

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00101 vom 29. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2014.00101

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00101 du 29 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2014.00101 del 29 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1

1. und 1 3. Februar 2013 ergeben hätten, dass eine Operation mit Implantation eines Stents unumgänglich sei und dass der Operationstermin in der darauffolgenden Woche festgelegt werde ; gleichzeitig

ersuchte er die Mutuel um Kostengutsprache für diesen operativen Eingriff (Urk. 12/6/1). Mit Schreiben vom 1. März 2013 (Urk. 12/7) teilte die Mutuel dem Versicherten mit, dass die Behandlung in Y.____ freiwillig und nicht auf Grund eines Notfalls erfolgt sei, weshalb keine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestehe. Mit Verfügung vom 2 8. November 2013 (Urk. 12/35) verneinte die Mutuel einen Anspruch des Versicherten auf Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlung in Y.____ vom 5. März bis 2 2. April 2013 im Betrag von Euro 11'189. 9

E. 1.1

.1

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage von Art. 8 des am 1. Juni 2002 in Kraft getretenen Abkommens vom 2 1. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA) ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wendeten die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 1 4. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (VO 1409/71), und die Verordnung Nr. 574/72 des Rates vom 2 1. März 1972 über die Durchführung der Verordnung Nr. 1408/71 oder gleichwertige Vorschriften (VO 574/72) an. 1. 1.

E. 1.1.5

In den Fällen, in denen das Instrument der internationalen Leistungsaushilfe versagt, weil sich die versicherte Person von einem ausländischen Leistungserbringer hat behandeln lassen, der nach dem ausländischen Krankenversicherungsrecht als solcher nicht zugelassen ist und nach Privatpatiententarifen fakturiert, besteht nach der Rechtsprechung indes ein Anspruch auf Rückerstattung der entsprechenden Kosten durch den schweizerischen Krankenversicherer im Rahmen und in den Grenzen von Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2010 vom 2 9. April 2011 E.

5.2 f.; Gebhard Eugster, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, Rz. 583).

E. 1.2

.1

Gemäss schweizerischem Recht ist die Übernahme der Kosten von Auslandsbehandlungen

folgendermassen geregelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_209/2015 vom 14. Oktober 2015 E. 4, zur Publikation vorgesehen):

Gestützt auf Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bzw. eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

E. 1.2.2

Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25-33 übernehmen. Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat sodann bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Auf dieser Basis hat der Bundesrat Art. 36 KVV erlassen. Laut Abs. 2 der Bestimmung übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Gemäss Art. 36 Abs.

E. 1.2.3

Nach Art. 64 Abs. 1 KVG beteiligen sich die Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht gemäss Abs. 2 der Vorschrift aus einem festen Jahresbetrag (Franchise; lit. a) und zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt; lit. b). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts gemäss Art. 64 Abs. 2 lit. b KVG beläuft sich auf Fr. 700.- für Erwachsene (Art. 103 Abs. 2 KVV).

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung besteht bei Notfallbehandlungen im Ausland, wenn die Leistungen nach dem Recht des aushelfenden Trägers im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe bezogen wurden, keine ergänzende Leistungspflicht aus Art. 36 Abs. 2

und 4 KVV für Kostenbeteiligungen, welche die versicherte Person nach dem ausländischen Recht zu tragen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_209/2015 vom 14. Oktober 2015 E. 7.3.2, zur Publikation vorgesehen). Da sich das Kostenbeteiligungsrecht bei Leistungen, welche im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe bezogen werden, ausschliesslich nach den zum Zuge kommenden ausländischen Rechtsvorschriften richtet, kann der schweizerische Krankenversicherer diesbezüglich keine Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG einfordern (Urteil des Bundesgerichts 9C_209/2015 vom 14. Oktober 2015 E.

7.3.1, zur Publikation vorgesehen)

E. 1.4

Dem

schweizerischen Krankenversicherer als zuständigem Träger bleibt es indes in den Fällen von internationaler Leistungsaushilfe gemäss Art. 25 Abs. 5-7 VO 987/2009, in welchen die versicherte Person die Rechnungen direkt bei ihm einreicht, unbenommen, sich allenfalls ergänzend im Rahmen von Art. 36 Abs.

4 KVV an den

ungedeckten Kosten zu beteiligen (Art. 25 Abs.

E. 2

Durch den Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012 zur Ersetzung des Anhangs II des Abkommens über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit per 1. April 2012 in Kraft getreten (AS 2012 2345; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_455/2011 vom 4. Mai 2012 E.

