Dr. med. B.____, Leitender Arzt Stoffwechselanalytik, Zentrum für Labormedizin des Inselspitals Bern (Bericht vom 25. April 2018, act. G 3.4). Am 28. April 2018 ersuchte der Hausarzt des Versicherten, C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, die Sanitas um Übernahme der Kosten einer Auslandsbehandlung im D.____ in den Niederlanden (act. G 3.5). Am 14. Mai 2018 forderte die Sanitas den Hausarzt auf, einen Kostenvoranschlag für die Behandlung im D.____ einzureichen (act. G 3.6). Am 3. Juli 2018 reichte der Versicherte E-Mail-Konversationen zwischen ihm und dem D.____ ein (act. G 3.7, G 3.8). Am 17. Juli 2018 erstattete das D.____ einen Kostenvoranschlag über den Klinikaufenthalt und die durchzuführenden Behandlungen in der Höhe von EUR 4'468.64 (act. G 3.9). In der Folge legte die Sanitas das Dossier ihrer Vertrauensärztin vor, welche am 24. Juli 2018 die Ablehnung der Kostengutsprache empfahl. Gemäss Bericht des KSSG sei dem Versicherten empfohlen worden, sich bei Dr. B.____ zu melden, da dieser ein Experte auf dem Gebiet der vorliegenden Erkrankung sei (act. G 3.14). Am 7. August 2018 berichtete Dr. B.____ unter Hinweis auf einen Untersuch des Versicherten vom 25. Mai 2018, dass er als Spezialist für

mitochondriale Krankheiten gerne bereit sei, die Koordination der Verlaufskontrollen des Versicherten mit dem Betreuungsteam vor Ort zu übernehmen. Den Wunsch nach einer Zweitmeinung durch ein grösseres Zentrum in Deutschland oder den Niederlanden unterstütze er (act. G 3.12). Nach Einsicht in den Bericht von Dr. B.____ ergänzte die Vertrauensärztin am 17. August 2018, dass es in der Schweiz Experten für diese Erkrankung gebe, die bereit und in der Lage seien, die notwendigen ärztlichen Behandlungen zu übernehmen. Die Diagnose der Erkrankung sei gestellt und bekannt. Eine Zweitmeinung sei in solchen Fällen nicht notwendig. Die Voraussetzungen der Vergütung einer Auslandsbehandlung durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung seien nicht erfüllt (act. G 3.14). Mit Schreiben vom 24. August 2018 lehnte die Sanitas die Übernahme der Kosten für die geplante Behandlung im Ausland mit Verweis auf die Einschätzung des vertrauensärztlichen Dienstes ab (act. G 3.16). Vom 27. bis 30. August 2018 wurde der Versicherte im D.____ untersucht (act. G 3.17). Am 12. September 2018 erklärte er sich mit der Ablehnung der Kostenübernahme nicht einverstanden und ersuchte die Sanitas um Rückerstattung der Kosten des Aufenthalts im D.____. Gleichzeitig teilte er der Sanitas mit, dass in sechs Monaten eine weitere Untersuchung fällig sei (act. G 3.18). Mit Verfügung vom 5. Oktober 2018 lehnte die Sanitas die Übernahme der Kosten für den Aufenthalt im D.____ vom 27. bis 30. August 2018 ab (act. G 3.21). Gegen diese Verfügung liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt M. Büchel, Uzwil, am 25. Oktober bzw. 6. Dezember 2018 Einsprache erheben und beantragen, dass das Kostengutsprachegesuch für die Behandlung in der Klinik D.____ in den Niederlanden zu bewilligen und eine Kostengutsprache für weitere Behandlungen zu erteilen sei (act. G 3.22, G 3.25). Auf Anfrage teilte Dr. B.____ der Sanitas am 4. Januar 2019 mit, dass seiner Empfehlung nach die Kosten der Zweitmeinung des D.____ übernommen werden sollten. Zudem sollte evaluiert werden, ob die Therapieempfehlungen der Klinik hier durchgeführt werden könnten respektive welche Therapien als Pflichtleistungen zu übernehmen seien und welche einer spezifischen Kostengutsprache bedürften. Er sei durchaus bereit, die Koordination der weiteren Betreuung zu übernehmen (act. G 3.27). Im Rahmen der weiteren Abklärungen forderte die Sanitas den Rechtsvertreter des Versicherten am 15. April 2019 auf, ihr die Originalrechnung des Klinikaufenthaltes zuzustellen (act. G 3.32). Mit E-Mail vom 23. Mai 2019 teilte das D.