

ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2020 61 vom 21. Dezember 2020

ZG Verwaltungsgericht, 2020-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_verwaltungsgericht_S_2020_61

FR: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2020 61 du 21 décembre 2020

IT: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2020 61 del 21 dicembre 2020

Regeste

Sozialvers.rechtl. Kammer — Krankenversicherung (Kostenübernahme) — Beschwerde

Erwägungen

E. 2

Urteil S 2020 61 A. Der Versicherte, A._____, Jahrgang 1990, war namentlich in den Jahren 2018 und 2019 bei der Avenir Krankenversicherung AG der Groupe Mutuel für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung versichert (BG-act. 2 S. 1 und 4). Überdies hatte A._____ bei vorgenanntem Versicherer für diesen Zeitraum eine Zusatzversicherung für Auslandsreisen im Falle von Krankheit und Unfall bis zu einem Betrag von Fr. 100'000.– abgeschlossen (BG-act. 2 S. 2 und 5). Der Versicherte leidet gemäss eigenen Aussagen seit 2010/2011 krankheitshalber an Diskushernien (BG-act. 11 S. 3). Während eines Auslandsaufenthalts in C._____, D._____, intensivierten sich die Schmerzen, weshalb der Versicherte die Discus Hernia auf dem Niveau L5–S1 am 13. März 2018 operativ im Allgemeinkrankenhaus E._____ in C._____ behandeln liess (vgl. BG-act. 5). In der Folge ersuchte der Versicherte die Avenir Krankenversicherung AG um Übernahme der im Zusammenhang mit dieser Operation entstandenen Behandlungskosten im Zeitraum vom 8. März bis 20. April 2018 in der Höhe von insgesamt Fr. 4'711.30 (vgl. BG-act. 5 f.). Die Avenir Krankenversicherung AG lehnte eine diesbezügliche Leistungspflicht mit Verfügung vom 10. Mai 2019 ab, da erstens nicht erwiesen sei, dass die Operation wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sei und zweitens kein Notfall im Sinne des Gesetzes vorliege (vgl. BG-act. 19). Gegen die Verfügung vom 10. Mai 2019 liess der Versicherte mit Einsprache vom 30. September 2019 innert der erstreckten Frist um Aufhebung der Verfügung vom 10. Mai 2019 und Kostenübernahme der Behandlung der Diskushernie in D._____ durch die Versicherung ersuchen (BG-act. 27). Die Versicherung wies die Einsprache vom 30. September 2019 gestützt auf eine Stellungnahme ihres vertrauensärztlichen Dienstes vom 26. Februar 2020 (BG-act. 33) mit Einspracheentscheid vom 20. März 2020 ab (BG-act. 34). B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 18. Mai 2020 beantragte A._____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) die Aufhebung des Einspracheentscheids der Avenir Krankenversicherung AG (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) vom 20. März 2020 und die Übernahme der Kosten für die Behandlung in D._____ vom 8. März bis 20. April 2018 in der Höhe von insgesamt Fr. 4'711.30 durch die Beschwerdegegnerin, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (act. 1).

E. 2.1

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25 bis 31 KVG und zwar nach Massgabe der in den Artikeln 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Nach Art. 25 Abs. 1 KVG werden die Kosten für diejenigen Leistungen übernommen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit resp. ihrer Folgen dienen. Nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG umfassen diese Leistungen die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital, namentlich von Ärzten oder Ärztinnen, durchgeführt werden. Artikel 32 Abs. 1 KVG besagt schliesslich, dass die Leistungen nach den Artikeln 25 bis 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachzuweisen ist. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen müssen sodann periodisch überprüft werden (Art. 32 Abs. 2 KVG). Nach Art. 34 Abs. 1 KVG darf die obligatorische Krankenversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den obgenannten Bestimmungen übernehmen. Der Bundesrat kann sodann vorsehen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Abs. 2 und 29 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden (Art. 34 Abs. 2 lit. a KVG). Er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen (Art. 34 Abs. 3 KVG). Laut Art. 36 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) bezeichnet das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) nach Anhören der zuständigen Kommission die Leistungen nach den Artikeln 25 Abs. 2 und 29 KVG, deren

E. 2.2

Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c). Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Das Abstellen auf einen bloss glaubhaft gemachten Sachverhalt vermag dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zu genügen (BGer 9C_721/2015 vom 8. August 2016 E. 3.2).

7 Urteil S 2020 61

E. 2.3

Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind (Art. 28 Abs. 2 ATSG). Gegenüber ausländischen Leistungserbringern können die

Krankenversicherungen zudem Art. 42 Abs. 3 und 4 sowie Art. 57 Abs. 6 KVG nicht anwenden (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 578 Rz. 555). Nach der Praxis des Versicherungsgerichts unterliegen die Versicherten bei Auslandbehandlungen daher einer weitreichenden Mitwirkungspflicht, was die Beschaffung der entscheidungswesentlichen Daten angeht. Hierzu gehören namentlich Originalrechnungen, welche die Behandlungsdaten, die Diagnosen, die erbrachten medizinischen Leistungen, den Betrag für die jeweiligen Leistungen, den Behandlungsort sowie die Namen und Adressen der ausländischen Leistungserbringer aufweisen. An den Beweiswert und den Detaillierungsgrad der eingereichten Unterlagen sind hohe Anforderungen zu stellen, wobei zugleich der Verhältnismässigkeitsgrundsatz zu wahren ist (Zobl/Vokinger, a.a.O., Art. 34 KVG N 9; Gebhard Eugster, a.a.O., S. 578 Rz. 555; EVG K 222/05 vom 29. August 2006 E. 2.2 und 4.2). Insgesamt muss die durchgeführte Behandlung nachvollziehbar und glaubhaft sein. Falls notwendig kann der Versicherer vom Versicherten die Übersetzung von fremdsprachigen Dokumenten in eine der Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch verlangen. Die Abklärungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG umfasst nicht auch die Übersetzung aus exotischen Sprachen (Gebhard Eugster, a.a.O., S. 578 Rz. 555). 3. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zur Übernahme der medizinischen Behandlungskosten vom 8. März bis 20. April 2018 betreffend die Diskushernien-Operation des Beschwerdeführers im Ausland (D. _____) in der Höhe von insgesamt Fr. 4'711.30 gemäss Art. 34 KVG i.V.m. Art. 36 KVV verpflichtet ist.

