

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00047**

## **vom 21. Januar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2012.00047](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2012.00047)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00047 du 21 janvier 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00047 del 21 gennaio 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit ( § 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

#### **E. 1.2**

Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen.

Zum Leistungsbereich gemäss Art. 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit oder ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen namentlich die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden, (lit. a) wie auch den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der all gemeinen Abteilung (lit. e).

Art. 32 Abs. 1 KVG verlangt dabei als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, dass die Leistungen nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

#### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht für eine stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, das heisst einer Anstalt oder deren Abteilungen aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (das heisst unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (BGE 126 V 323 E. 2b mit Hinweisen).

Akutspitalbedürftig sind in der Regel plötzlich auftretende, meist kurzfristig und heftig verlaufende Gesundheitsstörungen, welche eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordern. Das KVG nennt keine zeitliche Grenze, ab welcher bei

länger dauernder Krankheit die Akutphase abgeschlossen ist; eine allgemeingültige Grenze lässt sich nicht ziehen. Die Akutphase dauert aber in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_107/2011 vom 28. Februar 2011, E. 2.2 mit Hinweisen). 1 .

## **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 4. Juni 2012 ( Urk. 2) erhob die Versicherte am 6. Juli 2012 Beschwerde ( Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei die Philo zu verpflichten, ihr CHF 3'579.--, eventuell CHF 3'237.-- und P.\_\_\_\_ 60'000.-- an das Z.\_\_\_\_ in Y.\_\_\_\_ , nebst 5 % Verzugszins seit dem 29. Juli 2011 zu zahlen (S. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 14. November 2012 ( Urk. 10) beantragte die Philo die Abweisung der Beschwerde sowie die Übernahme der Abklärungskosten durch die A.\_\_\_\_ durch die Beschwerdeführerin.

Mit Replik vom 15. Dezember 2012 ( Urk. 14) hielt die Beschwerdeführerin dar an fest , dass der Einspracheentscheid aufzuheben sei und die Philo zu verpflichten sei, ihr CHF 3'579.-- nebst 5 % Verzugszins seit dem 29. Juli 2011 zu zahlen .

Mit Duplik vom

### **E. 2.1**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst 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.

### **E. 2.2**

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 blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

### **E. 2.3**

Der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ( Art. 61 lit. c ATSG). Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indes nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrektiv in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195; 122 V 157 E. 1a S. 158; vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2 S. 183).

### **E. 2.4**

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE

115 V 111 E. 3d/bb; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b). 3.

### **E. 3**

0. Januar 2013 (Urk. 19) hielt die Beschwerdegegnerin an der beantragten Abweisung der Beschwerde fest, was der Beschwerdeführerin am 1. Februar 2013 zur Kenntnis gebracht wurde.

Mit Eingabe vom 14. März 2013 (Urk. 22) äusserte sich die Beschwerdeführerin in zur Duplik der Beschwerdegegnerin. Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid dar, die im Juni 2011 von der Beschwerdeführerin eingereichten Rechnungen seien gemäss Abklärungen ihrer Partnerfirma für Auslandfragen, A.\_\_\_\_, überhöht, eventuell auch gefälscht, und die Behandlungsdaten auf den zuerst eingereichten Rechnungen würden nicht mit den Originalrechnungen übereinstimmen. Hätten die behaupteten Behandlungen stattgefunden, würde es sich ausserdem nur bei der Malariabehandlung um einen Notfall handeln (Urk. 2 S. 3). Aufgrund der fehlenden medizinischen Unterlagen sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bewiesen, dass überhaupt ein Notfall vorgelegen habe (Urk. 10 S. 9 Ziff. 9). Die Beschwerdeführerin habe offensichtlich versucht, Leistungen nach dem KVG zu erwirken, welche ihr nicht zustünden, indem sie ihre fiktiven Rechnungen mit überhöhten Rechnungsbeträgen eingereicht habe, weshalb sie keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen habe (Urk. 10 S. 10 Ziff. 12).

#### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin machte hingegen geltend, durch das Vorsprechen der A.\_\_\_\_ habe eine wesentliche Herabsetzung des Preises, von 1'038'000. — P.\_\_\_\_ auf 628'000. — P.\_\_\_\_, erreicht werden können (Urk. 1 S. 3 Ziff. 10). Beim Betrag von 560'000. — P.\_\_\_\_ handle es sich lediglich um eine Anzahlung, welche sie mit Hilfe ihrer Familie in Y.\_\_\_\_ und Umgebung und mit Unterstützung ihres Ehemannes dem Z.\_\_\_\_ habe zahlen können (S. 3 Ziff.

#### **E. 3.3**

Strittig und zu prüfen ist die Höhe beziehungsweise die Korrektheit der Rechnungen des Z.\_\_\_\_ in Y.\_\_\_\_ und ob allenfalls die Kosten der Behandlungen von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Dabei ist insbesondere auch zu prüfen, ob ein Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV vorlag. 4.

### **E. 4**

Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach

Art. 25-33 KVG übernehmen.

Dabei gilt für das KVG das Territorialitätsprinzip und Leistungen sind grundsätzlich nur dann kassenpflichtig, wenn sie in der Schweiz erbracht oder veranlasst werden (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Basel 2007, S. 559 Rz 474). Der Bundesrat kann jedoch Ausnahmen vom Territorialitätsprinzip vorsehen und gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden (Satz 1), wobei er die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen kann (Satz 3).

Von dieser Delegationsnorm hat der Bundesrat in Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) Gebrauch gemacht. Nach Art. 36 Abs. 1 KVV bezeichnet das Departement nach Anhören der zuständigen Kommission die Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 und Art. 29 des Gesetzes, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können. Bis anhin hat das zuständige eidgenössische Departement des Innern von der Kompetenzdelegation in Art. 36 Abs. 1 KVV keinen Gebrauch gemacht. Es existiert demnach keine Liste von Auslandsleistungen im Sinne von Art. 36 Abs. 1 KVV.

Nach der Rechtsprechung schliesst das Fehlen dieser Liste die Anspruchsbechtigung nicht aus. Voraussetzung für die Übernahme einer Auslandsbehandlung ist jedoch stets, dass die mögliche Behandlung in der Schweiz mit einem wesentlichen und deutlich höheren Risiko verbunden ist als diejenige im Ausland. Dies ist rechtsprechungsgemäss nur bei einer schwerwiegenden Lücke im Behandlungsangebot der Fall (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_110/2011 vom 27. Juni 2011, E. 2.2-2.3, und 9C\_479/2008 vom 30. Dezember 2008, E. 2, mit Hinweisen auf BGE 134 V 330 E. 2.2, 131 V 271 E. 3.2).

Nach Art. 36 Abs. 2 KVV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung ferner die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden (Satz 1). Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist (Satz 2). Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben (Satz 3). 2.

#### **E. 4.1**

Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin Mitte Juni 2011 einen „Medical Report“ des Z.\_\_\_\_ über fünf Behandlungen und einer Gesamtrechnungssumme von 1'038'000. —P.\_\_\_\_ zur Rückerstattung einreichte (Urk. 3/5, Urk. 11/24). Zur Überprüfung der fakturierten Tarife und ob die Behandlungen tatsächlich stattgefunden haben, übermittelte die Beschwerdegegnerin das Dossier sodann ihrer Partnerfirma für Auslandfragen, der A.\_\_\_\_ (Urk. 11/9).

#### **E. 4.2**

Die A.\_\_\_\_ hielt mit Bericht vom 30. September 2011 fest (Urk. 11/11), dass das Z.\_\_\_\_ in Y.\_\_\_\_ existiere und der fakturierende Arzt Dr. B.\_\_\_\_ regelmässig in diesem Spital arbeite (Ziff. 1 und 2).

Die Beschwerdeführerin sei gemäss Aussage von Dr. B.\_\_\_\_ in diesem Spital behandelt worden, jedoch zum Teil nicht an den auf der Rechnung deklarierten Daten (Ziff. 5).