____ mit, dass sich die Behandlungskosten auf EUR 4'574.19 belaufen hätten. Die Rechnung sei von einer Zwischenversicherungsgesellschaft ("intermediate insurance company") beglichen worden (act. G 3.35). Mit E-Mail-Nachrichten vom 27. Mai und 18. Juni 2019 liess der Rechtsvertreter verlauten, dass sich der Versicherte die Zahlung der Rechnung durch die ihm unbekannt Versicherung nicht erklären könne; gemäss seinen Informationen habe die Sanitas die Rechnung beglichen (act. G 3.36, G 3.38). Am 10. Juli 2019 gelangte die Sanitas mit der Anfrage an den Versicherten, ob der Fall abgeschlossen werden könne, da die Rechnung ja beglichen worden sei, dies vermutlich von der Gemeinsamen Einrichtung KVG (act. G 3.39). Gleichtags teilte der Rechtsvertreter der Sanitas mit, dass an der Einsprache festgehalten werde (act. G 3.40). Mit Entscheid vom 30. August 2019 wies die Sanitas die Einsprache des Versicherten ab (act. G 3.41). Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte am 30. September 2019 durch seinen Rechtsvertreter Beschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid vom 30. August 2019 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, Kostengutsprache ab dem 27. August 2018 für die Behandlungen der Klinik D.____ zu erteilen (act. G 1). Er reichte zudem einen Internetauszug über das MELAS-Syndrom ein (act. G 1.3). Mit Beschwerdeantwort vom 7. November 2019 beantragte die

Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Mit Replik vom 9. Dezember 2019 und Duplik vom 28. Januar 2020 hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest und bestätigten im Wesentlichen ihre Standpunkte (act. G 5, G 7). Erwägungen Gemäss Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Die Versicherer dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25-33 KVG übernehmen (Art. 34 Abs. 1 KVG). Die Übernahmepflicht der Krankenversicherer wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Der Beschwerdeführer leidet unbestrittenermassen am MELAS-Syndrom, einer seltenen genetischen und im Falle des Beschwerdeführers progredienten Stoffwechselerkrankung, welche die Mitochondrien in den Zellen der verschiedenen Gewebe unterschiedlich befallen kann. Aufgrund des MELAS-Syndroms bestehen beim Beschwerdeführer verschiedene Folgeerkrankungen, wie u.a. ein Diabetes mellitus, eine hypertensive Kardiomyopathie und eine Hypercholesterinämie (vgl. act. G 3.12; vgl. auch act. G 3.17, act. G 3.2, G. 3.4, act. G 1.3). Im Zeitraum vom 27. bis 30. August 2018 erfolgten im Zusammenhang mit dem MELAS-Syndrom Untersuchungen in der Klinik D.____ in den Niederlanden. Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten dieser Auslandsbehandlung im Rahmen der Grundversicherung zu übernehmen hat. Der Beschwerdeführer lässt die Übernahme der Behandlungskosten in der Spezialklinik "ab dem 27. August 2018" beantragen und festhalten, diese Behandlung "war und ist" von enormer Wichtigkeit für die Gesundheit und Lebenserwartung des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 4). Er möchte also wohl nicht nur die Behandlung vom 27. bis 30. August 2018 bezahlt haben, sondern darüber hinaus weitere spätere, nicht näher definierte Behandlungen. Während in der Verfügung vom 5. Oktober 2018 zu Recht nur der Leistungsanspruch im Zeitraum 27. bis 30. August 2018 geregelt wurde, wurden im Einspracheentscheid "weitere Behandlungen" erwähnt (S. 6 Ziff. 37). Sofern die Beschwerdegegnerin damit den Streitgegenstand ausdehnen wollte (was im Dispositiv des