



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. Dezember 2012 (730 12 164 / 332)

Krankenversicherung

Kostenübernahme im Zusammenhang mit einem Notfall im Ausland

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiber i.V. Simon Kaufmann

Parteien **A.**_____ und **B.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Jürg
Tschopp, Advokat

gegen

Easy Sana Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Martigny,
Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen betr. C.____, D.____ und E.____

A. Die Familie F.____, bestehend aus Vater (A.____), Mutter (B.____) und drei Kindern (D.____, geboren 2003; C.____, geboren 2007; E.____, geboren 2009), bei der Easy Sana Krankenversicherung AG (Easy Sana) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege versichert und bei der Groupe Mutuel Assurances GMA SA (Groupe Mutuel) zusatzversichert, hielt sich vom 2. Juli 2011 bis zum 14. August 2011 urlaubshalber in G.____ auf. Infolge Krankheit aller drei Kinder suchten die Eltern einen Arzt in G.____ auf, worauf die Kinder schliesslich nach entsprechender Diagnose mehrfach behandelt wurden und es zu einer Abgabe von Medikamenten kam. Nach Rückkehr in die Schweiz forderte die Familie F.____ die Kosten für die in G.____ in Anspruch genommenen Leistungen bei der Easy Sana zurück. Nach Eingang und Prüfung der

Rechnungen lehnte die Easy Sana schliesslich die Übernahme der Kosten mit Verfügung vom 14. Dezember 2011 ab. Gegen diese Verfügung erhoben A.____ und B.____, vertreten durch die AXA Rechtsschutzversicherung, am 11. Januar 2012 Einsprache und ersuchten unter Aufhebung der Verfügung vom 14. Dezember 2011 um Übernahme der Behandlungskosten im Ausland. Die Easy Sana wies die Einsprache mit Entscheid vom 13. April 2012 ab und begründete diesen im Wesentlichen damit, dass der behandelnde Arzt über keine Lizenz verfügt habe, die Arztpraxis nicht hinreichend ausgestattet gewesen sei und die Rechnungen überfakturiert seien.

B. Gegen diesen Entscheid erhoben A.____ und B.____, vertreten durch Jürg Tschopp, Advokat, mit Eingabe vom 16. Mai 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie führten aus, dass die Easy Sana zur Übernahme der durch die Leistungen in G.____ angefallenen Kosten aus der obligatorischen Versicherung verpflichtet sei. Eventualiter seien die Kosten durch die Groupe Mutuel im Rahmen der Zusatzversicherung zu übernehmen. Einerseits habe es sich um eine Notfallsituation gehandelt, andererseits seien die eingereichten Rechnungen nicht überfakturiert. Die Tatsache, dass der Arzt nicht über eine entsprechende Lizenz verfügt habe, dürfe ihnen nicht zum Vorwurf gemacht werden. Aus diesen Gründen sei der Einspracheentscheid vom 13. April 2012 aufzuheben und die Easy Sana zur Übernahme der Heilbehandlungs- und Medikamentenkosten zu verpflichten.

C. Am 22. Mai 2012 teilte das Kantonsgericht das Verfahren in ein Verfahren betreffend die obligatorische und ein Parallelverfahren betreffend die Zusatzversicherung auf.

D. Mit Beschwerdeantwort vom 23. Juli 2012 begehrte die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Präsidentin zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in H.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist-

und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 16. Mai 2012 ist demnach einzutreten.

1.2 Laut § 55 Abs. 1 VPO entscheidet die präsidierende Person des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.-- durch Präsidialentscheid. Vorliegend streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Kosten von medizinischen Behandlungen haben, welche sie im Sommer 2011 in G._____ in Anspruch genommen haben. Die strittigen Kosten der Heilbehandlung und der Medikamente belaufen sich insgesamt auf 1'025.90 Euro. Die Beurteilung der Beschwerde fällt demnach – und zwar unabhängig vom konkret zur Anwendung gelangenden Wechselkurs, über welchen die Parteien ebenfalls uneinig sind –, in die Kompetenz der präsidierenden Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts.

2.1 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer nach Art. 11 KVG unter anderem im Falle der Krankheit die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. 1 KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

2.2 Voraussetzung für die Kostenübernahme sind neben dem Erfordernis der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 35 ff. KVG) unter anderem Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Art. 32 Abs. 1 KVG; vgl. BGE 125 V 95, 127 V 138). Diese Voraussetzungen gelten auch für im Ausland erbrachte Leistungen. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der in der Schweiz von Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen wird gesetzlich vermutet (vgl. Art. 33 Abs. 1 KVG; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 283 f. Erw. 3).