E. 3

Urteil S 2020 61 C. Mit Vernehmlassung vom 17. Juni 2020 ersuchte die Beschwerdegegnerin das Gericht um Abweisung der Beschwerde (act. 3). D. Ein zweiter Schriftenwechsel hat nicht stattgefunden. Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein. Das Verwaltungsgericht erwägt: 1. 1.1 Die Bestimmungen des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) sind nach Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) in der heute geltenden Fassung auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das KVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Die Abweichungen werden in Abs. 2 abschliessend aufgelistet. Die Bestimmungen über die Leistungspflicht der Krankenversicherer sind dem Geltungsbereich des ATSG nicht entzogen, so dass dieses vorliegend anwendbar ist. Da sich der zu beurteilende Sachverhalt nach Inkrafttreten des ATSG ereignet hat, gibt es auch keine intertemporalrechtlichen Bedenken gegen die Anwendbarkeit dieses Gesetzes. 1.2 Nach Art. 56 Abs. 1 ATSG kann gegen Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers Beschwerde erhoben werden. Zuständig für die Beurteilung solcher Beschwerden ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Die Beschwerdefrist beträgt 30 Tage (Art. 60 Abs. 1 ATSG). Gemäss § 77 Abs. 1 des zugerischen Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRG; BGS 162.1) beurteilt das Verwaltungsgericht als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Gebiet der eidgenössischen Sozialversicherung, für die das Bundesrecht eine kantonale Rechtsmittelinstanz vorsieht. Der Beschwerdeführer hat Wohnsitz in F. _____, somit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde gegen die Avenir Krankenversicherung AG sowohl sachlich als auch örtlich zuständig.

E. 3.1

Würdigend ist zunächst festzustellen, dass es vorliegend unbestrittenermassen nicht um die Frage geht, ob im Ausland eine Leistung erbracht worden ist, die in der Schweiz grundsätzlich möglich gewesen wäre und keine bedeutenden oder erheblich höheren Risiken mit sich gebracht hätte. Folglich liegt keine Ausnahme vom Territorialitätsgrundsatz aus medizinischen Gründen im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 36 Abs. 1 KVV vor (vgl. auch Zobl/Vokinger, a.a.O., Art. 34 KVG N 14). Schliesslich hat sich der Beschwerdeführer rund ein Jahr später einer entsprechenden Operation in der Schweiz unterzogen (BG-act. 29 S. 3 ff.). Soweit in casu zu prüfen ist, ob die Leistung aus medizinischen Gründen in D. _____ und nicht in der Schweiz erfolgt

E. 3.2

Aus den Akten ergibt sich überdies das Folgende: Am 11. April 2018 ging bei der Beschwerdegegnerin ein Schreiben des Beschwerdeführers ein, wonach er der Beschwerdegegnerin den Vorfall der Notfalloperation in D. _____ über deren Notfallhotline mitgeteilt hätte. Zudem reichte er ins Deutsche übersetzte Arztberichte sowie eine Rechnung für Behandlungsleistungen vom 13. bis 14. März 2018 im Allgemeinkrankenhaus E. _____ in C. _____ in der Höhe von x. _____ bzw. EUR 3'950.09 (BG-act. 5) und eine Rechnung des Zentrums G. _____ für ein MRI des Endokraniums vom 20. April 2018 in der Höhe von Fr. 120.– ein (BG-act. 6). In der Leistungsabrechnung 2018 vom 25. April 2018 verfügte die Avenir Krankenversicherung AG die Nicht-Übernahme der Behandlungskosten vom 8. März 2018 in der Höhe von Fr. 29.40 sowie jener vom 13. bis 14. März 2018 in der Höhe von Fr. 4'561.90, total Fr. 4'591.30 (BG-act. 7). Selbiges entschied die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Behandlungskosten des Zentrums G. _____ vom 20. April 2018 in der Höhe von Fr. 120.– (BG-act. 8). Begründend wurde jeweils angeführt, die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernehme die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht würden. Ein Notfall liege jedoch nicht vor. In der Folge ersuchte der Beschwerdeführer die Beschwerdegegnerin telefonisch um erneute Überprüfung ihrer Leistungspflicht. Mit Schreiben vom 8. Mai 2018 bat die Beschwerdegegnerin den Versicherten um Zustellung sämtlicher Originalunterlagen sowie Vervollständigung des mitgesandten Fragebogens (BG-act. 9). Der Versicherte retournierte den vollständig

E. 3.3

Der Beschwerdeführer ist seiner Mitwirkungspflicht (vgl. hiavor E. 2.3) insofern nachgekommen, als er der Beschwerdegegnerin am 1. Juli 2018 die Original-Rechnungen der ausländischen Leistungserbringer (BG-act. 11) sowie am 11. April 2018 die nachstehenden – alle ins Deutsche übersetzte – Arztberichte zukommen liess (BG-act. 5; vgl. E. 3.3.1–3.3.8):

E. 3.3.1

Am 8. März 2018 liess sich der Beschwerdeführer von Dr. J. _____ in der Klinik K. _____, Kabinett für Neurochirurgie, untersuchen. In seinem Bericht stellte Dr. J. _____ die folgende Diagnose: Degeneration iv Discus L4 und L5, Hernia Discus L5. Überdies hielt er fest, die Schmerzen in der lumbosakralen Wirbelsäule hätten sich im letzten Jahr intensiviert. Es sei notwendig, die MRI Untersuchung hinsichtlich der lumbosakralen Wirbelsäule zu wiederholen sowie eine EMNG Untersuchung von beiden Beinen durchzuführen, um eine abschliessende Beurteilung abgeben zu können (BG-act. 5).