Einspracheentscheids keinen Niederschlag gefunden hat), wäre dies nicht zulässig. Denn ein schutzwürdiges Feststellungsinteresse in Bezug auf noch nicht definierte weitere Leistungen ist nicht erkennbar. Die vorliegende Beurteilung hat sich folglich auf die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Behandlung des Beschwerdeführers in der Klinik in den Niederlanden im Zeitraum 27. bis 30. August 2018 zu beschränken. Für das KVG gilt das Territorialitätsprinzip, d.h. die Versicherer müssen nur die Kosten jener Leistungen übernehmen, die in der Schweiz erbracht werden. Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip setzt gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) 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). Kein Notfall besteht, wenn sich die versicherte Person zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begibt. Dies ist vorliegend unbestrittenermassen der Fall, weshalb eine Notfallbehandlung im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV zu verneinen ist. Zu prüfen ist, ob eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 36 Abs. 1 KVV gerechtfertigt ist. Eine solche Ausnahme ist lediglich dann möglich, wenn in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit besteht oder aber im Einzelfall eine innerstaatlich praktizierte therapeutische Massnahme im Vergleich zur auswärtigen Behandlungsalternative für die betroffene Person wesentliche und erheblich höhere Risiken mit sich bringt, also eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlung in der Schweiz konkret nicht gewährleistet ist (BGE 145 V 170 E. 2.2 m.H. auf BGE 134 V 330 E. 2.2 und BGE 131 V 271 E. 3). Nur gravierende Lücken im Behandlungsangebot (sog. "Versorgungslücken") rechtfertigen es, vom Territorialitätsprinzip abzuweichen. Dabei handelt es sich in der Regel um Behandlungen, die hochspezialisierte Techniken verlangen, oder um seltene Krankheiten, für welche die Schweiz nicht über eine genügende diagnostische oder therapeutische Erfahrung verfügt. Existiert in der Schweiz allerdings eine angemessene und allgemein anerkannte Behandlungsmethode, so hat die versicherte Person keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine im Ausland vorgenommene Behandlung. Minimale bzw. bloss geringfügige, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile einer auswärts praktizierten Behandlungsmethode, aber auch der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über grössere Erfahrung auf dem betreffenden Fachgebiet verfügt bzw. höhere Fallzahlen ausweist, vermögen für sich allein noch keinen gültigen Grund darzustellen, um den Eingriff bzw. die Behandlung im Ausland der Grundversicherung zu belasten (Urteil des Bundesgerichtes vom 27. Juni 2011, 9C_110/2011 E. 2.3 m.w.H.; BGE 145 V 170 2.3 m.w.H.; vgl. zum Ganzen auch Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 4. Aufl. Zürich, 2018, N 267 ff. mit zahlreichen Rechtsprechungshinweisen). Wesentliche Behandlungsrisiken, die in der Schweiz deutlich höher sind als im Ausland, können ebenfalls einen medizinischen Grund i.S.v. Art. 34 Abs. 2 i.V.m. Art. 36 Abs. 1 KVV darstellen. Das Behandlungsrisiko beurteilt sich dabei nicht nach subjektiven Kriterien, sondern nach objektiven Gesichtspunkten (vgl. Eugster, a.a.O.). Der Begriff der medizinischen Gründe ist nach dem Gesagten entsprechend eng zu fassen. Den obligatorisch Versicherten die Wahlfreiheit einzuräumen, sich durch führende Spezialisten im Ausland behandeln zu lassen, obgleich die betreffenden medizinischen Vorkehren auch in der Schweiz unter annehmbaren Bedingungen angeboten werden, würde das System der tarifvertraglich geprägten Spitalfinanzierung