2.3 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25 - 33 KVG übernehmen. Gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 oder 29 übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen.

2.4 Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG hat der Bundesrat Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 erlassen. Unter dem Titel "Leistungen im Aus-

land" übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 36 Abs. 2 KVV die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ferner werden die anfallenden Kosten übernommen, wenn die – vom allgemeinen Leistungskatalog gemäss Art. 25 Abs. 2 KVG erfasste – medizinische Behandlung in der Schweiz nicht erbracht werden kann (Art. 36 Abs. 1 KVV) oder aber die in der Schweiz vorhandene Behandlungsmöglichkeit mit einem wesentlichen und deutlich höheren Risiko verbunden ist als diejenige im Ausland (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Dezember 2008 9C_479/2008 E. 2, mit Hinweis).

2.5 Für die Leistungserbringung nach KVG gilt somit grundsätzlich das Territorialitätsprinzip, das heisst die Versicherer müssen nur die Kosten jener Leistungen übernehmen, die in der Schweiz erbracht werden (vgl. BGE 128 V 75 E. 3b, mit Hinweis). Für ausserhalb der Schweiz behandelte Leiden haben die Krankenkassen grundsätzlich keine Leistungen zu erbringen, und dies selbst dann nicht, wenn die versicherte Person im Ausland krank geworden ist (ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 55; RKUV 1987 Nr. K 741 S. 266).

2.6 Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip setzt gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 2 KVV den Nachweis voraus, dass ein Notfall vorliegt. Von einem Notfall ist dann auszugehen, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer unaufschiebbaren medizinischen Hilfe bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht möglich oder angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zweck dieser Behandlung ins Ausland begeben (Art. 36 Abs. 2 KVV, Urteil des BGer vom 29. Juli 2011 9C_1009/2010 E. 2.2). Der Notfall umfasst damit zwei Komponenten: die Unaufschiebbarkeit medizinischer Hilfe sowie die Unmöglichkeit oder Unangemessenheit der Rückkehr in die Schweiz (vgl. dazu RKUV 2002 Nr. KV 231 S. 475; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, SBVR, 2. Auflage, S. 560 Rz 477). Notfallcharakter kann beispielsweise Gesundheitssituationen mit drohender Lebensgefahr, akutem Schmerzzustand oder der Gefahr bleibender Krankheitsfolgen zugestanden werden. Die versicherte Person hat den Notfall glaubhaft zu machen (vgl. GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Art. 34 N 8, mit Hinweisen).

3. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass vorerst zu prüfen ist, ob es sich bei den zwischen dem 5. Juli 2011 und dem 11. August 2011 in G._____ zugunsten der Kinder der Beschwerdeführer erbrachten Leistungen in der Art von Diagnosen, Behandlungen und Abgabe von Medikamenten um solche handelt, die aufgrund einer Notfallsituation erbracht worden sind. Unter den Parteien unbestritten ist die Tatsache, dass die drei Kinder der Beschwerdeführer an einer Krankheit im Sinne von Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG i.V.m. Art. 3 ATSG gelitten haben.

3.1 Die Beschwerdeführer führen zur gesundheitlichen Situation ihrer Kinder aus, dass diese anfangs Juli 2011 unerwartet erkrankt seien. In der Folge hätten bald alle Kinder in verschiedener Ausprägung die gleichen Symptome gezeigt. Nachdem sie von der Krankheit der Kinder überrascht worden seien, hätten sie sich hinsichtlich eines guten Arztes erkundigt, wobei man ihnen Dr. I._____ vorgeschlagen habe, der eine Arztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin

betreibe. Die Kinder seien in der Folge von Dr. I.____ mit oral verabreichten Infusionen behandelt worden. Ferner habe man Medikamente bezogen, wobei ein Teil davon über den Arzt selbst, ein anderer Teil von einer Apotheke bezogen worden sei. Die medizinische Behandlung habe angeschlagen und die Kinder seien schliesslich wieder gesund geworden. Eine Rückkehr in die Schweiz sei während der Behandlung nicht möglich gewesen, da der Reiseweg zwischen G.____ und der Schweiz 1'800 km betrage.