E. 3.3.2

Im Facharztbericht vom 9. März 2018 führte Dr. med. L._____, Spezialist der Neurologie des Allgemeinkrankenhauses E._____, aus, der Versicherte habe seit acht Jahren Schmerzen im Bereich der lumbosakralen Wirbelsäule, die weiter entlang des linken Beins gingen. Diese Schmerzen hätten sich im letzten Jahr intensiviert. Er stellte die folgende Diagnose: Prolapsus disci intervertebralis lumbalis et disci intervertebralis aliorum cum radiculopathia M51.1. Zur Beurteilung der weiteren Heilung sei ein MRI der lumbosakralen Wirbelsäule und die Beurteilung durch einen Neurochirurgen notwendig (vgl. BG-act. 5).

E. 3.3.3

Der Bericht vom 10. März 2018 von Dr. M._____, Spezialistin der Radiologie des Allgemeinkrankenhauses E._____, nimmt Stellung zum MRI der lumbosakralen Wirbelsäule. Eine MRI-Untersuchung der lumbosakralen Wirbelsäule vom Mai 2017 sei nicht zum Vergleich vorgelegen. Die Physiologiellordose der Lumbalwirbelsäule sei mässig betont. Bewahrt sei der Höhendiameter der dargestellten Wirbelkörper, homogen IS Knochenmark mit Anfangsdegenerativänderungen auf dem Niveau L5–S1. Die degenerativen Veränderungen an den kleinen Facettengelenken seien etwas ausgeprägter. Die iv Räume L4–L5 und L5–S1 seien leicht verengt und die Diskusse seien degenerativ verändert. Auf Niveau L5–S1 sei der Diskus degenerativ verändert und in alter Extrusie dorsomedial und paramedial beidseitig, rechts stärker ausgeprägt, nicht homogen verflüssigt; das hintere Band sei angehoben mit Kompressiveneffekt auf den Duralsack in der Mittellinie und Diskoradikalkonfrontation mit den Wurzeln auf diesem Niveau beidseitig, aber rechts betonter. Auf dem Niveau L4–L5 iv Räume könne man eine leichte Diskusprotrusion dorsolateral mit einem Riss an der Anulus Fibrosus bemerken, der das hintere Band anhebt, ohne dass ein wesentlicher Kompressiveneffekt auf den Duralsack und die Wurzeln beidseitig auftritt. Auf dem Niveau der anderen iv Räume könne man weder bedeutende Diskusprotrusionen noch Kompressiveneffekte auf den Duralsack und die Wurzeln am Ausgang sehen. Doktor M._____ empfiehlt die Konsultation eines Spinalneurochirurgen, Neurologen und Physiaters (vgl. BG-act. 5).

E. 3.3.4

Aus dem Bericht vom 12. März 2018 des Spezialisten Dr. med. L._____ geht hervor, auf dem MRI der lumbosakralen Wirbelsäule sei eine Extrusion des degenerativen Diskus auf dem Niveau L5–S1 dorsomedial und paramedial rechts ersichtlich. Deshalb sei eine komplette Endoskopie-Operation der lumbalen Discus Hernia indiziert. Der Versicherte sei gemäss Besprechung stationär zur Genesung aufgenommen worden (BG- act. 5).

E. 3.3.5

Der Röntgenaufnahmebericht vom 12. März 2018 von Dr. N._____, Spezialist der Radiologie des Allgemeinkrankenhauses E._____, hält fest, der Radiografiebefund von Lunge und Herz sei normal (BG-act. 5).

E. 3.3.6

Der Spezialistenbericht vom 13. März 2018 von Dr. O._____, Spezialistin Innere Medizin und Endokrinologie des Allgemeinkrankenhauses E._____, betrifft die prä-operative Untersuchung vor der Diskushernien-Operation im Allgemeinkrankenhaus E._____ in C._____, D._____. Darin ist festgehalten, der Patient fühle sich gut,

habe jedoch seit einem Jahr intensive Rückenschmerzen. Der Laborbefund vom 12. März

E. 3.3.7

Im Entlassungsschein des Allgemeinkrankenhauses E._____ vom 14. März 2018 – ausgestellt von den Ärzten Dr. med. L._____, Spezialist der Neurochirurgie, Dr. med. P._____, Spezialist der Allgemein Chirurgie, und Dr. med. Q._____, Spezialist Brustchirurgie – ist sodann festgehalten, der Beschwerdeführer leide seit einem Jahr an Rückenschmerzen, wobei sich die Schmerzen einen Tag vor der Aufnahme intensiviert hätten, sodass er schwer stehen und nicht selbständig gehen konnte. Ein MRI der lumbosakralen Wirbelsäule habe die Diagnose Discus Hernia reg. L5–S1 pp. dex M51.1 gebracht. Wegen des sehr starken Zustandes – gemäss der Visuellen Analogskala: 10 von 10 – sei er dringend am 13. März 2018 operiert worden. Es sei eine komplette Endoskopieoperation der Lumbal Discus Hernia L5–L1 rechts und eine radiofrequente Anuloplastik ohne Komplikationen durchgeführt worden (BG-act. 5).

E. 3.3.8

Die weiteren ärztlichen Berichte datieren nach der Operation und belegen einzig die ordentliche Heilung nach der Operation (vgl. BG-act. 5). Sie vermögen für die vorliegende Beurteilung des Notfalls keine wesentlichen Erkenntnisse liefern.