gefährden, was wiederum die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz beeinträchtigen könnte. Unter anderem deswegen kann eine versicherte Person bei fehlendem medizinischem Grund auch keine Erstattung im Umfang der bei einer Behandlung in der Schweiz hypothetisch anfallenden Kosten beanspruchen (vgl. BGE 145 V 170 E. 2.4 m.w.H.). Damit stellt die Frage, ob im Falle des Beschwerdeführers ein medizinischer Grund für die Behandlung in den Niederlanden vorlag, nämlich ob in der Schweiz im Zusammenhang mit dem MELAS-Syndrom eine gravierende Versorgungslücke besteht oder aber, ob in der Schweiz wesentliche Behandlungsrisiken gegenüber einer Behandlung im Ausland vorlagen. Nach Lage der Akten wurde der Beschwerdeführer im April 2018 nach einer Schmerzexazerbation von seinem Hausarzt zur Einholung einer Zweitmeinung betreffend die mit dem MELAS-Syndrom einhergehenden Myalgien in der rheumatologischen Klinik

des KSSG untersucht. Die Ärzte des KSSG hielten fest, dass sich die Empfehlungen in der Literatur zur Behandlung eines MELAS-Syndroms in erster Linie auf die Behandlung der zerebrovaskulären Insuffizienz beziehen würden. Hier werde in der Regel Arginin oder Citrullin substituiert. Ob diese Substitution auch bei einer Myopathie sinnvoll und empfehlenswert sei, könne aus rheumatologischer Perspektive nicht eingeschätzt werden. Darüber hinaus gebe es Empfehlungen, dass ein regelmässiges muskuläres Training sinnvoll sei. Entgegen der Aussage des Hausarztes, dass der Beschwerdeführer bei der Konsultation im KSSG die Empfehlung bekommen habe, sich an eine Spezialklinik in den Niederlanden zu wenden (vgl. act. G 3.5), empfahlen die Ärzte die Vorstellung in einem Stoffwechsellzentrum und verwiesen den Beschwerdeführer konkret an Dr. B.____ (act. G 3.4). Im Mai 2018 wurde der Beschwerdeführer bei Dr. B.____ vorstellig. Dieser berichtete, Ziel der Konsultation sei die Orientierung des Beschwerdeführers bezüglich seiner seltenen Erkrankung, eine Standortbestimmung und die Diskussion möglicher Therapieansätze gewesen. Da auch von einem weiterhin progredienten Verlauf ausgegangen werden müsse, sei der Beschwerdeführer verständlicherweise bezüglich der in Zukunft zunehmenden Einschränkungen besorgt. Leider gebe es keine kausale Therapie. Auch gebe es keine wissenschaftlich nachgewiesenen Therapien, die den klinischen Verlauf beeinflussen könnten. Einzig die Gabe von Arginin oder Citrullin bei Hirnschlägen im Rahmen von MELAS scheine die Schwere der Strokes und deren Frequenz zu beeinflussen. Allerdings gebe es kaum wissenschaftliche Arbeiten, die zeigten, dass die prophylaktische Einnahme dieser Aminosäuren den Verlauf positiv beeinflusse. Auch sei Citrullin zwar als Aminosäure erhältlich, aber keine Pflichtleistung der Krankenkasse. Der Beschwerdeführer wolle eine solche Therapie jedoch gerne durchführen. Im Rahmen der Betreuung von MELAS-Patienten sei der frühzeitige Ausschluss und die Behandlung von sekundären Mangelerkrankungen und Komplikationen wichtig. Insbesondere sei auch eine gute Einstellung des Diabetes sehr wichtig. Nebst der engmaschigen Diabetes-Betreuung empfehle er jährliche kardiologische Kontrollen sowie das Erheben eines klinischen internistischen und neurologischen Status mit Laborkontrollen. Sicherlich müsse beim Beschwerdeführer die Schmerztherapie intensiviert werden. Dr. B.____ hielt fest, dass er, falls gewünscht, als Spezialist für mitochondriale Krankheiten gerne bereit sei, die Koordination dieser Verlaufskontrollen mit dem Betreuungsteam vor Ort zu übernehmen. Den Wunsch nach einer Zweitmeinung durch ein grösseres Zentrum in Deutschland oder den Niederlanden unterstütze er (act. G 3.12). Dr. B.