3.2 Nach Ansicht der Beschwerdegegnerin handelte es sich bei der soeben beschriebenen Situation nicht um einen Notfall. So seien gemäss den durch die Beschwerdeführer eingereichten Arztberichten bei den drei Kindern jeweils Erkältungserkrankungen und Darminfektionen, verbunden mit Müdigkeit aufgrund von Eisen- und Vitaminmangel diagnostiziert worden. Folglich handle es sich nicht um Krankheiten, welche eine unaufschiebbare Notfallbehandlung erforderlich machen würden. Vielmehr handle es sich um Routinebehandlungen, bei welchen diverse Untersuchungen erfolgt und einerseits Medikamente, andererseits Vitamine abgegeben worden seien.

3.3 Dr. I.____ bestätigte auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin, dass es sich bei den Behandlungen um Notfallbehandlungen gehandelt habe (vgl. Formular "Rechnungskontrolle im Ausland", Frage 6).

3.4 Im Einklang mit den vorherigen Ausführungen zum Notfallcharakter einer Situation (vgl. 2.5 hiavor) ist tatsächlich fraglich, ob es sich im vorliegenden Fall um einen Notfall gehandelt hat. So lag weder eine drohende Lebensgefahr, ein relevanter akuter Schmerzzustand noch eine Gefahr von bleibenden Krankheitsfolgen bei den Kindern der Beschwerdeführer vor, was letztlich – entsprechend dem Argument der Beschwerdegegnerin – aus den diagnostizierten Krankheitsbildern (Erkältungserkrankungen und Darminfektionen, verbunden mit Müdigkeit aufgrund von Eisen- und Vitaminmangel) ersichtlich ist. Von einer unaufschiebbaren medizinischen Hilfe kann bei diesen und vergleichbaren Krankheiten, die ihrer Art nach häufig auch auf Reisen auftreten und mit handelsüblichen Medikamenten behandelt werden können, grundsätzlich nicht gesprochen werden. Nun gilt es im vorliegenden Fall jedoch das Alter der erkrankten Kinder zu berücksichtigen. So war das älteste der drei Kinder (D.____) zum Zeitpunkt des ersten Arztbesuchs vom 5. Juli 2011 ca. acht Jahre, das mittlere (C.____) ca. vier Jahre und vier Monate und das jüngste Kind (E.____) erst ca. zwei Jahre und ein Monat alt. Kinder sind häufig nicht in der Lage, sich hinreichend klar über die auftretenden Krankheitssymptome zu äussern. Dies kann bei einem achtjährigen Kind der Fall sein und gilt umso mehr bei einem vier Jahre alten oder jüngeren Kind.

3.5 Bei D.____ wurden am 5. Juli 2011 eine akute Infektion der Oberen Atemwege (ICD-10 J02), Krämpfe (ICD-10 R56) und Dehydration (ICD-10 E86) diagnostiziert. Bei C.____ waren es ebenfalls eine akute Infektion (ICD-10 J03) und Krämpfe (ICD-10 R56). Bei E.____ wurden schliesslich auch eine Infektion (ICD-10 J02) und Krämpfe (ICD-10 R56) diagnostiziert. Leidet ein Kind an solchen oder vergleichbaren Krankheitssymptomen und kann es sich gegenüber den Eltern nicht hinreichend klar ausdrücken, kann es letzteren nicht ohne Weiteres zugemutet werden, das Kind – ohne Kenntnis der jeweiligen Symptome – mit entsprechenden handelsübli-

chen Medikamenten zu behandeln. Vielmehr kann für die Eltern in einem solchen Fall der Besuch eines Kinderarztes als dringend notwendig erscheinen. Dies gilt im vorliegenden Fall umso mehr, als es sich bei zwei der drei Kinder um Kleinkinder handelte. Unter diesen Umständen kann vorliegend von einer Notfallsituation gesprochen werden, welche den Arztbesuch unter Berücksichtigung von Art. 36 Abs. 2 KVV rechtfertigt. Eine Rückreise in die Schweiz (zur ärztlichen Abklärung) konnte der Familie in diesem Zeitpunkt nicht zugemutet werden.