2.1) sind diese beiden Rechtsakte durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (VO Nr. 883/2004, geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009) sowie durch die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (VO 987/2009) mit Wirkung per 1. April 2012 abgelöst worden. 1. 1.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, es wäre dem Beschwerdeführer angesichts des nach Auffassung ihres Vertrauensarztes geringen medizinischen Risikos und der tiefen Kosten durchaus zumutbar gewesen, zwischen dem 3. (richtig: 6.) Dezember 2012 und der Operation vom 5. März 2013 aus Y.____

in die Schweiz zurückzu reisen und sich auch hier

operieren zu lassen. Die Tatsache, dass zwischen der ersten Notfallbehandlung und der unbestrittenermassen zu einem bestimmten Zeitpunkt angezeigten und medizinisch notwendigen Operation rund drei Monate verstrichen seien, zeige auf, dass es sich nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt habe, zumal die Unaufschiebbarkeit der Behandlung das wesentliche Merkmal des Notfallbegriffs darstelle. Dementsprechend seien die Voraussetzungen einer Leistungspflicht für die Behandlungen ab dem 5. März 2013

gemäss Art. 36 KVV nicht erfüllt (Urk. 2, Urk.

E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, die Rückreise sei ihm bis nach der erfolgten Operation medizinisch gesehen nicht zu mutbar gewesen. Es habe sich nach wie vor um eine Notfallsituation gehandelt, ausgelöst durch die notfallmässige Hospitalisation am 6. Dezember 2012. Da nach sei er, um sein Leben nicht ernsthaft in Gefahr zu bringen, in Y.____ geblieben, wo er sich immer wieder Untersuchungen unterziehen haben müsse. Jegliche Reisen mit dem Auto oder dem Flugzeug hätten für ihn als damals bereits fast Achtzigjähriger viel Stress und damit einhergehend eine lebensbedrohliche Situation nach sich gezogen, weshalb er auf Anraten der Fachärzte vor Ort geblieben sei. Zudem habe ihn die Beschwerdegegnerin während der ganzen Behandlungsdauer nie darauf hingewiesen, dass er sich für die Operation in die Schweiz begeben müsste, obwohl eine Operation bereits nach der Einlieferung ins Spital im Dezember 2012 von seiner Ehefrau thematisiert worden sei (Urk. 1. S 5 f.).

E. 2.3

Es ist unbestritten und steht fest, dass die Einweisung des Beschwerdeführers in die Klinik A.____ in Y.____ am 6. Dezember 2012 und die anschliessende Behandlung als Notfall zu qualifizieren waren (Urk.

E. 2.4

und 9C_238/2011 vom 5. Mai 2011 E. 2.2).

E. 3

Die VO 883/2004 und die VO 987/2009 sind in den bis 31. Dezember 2014 geltenden Fassungen (ohne Änderung gemäss Verordnung (EU) Nr. 465/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Mai 2012 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 durch den Beschluss Nr. 1/2014 des Gemischten Ausschusses vom 28. November 2014) sind auf die vorliegend zu beurteilende Streitsache betreffend die Beteiligung an den Kosten der Heilbehandlung in Y.____ vom 5. März bis 22. April 2013 in zeitlicher, persönlicher und sachlicher Hinsicht anwendbar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_273/2015 vom 12. August 2015 E. 3.1 und 9C_635/2014 vom 10. Juni 2015 E. 5.1, zur Publikation vorgesehen). 1. 1.

E. 3.2

Die Beschwerdegegnerin führte aus, dass das spanische Gesundheitssystem keine Kostenbeteiligung vorsehe bei Behandlungen in Privatspitalern. Bei der Klinik A.____ handle es sich um ein solches Privatspital. Die Bedingungen der Kostenübernahme richteten sich daher nach den Grenzen von Art. 36 KVV (Urk.

E. 3.3

Zum System der spanischen sozialen Krankenversicherung gehören medizinische Leistungen der staatlichen Krankenhäuser (hospitales) und der Gesundheitszentren (centro de salud) des Nationalen Gesundheitsdienstes (Sistema

Nacional de Salud). Die dort durchgeführten allgemeinärztlichen Behandlungen (Grundleistungen) sind für die Versicherten in der Regel kostenfrei. Bei Zentren mit der

Bezeichnung Clínica oder Médico handelt es sich hingegen in der Regel um Privatunternehmen, die privat abrechnen. Die Kosten für die Behandlungen in diesen Zentren werden den Versicherten direkt in Rechnung gestellt. Eine Kostenübernahme durch den Nationalen Gesundheitsdienst ist nicht möglich (vgl. Informationen der - von den Krankenversicherern auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG [1. Januar 1996] gegründeten - privatrechtlichen Stiftung mit der Bezeichnung „Gemeinsame Einrichtung KVG“; Urk. 20/50 S. 2).

