

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00054

vom 8. Februar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2017.00054

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00054 du 8 février 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2017.00054 del 8 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1964, war vom 1. Mai 2015 bis 31. Januar 2017 bei der Assura -Basis SA obligatorisch gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

versichert einschliesslich Unfalldeckung (Urk. 7/1 -3; zum vereinbarten Pharmed -Modell vgl. Urk. 7/4).

E. 1.2

Mit Verfügung vom 24. Januar 2017 lehnte die Assura -Basis SA eine Übernahme der Kosten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für folgende vom Versicherten eingereichte Rechnungsbelege ab: - 25.01.2016 Y.____ (Fitness Abonnement) CHF 800.00 - 05.04.2016 Z.____ EUR 50.00 - 07.04.2016 A.____ (10er-Karte, Startpaket) EUR 428.90 - 15.07.2016 B.____ CHF 5.90 - 16.07.2016 C.____ EUR 73.65 - 23.07.2016 D.____ CHF 27.40 - 07.12.2016 Atp-Autoteile.de EUR 22.49 - 08.12.2016 E.____ EUR 23.95 - 08.12.2016 F.____ EUR 549.90 - 09.12.2016 G.____ EUR 197.78 - 13.12.2016 H.____ EUR 77.00 - 16.12.2016 I.____ EUR 476.00.

E. 1.3

Dagegen erhob der Versicherte mit E-Mail vom 14. Februar 2017 Einsprache und besserte diese entsprechend der Vorgaben im E-Mail der Assura -Basis SA vom 16. Februar 2017 (Urk. 7/9) mittels pdf -File in der Anlage der E-Mail vom 26. Februar 2017 nach (Urk. 7/7) . Auf weitere Anfrage der Assura -Basis SA präziserte er diese mit E-Mail vom 24. März 2017 schliesslich dahingehend, es seien die im Zusammenhang mit der Aktivierung der Osteochondrose

eingereichten Belege zu prüfen, nämlich (Urk. 7/9): - Y.____ CHF 800.00 - Z.____ EUR 50.00 - A.____ EUR 428.90 - H.____ EUR 77.00

E. 1.4

Mit Einspracheentscheid vom 4. Mai 2017 wies die Assura -Basis SA die Einsprache ab (Urk. 7/6).

E. 2

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 2. Juni 2017 Beschwerde .

Darin beantragte er sinngemäss, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Assura -Basis SA zu verpflichten, die Kosten gemäss der von ihm für die Jahre 2015 bis 2017 vorgelegten Rechnungsbelege zu übernehmen . Eventualiter sei hierüber nach Einholung eines Gutachtens zu entscheiden bzw. die Assura -Basis SA zu verpflichten, einen

anfechtbaren Entscheid zu erlassen (Urk. 1). Diese schloss in der Beschwerdeantwort vom 10. August 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 1.

Vom Beschwerdeführer beantragt ist die Beteiligung der Beschwerdegegnerin an selbst bezahlten Gesundheitskosten in den Jahren 2015 und 2016.

E. 2.1

Vorweg ist sodann zu urteilen, ob per E-Mail erfolgte Einsprache bzw. zu den diesbezüglichen Nachbesserungen des Beschwerdeführers

anzumerken, dass im geschäftlichen Verkehr und im begrenzten Umfang auch zwischen Privaten und Behörden die Kommunikation auf elektronischem Wege durchaus verbreitet ist. Dennoch vermag das einfache E-Mail bei prozessual relevanten Eingaben wie der Einsprache gemäss Art. 52 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die in Art. 10 Abs. 4 Satz 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) für schriftlich erhobene Einsprachen ausdrücklich vorgeschriebene Voraussetzung der Unterschrift nicht zu erfüllen. Nach Art.

E. 2.2

Indes wäre es dem Beschwerdeführer grundsätzlich möglich gewesen, den ursprünglich mit E-Mail vom 14. Februar 2017 begangenen Formfehler (Urk. 7/9) vor Ablauf der Einsprachefrist zu beheben, worauf die Beschwerdegegnerin ihn zurecht auch aufmerksam machte (zum Anspruch auf Nachbesserung: BGE 142 V 152). Allerdings nannte ihm diese im E-Mail vom 16. Februar 2017 ausdrücklich zwei Optionen: «Sollten Sie [...] an Ihrer Einsprache festhalten, müssen wir Sie bitten, die Einsprache mit Ihrer Unterschrift zu versehen und auf dem Postweg einzusenden [...] oder uns in einem pdf per E-Mail zuzustellen» (Urk. 7/9).

