

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicurances

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}
K 222/05

Urteil vom 29. August 2006
III. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Seiler und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiber Scartazzini

Parteien
Assura Kranken- und Unfallversicherung,
Avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully, Beschwerdeführerin,

gegen

A. _____, 1966, Beschwerdegegner

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 31. Oktober 2005)

Sachverhalt:

A.

A. _____, geboren 1966, ist seit dem 1. April 1996 bei der Assura Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: Assura) in der obligatorischen Grundversicherung und der "Complementa Plus"-Zusatzversicherung versichert. Am 18. April 2001 reichte er der Assura Rechnungen für eine vom 12. bis 17. September 2000 in Libanon erfolgte Behandlung mit Kosten von 1'980 US-Dollars ein. In dem vom Krankenversicherer eingeholten "Fragebogen über Erkrankung im Ausland" vom 14. Mai 2001 gab er an, während des Aufenthaltes im Libanon an einer Gürtelrose erkrankt zu sein. Nach der Rückkehr in die Schweiz habe er keinen Arzt konsultiert, "da sich das Problem zu auflösen schien". Die Rechnungen habe er bar bezahlt. Die Assura beauftragte die Q. _____ GmbH mit einer Überprüfung der Rechnungen. Am 4. September 2001 berichtete diese, es seien "einige Unregelmässigkeiten" festgestellt worden, und ersuchte um Kostengutsprache für weitere Abklärungen. Die Assura teilte dem Versicherten hierauf mit, es bestünden erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der eingereichten Rechnungen, weshalb weitere Abklärungen erforderlich seien, deren Kosten ihm in Rechnung gestellt würden, falls sich herausstelle, dass die Leistungsverweigerung berechtigt sei. A. _____

äusserte sich am 6. September 2001 in dem Sinne, dass er die Q. _____ GmbH mit weiteren Abklärungen beauftrage. Mit einer Fax-Mitteilung gleichen Datums teilte die Q. _____ GmbH der Assura mit, es habe sich herausgestellt, dass die Ehefrau des Versicherten erkrankt und wegen Hautproblemen (Zona) ärztlich behandelt worden sei; sämtliche Rechnungen seien auf Verlangen des Kunden erhöht worden. Die Assura lehnte am 15. Oktober 2001 Leistungen ab und reichte am 21. Januar 2002 bei der Bezirksanwaltschaft Strafanzeige wegen versuchten Betruges (Art. 146 in Verbindung mit Art. 22 StGB) ein. Am 12. Dezember 2002 stellte die Bezirksanwaltschaft das Verfahren ein, insbesondere nachdem sich herausgestellt hatte, dass sich die Ehefrau des Angeschuldigten in der fraglichen Zeit in der Schweiz aufgehalten hatte. Am 23. Dezember 2002 erhielt die Assura von der Q. _____ GmbH Bestätigungen des Inhalts, dass die Behandlung eine Frau A. _____ betroffen habe und wonach sowohl die Arzt- als auch die Apothekerrechnungen gefälscht seien. Mit Verfügung vom 18. März 2003 lehnte die Assura eine Leistungspflicht für die geltend gemachte Behandlung in Libanon vom 12. bis 17. September 2000 ab und überband die Abklärungskosten in Höhe von Fr. 961.40

dem Versicherten. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 16. April 2003 fest.

B.

Auf die von A. _____ erhobene Beschwerde holte das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich bei den vom Versicherten seit dem 1. September 2000 konsultierten Ärzten Berichte ein und beauftragte das Spital X. _____, Abteilung für Infektionskrankheiten, mit einer fachärztlichen Stellungnahme. Mit Entscheid vom 31. Oktober 2005 gelangte das kantonale Gericht zum Schluss, aufgrund der im Blut des Versicherten nachgewiesenen Antikörper sei davon auszugehen, dass er an Gürtelrose erkrankt sei. Auch wenn ein Rückschluss auf den genauen Zeitpunkt der Erkrankung nicht mehr möglich sei, und sich nach mehreren Jahren naturgemäss keine Hautveränderungen mehr nachweisen liessen, sei nach dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer Erkrankung an Gürtelrose auszugehen. In Zusammenhang mit den im Libanon verschriebenen Medikamenten, insbesondere im Hinblick darauf, dass Zovirax ein bewährtes Medikament zur Behandlung von Viruserkrankungen darstelle, sei zudem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Erkrankung im September 2000 während des Aufenthalts des Versicherten im Libanon aufgetreten sei und die eingereichten Rechnungen die entsprechende Behandlung zum Gegenstand hätten. In Gutheissung der Beschwerde wies das Gericht die Sache an die Assura zurück, damit sie den Umfang der zu vergütenden Kosten festlege. Eine Pflicht des Versicherten zur Vergütung der Abklärungskosten verneinte das Gericht (Entscheid vom 31. Oktober 2005).