E. 3.3.9

Am 28. Oktober 2019 reichte der Beschwerdeführer den Operationsbericht des Neuro- und Wirbelsäulenzentrums der Klinik I._____ vom 24. Juni 2019 nach. Der Arztbericht hält in pathologisch-intraoperativer Hinsicht fest, es habe sich eine schwere Kompression aller vier Nervenwurzeln gezeigt, insbesondere L5 und S1. In Bezug auf die Operationsindikation führt der Bericht aus, man habe beim Versicherten in den letzten zwei Jahren mittels konservativer Therapien versucht, eine Besserung der Beschwerden zu erreichen, was jedoch nicht gelungen sei. Der Patient sei psychisch zunehmend angeschlagen und wünsche nun ein operatives Vorgehen. Der unterzeichnende Arzt habe selber vor einigen Tagen eine Infiltration (L5 beidseits) durchgeführt, was vorübergehend

E. 3.4

Gestützt auf die vorgenannten ärztlichen Berichte rügt der Beschwerdeführer, die Versicherung habe die Leistungsübernahme zu Unrecht verweigert und beantragt die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 20. März 2020 sowie die Übernahme der Kosten für die Behandlung in D._____ in der Höhe von Fr. 4'711.30. In seiner Beschwerde bringt der Versicherte vor, er habe gemäss Arztbericht vom 13. März 2018 bei der Notfall-Aufnahme weder stehen noch selbständig gehen können. Aufgrund der Muskelschwäche sowie der Lähmungserscheinungen sei man von einer Nervenwurzelkompression ausgegangen. Die Schmerzen seien so unerträglich gewesen, dass notfallmässig eine Operation angeordnet worden sei. Daher sei eine Rückreise in die Schweiz zu diesem Zeitpunkt nicht möglich gewesen, ohne bleibende Schäden in Kauf zu nehmen. Im Originalbericht (D._____ Version) werde eindeutig aufgezeigt, dass es sich um einen Notfall gehandelt habe und nicht habe zugewartet werden können. Der Arztbericht sei seines Erachtens nicht korrekt übersetzt worden. Ferner habe er sich im Urlaub befunden und sei nicht zwecks Behandlung nach D._____ gereist (act. 1 E. B.2). Überdies bestreitet der Beschwerdeführer die Behauptung der Beschwerdegegnerin, wonach ein Bandscheibenvorfall in der Schweiz nicht operativ behandelt würde. Da ein Verdacht auf eine Nervenwurzelkompression bestanden habe, wäre eine Operation auch in

der Schweiz die gängige Vorgehensweise gewesen. Grundsätzlich gelte, dass eine Operation dann zwingend werde, wenn der Druck des Bandscheibenvorfalles auf die Nervenwurzel (Nervenwurzelkompression) zu stark sei. Denn aus einem solchen Druck könnten bleibende Schäden entstehen. Auch die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erachtete der Beschwerdeführer als erfüllt, erstens da die Operation aufgrund der unerträglichen Schmerzen zweckmässig und auch wirksam gewesen sei. Zweitens sei auch die Wirtschaftlichkeit gegeben, da die Operationskosten in D. _____ sowieso um einiges tiefer seien als in der Schweiz (act. 1 E. B.4). Im Ergebnis sei die Operation notfallmässig erfolgt und daher von der obligatorischen Krankenkasse gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV zu übernehmen (vgl. act. 1 E. B.1).

E. 3.5

Demgegenüber verneint die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht in Bezug auf die Behandlung in D. _____ vom 8. März bis 20. April 2018 und verweist in ihrer Begründung vollumfänglich auf einen Bericht ihres Vertrauensarztes Dr. med. R. _____, Innere Medizin FMH, vom 26. Februar 2020.

E. 3.5.1

In seiner Stellungnahme folgert Dr. med. R. _____, der Patient leide seit mehreren Jahren an einem chronischen Lumbalen-Schmerzsyndrom und sei deswegen auch in der Schweiz mehrmals abgeklärt und behandelt worden. Die Diskushernien-Operation in D. _____ sei infolge der chronischen Schmerzen durchgeführt worden, mithin würden keine neurologischen Ausfälle beschrieben. Folglich könne nicht von einem Notfall-Eingriff gesprochen werden. Die beschriebenen akuten Symptome (Schmerzen, Mühe zum Stehen und Gehen) hätten zunächst konservativ mit Hilfe von Infiltrationen, Injektionen, Ruhe, NSEH und Physiotherapie behandelt werden können und müssen. Entsprechend sei die Kostenübernahme gemäss Art. 36 KVV abzulehnen. Anzumerken sei überdies, dass die Denervation der Facettengelenke keine Pflichtleistung nach dem Anhang 1 Ziffer 2.3 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) bilde (BG-act. 33).

E. 3.5.2

Gestützt auf den Bericht des Vertrauensarztes hält die Beschwerdegegnerin fest, die beanspruchte Behandlung entspreche nicht den gesetzlichen Bestimmungen. Es handle sich vorliegend nicht um eine notfallmässige, sondern um eine freiwillige Behandlung. In den medizinischen Berichten werde erwähnt, dass der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren an dieser Diagnose leide. Die beschriebenen Symptome wären in der Schweiz in erster Linie konservativ mit Hilfe von Infiltrationen, Injektionen, Ruhe, NSEH und Physiotherapie behandelt worden (act. 3 E. D.7). Sie bestreite, dass eine Rückreise aufgrund der hohen Schmerzen und Lähmungserscheinungen nicht möglich gewesen sei. Die Hauptindikationen für die Operation vom 13. März 2018 seien chronische Symptome gewesen, jedoch würden keine neurologischen Ausfälle beschrieben. Ferner liessen sich den medizinischen Berichten keine Lähmungserscheinungen entnehmen. Auch sei nicht belegt, warum keine konservativen Behandlungsmethoden angewendet worden seien. Es handle sich folglich um keinen Notfall. Es sei auch in D. _____ davon auszugehen, dass die übliche Therapie in erster Linie konservativ erfolge (act. 3 E. D.8). Die Stellungnahme des Vertrauensarztes sei in ihren Aussagen klar und schlüssig, weshalb auf die Einholung eines Gutachtens verzichtet werden könne, zumal keine begründeten Zweifel gegen diese

Beurteilung vorlägen (act. 3 E. D.9). 4. Fraglich ist zunächst, ob eine Notfallsituation im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV vorherrschend war.