Gemäss Rechtsprechung kann nach dem in Art. 9 der Bundesverfassung (BV) verankerten Grundsatz von Treu und Glauben eine unrichtige Auskunft, welche eine Behörde dem Bürger erteilt, unter gewissen Umständen Rechtswirkungen entfalten (vgl. hierzu im Detail BGE 143 V 95 E. 3.6.2).

Ein solcher Fall ist vorliegend gegeben, zumal davon ausgegangen werden kann, der Beschwerdeführer hätte bei zutreffender Auskunft die Einsprache rechtzeitig auf dem Postweg zugestellt. Insofern ist nicht zu beanstandeln, dass die Beschwerdegegnerin auf die (in der von ihr verlangten Form eingereichten) Einsprache eingetreten ist. 3.

3.1

3.1.1

Des Weiteren sind im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insofern bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insofern keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

Bezieht sich die Beschwerde nur auf einen Teil des durch die Verfügung bzw. den Einspracheentscheid bestimmten Rechtsverhältnisses, gehören die nicht beanstandeten Teilaspekte des verfügungsweise festgelegten Rechtsverhältnisses zwar wohl zum Anfechtungs-, nicht aber zum Streitgegenstand (BGE 110 V 48 E. 3c). 3.1.2

Anfechtungsgegenstand des Einspracheentscheides vom 4. Mai 2017 sowie der dazugehörigen Verfügung vom 24. Januar 2017 bilden neben diversen, vom Beschwerdeführer versehentlich (vgl. Urk. 1 S. 5) eingereichten Rechnungsbelegen für nicht gesundheitsbedingte Ausgaben im Jahr 2016 einzig die Rechnungen Y.____ (CHF 800.00), Z.____ (EUR 50.00), A.____ (EUR 428.90) und H.____ (EUR 77.00 ; vgl. Sachverhalt E. 1.2-3; Urk. 3/12-14 und 3/16). Diese vier Rechnungen bilden auch den Streitgegenstand dieses Prozesses

und sind nachfolgend

materiell zu prüfen. 3.2 3.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung

kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren ferner

aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes liegende Frage ausgedehnt werden, wenn diese spruchreif ist und mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammen hängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäußert hat (BGE 130 V 501, 122 V 34 E. 2a mit Hinweisen). 3.2.2

Diese Voraussetzungen sind für die im Gerichtsverfahren ebenfalls eingereichten Rechnungen aus den Jahren 2015 und 2017 (Urk. 3/1-12) nicht erfüllt. Hinsichtlich der Rechnungen aus dem Jahr 2015 ist soweit ersichtlich bisher nicht nur keine Verfügung ergangen, sondern es fehlen nach den übereinstimmenden Angaben der Parteien auch die Berechnungsgrundlagen der strittigen, bereits einmal durch die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVK A) angepassten Austaxierung (Urk. 1 S. 2; Urk. 6 S. 2). Die Sache ist somit nicht spruchreif. Für die Rechnung aus dem Jahr 2017 (Urk. 3/15) gilt dies inso weit, als darüber gemäss Angaben der Beschwerdegegnerin bereits mit separater Verfügung vom 10. Januar 2017 entschieden und die dagegen vom Beschwerdeführer erhobene Einsprache vom 19. Januar 2017 noch bei ihr pendent ist, wobei diese Unterlagen in den Akten fehlen. Dabei kündigte die Beschwerdegegnerin bereits an, die Einsprache entsprechend dem Ausgang des vorliegenden Prozesses zu entscheiden. Eine Ausdehnung des Verfahrens auf diese Rechnung

drängt sich somit nicht auf. Kein direkter Zusammenhang zum vorliegenden Prozess ist hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Medikamentenkosten von Fr.

E. 7

(Urk. 1 S. 2 -4). Da der Streitwert gemessen an den vorgelegten Rechnungen insgesamt Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§

E. 11

Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). 2.

E. 14

Abs. 1 des Obligationenrechts (OR) hat diese eigenhändig zu erfolgen, was eine Originalurkunde voraussetzt. Nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind daher per Fax oder gewöhnlichem E-Mail eingereichte Eingaben nicht fristwährend. Dies ist nicht zuletzt aus Gründen der Rechtssicherheit geboten. Sendungen per E-Mail, Fax oder SMS sind mit diversen Unsicherheiten (z.B. Identifizierung des Absenders, Verifizierung der Unterschrift, Feststellung des Zeitpunktes des Empfanges) behaftet, die bei eingeschriebener Post, elektronischer Eingabe mit qualifizierter Signatur oder mündlicher Erklärung zu Protokoll wegfallen (vgl. zum Ganzen: BGE 142 V 152).