C.

Die Assura führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, der kantonale Entscheid sei aufzuheben und es sei der Einspracheentscheid vom 16. April 2003 zu bestätigen.

A. _____ lässt sich sinngemäss mit dem Antrag auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vernehmen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verzichtet auf Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Da es um Versicherungsleistungen geht, ist die Überprüfungsbefugnis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht auf die Verletzung von Bundesrecht, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, beschränkt, sondern sie erstreckt sich auch auf die Angemessenheit der Verfügung; das Gericht ist dabei nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden und kann über die Begehren der Parteien zu deren Gunsten oder Ungunsten hinausgehen (Art. 132 OG; BGE 121 V 220 Erw. 1 mit Hinweis).

2.

2.1 Gemäss Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Leistungen gemäss Art. 25 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 festgelegten Voraussetzungen. Nach Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat u.a. bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Art. 25 Abs. 2 oder 29 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Gestützt darauf hat der Bundesrat in Art. 36 KVV den Anspruch auf Leistungen im Ausland näher umschrieben. Laut Abs. 2 dieser Bestimmung übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben. Nach Abs. 4 der Bestimmung wird bei Massnahmen im Ausland höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden (Art. 36 Abs. 4 KVV).

2.2 Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Assura zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG werden bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt eines obligatorisch Versicherten im Prinzip nur Leistungen für Notfälle übernommen (Art. 10.1). Die Versicherung gewährt Leistungen im Sinne von Art. 36 KVV nur aufgrund von detaillierten Originalrechnungen unter Angabe der Behandlungsdaten, Diagnosen, der erbrachten medizinischen Leistungen, des Betrags jeder Leistung sowie der Namen, Adressen und Telefonnummern der ausländischen Leistungserbringer (Art. 10.2). Der Versicherte ist verpflichtet, dem Krankenversicherer sämtliche Angaben zu machen, die der Regelung des Versicherungsfalles dienlich sind. Falls erforderlich, hat er Ärzte oder medizinische Hilfspersonen vom Berufsgeheimnis zu entbinden (Art. 11.1). Diese Bedingungen halten sich im Rahmen des KVG und den allgemeinen verfassungs-, verwaltungs- und sozialversicherungsrechtlichen Prinzipien. Sie tragen insbesondere dem Grundsatz Rechnung, dass die Krankenversicherer nach Massgabe des Gesetzes und der Statuten dafür zu sorgen haben, dass nur Leistungen erbracht werden, auf die der Versicherte tatsächlich

Anspruch hat; sie haben daher jederzeit das Recht und gegebenenfalls die Pflicht, die Angaben des

Versicherten und auch diejenigen des Arztes zu überprüfen (BGE 129 V 60 Erw. 4.3).

3.

3.1 Der Beschwerdegegner hat dem Krankenversicherer am 18. April 2001 (und damit rund sieben Monate nach der geltend gemachten Erkrankung) drei auf je \$ 150 lautende und vom 12., 16. und 17. September 2000 datierte Quittungen für Behandlungen durch Dr. M. _____, Libanon, eingereicht. Zudem reichte er zwei Rezepte dieses Arztes für Medikamente vom 12. und 17. September 2000 sowie eine ärztliche Anordnung für Laboruntersuchungen vom 16. September 2000 ein. Für die Medikamente liegen Quittungen eines Apothekers über \$ 830 und \$ 450 und für die Laboruntersuchung der Bericht eines medizinischen Labors im Libanon vom 16. September 2000 sowie eine zugehörige Quittung über \$ 250 vor. Die von der Beschwerdeführerin veranlassten Abklärungen führten am 6. September 2001 zu einer ersten Fax-Mitteilung der Q. _____ GmbH, wonach die Erhebungen des Korrespondenten im Libanon ergeben hätten, dass die Ehefrau des Versicherten erkrankt sei und vom Arzt (Dr. M. _____) wegen Hautproblemen (Zona) behandelt worden sei. Das Arzthonorar dürfte einen Viertel des geltend gemachten Betrages nicht übersteigen. Auf Vorlage der Rechnungen habe Dr. M. _____ eingeräumt, die Kosten machten nicht einmal \$ 50 oder \$ 75 aus. Die Kosten der