Ausser bei der Behandlung der Malaria handle es sich nicht um Notfälle ( Ziff. 6). Die fakturierte und von der Beschwerdeführerin eingereichte Rechnung entspreche nicht den Aussagen von Dr. B.\_\_\_\_, sondern sei überhöht. Die korrekte Rechnung sei ihnen nun in Y.\_\_\_\_ ausgehändigt worden und liege dem Bericht bei ( Ziff. 7). Diese

weise für die Behandlungen einen Gesamtbetrag von 628'000. — P.\_\_\_\_ aus ( Urk. 3/7, Urk. 11/24) .

#### **E. 4.3**

Nachdem die Beschwerdeführerin beim hiesigen Gericht Beschwerde eingereicht hatte, beauftragte die Beschwerdegegnerin die A.\_\_\_\_ erneut, den genauen Sachverhalt noch einmal abzuklären (vgl. Urk. 11/25). Im Bericht vom 28. September 2012 ( Urk. 11/26) führte C.\_\_\_\_ für die A.\_\_\_\_ aus, sie hätten den medizinischen Leiter des Z.\_\_\_\_,

Dr. B.\_\_\_\_, welcher gleichzeitig auch der behandelnde Arzt gewesen sei, getroffen, und hätten mit ihm die Patientenakte der Beschwerdeführerin durchgehen können. Hierbei hätten sie überprüfen können, dass sich die Beschwerdeführerin tatsächlich mehrmals zahlreichen Labo-untersuchungen und auch einigen Röntgenuntersuchungen unterzogen habe (S. 1 oben). Die Laboruntersuchungen und der Routine-Zuckertest seien durchgeführt worden, weil die Beschwerdeführerin bekanntermassen unter Diabetes leide und offensichtlich in der Nähe des Krankenhauses wohne. Sie sei mit ihren routinemässigen Anti-Diabetes-Medikamenten eingereist, diese hätten jedoch nicht lange ausgereicht, weshalb sie laufend zur Prüfung und Neuverschreibung ins Krankenhaus gefahren sei. Weiter sei die Beschwerdeführerin beim Hinabsteigen einer Treppe gestützt und habe anschliessend unter heftigen Rückenschmerzen gelitten, weshalb Röntgenuntersuchungen durchgeführt worden seien (S. 1 Mitte). Die Beschwerdeführerin sei sodann in den Bundesstaat D.\_\_\_\_ gereist, wo sie in einen Unfall verwickelt worden sei, bei dem es zu einer Risswunde am rechten Bein gekommen sei. Diese sei im Krankenhaus von E.\_\_\_\_ schlecht behandelt worden, worauf sie mit einer Infektion nach Y.\_\_\_\_ zurückgekommen und dann im Z.\_\_\_\_ antibiotisch behandelt worden sei. Bei der Beschwerdeführerin habe ausserdem der dringende Verdacht auf Malaria bestanden, weshalb sie im Krankenhaus aufgenommen worden sei und dort einige Tage verbracht habe (S. 1 unten). Sie hätten ausserdem die Beratungsgebühren, die Medikamentenpreise, die Bettengebühr sowie die Versorgung mit Speisen und Getränken, die ihnen sehr hoch vorgekommen seien, überprüft. Aus irgendeinem Grund seien überhöhte Rechnungen ausgestellt worden (S. 2 Mitte). Von Dr. B.\_\_\_\_ seien sie sodann informiert worden, dass ursprünglich eine erste Rechnung über 628'000. — P.\_\_\_\_ ausgestellt worden sei, und diese nach einigen Verhandlungen und Bitten der Beschwerdeführerin von ihm auf 568'000. — P.\_\_\_\_ reduziert worden sei. Hinsichtlich der Forderungen von Dr. B.\_\_\_\_ belaufe sich die tatsächliche Rechnung auf 568'000. — P.\_\_\_\_ und nicht auf 628'000. — P.\_\_\_\_. Die Nachfrage nach den abweichenden Zahlen sei damit beantwortet worden, dass die Rechnungskopie lautend auf 568'000. — P.\_\_\_\_ an die Beschwerdeführerin aus Mitgefühl und aufgrund freundschaftlicher Beziehungen ausgegeben, die Rechnung lautend auf 628'000. — P.\_\_\_\_ jedoch an Marina Medical Services als zahlende Versicherungsgesellschaft ausgestellt worden sei (S. 2 unten).