4. Die Tatsache, dass vorliegend von einem Notfall ausgegangen werden kann, führt jedoch nicht ohne Weiteres zur Leistungspflicht des Krankenversicherers im Hinblick auf alle in G.____ erbrachten Leistungen. Zu einer Übernahme der Kosten ist die Kasse nur insoweit verpflichtet, als diese aufgrund von unaufschiebbaren medizinischen Hilfeleistungen angefallen sind. Mit anderen Worten setzt die Leistungspflicht über einen bestimmten Zeitraum eine andauernde Notfallsituation voraus. Entsprechend den vorherigen Ausführungen (vgl. Ziffer 3 ff. hiervor) lag zum Zeitpunkt des 5. Juli 2011 ein Notfall vor. Nach Diagnostizierung der einzelnen Krankheitssymptome wurden durch Dr. I.____ Medikamente verabreicht. Am 8. Juli 2011 kam es bei allen Kindern zu einem erneuten Kontrollbesuch, wobei wiederum Medikamente verabreicht respektive verschrieben wurden. Am 15. Juli 2011 fand der dritte Kontrollbesuch statt, wobei Dr. I.____ für alle drei Kinder festhielt, dass sich deren Gesundheitszustand verbessert habe. Der Gesundheitszustand von D.____ wurde sogar als gut bezeichnet. Spätestens ab diesem Zeitpunkt kann nicht mehr von einer akuten Situation gesprochen werden, die nach unmittelbarer medizinischer Behandlung verlangt. Die nach dem 15. Juli 2011 bei den Kindern aufgetretenen Leiden stellen keinen Notfall im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV mehr dar, da es sich mehrheitlich um die gleichen Symptome handelte, wobei die Eltern die Krankheitszeichen und deren medikamentöse Behandlung kannten. Für die nach dem 15. Juli 2011 stattfindenden ärztlichen Konsultationen und abgegebenen Medikamente trifft die Kasse folglich keine Leistungspflicht.

5.1.1 Die zwischen dem 5. Juli 2011 und dem 15. Juli 2011 erbrachten Leistungen sind nur zu übernehmen, soweit sie den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen. Die Wirksamkeit einer Behandlung setzt voraus, dass sich die Behandlung zur Erreichung des angestrebten Ziels eignet (BGE 133 V 115 E. 3.1, mit Hinweis). Nach Art. 32 Abs. 1 Satz 2 KVG wird vorausgesetzt, dass die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen wird. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, dass sich verschiedene durch den Arzt oder die Apotheke abgegebene Medikamente nicht für die Behandlung der Krankheitssymptome der Kinder der Beschwerdeführer geeignet hätten (vgl. Formular "Rechnungskontrolle im Ausland", Frage 8). Die Beschwerdeführer bestreiten dies nicht und führen in ihrer Einsprache vom 3. Februar 2012 aus, dass der Apotheker nach eigenen Angaben auch Medikamente abgegeben habe, die nicht im Zusammenhang mit der Notfallsituation gestanden hätten. Unter dem Aspekt der Wirksamkeit einer Behandlung kann vorliegend nur diejenige Medikation berücksichtigt werden, die sich zur Behandlung der am 5. Juli 2011 bei den Kindern diagnostizierten Krankheiten eignete.

5.1.2 Die durch die Beschwerdegegnerin ins Recht gelegten und gegen eine Pflichtleistung sprechenden Argumente betreffend die fehlende Lizenz für den Betrieb der Arztpraxis und de-

ren mangelnde Infrastruktur im Hinblick auf die durch Dr. I._____ verabreichten Infusionen erscheinen wenig substantiiert. Beide Argumente sprechen nicht gegen die Wirksamkeit der Behandlungen. Die Beschwerdegegnerin bestreitet nicht, dass die Behandlungen tatsächlich stattgefunden haben und es sich bei Dr. I._____ um einen regelmässig praktizierenden Arzt handelte. Einer Praxis alleine aufgrund ihrer Grösse von 8m² die Eignung zur Durchführung der vorgenommenen Behandlungen abzusprechen erscheint nicht überzeugend. Zwar handelt es sich bei einem Raum in dieser Grösse zweifellos nicht um eine – zumindest für schweizerische Verhältnisse – übliche Arztpraxis. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass auch ein Raum von 8m² die Verabreichung der entsprechenden Medikation, seien es nun intravenöse Infusionen oder oral verabreichte Medikamente, zulässt.

5.2 Die Zweckmässigkeit setzt die Wirksamkeit und damit die Wissenschaftlichkeit der Behandlung voraus (BGE 133 V 115 E. 2.2, mit Hinweis). Während die Wirksamkeit sich auf die grundsätzliche Eignung einer Behandlung bezieht, verlangt die Zweckmässigkeit eine angemessene Eignung im Einzelfall (vgl. GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Art. 32 N 7, mit Hinweisen). In diesem Sinne verlangt die Zweckmässigkeit nach einer Zweck-Mittel Relation, wobei auf objektive medizinische Kriterien abzustellen ist. Von besonderer Bedeutung ist die Frage nach der Zweckmässigkeit regelmässig dann, wenn mehrere wirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen (vgl. BGE 127 V 138 E. 5). Im vorliegenden Fall ist die Zweckmässigkeit der wirksamen Behandlungen zwischen dem 5. Juli 2011 und dem 15. Juli 2011 unumstritten.

5.3 Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung setzt deren Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus (vgl. GEBHARD EUGSTER, a.a.O., Art. 32 N 11). Folglich muss nachfolgend nur die Wirtschaftlichkeit der zwischen dem 5. Juli 2011 und dem 15. Juli 2011 erbrachten Leistungen beurteilt werden. Die Kosten für Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden, sind nach Art. 36 Abs. 2 KVV durch die obligatorische Krankenversicherung zu übernehmen, wobei gemäss Art. 36 Abs. 4 KVV höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen wird, die bei einer entsprechenden Behandlung in der Schweiz vergütet würden. Es versteht sich von selbst, dass die in Rechnung gestellten Leistungen dem tatsächlich erbrachten Aufwand entsprechen müssen, wobei auf einen ortsüblichen Tarif abzustellen ist. Während dies unter den Parteien grundsätzlich unbestritten ist, sind sie sich uneinig im Hinblick auf den ortsüblichen Tarif im konkreten Fall. Während die Beschwerdeführer die Ansicht vertreten, dass den in den Rechnungen aufgeführten Kosten ein ortsüblicher Tarif zugrunde liegt, verweist die Beschwerdegegnerin auf die Abklärungen ihrer Partnerfirma, wonach die fakturierten Preise nicht einem ortsüblichen Tarif entsprechen würden. Die Partnerfirma der Beschwerdegegnerin führt in ihrem Schreiben eine Kostenschätzung an, welche auf dem lokalen Tarif in G._____ basiere. Sie führt jedoch nicht näher aus, wie sie auf die einzelnen Beträge kommt respektive welchen Basiswerten diese zugrunde liegen. Die Beschwerdegegnerin selbst beruft sich pauschal auf diese Auskunft und lässt eine unter diesen Umständen notwendige Konkretisierung ebenfalls vermissen. Es lassen sich vorliegend deshalb keine verlässlichen Aussagen hinsichtlich des zum Zeitpunkt der Behandlungen in G._____ geltenden ortsüblichen Tarifs machen.

5.4 Aus dem Gesagten folgt, dass es für die Beurteilung der Leistungspflicht im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV weiterer Abklärungen hinsichtlich des Kostenumfangs der Leistungen re-

spektive des massgeblichen Tarifs bedarf. Die Sache ist deshalb zur Abklärung an die Verwaltung zurückzuweisen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenenergänzung wird die Kasse neu zu verfügen haben.

6. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, als die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, die Kosten für die ersten drei Arztbesuche der drei Kinder (5., 8. und 15. Juli 2011) zu übernehmen, da unter den gegebenen Umständen ein Notfall vorlag. Ebenfalls sind die Kosten für die in diesem Zeitraum abgegebenen Medikamente durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Betreffend die Höhe der zu übernehmenden Kosten bedarf es weiterer Abklärungen. Im Bezug auf die nach dem 15. Juli 2011 erfolgten Behandlungen und abgegebenen Medikamente trifft die Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht, weshalb die Beschwerde dahingehend abgewiesen wird.

7. Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden.

7.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Der Rechtsvertreter der Versicherten hat in seiner Honorarnote vom 23. August 2012 einen Aufwand von 13 Stunden und 5 Minuten à Fr. 250.-- geltend gemacht, wobei das Grundhonorar für das Parallelverfahren in Sachen Zusatzversicherung gemäss § 7 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 in Höhe von Fr. 834.-- in Abzug gebracht wurde. Demgemäss macht er eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'817.-- geltend. Da die vorliegende Beschwerde lediglich teilweise gutgeheissen wird, ist den Beschwerdeführern eine reduzierte Parteientschädigung zuzusprechen. Es rechtfertigt sich, diese auf die Hälfte der in der Honorarnote ausgewiesenen Höhe zu kürzen. Demzufolge ist den Beschwerdeführern eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'050.75 (6 Stunden und 30.5 Minuten à Fr. 250.--, inkl. Auslagen, abzüglich Fr. 834.--, zuzüglich 8 % MwSt) auszurichten.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. April 2012 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführern eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von 1'050.75 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>