Es ist deshalb festzustellen, dass das vom Beschwerdeführer einer gewöhnlichen E-Mail als Anlage hinzugefügte pdf-File mit (in diesem Sinne kopierter) Unterschrift keine formgültige Einsprache darstellt (Urk. 7/7).

E. 18

Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art.

E. 19

VO 883/2004 zu denselben Bedingungen wie nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaats versicherte Personen Anspruch auf Sachleistungen hat (Art. 25 Abs. 2 VO 987/2009). Art. 35 Abs. 1 VO 883/2004 hält fest, dass die von dem Träger eines Mitgliedstaats für Rechnung des Trägers eines anderen Mitgliedstaats gewährten Sachleistungen in voller Höhe zu erstatten sind.

Hat die versicherte Person die Kosten aller oder eines Teils der erbrachten Sachleistungen selbst getragen und ermöglichen die vom Träger des Aufenthaltsorts angewandten Rechtsvorschriften, dass diese Kosten der versicherten Person erstattet werden, so kann sie die Erstattung beim Träger des Aufenthaltsorts beantragen. In diesem Fall erstattet ihr dieser direkt den diesen Leistungen entsprechenden Betrag innerhalb der Grenzen und Bedingungen der nach seinen Rechtsvorschriften geltenden Erstattungssätze (Art. 25 Abs. 4 VO 987/2009).

Wurde die Erstattung dieser Kosten nicht unmittelbar beim Träger des Aufenthaltsorts beantragt, so werden sie der betreffenden Person vom zuständigen Träger nach den für den Träger des Aufenthaltsorts geltenden Erstattungssätzen oder den Beträgen erstattet, die dem Träger des Aufenthaltsorts im Falle der Anwendung von Art. 62 VO Nr. 987/2009 in dem betreffenden Fall erstattet worden wären. Der Träger des Aufenthaltsorts erteilt dem zuständigen Träger auf dessen Ersuchen die erforderlichen Auskünfte über diese Erstattungssätze oder Beträge (Art. 25 Abs. 5 VO Nr. 987/2009). Abweichend von Abs. 5 kann der zuständige Träger die entstandenen Kosten innerhalb der Grenzen und nach Massgabe der in seinen Rechtsvorschriften niedergelegten Erstattungssätze erstatten, sofern sich die versicherte Person mit der Anwendung dieser Bestimmung einverstanden erklärt hat (Art. 25 Abs. 6 VO Nr. 987/2009).

Sehen die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaats in dem betreffenden Fall keine Erstattung nach den Abs. 4 und 5 vor, so kann der zuständige Träger die Kosten innerhalb der Grenzen und nach Massgabe der in seinen Rechtsvorschriften festgelegten Erstattungssätze erstatten, ohne dass das Einverständnis der versicherten Person erforderlich wäre (Art. 25 Abs. 7 VO Nr. 987/2009; zum Ganzen: BGE 141 V 612 E. 3.3).
5.3.3

In diesem Kontext sind zwei Urteile des Bundesgerichts hervorzuheben. Zunächst stellte das höchste schweizerische Gericht in seinem Urteil 9C_562/2010 vom 29. April 2011 E. 5.3 klar, soweit die internationale Leistungsaushilfe versage, weil der ausländische Leistungserbringer nach Privatpatiententarif und ausserhalb des Sozialsystems fakturiert habe, bestehe seitens der versicherten Person nur im Rahmen und in den Grenzen von Art. 36 KVV Anspruch auf Rückerstattung der Kosten durch den schweizerischen Krankenversicherer.

Entsprechend informierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) an der «ERFA-Tagung Krankenversicherer» vom 22. Januar 2014, es sei nationales Recht

anwendbar, wenn die versicherte Person wegen Vorliegens eines Notfalls oder aus Unwissen keinen Leistungserbringer habe aufsuchen können, der Leistungen für die soziale Krankenversicherung erbringe. Kein Leistungsaushilfefall liege vor, wenn (1) es sich um einen privaten Leistungserbringer handle, der keine Leistungen für die soziale Krankenversicherung erbringe, oder (2) es sich um einen sozialen Leistungserbringer handle, der nach Privatarifen abrechne (Foliensatz des BAG abrufbar unter www.kvg.org, Rubrik «Versicherer» - «Koordinationsrecht» - «Erfahrungsaustausch»). 5.3.4

Im zweiten

Urteil 9C_103/2016 vom 23. August 2016 hatte das Bundesgericht zu entscheiden, ob der schweizerische Krankenversicherer von der versicherten Person die Kosten zurückfordern kann, die

er dem aushelfenden deutschen Krankenversicherer für eine von diesem (im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) übernommene zahnärztliche Behandlung in Deutschland erstattet hatte, zumal es sich bei dieser unstrittig nicht um eine Pflichtleistung gemäss KVG handelt.