#### **E. 4.4**

Im Abschlussbericht der A.\_\_\_\_ vom 7. November 2012 ( Urk. 11/27) wird nochmals bestätigt, dass die Rechnungen auf Bitte der Beschwerdeführerin reduziert worden seien und die Dauer der Behandlungen verlängert worden seien, um die Rechnungen zu erhöhen. Das Z.\_\_\_\_ habe somit die Rechnungen über 628'000. — P.\_\_\_\_ und über 568'000. — P.\_\_\_\_ ausgestellt, nicht jedoch diejenige über 1'038'000. — P.\_\_\_\_. Den Mitarbeitern der A.\_\_\_\_ sei es nicht gelungen, Arzt- oder sonstige medizinische Berichte zu erhalten.

#### 5. 5.1

Die Würdigung sämtlicher Akten ergibt, dass die

zu verschiedenen Zeitpunkten von der A.\_\_\_\_ getätigten Abklärungen in Y.\_\_\_\_ ein übereinstimmendes und in sich schlüssiges Bild abgeben. So stimmen die Aussagen des medizinischen Leiters und behandelnden Arztes des Z.\_\_\_\_,

Dr. B.\_\_\_\_, insoweit überein, als dieser die in der von der Beschwerdeführerin eingereichten Rechnung (mit dem Gesamtbetrag von 1'038'000. — P.\_\_\_\_) aufgeführten Behandlungen bestätigte, diese jedoch zum Teil nicht an den deklarierten Daten stattgefunden hätten und in dieser Rechnung überfakturiert seien. Anlässlich dieser ersten Abklärung vor Ort im September 2011 handigte Dr. B.\_\_\_\_ den Mitarbeitern der A.\_\_\_\_

sodann die Rechnung über 628'000. — P.\_\_\_\_ aus, bei welcher es sich um die ursprüngliche und korrekte Rechnung handle. Diese Angaben bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ auch anlässlich der zweiten Abklärung im September 2012, wobei er hierbei weiter ausführte, dass diese Rechnung in der Höhe von 628'000. — P.\_\_\_\_ nach einigen Verhandlungen und auf Bitten der Beschwerdeführerin schliesslich auf den Betrag von 568'000.-- reduziert worden sei. Seine Forderung belaufe sich demnach auf 568'000. — P.\_\_\_\_.

Zumal es sich bei der A.\_\_\_\_ um eine anerkannte Spezialistin für die Behandlung und Beurteilung von Versicherungsfällen im Ausland handelt, sind keine Gründe ersichtlich, welche Zweifel an den Abklärungen in Y.\_\_\_\_ anzubringen vermöchten. Ebenso wenig ist ein Interesse Dr. B.\_\_\_\_

an Falsch aussagen zur Schädigung der Beschwerdeführerin ersichtlich, begründet er seine Reduktion der Rechnung zugunsten der Beschwerdeführerin doch auch mit freundschaftlichen Beziehungen.