Laboruntersuchungen beliefen sich auf etwa \$ 100; der Verantwortliche des Labors habe nicht bestritten, die Rechnungen überhöht zu haben. Auf Verlangen des Kunden erhöht worden seien auch die Apothekerrechnungen. Am 18. Dezember 2002 teilte der Korrespondent der Q. _____ GmbH mit, im Libanon gebe es in den Apotheken keine abweichenden Preise für Ausländer; die Rechnungen seien wahrscheinlich um den Faktor 5 bis 10 erhöht worden. Am 23. Dezember 2002 übermittelte die Q. _____ GmbH eine Erklärung des Apothekers Dr. E. _____, wonach die auf A. _____ lautende Rechnung für die Medikamente Diantalvic (\$ 30), Buscopan (\$ 30) und Doloneurobian (\$ 50) nicht echt seien und nicht von ihm stammten. Des Weiteren reichte sie eine Bestätigung des Dr. M. _____ vom 21. Dezember 2002 ein, worin dieser angab, er habe im September 2000 eine Frau behandelt, welche ihm als Frau A. _____ vorgestellt worden sei. Er lehne jede Verantwortung für die auf den Namen von A. _____ ausgestellten drei Quittungen in Höhe von je \$ 150 ab, welche nicht echt seien und nicht von ihm stammten. In der Mitteilung vom 23. Dezember 2002 an die Beschwerdeführerin vertrat der Korrespondent der Q. _____ GmbH die Auffassung, bei den Quittungen des Arztes und

des Apothekers handle es sich um Gefälligkeitsbestätigungen seitens des Arztes und Apothekers oder deren Angestellten.

3.2 Die Vorinstanz hat den Versicherten aufgefordert, die von ihm ab dem 1. Januar 2000 aufgesuchten Ärzte anzugeben und hat diesen einen Fragekatalog unterbreitet, wobei insbesondere danach gefragt wurde, ob ihnen bekannt sei, dass der Versicherte an Gürtelrose erkrankt war und ob eine wegen Gürtelrose erfolgte Behandlung nicht eine Nachbehandlung in der Schweiz erforderlich gemacht hätte. Des Weiteren wurden die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gefragt, ob sich aufgrund des beigelegten Laborberichtes feststellen lasse, ob die Untersuchungen an einem Mann oder einer Frau vorgenommen worden seien. Frau Dr. med. U. _____, Fachärztin für Innere Medizin, spez. Allergologie und Klinische Immunologie, bei welcher der Beschwerdegegner vom 19. Februar bis 22. April 2003 wegen asthmatischer Bronchitis in Behandlung war, hatte keine Kenntnis von einer Gürtelrose-Erkrankung, vertrat die Auffassung, dass die Laborbefunde eher für eine Person männlichen Geschlechtes sprächen, und erachtete es als plausibel, dass keine Nachbehandlung erforderlich war. Frau Dr. med. P. _____, Oberärztin Unfallchirurgie am Spital X. _____, berichtete von einer Erstbehandlung im Jahr 1995 wegen vorderer Schulterinstabilität bei habitueller Schulterluxation

rechts, welche mit einer arthroskopischen Bankart-Operation angegangen wurde, und von einer erneuten Behandlung im Februar 2002. Sie verneinte, Kenntnis von einer Gürtelrose zu haben, und erachtete es als möglich, dass die ärztliche Behandlung im angegebenen Zeitrahmen (12. bis 17. September 2000) abgeschlossen war. Der Chiropraktiker Dr. B. _____ teilte mit, der Versicherte sei am 25. Oktober 2000 für eine Untersuchung der Wirbelsäule bei Rundrücken in die Sprechstunde gekommen. Bei der Anamnese habe er angegeben, gesund zu sein, und nicht erwähnt, einen Monat zuvor im Libanon erkrankt zu sein. Keine Kenntnis von einer Gürtelrose hatte auch Dr. med. G. _____, Facharzt für Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten, bei welchem der Beschwerdegegner seit 1995 und anscheinend auch im Herbst 2000 wegen Beeinträchtigung der Nasenatmung sowie Anginaschüben in Behandlung stand. Die Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie des Spitals X. _____, wo sich der Versicherte vom 5. bis 9. November 2000 aufhielt und am 6. November 2000 eine Tonsillektomie durchgeführt wurde, hatte ebenfalls keine Kenntnis von einer Gürtelrose-Erkrankung und wies auf die Möglichkeit einer virologischen Untersuchung hin (Stellungnahme Dr. med. H. _____