____ hielt auf Anfrage der Beschwerdegegnerin zudem fest, dass die Europäische Union Referenzzentren für die Behandlung von spezifischen Gruppen seltener Erkrankungen definiert habe. Für Stoffwechselerkrankungen gebe es wiederum Untergruppen, zu denen u.a. auch die mitochondrialen Erkrankungen und darunter das MELAS-Syndrom gehörten. Die Schweiz könne bei diesen Referenzzentren momentan nicht teilnehmen, Patienten könnten nur auf Kostengutsprache von diesen Referenzzentren profitieren. In der Schweiz selber sei man zu klein, um krankheitsspezifische Referenzzentren mit multidisziplinären Teams aufzubauen. In diesem Sinn gebe es in der Schweiz kein Referenzzentrum für MELAS, sondern nur für Stoffwechselerkrankungen oder mitochondriale Krankheiten. Es gebe von der hochspezialisierten Medizin definierte Stoffwechsel-Referenzzentren in Bern, Zürich und Lausanne. Aufgrund der Grösse dieser Zentren würden jedoch alle Stoffwechsellpatienten dort behandelt und es gebe keine spezifischen Teams für MELAS. Das heisse, MELAS-Patienten würden in der Schweiz nicht zentral, sondern durch verschiedene Fachspezialisten, wie Stoffwechselspezialisten, Neurologen und Ernährungsberater etc.

betreut. Es gebe keine spezifische Therapie, die MELAS heilen könnte, aber Therapien, die einen positiven Einfluss auf den Verlauf hätten. Spezifische Medikamente seien kontraindiziert und Sport bzw. die Erhaltung einer gewissen Aktivität werde empfohlen. Beim bisherigen Verlauf und der kontroversen Behandlung des Beschwerdeführers sei eine Zweitmeinung sicherlich sinnvoll. Falls es zu spezifischen Therapien und Notfällen komme, müsse der Beschwerdeführer jedoch wohnortsnah betreut werden können (act. G 3.27). Die Ärzte des D.____ führten in ihrem Bericht vom 31. August 2018 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers aus, dass es bei der mitochondrialen Erkrankung ausser einer supportiven Therapie keine Behandlung gebe. Eine Veränderung des Lebensstils ("lifestyle adjustments") könne seinen Gesundheitszustand verbessern. Empfohlen werde eine sportliche Betätigung im Sinne eines Fitnessprogrammes und die Einhaltung der Diätmassnahmen. Das Training sollte langsam aufgebaut und falls nötig durch einen Physiotherapeuten unterstützt werden. Die Schmerzen würden weniger werden, wenn sich die Muskeln an das Training gewöhnt hätten. Die Lungenfunktion werde sich wahrscheinlich aufgrund des Gewichtsverlustes durch den Sport verbessern (Bericht in englischer Sprache, act. G 3.17). Mit Blick auf die vorliegende Aktenlage ist festzuhalten, dass gemäss den übereinstimmenden Beurteilungen der involvierten Ärzte im Zusammenhang mit dem MELAS-Syndrom nur symptomatische bzw. supportive, nicht aber kausale Therapieformen anerkannt sind bzw. überhaupt existieren. Bezüglich der möglichen supportiven Therapien empfahlen sowohl das D.____ als auch Dr. B.____ insbesondere eine sportliche Betätigung und die engmaschige Kontrolle des Diabetes. Die Ärzte der rheumatologischen Klinik des KSSG verwiesen ebenfalls auf die Fachliteratur, gemäss welcher beim MELAS-Syndrom ein regelmässiges muskuläres Training empfohlen werde. Eine solche Trainingstherapie, allenfalls mit physiotherapeutischer Begleitung, ist offenkundig in der Schweiz durchführbar. Auch die Behandlungen der durch das MELAS-Syndrom bedingten Folgeerkrankungen sind in der Schweiz ohne Weiteres möglich und werden gemäss den vorliegenden Akten auch bereits durchgeführt (Diabetes-Betreuung, kardiologische Kontrollen etc.). So war bzw. ist der Beschwerdeführer in der Schweiz neben den hausärztlichen Kontrollen bei verschiedenen Ärzten in Behandlung, u.a. in der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG (vgl. act. G 3.2, 3.5). Das Vorbringen des Beschwerdeführers, dass es in der Schweiz für das MELAS-Syndrom schlichtweg keine anerkannte Behandlungsmethode und keine individuell unterstützenden Therapien gebe, geht somit fehl. Weiterführende Behandlungsmassnahmen und insbesondere eine (prophylaktische) Therapie mit Aminosäuren, wie sie der Beschwerdeführer gemäss Angaben von Dr. B.