E. 4

Urteil S 2020 61 1.3 Gegen den Einspracheentscheid vom 20. März 2020 erhob der Beschwerdeführer am 18. Mai 2020 Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Die Beschwerde gilt folglich als binnen der 30-tägigen Frist nach Art. 60 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19; SR 173.110.4) – Fristenstillstand vom 21. März 2020 bis zum 19. April 2020 – rechtzeitig eingereicht. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den formellen Anforderungen an eine Beschwerde und der Beschwerdeführer ist von der Verfügung des Krankenversicherers und damit als direkt Betroffener zur Beschwerde legitimiert. Somit ist die Beschwerde vom Gericht zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11). 2.

E. 4.1

Die Notfallbehandlung muss aus medizinischen Gründen unaufschiebbar sein. Aus den eingereichten Arztberichten geht hervor, dass der Versicherte bereits seit mehreren Jahren an chronischen Diskushernien-Schmerzen leidet und in der Schweiz deswegen regelmässig in Behandlung steht. Der Beschwerdeführer bringt nunmehr vor, eine Operation wäre angesichts des Verdachts auf eine Nervenwurzelkompression zwingend gewesen; diese wäre demzufolge auch in der Schweiz die gängige Vorgehensweise gewesen (act. 1 E. B.4). Der Befund eines Kompressiveffekts wird einzig im Bericht von Dr. M. _____ vom 10. März 2018 geäussert. Doktor M. _____ ordnete jedoch keine notfallmässige Operation an, sondern empfahl vielmehr die Konsultation eines Spinalneurochirurgen, Neurologen und Physiaters. Die späteren Arztberichte enthalten keine Hinweise mehr auf eine Nervenwurzelkompression. Überdies werden in den eingereichten Arztberichten keine neurologischen Ausfälle beschrieben (vgl. BG-act. 5), wie dies denn auch der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin in seiner Stellungnahme feststellt (BG-act. 33 S. 3). Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer weder substantiiert darzulegen noch mit ärztlichen Berichten zu belegen vermag, inwiefern die Operation aus medizinischen Gründen unaufschiebbar gewesen wäre. Insbesondere vermag er nicht zu belegen, inwiefern die Folgen der Diskushernien nicht zunächst, wie in der Schweiz, mit konservativen Massnahmen, insbesondere Infiltrationen, Injektionen, Ruhe, NSEH und Physiotherapie, hätten behandelt werden können. Diese alternativen konservativen Behandlungsmethoden hätten mindestens kurzfristig Abhilfe schaffen können, um die Rückkehr in die Schweiz zu ermöglichen. Diese Ansicht wird denn auch unterstützt durch die Feststellung im Operationsbericht der Klinik I. _____ vom 24. Juni 2019, wonach man vor der Operation eine Infiltration im Sinne einer konservativen Behandlung durchgeführt hatte, welche denn auch vorübergehend eine signifikante, fast vollständige Besserung zu bewirken vermochte. Erst nachdem die konservativen Behandlungsmethoden erfolglos ausgeschöpft waren, griff man auf eine Operation zurück (BG-act. 29). Darüber hinaus ergibt sich aus den Akten, dass zwischen der ersten Untersuchung am 8. März 2018 und der Operation am 13. März 2018 insgesamt fünf Tage vergangen sind, wobei der Beschwerdeführer erst ab dem 12. März 2018 stationär behandelt wurde. Indessen sind auch nach der Untersuchung und dem Befund des Kompressiveffekts von Dr. M. _____ weitere drei Tage vergangen, an denen der Beschwerdeführer nicht operiert wurde. Die

Flugreise von C. _____ in die Schweiz hingegen dauert mit dem Flugzeug nur ca. eine Stunde und vierzig Minuten. Insbesondere auch unter diesem Aspekt ist die Unaufschiebbarkeit der Behandlung folglich zu verneinen.

E. 4.2

Sodann ist zu prüfen, ob eine (vorzeitige) Rückkehr in die Schweiz auch angemessen gewesen wäre. Das Kriterium der Angemessenheit der Rückkehr in die Schweiz ist im Lichte des Verhältnismässigkeitsprinzips und nach den gesamten Umständen des Einzelfalles zu beurteilen. Dazu gehören die medizinische Zumutbarkeit der Rückreise, die Kosten der Rückreise im Verhältnis zu den Behandlungskosten, aber auch die Prüfung, ob die Behandlung in der Schweiz möglich gewesen wäre oder ob die Rückkehr eine Verzögerung der Behandlung und dadurch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich gezogen hätte (BGer 9C_1009/2010 vom 29. Juli 2011 E. 2.3). Der Beschwerdeführer bringt vor, er hätte auf der Notfallaufnahme am 13. März 2018 weder stehen noch selbständig gehen können (act. 1 E. 3.2). Diese Aussagen stehen im Einklang mit dem Arztbericht vom 14. März 2018 (BG-act. 5). Indessen vermag der ärztliche Bericht nicht rechtsgenügend zu belegen, inwiefern eine Rückreise in die Schweiz aufgrund der Schmerzen und eingeschränkten Mobilität, gegebenenfalls mit medikamentöser Behandlung, unzumutbar gewesen wäre. Überdies ist davon auszugehen, dass konservative Behandlungsmethoden mindestens kurzfristig eine signifikante Besserung hätten bewirken können. Immerhin dauert die Rückreise von C. _____ in die Schweiz mit dem Flugzeug nur eine Stunde und vierzig Minuten. In Bezug auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, er habe weder stehen noch selbständig gehen können, ist anzumerken, dass diese Befunde einer Reise etwa mittels Rollstuhls nicht entgegenstehen. Die Rückkehr in die Schweiz ist daher gestützt auf die nachvollziehbare Einschätzung des Vertrauensarztes als zumutbar zu erachten. Dies muss umso mehr gelten, als die Rückkehr in die Schweiz auch nicht mit einer namhaften Verzögerung der Behandlung verbunden war, welche zu einer Verschlechterung des