vom 25. Februar 2005). Eine solche fand am 23. August 2005 am Spital X. _____ statt, wo die Serologie für Varizellen-Zoster IgG positiv (bei negativem IgM) ausfiel. In dem vom kantonalen

Gericht eingeholten Bericht vom 26. August 2005 stellten die Ärzte der Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Spitals X._____ fest, bei der virologischen Untersuchung hätten Antikörper nachgewiesen werden können, die für eine durchgemachte Varizella zoster-Infektion sprächen. Ob eine Gürtelrose vorgelegen habe, lasse sich retrospektiv nicht beurteilen. Gegen eine mögliche Gürtelrose spreche die Tatsache, dass nach den Angaben des Patienten eine beidseitige Hautmanifestation vorgelegen habe. In der Regel manifestiere sich eine Gürtelrose auf einer Körperseite entlang einem sog. Hautdermatom. Aufgrund der Tatsache, dass der behandelnde Arzt im Libanon Zovirax-Salbe verschrieben habe, sei eine im September 2000 durchgemachte Gürtelrose jedoch möglich. Dass bei den späteren Behandlungen in der Schweiz keine Hautveränderungen mehr festgestellt worden seien, sei nicht ungewöhnlich. Bis auf zwei Präparate (Tarivid, Supplin) könnten sämtliche Medikamente im Rahmen der Gesamtbehandlung einer Gürtelrose angewendet werden.

4.

Die Vorinstanz gelangt vorab aufgrund des Berichts des Spitals X._____ zum Schluss, A._____ sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Libanon an Gürtelrose erkrankt. Die eingereichten Rechnungen hätten die Behandlung dieser Krankheit zum Gegenstand, weshalb der Krankenversicherer die entstandenen Kosten im Rahmen von Art. 36 Abs. 4 KVV zu übernehmen habe. Dieser Beurteilung kann nicht gefolgt werden.

4.1 Zunächst ist fraglich, ob der Beschwerdegegner im Libanon tatsächlich an einer Gürtelrose (Herpes Zoster, Zona) erkrankt ist. Der vom kantonalen Gericht als wesentlich erachtete Antikörpernachweis bei der Laboruntersuchung im Spital X._____ bedeutet lediglich, dass irgendeinmal eine Infektion mit Varizella-Zoster-Viren stattgefunden hat, was im Hinblick darauf, dass ein grosser Teil (und nach den von der Beschwerdeführerin aufgelegten medizinischen Unterlagen über 90 %) der Erwachsenen eine solche Infektion (Windpocken) durchgemacht haben, hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer Gürtelrose wenig aussagt. Wesentlich für die Diagnose sind der typische halbseitige, relativ klar begrenzte Ausschlag ("Gürtelrose") und Nervenschmerzen, welche bei ungenügender oder verzögerter Behandlung der Gürtelrose auch länger anhalten können (postzosterische Neuralgie). Dafür fehlen im vorliegenden Fall konkrete Anhaltspunkte. Insbesondere konnten bei den späteren Untersuchungen und Behandlungen in der Schweiz, namentlich bei der Untersuchung des Rückens durch Dr. B._____ rund sechs Wochen nach der fraglichen Behandlung im Libanon, keine Anzeichen einer solchen Erkrankung festgestellt werden, was nach den Angaben der Ärzte des Spitals