____ gerne durchführen würde, wurden weder von den Schweizer noch von den niederländischen Fachspezialisten empfohlen oder gar verordnet. Der Umstand, dass es in der Schweiz kein spezifisches Referenzzentrum für mitochondriale Erkrankungen oder für das MELAS-Syndrom im Speziellen gibt, begründet für sich alleine keinen Anspruch des Beschwerdeführers auf Auslandsleistungen. Dies umso weniger, als die Schweiz über drei Stoffwechselzentren und damit durchaus über die notwendigen Fachspezialisten – u.a. Dr. B.____ – verfügt. Dass der Beschwerdeführer dabei von verschiedenen Fachärzten und nicht wie im Ausland zentral durch ein Zentrum betreut wird, mag zwar ein Nachteil gegenüber einer Auslandsbehandlung sein, doch dieser wiegt nicht schwer genug, um die ausnahmsweise Auslandsbehandlung über die Krankengrundversicherung zu finanzieren. Wie in E. 3.2.1 ausgeführt, vermag auch der Umstand, dass das D.____ ohne Zweifel über eine grössere Erfahrung mit MELAS-Patienten

verfügt bzw. höhere Fallzahlen ausweist, eine Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin für sich alleine nicht zu rechtfertigen. Damit ist eine (gravierende) Versorgungslücke, die eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip rechtfertigen würde, zu verneinen. Dass es dem Hausarzt und dem Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben über all die Jahre nicht gelungen ist, einen Spezialisten in der Schweiz zu finden, der sich mit diesem Krankheitsbild auskenne (vgl. act. G 3.5), ist nicht hinreichend belegt und folglich nicht weiter von Relevanz. Schliesslich sind vorliegend keine objektiven Gesichtspunkte ersichtlich, die auf ein wesentliches Behandlungsrisiko des Beschwerdeführers in der Schweiz gegenüber dem Ausland schliessen lassen. Das Vorbringen, dass die behandelnden Schweizer Ärzte die von der niederländischen Klinik genannten Informationen und Therapievorschläge nicht hätten liefern können (act. G 1, G 5), geht mit Blick auf die übereinstimmend empfohlenen Behandlungsmassnahmen fehl. Dass der Beschwerdeführer, wie er geltend macht, laut Berichten und Aussagen der Ärzte in der Schweiz den falschen Rat erhalten habe, keine sportlichen Aktivitäten mehr zu unternehmen (act. G 1), ist in den vorliegenden Akten in dieser Form nicht belegt. Selbst der den Beschwerdeführer im Jahr 2017 behandelnde Rheumatologe hatte festgehalten, der Beschwerdeführer müsse aktiv bleiben, und eine regelmässige, wenn auch physisch nicht zu stark belastende Bewegungstherapie und insbesondere regelmässige Spaziergänge empfohlen (vgl. act. G 3.1). Folglich kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Behandlung in der Schweiz mit wesentlichen Risiken einhergeht. Eine (zweckmässige) Behandlung des Beschwerdeführers war und ist in der Schweiz insgesamt gewährleistet. Zusammenfassend ist im Sinne einer Gesamtwürdigung ein (seltener) Ausnahmefall vom Territorialitätsprinzip im vorliegenden Fall zu verneinen (vgl. zur Kasuistik auch Eugster, a.a.O., N 269 f.). Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch des Beschwerdeführers auf die Übernahme der Kosten der Auslandsbehandlung zu Recht abgelehnt. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht verpublichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.