E. 4.3

Überdies scheint die bundesgerichtliche Rechtsprechung – wenn auch kritisiert in der Lehre – vorauszusetzen, dass die Notwendigkeit einer Notfallbehandlung plötzlich und unerwartet eintritt. Wie von der Vorinstanz und in der Stellungnahme des vertrauensärztlichen Dienstes zu Recht festgestellt, wurde die Operation in D. _____ aufgrund einer bereits seit mehreren Jahren diagnostizierten Krankheit durchgeführt. Dabei handelte es sich um ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom, weswegen der Beschwerdeführer bereits mehrmals abgeklärt und behandelt worden ist. Gemäss den Arztberichten in den Akten – so namentlich derjenige von Dr. J. _____ und von Dr. L. _____ – haben sich die Schmerzen bereits im letzten Jahr intensiviert – e contrario nicht erst seit letztem Monat, in welchem sich der Beschwerdeführer in D. _____ befand. Folglich waren die chronischen Schmerzen dem Beschwerdeführer bereits lange vor Abreise nach D. _____ bekannt. In dieser Hinsicht ist ebenfalls zumindest fraglich, inwiefern eine Intensivierung chronisch bestehender Symptome den strengen bundesgerichtlichen Anforderungen an eine Notfallsituation im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV genügen würde.

E. 4.4

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Leistungsverweigerung primär auf die Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. R. _____. Die Aufgaben der Vertrauensärztinnen und

Vertrauensärzte sind in Art. 57 KVG umschrieben. In erster Linie geht es darum, dass sie den Krankenversicherern ihre Sachkunde, namentlich zur Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung, zur Verfügung stellen. Dabei soll das therapeutische Ermessen des behandelnden Arztes respektiert werden. Indes soll der Vertrauensarzt die divergierenden Interessen der Versicherten, der Versicherer und der Leistungserbringer in vernünftiger Weise ausgleichen. Er selbst ist indes nicht berechtigt, verbindliche Kostengutsprachen zu gewähren, den behandelnden Ärzten Weisungen zu erteilen oder die Patienten selbst zu behandeln (Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 57 N 3 mit zahlreichen Hinweisen). Die vertrauensärztlichen Stellungnahmen haben Begutachtungsfunktion, sind für Richter und Versicherer aber nur unverbindliche Meinungsäusserungen bzw.

E. 5

August 2003 E. 2.2; Zobl/Vokinger, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, Art. 34 KVG N 16). Demgemäss ist zu prüfen, ob die Behandlung in der Schweiz möglich gewesen wäre und ob die Rückkehr eine Verzögerung der Behandlung und dadurch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich gezogen hätte. Nebst medizinischen sind aber auch andere (finanzielle) Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Namentlich müssen die Kosten der Rückreise in einem vernünftigen Verhältnis zu den Behandlungskosten im Ausland stehen (Zobl/Vokinger, a.a.O., Art. 34 KVG N 18 mit Hinweisen; BGer 9C_1009/2010 vom 29. Juli 2011 E. 2.3 mit Hinweisen) Das Kriterium des vorübergehenden Auslandsaufenthalts ist in der Regel unproblematisch und grundsätzlich zu bejahen, solange die betreffende Person aufgrund eines schweizerischen Wohnsitzes oder einer Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz versicherungspflichtig ist. Demnach kann auch ein längerer Auslandsaufenthalt, etwa im Rahmen einer längeren Reise oder Geschäftstätigkeit, nur "vorübergehend" im Sinne des Gesetzes sein (Zobl/Vokinger, a.a.O., Art. 34 KVG N 17; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 575 Rz. 544)

E. 5.1

Offenbleiben kann letztlich, ob auch im Rahmen einer Behandlung im Ausland einzig die Pflichtleistungen, konkret die Diskushernien-Operation nicht aber die Denervation der Facettengelenke mittels Radiofrequenztherapie von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergüten wäre, wie dies die Beschwerdegegnerin vorbringt (BG-act. 34).

E. 5.2

Ebenfalls nicht beurteilt werden muss bei diesem Ergebnis sodann die Frage, ob eine Operation der Hernia Discus grundsätzlich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen wäre (vgl. Art. 32 KVG). 6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Zusammenhang mit der in D._____ vorgenommenen Operation der Diskushernien am 13. März 2018 kein Notfall im Sinne des Gesetzes vorlag, der es rechtfertigt, die Kosten der Auslandsbehandlung zu Lasten der Grundversicherung ausnahmsweise zu übernehmen. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Übernahme der im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff angefallenen Kosten für die Behandlung vom 8. März bis 20. April 2018 im Betrag von insgesamt Fr. 4'711.30.– ablehnte. Die Beschwerde erweist sich demzufolge als unbegründet und sie ist vollumfänglich abzuweisen. 7. Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die

Verwaltung und/oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, kann auf die Abnahme weiterer Beweise in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Die Parteien legten diverse Aktenstücke ins Recht, welche vom Gericht allesamt gewürdigt wurden. Weitere Beweisabnahmen wurden nicht verlangt und sind denn auch obsolet. 8. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos (vgl. Art. 61 lit. a ATSG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

E. 6

Urteil S 2020 61 In der Lehre auf Skepsis gestossen ist die vom Bundesgericht verlangte Voraussetzung, dass die Notwendigkeit einer Notfallbehandlung plötzlich auftreten und damit für den Patienten nicht vorhersehbar sein muss. Damit würde im Endeffekt, so die Kritik der Lehre, der Versicherungsschutz von Personen beschränkt, die vor der Abreise ins Ausland wissen oder damit rechnen müssen, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Eine solch restriktive Handhabung würde zu einer ungerechtfertigten Beschränkung der persönlichen Freiheit der betroffenen Patienten führen (Zobl/Vokinger, a.a.O., Art. 34 KVG N 17; Gebhard Eugster, a.a.O., S. 576 Rz. 547 mit Hinweisen). Unter dem KVG bislang ungeklärt scheint die Frage, ob Notfallmassnahmen im Ausland auch dann vergütet werden, wenn dieselben Massnahmen in der Schweiz von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergütet würden (mit Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum alten Recht RKUV 1992 K 893 102 bejahend Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 34 N