Gestützt darauf - sowie auf die von der Beschwerdeführerin eingereichten Unterlagen (Urk. 20, Urk. 21) - ist mit dieser davon auszugehen, dass es sich bei den hier strittigen Leistungen der stationären und ambulanten Heilbehandlung, welche im Zeitraum vom 5. März bis 22. April 2013 insbesondere von Ärzten der Klinik A.____ und der

Klinik B.____

in Y.____

erbracht wurden, um privatrechtlich abgerechnete Leistungen handelt. Etwas anderes wurde auch vom Beschwerdeführer selber nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 25) . 3. 4

Bei den im Streit stehenden, in Y.____ angefallenen Kosten der Heilbehandlung handelt es sich daher nicht um Leistungen des öffentlichen spanischen Gesundheitssystems, auf welche in Y.____ wohnhafte versicherte Personen Anspruch hätten, weshalb ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Erstattung gestützt auf das FZA beziehungsweise auf Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004 in Verbindung mit Art. 25 Abs. 4 bis 6 VO 987/2009

bereits aus diesem Grund zu verneinen ist . 4.

E. 4

Satz 1 KVV wird für Leistungen nach den Abs. 1 und 2 der Norm höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden. Art. 36 Abs.

E. 4.1

Zu prüfen bleibt gestützt auf Art. 25 Abs. 7 VO 987/2009

ein Anspruch auf Erstattung gemäss den schweizerischen innerstaatlichen Rechtsvorschriften.

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer der Behandlung bedurfte und sich nicht zum Zweck der Behandlung ins Ausland begeben hatte. Streitig ist einzig, ob die Rückreise in die Schweiz "nicht angemessen" im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV war.

E. 4.2

Gemäss der Rechtsprechung liegt ein Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer unaufschiebbaren medizinischen Hilfe bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht möglich oder angemessen ist, nicht aber, wenn sich der Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begibt (BGE 126 V 484 E. 4).

E. 4.3

Die Angemessenheit der Rückreise beurteilt sich nach den gesamten Umständen des einzelnen Falles. 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 (Urteile des Bundessgerichts 9C_1009/2010 vom 29. Juli

2011 E.

2.3; 9C_35/2010 vom 28. Mai 2010 E. 3-5).

E. 4.4

Nach der in der Krankenversicherung geltenden Rechtsprechung können Pflichtleistungen nicht durch Nichtpflichtleistungen ersetzt werden, selbst wenn diese weniger kostspielig wären (keine Austauschbefugnis; BGE 131 V 107 E. 3.2.2). Der Grund dafür liegt vor allem in der besonderen gesetzlichen Regelung der Leistungsansprüche in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Das Prinzip der Inlandbehandlung ist eng verbunden mit dem gesetzlichen System der Spitalplanung und -finanzierung, das durch eine freie Wahl zwischen In- und Auslandbehandlung in Frage gestellt würde (BGE 131 V 271 E.

3.2). Sodann besteht in der Krankenversicherung ein besonderes System der zugelassenen Leistungserbringer (Art. 35 ff. KVG), weshalb nicht unter Berufung auf die Austauschbefugnis eine von einem nicht zugelassenen Leistungserbringer erbrachte Leistung übernommen werden kann (BGE 126 V 330 E. 1b; Urteil e

des Bundesgerichts 9C_1009/2010 vom 29. Juli

2011 E.

E. 4.5

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

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. 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. 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).

E. 4.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen

erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5.

E. 5

in Verbindung mit Art. 62 VO 987/2009) beziehungsweise die entstandenen Kosten mit oder ohne Einverständnis der versicherten Person nach schweizerischen Tarifen zu übernehmen (Art. 25 Abs.

E. 5.1

Mit Bericht vom 6. Dezember 2012 (Urk. 12/3/5) diagnostizierten die Ärzte der Klinik A.____ eine symptomatische Stenose der rechten Arteria

carotis von 60 % bis 80 % sowie eine Stenose der linken Arteria

carotis von 40 % bis 60 % . Bei Klinikeintritt habe der Beschwerdeführer an einer Präsynkope mit Speichelfluss aus dem Mund und einem Kraftverlust in der linken Körperhälfte gelitten. Als Behandlung wurde eine zerebrale Angiographie als notwendig erachtet .