Das Bundesgericht

hob in Erwägung 5.3.2 hervor,

Art. 36 Abs. 1 VO 1408/71 (heute Art. 35 Abs. 1 VO 883/2004) thematisiere [gestützt auf den Wortlaut] allein das Verhältnis zwischen den beiden Krankenversicherern, nicht aber dasjenige zwischen dem zuständigen Träger und der bei ihm versicherten Person. Leistungsaushilfe bedeute eine Bevorschussung von Versicherungsleistungen an einen Versicherten einer schweizerischen Krankenkasse, der sich in einem anderen Vertragsstaat aufhalte, durch den betreffenden Staat, und die Rückvergütung dieser Leistungen durch die Schweiz (vgl. BBl 1992 V 556). Ziel der internationalen Leistungsaushilfe sei die Gleichbehandlung von Angehörigen der beteiligten Vertragsstaaten. Eine Verbindlichkeit bestehe dabei einzig in Bezug auf den Eintritt des Versicherungsfalles, worüber der aushelfende Träger autonom nach seinem Recht entscheide. Dahinter stehe die Überlegung, dass der zuständige Leistungsträger davon befreit werden soll, fremdes Leistungsrecht umzusetzen. Der schweizerische Krankenversicherer habe somit, dem soeben dargelegten Zweck der Leistungsaushilfe entsprechend, dem deutschen Krankenversicherer die Leistungen zu erstatten, ohne Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung (vgl. Art. 32 KVG) überprüfen zu können.

Daraus schlussfolgerte das Bundesgericht in E. 5.3.3, während es nach dem Gesagten bei der Leistungsaushilfe zwischen dem aushelfenden deutschen und dem zuständigen schweizerischen Krankenversicherer unerheblich sei, ob die fragliche Sachleistung nach

KVG eine Pflichtleistung darstelle (Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2010 vom 29. April 2011 E. 5.1), gelte dies in Bezug auf die Rückforderung nicht. Letztere betreffe das (innerstaatliche) Verhältnis zwischen dem schweizerischen Krankenversicherer und der bei ihm versicherten Person, weshalb das Territorialitätsprinzip anwendbar sei. Andernfalls könnten in der Schweiz versicherte Personen durch Zahnbehandlungen im (grenznahen) Ausland systematisch Nichtpflichtleistungen beziehen, obschon sie dem KVG unterstellt seien. Dies stehe im Widerspruch zum gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG verbindlichen und abschliessenden gesetzlichen Leistungskatalog (Art. 25 bis 33 KVG; statt vieler BGE 125 V 21 E. 5b). Die Unzulässigkeit einer Rückforderung hätte zudem eine klare Schlechterstellung derjenigen Versicherten zur Folge, welche dieselbe zahnärztliche Behandlung in der Schweiz

vornehmen lassen und infolge Fehlens einer KVG-Pflichtleistung keine Vergütung erhalten würden. Eine derartige Ungleichbehandlung sei gesetzes- und verfassungswidrig und deshalb klar abzulehnen (vgl. Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG und Art. 8 Abs. 1 BV). 6.1.1

Zur umstrittenen Rechnung von H.____, datiert vom 13. Dezember 2016 (Urk. 3/16), ist festzuhalten, dass H.____ den Beschwerdeführer mehrmals in der gleichen Praxis behandelte, wobei er auf den Rechnungen klar erkennbar zwischen physiotherapeutischen Leistungen auf ärztliche Verordnung (Urk. 3/11) und nicht ärztlich angeordneten Leistungen als Heilpraktiker und Osteopath unterschied (vgl. Urk. 3/15 und 3/16). Bei der strittigen Rechnung handelt es sich augenscheinlich um in der Funktion als Heilpraktiker und Osteopath erbrachte Leistungen, worauf auch das angegebene Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) schliessen lässt. 6.1.2