E. 8

Urteil S 2020 61 sei, geht es mithin einzig um die Klärung, ob ein Notfall im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 36 Abs. 2 KVV vorgelegen hat. In dieser Hinsicht unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer im fraglichen Zeitraum, März bis April 2018, in der Schweiz, im Kanton Zug, wohnhaft war, gleichwohl er sich vom 20. Februar bis 17. Juni 2018 ferienhalber in D. _____ aufhielt (BG-act. 11 S. 2). Das Kriterium des vorübergehenden Aufenthalts im Ausland kann folglich als erfüllt erachtet werden, zumal auch ein längerer Auslandsaufenthalt von vorliegend vier Monaten den Schweizer Wohnsitz nicht aufzuheben vermag. Keine Anhaltspunkte deuten überdies darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer zum Zwecke der Behandlung bzw. Operation ins Ausland begeben hat, was denn vom Beschwerdeführer auch ausdrücklich verneint (vgl. BG-act. 27 S. 2) und von der Beschwerdegegnerin nicht weiter bestritten wird. Fest steht zudem, dass der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren in Abklärung und Behandlung in Bezug auf seine Diskushernien stand (vgl. BG-act. 11 und 33).

E. 9

Urteil S 2020 61 ausgefüllten und unterzeichneten Fragebogen, die ärztlichen Berichte sowie die Original- Rechnungen instruktionsgemäss mit Schreiben vom 1. Juli 2018 (BG-act. 11). Ergänzend bat die Avenir Krankenversicherung AG am 13. Juli 2018 um Zustellung der vorhandenen MRI Bilder des Spitals H. _____ sowie jenen des Zentrums G. _____ in D. _____ (BG-act. 12). Unter Androhung des Entscheids aufgrund der Akten oder Nichteintreten ersuchte die Beschwerdegegnerin am 26. Oktober 2018 erneut um Zustellung der vorgenannten Unterlagen innert 30 Tagen (BG-act. 13). Der

Beschwerdeführer sendete die angeforderten MRIs verspätet mit Schreiben vom 17. Dezember 2018 (BG-act. 14), welches bei der Beschwerdegegnerin am 20. Dezember 2018 einging. Letztere verfügte gleichtags ein Nichteintreten infolge Unterlassens der Mitwirkungspflichten (BG-act. 15). Gegen die Nichteintretensverfügung erhob der Beschwerdeführer am 1. Februar 2019 Einsprache mit der Begründung, er sei aus medizinischen Gründen nicht in der Lage gewesen, die Unterlagen bis zum geforderten Zeitpunkt einzureichen, weshalb die Voraussetzungen für Sanktionen wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht vorliegend nicht erfüllt seien (BG-act. 16). Mit Verfügung vom 10. Mai 2019 trat die Beschwerdegegnerin wiedererwägungsweise auf die Einsprache ein und wies jene materiell ab, nachdem sie das Dossier erneut sorgfältig geprüft und mit ihrem vertrauensärztlichen Dienst besprochen hat. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, in den ihr bisher eingereichten Unterlagen werde grundsätzlich erwähnt, dass die Operation in D. _____ aufgrund einer bereits seit mehreren Jahren diagnostizierten Krankheit durchgeführt worden sei. Für das entsprechende Leiden seien bereits im Jahr 2017 mehrere MRI-Untersuchungen in der Schweiz durchgeführt worden, bis zum heutigen Zeitpunkt sei von Schweizer Ärzten jedoch noch keine Operation empfohlen worden. Die Notfallsituation der in D. _____ beanspruchten Operation werde einzig im medizinischen Entlassungsschein vom 26. März 2018 der E. _____ indiziert, wonach der Beschwerdeführer "[w]egen des sehr starken Zustandes VAS 10/10 [...] dringend am 13.03.2018 operiert worden" sei. Dieser einzige Hinweis vermöge den Beweisanforderungen nicht zu entsprechen. Erstens sei nicht bewiesen, dass die Operation an sich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sei, denn hierzulande würden Bandscheibenvorfälle eher in seltenen Fällen operiert. Zweitens könne aufgrund dieser Aussage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, dass aus medizinischer Sicht keine Rückreise in die Schweiz im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV möglich gewesen wäre. Im Ergebnis sei es ihr nicht möglich, die Kosten des in D. _____ beanspruchten Eingriffs über die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. Allerdings könne die Leistungspflicht anhand

E. 10

Urteil S 2020 61 eines neurologischen und neurochirurgischen Berichts vom Vertrauensarzt erneut überprüft werden (BG-act. 19). Gegen die Verfügung vom 10. Mai 2019 hat der Beschwerdeführer am 11. Juni 2019 fristgerecht vorsorglich Einsprache erhoben und – innert der mehrmals in grosszügiger Weise erstreckten Frist (vgl. BG-act. 20 ff.) – rechtzeitig mit begründeter Einsprache vom 30. September 2019 um Aufhebung der Verfügung vom 10. Mai 2019 und Übernahme der Behandlungskosten in D. _____ ersucht (BG-act. 27). Am 28. Oktober 2019 reichte der Beschwerdeführer den Operationsbericht des Neuro- und Wirbelsäulenzentrums der Klinik I. _____ vom 24. Juni 2019 nach (BG-act. 29).

E. 11

Urteil S 2020 61

E. 12

Urteil S 2020 61 2018 ergebe, dass das Blutbild, die Koagulationsfaktoren und die Biochemie ordentlich seien, vorbehalten eines erhöhten Kreatinin-Werts von 112 $\mu\text{mol/L}$ (bei einem Referenzwert 62–106 $\mu\text{mol/L}$). Das EKG zeige einen Sinus Rhythmus mit einer Frequenz von 69 Schlägen pro Minute, ohne Änderung in der ST-Strecke und der T-Welle.

Der Radiografiebefund von Herz und Lunge sei normal (PA, keine Radiografiezeichen und Pathologieänderungen in den Lungenfeldern, normale Radiografiemorphologie und Hilusstruktur, Medistinum und Hemidiafragmen). Abschliessend könne der Patient in allgemeiner Anästhesie operiert werden, eine entsprechende Rehydratation sei notwendig (BG-act. 5).

E. 13

Urteil S 2020 61 eine signifikante, fast vollständige Besserung der Beschwerden gebracht habe. In der Folge sei es jedoch zu einer Exazerbation der Schmerzen gekommen (BG-act. 29).

E. 14

Urteil S 2020 61

E. 15

Urteil S 2020 61

E. 16

Urteil S 2020 61 Nicht gehört werden kann der Beschwerdeführer, soweit er vorbringt, ein Originalbericht (D. _____ Version) vermöge eindeutig aufzeigen, dass es sich um einen Notfall gehandelt habe und nicht habe zugewartet werden können – dieser Arztbericht sei seines Erachtens nicht korrekt übersetzt worden. Bei Leistungspflichten für Behandlungen im Ausland obliegt die Einreichung der medizinischen Belege einschliesslich Übersetzungen dem Beschwerdeführer. Dieser Pflicht ist der Beschwerdeführer denn grundsätzlich nachgekommen. Soweit er vorbringt, die Übersetzung sei unpräzise bzw. nicht korrekt, wäre es ihm freigestanden, eine neue (korrekte) Übersetzung einzureichen oder immerhin auf die konkrete Fundstelle dieser Aussage zu verweisen. Soweit der Beschwerdeführer jedoch nicht einmal auf den konkreten Arztbericht verweist, erscheint dieses Vorbringen jedenfalls unbehelflich.

E. 17

Urteil S 2020 61 Gesundheitszustands hätte führen können, insbesondere zumal seit der ersten Untersuchung bis zur Operation ohnehin mehrere Tage vergingen. Im Vergleich zu den Behandlungskosten von über Fr. 4'711.30.– erscheinen die Kosten für einen Rückflug zudem als verhältnismässig gering (vgl. dahingehend auch SVGer ZH KV.2018.00020 vom 14. November 2019 E. 4.5). Folglich ist die Rückreise in die Schweiz zwecks allfälliger Operation auch als zumutbar und angemessen zu erachten.

E. 18

Urteil S 2020 61 Empfehlungen. In Schriftform abgegeben haben die Berichte den gleichen Beweiswert wie verwaltungsinterne Arztberichte und Gutachten eines öffentlichen UVG-Versicherers. Den Aktengutachten der Vertrauensärzte kann voller Beweiswert zukommen, wenn der Gutachter aufgrund der Unterlagen mit ausreichenden, auf persönlichen Untersuchungen beruhenden ärztlichen Beurteilungen ein gesamthaft lückenloses Bild erhält (Gebhard Eugster, a.a.O., Art. 57 N 4, mit zahlreichen Hinweisen). Die vertrauensärztliche Zustimmung zu einer Behandlung ist für den Versicherer nicht *conditio sine qua non*, sie stellt auch keine formelle Anspruchsvoraussetzung dar (Gebhard Eugster, a.a.O., Art. 57 N 5). Im Weiteren ist die Weisungsunabhängigkeit der Vertrauensärzte zu betonen (vgl. Art. 57 Abs. 5 KVG). Vertrauensärzte sind weder

Interessevertreter der Versicherer, der Versicherten noch der Leistungserbringer (Gebhard Eugster, a.a.O., Art. 57 N 7). Die dem Gericht vorliegende Stellungnahme des Vertrauensarztes ist schlüssig und nachvollziehbar. Sodann haben dem Vertrauensarzt sämtliche ins Recht gereichten Befunde vorgelegen (BG-act. 33 S. 1), er mithin seine Schlussfolgerung gestützt auf umfassende Kenntnis der Aktenlage gezogen hat. Die ins Recht gelegten Arztberichte halten einzig in generalisierter Form fest, die Schmerzen des Beschwerdeführers hätten sich intensiviert, sodass er schwer stehen und nicht selbständig gehen konnte, oder sprechen pauschal von "Not-Operation" oder "dringender Operation" ohne Begründung derselben. Überdies gehen aus den eingereichten Arztberichten keine konkreten Anhaltspunkte hervor, weshalb konservative Behandlungsmethoden nicht zunächst zur Schmerzlinderung und gegebenenfalls vorübergehend bis zu einer allfälligen Operation in der Schweiz in Betracht gezogen wurden. Auch enthalten sie keine Hinweise auf neurologische Ausfälle. In dieser Hinsicht ist anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit Verfügung vom 10. Mai 2019 darauf hinwies, eine erneute Überprüfung der Leistungspflicht durch den Vertrauensarzt sei bei Einreichen eines neurologischen und neurochirurgischen Berichts möglich (BG-act. 19), was der Beschwerdeführer jedoch unterliess. Im Ergebnis sprechen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr. med. R._____, weshalb die Beschwerdegegnerin und nun auch das Gericht auf die vertrauensärztliche Einschätzung von Dr. med. R._____ abstellen dürfen. Demgemäss wurde der Beschwerdeführer bereits mehrfach in der Schweiz hinsichtlich seines chronischen lumbalen Schmerzsyndroms abgeklärt und behandelt, die Diskushernien-Operation vom 13. März 2018 entsprechend infolge chronischer Schmerzen durchgeführt wurde. Die Ärzte in der Schweiz haben sich wiederholt gegen eine operative Behandlung zugunsten konservativer Behandlungsmethoden entschieden. Entsprechend ist mit überwiegender

E. 19

Urteil S 2020 61 Wahrscheinlichkeit dargetan, dass die zwar intensivierten, aber chronischen Schmerzen des Beschwerdeführers in D._____ im März und April 2018 keinen Notfall darstellten. 5.

E. 20

Urteil S 2020 61

E. 21

Urteil S 2020 61 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

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