E. 5.2

In seinem Schreiben vom 29. Dezember 2012 (Urk. 12/4) führte der Beschwerdeführer aus, dass anlässlich einer Besprechung mit seinen behandelnden Ärzten entschieden worden sei, vorerst auf eine operative Behandlung zu verzichten, da die Gefahr einer Embolie bei einem operativen Eingriff gegenwärtig zu gross sei. Es sei entschieden worden, dass eine medikamentöse Behandlung ambulant fortgesetzt werde, und dass die medizinische Situation nach einer Zeit von zwei bis drei Monaten erneut zu evaluieren sei.

E. 5.3

Die Ärzte der Klinik A.____ stellten in ihrem Bericht vom 7. März 2013 (Urk. 12/20/4) die folgenden Diagnosen (S. 2): - Angioplastie der rechten Arteria

carotis (Halsschlagader ; angioplastia

carotidea

derecha) - Stenose der linken Arteria

carotis

(E stenosis de sifon

carotídeo

izquierdo) - vorher: kardioembolischer ischämischer Schlaganfall (ACV isquémico

cardioembólico

previo) - revaskulierte ischämische Kardiomyopathie (cardiopatía

isquémica

revascularizada) - Vorhofflimmern (fibrilación

auricular)

Sie erwähnten, dass die Angioplastie (Stentangioplastie) komplikationslos verlaufen sei.

E. 5.4

In einem Schreiben vom März 2013 an die Beschwerdegegnerin fragte der behandelnde Arzt der B.____ (Y.____), ob sie es für normal erachte, einen Patienten mit zu 80 % verschlossener Halsschlagader („ Carotis “) mit dem Auto oder dem Flugzeug in die Schweiz reisen zu lassen. Abschliessend hielt er fest, der Patient sei völlig reiseunfähig gewesen (Urk. 12/20/16).

E. 5.5

In ihrem Bericht vom 5. April 2013 (Urk. 12/20/12) erwähnten die Ärzte der Klinik A.____ , dass eine gleichentags durchgeführte Kontrolle einen durchlässigen Stent ergeben habe. Der Beschwerdeführer sei angewiesen worden, am Morgen jeweils den Blutdruck zu messen.

E. 5.6

Dr. med. C.____ , Allgemeine Innere Medizin , Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin , führte in seiner Stellungnahme vom 25. August 2014 (Urk. 12/48) aus, dass es sich bei der (nicht streitigen) Behandlung vom Dezember 2012 um eine Notfallbehandlung gehandelt habe. Bei der (streitigen) Behandlung vom März

2013 habe es sich hingegen nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt, weil es dem Beschwerdeführer zuzumuten gewesen sei, nach Abschluss der Notfallbehandlung vom Dezember 2012 zur weiteren Behandlung in die Schweiz zu reisen.

E. 5.7

Dr. D.____ , Neurologe am A.____ , hielt in seinem in Englisch verfasstem Schreiben vom 16. September 2014 fest, dass der Beschwerdeführer am 6. Dezember 2012 in ihr Spital eingeliefert worden sei („ because

of a neurological

focality

episode after right

carotid

manipulation “). Zu jenem Zeitpunkt hätten sie ihm - da ein sehr hohes Schlaganfallrisiko bestanden habe („ cardio embolic + atherothrombotic “) - empfohlen, Stress, Reisen und Dinge, die das Risiko erhöhen könnten, zu vermeiden. Sie hätten die medizinische Behandlung begonnen. Die Symptome seien nicht verschwunden und dann sei eine Angioplastie angezeigt gewesen (Urk. 3/5) 6.

E. 6

und 7 VO 987/2009). 2.

E. 6.1

Nach dem Gesagten liegen in Bezug auf die strittige Frage der Angemessenheit der Rückreise beziehungsweise deren medizinischer Zumutbarkeit sich widersprechende ärztliche Stellungnahmen vor.

E. 6.2

Im Schreiben der B.____ vom März 2013 wurde - unter Hinweis auf die zu 80 % verschlossene Halsschlagader des Beschwerdeführers - fest gehalten, der Patient sei völlig reiseunfähig gewesen (Urk. 12/20/16 ; E. 5.4).

Dr. D.____, Neurologe am A.____, hielt in seinem Schreiben vom 16. September 2014 fest, dass dem Beschwerdeführer mit Blick auf das sehr hohe Schlaganfallrisiko unter anderem empfohlen worden sei, Reisen zu vermeiden (Urk. 3/5 ; E. 5.7). Diese Feststellungen und Empfehlungen beruhten auf konkreten Untersuchungen des Beschwerdeführers. Allerdings lassen sie eine ausführlichere nachvollziehbare Begründung, weshalb dem Beschwerdeführer aus medizinischen Gründen eine Rückreise während des gesamten Zeitraums zwischen Abschluss der Notfallbehandlung im Dezember 2012 und der Operation am 5. März 2013 unzumutbar gewesen sein soll, vermissen, weshalb nicht ohne Weiteres darauf abgestellt werden kann.

Rechnung zu tragen ist da bei auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte und ebenso die einen Versicherten behandelnden Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 352 E. 3b/cc).

E. 6.3

Nicht abgestellt werden kann aber auch auf die Stellungnahme des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C.____, vom 25. August 2014 (Urk. 12/48; E. 5.6). Zwar hielt Dr. C.____ fest, dass es sich bei der (streitigen) Behandlung vom März 2013 nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt habe, weil es dem Beschwerdeführer zuzumuten gewesen sei, nach Abschluss der Notfallbehandlung vom Dezember 2012 zur weiteren Behandlung in die Schweiz zu reisen, begründete dies aber auch nicht ansatzweise. An einer Auseinandersetzung mit der abweichenden mit Schreiben der B.____ vom März 2013 geäußerten Auffassung fehlt es ebenfalls vollständig. Insbesondere wird nicht begründet, warum es dem Beschwerdeführer trotz attestierten

hohen

Schlaganfallrisikos zumutbar gewesen sein soll, die jedenfalls mehrstündige Reise in die Schweiz auf sich zu nehmen. Dass sich Dr. C.____ dazu überhaupt nicht in nachvollziehbar begründeter Weise geäußert hat, lässt sich umso weniger rechtfertigen, als bereits eine kurze Internetrecherche dem medizinischen Laien Anlass dazu gibt, zu vermuten, dass einerseits bei einer hochgradigen Verengung der Halsschlagader ohne Operation innerhalb der nächsten Wochen oder Monate ein Schlaganfall droht (vgl. etwa

<http://www.gefaesschirurgie.de/patienten/carotisstenose.html>

sowie http://www.herzstiftung.de/pdf/zeitschriften/HH3_10_Schlaganfall.pdf) und andererseits beim Auftreten eines Schlaganfalls die Behandlung in erster Linie ein Zeitproblem ist, das heisst eine Behandlung in der Regel je erfolgreicher ist, je schneller sie einsetzt (vgl. etwa http://www.herzstiftung.de/pdf/zeitschriften/HH3_10_Schlaganfall.pdf). Zur Frage, wie es sich mit diesen Risiken auf einer mindestens mehrstündigen Reise verhält und warum ihre Inkaufnahme zumutbar sein soll, hat sich Dr. C.____ mit keinem Wort geäußert. Dazu kommt schliesslich, dass es sich bei Dr. C.____

nicht um einen Kardiologen sondern - laut www.doctorfmh.ch

- um einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin handelt. Dies vermindert den Beweiswert seiner Stellungnahme zusätzlich nicht unerheblich.

E. 6.4

Nach dem Gesagten gestatten die vorhandenen medizinischen Stellungnahmen, die sich im wesentlichen Punkt widersprechen, keine zuverlässige Beantwortung der strittigen Frage. Während der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen ist, indem er verschiedene ärztliche Stellungnahmen beibrachte, die eine Transportunfähigkeit zumindest nahelegen, hat die Beschwerdegegnerin, indem sie sich auf die unbegründete Stellungnahme ihres Vertrauensarztes stützte, ihre Abklärungspflicht gemäss Art. 43 ATSG verletzt.

Die Sache ist daher zur Anordnung eines externen fachmedizinischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 7.

Da die Rückweisung der Sache als vollständiges Obsiegen gilt (ZAK 1987 S.

268

f. E.

5 mit Hinweisen), ist die Beschwerdegegnerin gestützt auf § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG zu verpflichten, dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu bezahlen. Entsprechend der Bedeutung der Streitsache und dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses ist diese mit Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen. Der Einzelrichter erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. August 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Daniela Sieber - Mutuel Assurance Maladie SA - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Einzelrichter Der Gerichtsschreiber BachofnerVolz

E. 11

Ziff. 9).

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