#### 5.2

Nach dem Gesagten begründet die dargelegte Beweislage erhebliche Zweifel an der Echtheit und inhaltlichen Richtigkeit der von der Beschwerdeführerin eingereichten Rechnung über 1'038'000. — P.\_\_\_\_. Selbst wenn sich Dr. B.\_\_\_\_ mangels entsprechender Frage nicht ausdrücklich dazu geäußert hat, kann aufgrund der Abklärungen durch die A.\_\_\_\_ sowie des formalen Erscheinungsbildes des Dokumentes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die genannte Rechnung nicht durch einen Mitarbeiter des

Z.\_\_\_\_ ausgestellt worden ist. Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin über sämtliche der drei Rechnungsbeträge Bescheid wusste und dennoch nichts zur Klarstellung des Sachverhaltes unternommen hatte. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach es sich beim bezahlten Betrag von 568'000. — P.\_\_\_\_ lediglich um eine Anzahlung gehandelt habe, wird von ihr in keiner Weise belegt und kann nach dem Gesagten

nur als Schutzbehauptung gewertet werden.

Daran vermögen auch die von ihr eingereichten Transfer-Quittungen der Western Union (Urk. 11/16) nichts zu ändern. Die erste Überweisung erfolgte bereits am 6. Dezember 2010, mithin rund einen Monat vor der ersten Behandlung, und die letzte Überweisung am 9. Juni 2012, somit vier Tage nach der Rückkehr der Beschwerdeführerin in die Schweiz, dies ausserdem an drei verschiedene Empfänger in F.\_\_\_\_.

Bei dieser Sachlage kann zwischen diesen

Überweisungen und der am 25. Mai 2011 quittierten Bezahlung der Behandlungen im Z.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 11/15/4)

keine

nachvollziehbare Verbindung hergestellt werden.

Zusammenfassend kann als erste Ille betrachtet werden, dass der Beschwerdeführerin für die Behandlungen im Z.\_\_\_\_ lediglich 568'000. — P.\_\_\_\_

in Rechnung gestellt wurden. 6.

6.1

Die Würdigung der Akten sowie

die Abklärungen der A.\_\_\_\_

haben ergeben, dass es im Hinblick auf die Behandlungen im Z.\_\_\_\_ in Y.\_\_\_\_ von Januar bis Juni 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einem Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV fehlt. 6.2

Da den Mitarbeitern der A.\_\_\_\_

keine Akten von den Behandlungen in Y.\_\_\_\_ ausgehändigt wurden, vermag auch die pauschale Aussage, wonach Malaria immer als Notfall gelte, nicht zu überzeugen.

Ausserdem trifft die Beweislast grundsätzlich die Beschwerdeführerin, welche aus dem Vorhandensein von Tatsachen Rechte für sich ableiten will, womit diese zumindest ansatzweise konkrete Anhaltspunkte geltend machen und diese hätte dokumentieren müssen.

Die Beschwerdeführerin liess es jedoch mit dem eingereichten Bericht des G.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2011, welchem keinerlei Hinweise auf eine behandelte Malaria zu entnehmen sind, bewenden. In Bezug auf die übrigen in Y.\_\_\_\_ erfolgten Behandlungen ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin nach dem ersten Aufsuchen des Z.\_\_\_\_ weitere Zeit verstreichen liess und sich nicht viel eher wieder in die Schweiz zur weiteren Behandlung begab. Die Heimreise in die Schweiz wäre ihr zu diesem Zeitpunkt durchaus zumutbar gewesen. Von einer Reiseunfähigkeit kann jedenfalls nicht gesprochen werden, wenn die Beschwerdeführerin in den Nachbarbundesstaat D.\_\_\_\_ reiste.

6.3

Eine Leistungspflicht für die Spitalbehandlungen im Ausland lässt sich daher schon aus diesem Grund nicht auf die Regelung in Art. 36 Abs. 2 KVV stützen. Nachdem Leistungen

grundsätzlich nur kassenpflichtig sind, wenn sie in der Schweiz erbracht oder veranlasst worden sind, hat die Beschwerdegegnerin für die nicht übernommenen in F.\_\_\_\_ entstandenen Behandlungskosten nicht aufzukommen.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Der Einzelrichter erkennt:

**E. 7**

und Ziff. 11). Ausserdem qualifiziere neben der Malariabehandlung auch der Unfall, bei dem ihr rechter Unterschenkel schwer verletzt worden sei, klar als Notfall (S. 5 Ziff. 15).

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