Gemäss Art. 46 KVV werden als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben: (lit. a) Physiotherapeut, (lit. b) Ergotherapeut, (lit. c) Pflegefachmann, (lit. d) Logopäde, (lit. e) Ernährungsberater und (lit. f) Neuropsychologe. Demnach gehören weder Behandlungen durch Heilpraktiker noch Osteopathen

zu den Pflichtleistungen gemäss KVG. Auch letzteres ist dabei ein bewusster Entscheid des Bundesrates, wie seine Stellungnahme aus dem Jahr 2010 zur damals von Jacques Bourgeois eingereichten Interpellation «Osteopathie. Klare und europakompatible Rahmenbedingungen» zeigt (<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20103239>). 6.1.3

Da eine Vergütung der strittigen Kosten nach KVG somit ausgeschlossen ist, spielt es nach der in E. 5.3.4 dargelegten Rechtsprechung keine Rolle, ob eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gegeben ist oder nicht, worüber die Akten im Übrigen keine genügende Auskunft geben. Letztlich darf der Beschwerdeführer nicht bessergestellt werden, als eine KVG-versicherte Person, welche osteopathische Behandlungen und Naturheilverfahren in der Schweiz beansprucht. Daraus folgt, dass selbst wenn eine gesetzliche Krankenkasse in Deutschland

im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe diese Kosten zuerst (teilweise) übernommen und die Beschwerdegegnerin ihr diese erstattet hätte, diese sie anschliessend vom Beschwerdeführer hätte zurückfordern können. Daran ändert nichts, dass sich die Erstattungssätze, also die Höhe der Vergütung, im Falle eines Leistungsanspruchs nach deutschem Recht richtet. 6.2 6.2.1

In Bezug auf die Quittungen für das Drei-Monats-Abonnement Y.____, Schweiz vom 16. Dezember 2016 (Urk. 3/14), den Mitgliederbeitrag bei der Z.____, Deutschland vom 5.

April 2016 (Urk. 3/12) sowie die 10er-Karte beim A.____, Deutschland vom 7. April 2016 machte der Beschwerdeführer wie erwähnt geltend, die Untersuchungen und die erste Rehabilitation seien in der Schweiz durchgeführt worden. Um einen Rückfall zu verhindern und eine nach neusten Erkenntnissen mögliche Ausheilung zu erreichen, bleibe ihm weiterhin nur kontinuierliches Training (vgl. E. 4.1).

6.2. 2

Gemäss Art. 5 Abs. 1 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV)

werden ferner unter anderem die Kosten folgender Leistungen übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten im Sinne von Art. 46 und 47 KVV oder von Organisationen im Sinne von Artikel 52a KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskeletalen oder neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden: (lit . b) Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion, wie medizinische Trainingstherapie (MTT) , und (lit . c) physikalische Massnahmen wie Elektrotherapie .

Nach Abs. 2 bis 4 derselben Bestimmung übernimmt die Versicherung je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun physiotherapeutischen

Sitzungen .

Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so bedarf es einer vertrauensärztlichen Überprüfung.

Obwohl die obligatorische Krankenversicherung gemäss Art. 26 KVG auch bestimmte Präventionsmassnahmen übernimmt, welche Leistungen wiederum von einem Arzt durchgeführt oder angeordnet sein müssen, zählen physiotherapeutische Leistungen nicht zu diesen Pflichtleistungen, zumal sie in Art. 12 ff. KLV nicht aufgeführt sind (vgl. hierzu auch Urteil des Sozialversicherungsgerichts KV.2005.00052 vom 28. November 2006 betreffend ein der Prävention dienendes MTT ; ferner Ziff. 7340.4 der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen, dem Anhang 2 zur Verordnung vom 20. Juni 2014 über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung).

Aus den Akten und Vorbringen des Beschwerdeführers ergeben sich keine Hinweise darauf, dass die von ihm durchgeführten Trainings ärztlich verordnet (vgl. hierzu auch Urteil des Sozialversicherungsgerichts KV. 2014.00058 vom 14. August 2014) oder physiotherapeutisch kontrolliert wurden . Aus den eingereichten Quittungen ist nicht einmal ersichtlich, wie oft er welche konkreten Leistungen in diesen Instituten beanspruchte, die auch von Fitnessbewussten besucht werden , die «nur»

eine aktive Vorsorge und Verbesserung des körperlichen Wohl befindens anstreben. Zudem trainierte der Beschwerdeführer – insbesondere in Deutschland – nach eigenen Angaben, um einen Rückfall zu vermeiden und damit präventiv. Nach KVG erstattungspflichtige Leistungen können allein mit diesen Belegen somit nicht geltend gemacht werden. 6.2.3

Mit Blick auf die in Deutschland angefallenen Kosten ist zudem eine Notfallsituation im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV klar zu verneinen. Zunächst ist der medizinische Notfall nicht im Ausland eingetreten, sondern der Beschwerdeführer reiste – nach eigenen Angaben – nachdem er sich in der Schweiz hatte untersuchen und behandeln lassen aus beruflichen Gründen nach Deutschland. Dass eine Rückreise aus medizinischen Gründen nicht mehr möglich gewesen wäre, dass ein akuter Behandlungsbedarf bestanden oder dass er vorgängig auch nur die Zustimmung der Beschwerdegegnerin zur Fortführung der Behandlung in Deutschland eingeholt hätte, wurde von ihm selbst nicht geltend gemacht. Unter Berücksichtigung aller Umstände verhält er sich somit treuwidrig, insoweit er in voller Kenntnis seines gesundheitlichen Zustandes ins Ausland reiste, dort offenbar arbeiten konnte und hernach einzig geltend machte, die Kosten für die Rückreise wären unangemessen hoch gewesen. 6.2.4

Offen gelassen werden kann deshalb, ob es sich bei der Z.____

sowie beim A.____ um soziale Leistungsträger des deutschen Systems handelt, wie vom Beschwerdeführer behauptet. Im Übrigen zeigt eine kurze Recherche im Internet, dass die Mitgliedsgebühr in einem Fitnessstudio auch in Deutschland nicht zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen gehört. Diese bieten allenfalls ein Bonusprogramm beim Nachweis sportlicher Aktivitäten an (vgl. <https://krankenkassen.net/gesetzliche-krankenkassen/fitnessstudio-und-fitnessracker.html>; <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/praevention-vorsorge-krankenkassen/fitnessstudio/>). Wie es sich damit bei privaten Krankenversicherern verhält, ist für die Anwendbarkeit des FZA und seiner Verordnungen nicht bedeutsam, da bei einer Fakturierung nach Privatarif, wie in E. 5.3.3 dargelegt, eine Rückerstattung nur unter den Voraussetzungen von Art. 36 Abs. 2 KVV zulässig ist. 6.3

Eine Austauschbefugnis – wie sie vom Beschwerdeführer verlangt wurde, indem er einen Vergleich seines Konzepts mit einer normalen Reha im Rahmen eines Gutachtens beantragte – kann zwar grundsätzlich auch in der obligatorischen Krankenversicherung zur Anwendung gelangen. Allerdings geht es bei der Austauschbefugnis darum, den gleichen gesetzlichen Zweck auf einem anderen Weg oder mit andern Mitteln zu verfolgen, nicht aber die gesetzliche Ordnung durch eine andere, inhaltlich weitergehende Regelung zu ersetzen. Wählt die versicherte Person, aus welchen Gründen auch immer, eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Behandlung, so entfällt der Anspruch (vgl. BGE 126 V 330 E. 1 b). Ärztliche verordnete und physiotherapeutische begleitete Pflichtleistungen können demnach – ungeachtet der Preisfrage – nicht durch Nichtpflichtleistungen aus den Bereichen Osteopathie, Naturheilkunde und Fitness ersetzt werden. 7.

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten gemäss den eingereichten Rechnungsbelegen betreffend das Jahr 2016 (Y.____ CHF 800.00, Z.____

EUR 50.00, A.____

EUR 428.90 und H.____ EUR 77.00) ablehnte, zumal sich daraus keine Anhaltspunkte für Pflichtleistungen nach KVG ergeben. Aus diesem Grund erübrigen sich auch weitere diesbezügliche Abklärungen, insbesondere ein Gutachten zum Nutzen der durchgeführten Trainings. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen, soweit darauf mit Blick auf den Anfechtungsgegenstand einzutreten ist. Zudem ist das Gesuch des Beschwerdeführers um Erlass einer Verfügung mangels Einverständnis mit der Leistungsabrechnung vom 27. Januar 2017 an die Beschwerdegegnerin zu überweisen. Der Einzelrichter erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheids an die Assura-Basis SA zur Behandlung des Gesuchs um Erlass einer Verfügung betreffend die strittigen Rechnungsbelege aus dem Jahr 2015 überwiesen. 3.

Das Verfahren ist kostenlos. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Assura - 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 Die Gerichtsschreiberin SpitzBonetti

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