X._____ allerdings insofern nicht aussergewöhnlich ist, als Hautveränderungen im Rahmen einer Gürtelrose innerhalb weniger Wochen vollständig abheilen können. Andererseits weisen die Spitalärzte darauf hin, dass nach den Angaben des Patienten eine beidseitige Hautmanifestation bestanden habe, was für eine Gürtelrose untypisch sei. Auch die im Libanon durchgeführten Laboruntersuchungen lassen nach Meinung der Spitalärzte keine Diagnose zu. Aus medizinischer Sicht kann eine Gürtelrose-Erkrankung während des Aufenthaltes im Libanon daher nur als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich gelten. Dazu kommt, dass der Beschwerdegegner keinem der ihn nach dem Auslandsaufenthalt behandelnden Ärzte Angaben bezüglich einer solchen Erkrankung gemacht hat. Wenn er diesbezüglich geltend macht, er gehe wegen konkreter Krankheiten zum Spezialarzt und sehe nicht ein, weshalb er jeweils früher durchgemachte andere Krankheiten erwähnen sollte, so ist dem entgegenzuhalten, dass er am 25. Oktober 2000 von Dr. B._____ ausdrücklich zur Anamnese befragt wurde und keine Angaben bezüglich der wenige Wochen zuvor angeblich durchgemachten Gürtelrose-Erkrankung gemacht hat. Ebenso wenig machte er entsprechende Angaben gegenüber Dr. med.

G._____, welcher ihn in der fraglichen Zeit wegen Anginaschüben behandelte, und gegenüber der ORL-Klinik des Spitals X._____, wo am 6. November 2000 eine Tonsillektomie vorgenommen wurde. Die Ergebnisse der von der Vorinstanz vorgenommenen zusätzlichen Erhebungen sind daher nicht geeignet, die Frage zu klären, ob der Beschwerdegegner im Libanon effektiv an einer Gürtelrose erkrankt ist.

4.2 Nicht näher geprüft hat die Vorinstanz den Beweiswert der vom Beschwerdegegner eingereichten Unterlagen, offenbar in der Meinung, es werde Sache des Krankenversicherers sein, darüber zu befinden, in welchem Umfang Leistungen zu erbringen sind. Die Leistungspflicht des Krankenversicherers setzt indessen verlässliche Angaben zu den abklärungs- und behandlungsbedürftigen Beschwerden sowie den erfolgten Untersuchungen und Behandlungen voraus. Dabei sind an die Mitwirkungspflicht des Versicherten (Art. 43 Abs. 2 ATSG) und den Beweiswert eingereicherter Unterlagen hohe Anforderungen zu stellen, zumal eigene Abklärungen des Versicherers im Ausland nur beschränkt möglich sind. Diesen Voraussetzungen genügen die vom Beschwerdegegner eingereichten Unterlagen nicht. Wohl hat Dr. M._____ u.a. die Diagnose "Zona/Herpes Zoster" erwähnt und ein Rezept für Medikamente ausgestellt, welche nach den Angaben des Spitals X._____ zumindest teilweise der Behandlung einer solchen Erkrankung

dienen. Es bestehen jedoch ernsthafte Zweifel an der Zuverlässigkeit der ärztlichen Aussagen. Zunächst bestehen widersprüchliche Angaben zur behandelten Person. Während die Rechnungen und Quittungen auf den Namen des Beschwerdegegners lauten, bestätigte Dr.

M._____ am 21. Dezember 2002 gegenüber der Q._____ GmbH unterschriftlich, er habe im September 2000 eine ihm als Frau A._____ vorgestellte Frau untersucht; die drei Quittungen über je \$ 150 seien nicht echt und stammten nicht von ihm. Demgegenüber gab er in der vom Beschwerdegegner im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Bestätigung vom 14. Mai 2005 an, er habe A._____ im Sommer vor fünf Jahren in seiner Klinik untersucht und eine Zona festgestellt. Zur bestrittenen Echtheit der Rechnungsquittungen äusserte er sich bei dieser Gelegenheit nicht. Diesbezüglich fällt auf, dass seitens des Beschwerdegegners stets nur von einer Gürtelrose-Erkrankung die Rede war. Auf eine entsprechende Untersuchung entfällt aber lediglich eine der Quittungen, während zwei Quittungen andere Erkrankungen (schwere Hyperthermie, typhoide Salmonellose) betreffen, wozu weder Dr. M._____ noch der Beschwerdegegner nähere Angaben machen. Unklarheiten bestehen sodann hinsichtlich der rezeptierten Medikamente (Zovirax 800, Dolo-Neurobion, Xenid, Di-Antalvic, Tarivid, Supplin, Motilium, Buscopan). Laut Bericht des Spitals X._____ handelt es sich mit Ausnahme der Antibiotika Tarivid und Supplin um Medikamente, die im Rahmen einer viralen

Infektion zur Anwendung gelangen können; insbesondere die Behandlung mit Zovirax lasse auf eine virale Infektion wie beispielsweise eine Gürtelrose schliessen. Des Weiteren wird bemerkt, der Versicherte habe seinen eigenen Angaben zufolge ausschliesslich die Zovirax-Salbe angewendet und die von seiner Schwester in einer Apotheke auf Rezept bezogenen Tabletten (Schmerzmittel, Antiemetika, Antibiotika) nicht eingenommen. Im "Fragebogen über Erkrankung im Ausland" hatte der Beschwerdegegner ausgeführt, die Behandlung sei mit "Crème und Schmerzkiller von innen" erfolgt. Zur Anwendung gelangte demnach Zovirax-Salbe und nicht die verordneten und in Rechnung gestellten Tabletten Zovirax 800 mg. Deren Preis (Stand: 1. April 2006) beläuft sich in der Schweiz auf Fr. 300.65 (35 Filmtaps) bzw. Fr. 741.05 (120 Filmtaps), während die Salbe (4,5 g) Fr. 36.- kostet (www.help.ch/medikamenteninfo.cfm). Es liegt daher die Annahme nahe, dass lediglich die wesentlich billigere Salbe und nicht die in Rechnung gestellten Tabletten bezogen wurden. Im Übrigen hat auch der Apotheker zumindest in Bezug auf einzelne der fraglichen Medikamente bestätigt, dass die Rechnungen nicht echt seien und nicht von ihm stammten, in welchem Sinn sich auch Dr. M._____

geäussert hat. Ein Vergleich der in den Akten enthaltenen Quittungen mit den andern Schriftstücken der Beteiligten zeigt allerdings keine relevanten Unterschiede, welche auf eine Fälschung hinweisen würde. Es dürfte sich daher am ehesten um eine nachträgliche Schutzbehauptung handeln, nachdem die offensichtlich überhöhten Rechnungen Gegenstand von Abklärungen bildeten. Dass die Rechnungen massiv überhöht waren, haben sowohl Dr. M._____ als auch der Apotheker und das Laboratorium eingeräumt. Nach den Angaben der Q._____ GmbH wurden ausser dem Zovirax auch die weiteren Medikamente zu Preisen in Rechnung gestellt, welche dem Fünf- bis Zehnfachen des landesüblichen Apothekenpreises entsprechen. Dass die Q._____ GmbH wohl unzutreffenderweise davon ausging, dass die fragliche Behandlung eine andere Person betraf, ist auf die widersprüchlichen und teilweise falschen Angaben des Arztes zurückzuführen und nicht geeignet, die Richtigkeit der Abklärungsergebnisse generell in Frage zu stellen. Diese lassen keinen andern Schluss zu, als dass es sich bei den eingereichten Rechnungen und Quittungen durchwegs um Unterlagen handelt, welche offenbar auf Begehren des Versicherten wahrheitswidrige Angaben enthalten. Dieser Feststellung steht

nicht entgegen, dass das vom Krankenversicherer eingeleitete Strafverfahren eingestellt wurde, zumal die nachträglichen Abklärungen das Vorliegen von Unregelmässigkeiten bestätigt haben. Insgesamt fehlt es an zuverlässigen Angaben, welche eine Kostenübernahme für die geltend gemachte Behandlung im Ausland zu begründen vermöchten, weshalb die Beschwerdeführerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat.

5.

Zu bestätigen ist auch die von der Beschwerdeführerin verfügte Auferlegung der Abklärungskosten im Betrag von Fr. 961.40. Der Entscheid stützt sich auf Art. 16 Ziff. 3 der AVB, wonach der Versicherte zur Deckung von besonderen Verwaltungskosten herangezogen werden kann, wenn er sie durch Nachlässigkeit oder schuldhaftes Verhalten verursacht hat. Zudem hat sich der Beschwerdegegner sinngemäss damit einverstanden erklärt, dass die Abklärungskosten zu seinen Lasten fallen, falls sich die Zweifel an der Richtigkeit der Rechnungen bestätigen und an der Verweigerung der Leistungen festzuhalten ist. Mit der offensichtlichen Manipulation der Rechnungen liegt ein tadelnswertes und zu missbilligendes Verhalten vor, welches die ausnahmsweise Überbindung von Abklärungskosten zu rechtfertigen vermag (vgl. Art. 45 Abs. 3 ATSG).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. Oktober 2005 aufzuheben.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 29. August 2006

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der III. Kammer: Der Gerichtsschreiber: