

Une assurée âgée de 80 ans, gravement atteinte dans sa santé en raison de plusieurs troubles dont un cancer du poumon, s'est rendue aux Etats-Unis avec son époux, alors qu'elle était l'attente d'une analyse pour le choix du traitement à venir. Elle débute alors son traitement en Floride (prise du médicament Keytruda), dès le 23 décembre 2016. Elle décède finalement le 3 février 2017, après différents traitements ambulatoires et avoir séjourné durant quelques jours dans un hôpital.

Dans cet arrêt, le TF confirme qu'en l'absence d'urgence, le remboursement dudit médicament n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En revanche, les juges fédéraux renvoient l'affaire à l'assureur-maladie pour qu'il détermine si l'atteinte à la santé serait également survenue même si l'assurée n'avait pas suivi le traitement au Keytruda, auquel cas une partie des prestations ayant précédé son décès pourra être prise en charge, selon la LAMal.

Auteur : Guy Longchamp

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. August 2019 (KV 2018/5).

Sachverhalt:

A.

A.a. Die 1936 geborene A.B. war bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) obligatorisch krankenpflegeversichert.

A.b. Anfang November 2016 wurden bei der Versicherten u.a. ein metastasierendes Adenokarzinom der Lunge, eine Helicobactergastritis, eine arterielle Hypertonie, eine Hypothyreose unklarer Ätiologie, eine Osteopenie sowie multiple degenerative muskulo-skelettale Beschwerden diagnostiziert (vgl. Austrittsbericht des Spitals C. vom 2. November 2016). Am 15. November 2016 unterzog sich A.B. einer weiteren Biopsie. Der behandelnde Arzt PD Dr. med. D., Leitender Arzt der Klinik für Onkologie/Hämatologie, Spital C., empfahl der Versicherten daraufhin, mit Blick auf das weitere Vorgehen den Zeitraum von 10 bis 14 Tagen bis zum Vorliegen der Biopsie-Ergebnisse abzuwarten. Am 16. November 2016 verliessen A.B. und ihr Ehemann die Schweiz, um von Rom aus per Schiff in die USA zu reisen, wo sie, wie jedes Jahr, die Zeit vom 1. Dezember 2016 bis 30. April 2017 in Florida verbringen wollten. Am 25. November 2016 übermittelte PD Dr. med. D. die Resultate der Biopsie; er riet nicht, wie ursprünglich vorgesehen, zu einer Chemo-, sondern zu einer Immunisierungstherapie mit dem Medikament Keytruda. Nachdem die Versicherte und ihr Ehemann am 4. Dezember 2016 die USA erreicht hatten, wurde in der Folge eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt und begann A.B. am 23. Dezember 2016 die empfohlene Immuntherapie mit Keytruda im Florida Institute E. Vom 28. Dezember 2016 bis 12. Januar 2017 nahm sie mit ihrem Ehemann und Familienangehörigen an einer Karibik-Kreuzfahrt teil, wobei sie auf dem Schiff mehrmals sowie am 4. Januar 2017 im Hospital Clinica F. ärztlich behandelt werden musste. Wieder in Florida erfolgte am 18. Januar 2017 eine weitere Behandlung mit dem Medikament Keytruda. Da sich ihr Gesundheitszustand rasch verschlechterte, wurde A.B. Ende Januar 2017 im Physicians Regional G. hospitalisiert und am 2. Februar 2017 in ihr Feriendomizil entlassen, wo sie am 3. Februar 2017 verstarb.

Mit Verfügung vom 28. April 2017 lehnte die Helsana die Übernahme der Kosten für die Immunisierungstherapie mit Keytruda im Florida Institute E., die Einholung der Zweitmeinung im Center H., sämtliche ambulanten und stationären Aufenthalte sowie für die Medikamentenbezüge in den USA im Zeitraum vom 8. Dezember 2016 bis 3. Februar 2017 ab, welche in Zusammenhang mit der Krebserkrankung standen. Die dagegen erhobene Einsprache hiess der Krankenversicherer in dem Sinne teilweise gut, als er sich bereit erklärte, die Kosten für den Spitalaufenthalt vom 28. Januar bis 2. Februar 2017 im Physicians Regional G. zu übernehmen. In Bezug auf weitergehende in den USA angefallene Kosten wurde die Rechtsvorkehr abgewiesen (Einspracheentscheid vom 7. Februar 2018).

B.

Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die hiegegen eingereichte Beschwerde mit Entscheid vom 7. August 2019 ab.

C.

A.A. lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben, soweit damit eine Verpflichtung der Helsana zur Vergütung der in den USA entstandenen Kosten für Behandlungen und Medikamente verneint werde, und die Helsana sei zu verpflichten, ihm den Betrag für die angeführten medizinischen Leistungen in der Höhe von insgesamt 27'314.88 US-Dollar zu vergüten.

Die Helsana schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung. A.A. lässt replikweise an seinem Standpunkt festhalten.

Erwägungen:

1.

1.1. Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann u.a. die Verletzung von Bundesrecht gerügt werden (Art. 95 lit. a BGG). Die Feststellung des Sachverhalts kann nur gerügt werden, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 BGG). Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG).

1.2. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Indes prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Begründungspflicht der Beschwerde (vgl. Art. 42 Abs. 1 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236).

2.

2.1. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzt, indem sie die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die in den USA angefallenen Krankheitskosten verneint und den Einspracheentscheid vom 7. Februar 2018 bestätigt hat.

2.2. Im angefochtenen Entscheid wurden die massgeblichen Bestimmungen und Grundsätze betreffend Übernahme der Kosten von im Ausland erbrachten Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 34 Abs. 1 und 2 KVG; Art. 36 KVV) zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen. Richtig ist insbesondere, dass eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 36 KVV einen Notfall voraussetzt (Art. 36 Abs. 2 KVV) oder aber, dass 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). Letztere Konstellation ist vorliegend unstrittig nicht gegeben.

Zu prüfen ist im Folgenden einzig, ob die von der verstorbenen Versicherten in den USA in Anspruch genommenen - grundsätzlich indizierten - medizinischen Behandlungen Notfallcharakter aufwiesen.

2.3. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer unaufschiebbaren medizinischen Hilfe bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht möglich oder angemessen ist, nicht aber, wenn sich die versicherte Person zum Zweck dieser Behandlung ins Ausland begibt (Art. 36 Abs. 2 KVV; BGE 126 V 484 E. 4 S. 486).

Die Angemessenheit der Rückreise beurteilt sich nach den gesamten Umständen des einzelnen Falls. 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 (Urteil 9C_1009/2010 vom 29. Juli 2011 E. 2.3 mit Hinweisen). Ein Notfall liegt also vor, wenn die Behandlung im Ausland aus medizinischen Gründen unaufschiebbar und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall ist gegeben, wenn sich die Rückreise medizinisch gesehen als möglich und auch unter Berücksichtigung der damit verbundenen Kosten als zumutbar erweist (vgl. auch Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG [nachfolgend: Rechtsprechung], 2. Aufl. 2018, Rz. 8 zu Art. 34 KVG; ders., Krankenversicherung [nachfolgend: Krankenversicherung], in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 575 N. 543).

3.

3.1. Nach den unbestritten gebliebenen und daher - mangels offensichtlicher Fehlerhaftigkeit (vgl. E. 1 hiervor) - für das Bundesgericht verbindlichen Feststellungen der Vorinstanz ist von folgender Sachlage auszugehen: Die verstorbene Versicherte wusste bereits vor ihrer Abreise aus der Schweiz am 16. November 2016 (nach Italien für die Einschiffung Richtung USA mit dortiger Ankunft am 4. Dezember 2016), dass wegen des diagnostizierten Krebsleidens in den nächsten Wochen mit einer medizinischen Behandlung begonnen werden musste. Abzuwarten waren lediglich noch die Resultate der am 15. November 2016 vorgenommenen Biopsie, gestützt auf welche auch die Art der Therapie (Chemo- und/oder Immunisierungstherapie) festgelegt werden sollte. Am 25. November 2016 informierte der behandelnde Arzt PD Dr. med. D. die Versicherte und ihren Ehemann dahingehend, dass auf Grund des Biopsiebefundes eine Immuntherapie mit dem Medikament Keytruda und nicht eine Chemotherapie empfohlen werde. Nach ihrer Ankunft in den USA nahmen die Eheleute umgehend Kontakt mit dem Florida Institute E. auf, um die entsprechende Behandlung einzuleiten. Am 23. Dezember 2016 wurde diese begonnen, nachdem zuvor noch eine Zweitmeinung im Center H. eingeholt worden war.

3.2.

3.2.1. Auf Grund der geschilderten Vorgänge kann zwar nicht angenommen werden, dass die Versicherte sich in erster Linie zum Zweck der medizinischen Behandlung in die USA begeben hat. Dennoch ist aber mit dem kantonalen Gericht von einer voraussehbaren Beanspruchung von erheblichen medizinischen Leistungen während des mehrmonatigen, von Dezember 2016 bis April 2017 geplanten USA-Aufenthalts auszugehen. Insbesondere kann den Unterlagen nicht entnommen werden - und wird seitens des Beschwerdeführers auch nicht geltend gemacht -, dass eine Absage der Reise oder, nachdem die geeignete Therapieform feststand, eine vorzeitige Rückkehr in die Schweiz je in Betracht gezogen bzw. entsprechende Vorbereitungen getroffen worden wären. Vielmehr finden sich, worauf im angefochtenen Entscheid eingehend hingewiesen wird, in den Akten diverse Anhaltspunkte, dass bereits vor der Abreise am 16. November 2016 für die verstorbene Versicherte und ihren Ehemann feststand, die Behandlung des Krebsleidens in den USA vornehmen zu lassen. So war bereits am 15. November 2016 klar, dass eine - wie auch immer geartete - Therapie durchgeführt werden musste. Nachdem PD Dr. med. D. am 25. November 2016 über die Biopsie-Ergebnisse orientiert und die Immunisierungstherapie mit Keytruda empfohlen hatte, prüften bzw. organisierten die Eheleute nicht eine Rückreise in die Schweiz, um die entsprechende Behandlung zeitnah im Spital C. starten zu können, sondern es wurden explizit Behandlungsmöglichkeiten in den USA eruiert. Auch kontaktierte der Ehemann am 7. Dezember 2016 die Notrufzentrale der Allianz Global Assistance und ersuchte um Kostengutsprache für eine Lungenkrebsbehandlung im Center H. Ohne die Kostengutsprache abzuwarten, begann die Versicherte am 23. Dezember 2016 mit der Immunisierungstherapie im Florida Institute E.

3.2.2. Es handelte sich folglich um eine bewusst in Kauf genommene Behandlung des Leidens im Ausland. Dass die konkrete Therapieform bei Abreise nach Italien noch nicht bestimmt war, vermag daran nichts zu ändern, stand doch jedenfalls fest, dass eine Behandlungsbedürftigkeit vorlag. Auch sind keine Hinweise erkennbar, dass sich die Versicherte am 25. November 2016, als ihr die geeignete Behandlung bekannt gegeben worden war, spätestens aber Anfang Dezember 2016, nachdem sie und ihr Ehemann in den USA eingetroffen waren, aus gesundheitlichen Gründen ausserstande gesehen hätte, die Heimreise anzutreten. Vielmehr deuten die Aktivitäten in den USA, wie der mehrstündige Flug am 22. Dezember 2016 nach Houston/Texas, um dort medizinische Abklärungen vornehmen zu lassen, respektive die Teilnahme an der vom 28. Dezember 2016 bis 12. Januar 2017 dauernden Kreuzfahrt in Mittel- und Südamerika, auf eine grundsätzliche (Rück-) Reisefähigkeit der Versicherten hin. Belege, die eine Transportunfähigkeit für diesen Zeitraum bezeugten, wurden denn auch nicht beigebracht bzw. sind den Akten nicht zu entnehmen. Wie bereits im angefochtenen Entscheid dargelegt wurde, erscheint die Rückkehr der Versicherten in die Schweiz zwecks Durchführung der Immunisierungstherapie mit Keytruda sodann weder aus finanziellen (Rückreisekosten, allfällige Annullationskosten etc.) noch aus anderen Gründen (persönliche und/oder familiäre Gegebenheiten) als unverhältnismässig. Insbesondere rechtfertigt der Umstand, dass die Versicherte und ihr Ehemann die Wintermonate seit Jahren in Florida verbringen und die damit in Zusammenhang stehende (An-) Reise mittels Schiffspassage von Rom nach Florida sowie die anlässlich des 80. Geburtstags der Versicherten mit der Familie durchgeführte Karibik-Kreuzfahrt von langer Hand geplant und gebucht waren, kein - nur ausnahmsweise gestattetes - Abweichen vom Territorialitätsprinzip. Zu keinem anderen Ergebnis führt angesichts von Behandlungskosten in den USA von insgesamt 71'766.32 US-Dollar schliesslich der bei der Beurteilung der Angemessenheit der Rückreise ebenfalls zu berücksichtigende finanzielle Aspekt.

Bei der fraglichen Immunisierungstherapie mit Keytruda handelte es sich somit um eine wenn auch nicht im Detail geplante, so doch mit der Mitte November 2016 getätigten Abreise ins Ausland (eventualvorsätzlich) in Kauf genommene Behandlung. Auch ist deren Notfallcharakter im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV zu verneinen, wäre die frühzeitige Rückreise in die Schweiz doch sowohl in gesundheitlicher Hinsicht ohne medizinische Risiken möglich als auch aus finanziellen und/oder persönlichen Gründen angemessen und verhältnismässig gewesen. Die entsprechenden Kosten sind daher nicht von der Beschwerdegegnerin zu vergüten.

3.3. Was in der Beschwerde vorgebracht wird, vermag daran nichts zu ändern.

3.3.1. Entgegen den betreffenden Ausführungen drängt sich vor dem Hintergrund der gefestigten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum Notfallbegriff selbst im Licht des Rechts auf persönliche Freiheit und in Anbetracht der Kritik der Lehre am strengen Notfallbegriff (vgl. u.a. Eugster, Rechtsprechung, a.a.O., Rz. 8 zu Art. 34 KVG; ders., Krankenversicherung, a.a.O., S. 576 N. 547) keine abweichende Betrachtungsweise auf. In diesem Kontext ist denn auch auf die besondere gesetzliche Regelung der Leistungsansprüche in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinzuweisen: Das Prinzip der Inlandbehandlung ist eng verbunden mit dem gesetzlichen System der Spitalplanung und -finanzierung, das durch eine freie - oder auch nur faktisch erleichterte - Wahl zwischen In- und Auslandbehandlung in Frage gestellt würde (BGE 131 V 271 E. 3.2 S. 276). Sodann besteht in der Krankenversicherung ein besonderes System der zugelassenen Leistungserbringer (Art. 35 ff. KVG), weshalb nicht etwa unter Berufung auf die Austauschbefugnis eine von einem nicht zugelassenen Leistungserbringer erbrachte Leistung übernommen werden kann (BGE 126 V 330 E. 1b S. 332 f.; Urteil 9C_1009/2010 vom 29. Juli 2011 E. 2.4 mit weiteren Hinweisen). Diese Grundsätze würden durch einen gelockerten Notfallbegriff in Bezug auf Auslandbehandlungen tangiert. Anzumerken gilt es schliesslich auch, dass die vorliegend zu beurteilende Konstellation in Bezug auf die monierte Verletzung des Rechts auf persönliche Freiheit im Sinne der freien Mobilität entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht zu vergleichen ist mit Fällen chronisch Erkrankter (wie beispielsweise Dialysepatienten). Bei Letzteren darf der Verzicht auf eine Auslandsreise wegen der regelmässig notwendigen Behandlung oder eines Erkrankungsrisikos aus Gründen der Schadenminderungspflicht unter diesem Titel wohl nicht leichthin verlangt werden (so etwa Eugster, Krankenversicherung, a.a.O., S. 576 N. 547).

3.3.2. Ebenfalls nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag der Beschwerdeführer ferner aus dem von ihm angerufenen Vertrauensschutz. Zwar deutet die von der Beschwerdegegnerin am 11. November 2016 ausgestellte "Versicherungsbestätigung für das Ausland" darauf hin, dass die Versicherte bzw. ihr Ehemann vor der Abreise in die USA die entsprechende allgemeine Versicherungsdeckung thematisiert haben. Wie die Vorinstanz zutreffend festgestellt hat - Anhaltspunkte für eine offensichtliche Unrichtigkeit sind nicht erkennbar (vgl. E. 1 hiervor) -, geht daraus jedoch nicht hervor, dass die im damaligen Zeitpunkt bereits bekannte Behandlungsnotwendigkeit des diagnostizierten Krebsleidens angesprochen und dafür ein spezifischer Versicherungsschutz zugesichert worden wäre. Aus der Bestätigung lässt sich namentlich nicht auf eine über die gesetzlichen Regelungen hinausgehende Erstattung von Behandlungskosten schliessen. Zudem wurde darin ausdrücklich festgehalten, dass eine Kostenübernahme im Ausland nur solange erfolge, als eine Rückkehr in die Schweiz auf Grund des Gesundheitszustands der versicherten Person ausgeschlossen sei. Es hätte folglich an der Versicherten bzw. am Beschwerdeführer gelegen, noch vor ihrer Abreise am 16. November 2016 die Beschwerdegegnerin um eine entsprechend präzierte bzw. ergänzte Bestätigung zu ersuchen. Ein diesbezüglicher Vermerk ist indessen nicht aktenkundig; ebenso fehlt eine anderweitige schriftliche Bekräftigung einer mündlichen Deckungszusage. Vor diesem

Hintergrund ist auch nicht auszumachen, inwiefern die Beschwerdegegnerin ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht im Sinne von Art. 27 Abs. 2 ATSG (dazu im Detail Urteil 9C_1009/2010 vom 29. Juli 2011 E. 3.2 f.) nicht nachgekommen sein soll.

Der vorinstanzliche Entscheid ist in diesem Punkt zu schützen.

4.

4.1. Näher zu beleuchten sind die zeitlich nach der Immunisierungstherapie respektive durch Leistungserbringer ausserhalb des Florida Institute E. erbrachten medizinischen Leistungen.

4.2. Diesbezüglich wurde im angefochtenen Entscheid erwogen, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten nach der medizinischen Aktenlage primär bedingt durch das fortschreitende Krebsleiden (metastasierendes Adenokarzinom der Lunge, Lebermetastasen, Lymphknotenmetastasen) und allenfalls verstärkt durch die Nebenwirkungen der Immunisierungstherapie seit der Diagnosestellung im Herbst 2016 zunehmend verschlechtert habe. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei deshalb davon auszugehen, dass die fraglichen Behandlungen wegen Atem- und Verdauungsbeschwerden sowie Problemen mit der Nahrungsaufnahme im Florida Institute E. in Zusammenhang mit der Grunderkrankung gestanden hätten. Dasselbe gelte - so die Vorinstanz im Weiteren - auch für die ausserhalb des Florida Institute E. erbrachten ärztlichen Leistungen sowie die im besagten Zeitraum verabreichten Medikamente.

Hinweise für eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit dieser Feststellungen sind nicht ersichtlich und ergeben sich auch nicht aus den Ausführungen in der Beschwerde.

4.3. Das Bundesgericht hat im Kontext mit dem aus medizinischen Gründen bedingten Aufenthalt in einem ausserkantonalen Spital erkannt (zu aArt. 41 Abs. 3 KVG, in der bis 31. Dezember 2008 in Kraft gestandenen Fassung), dass die Behandlung, welche in einem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer medizinischen Massnahme steht, die nicht aus medizinischen Gründen ausserkantonal durchgeführt wurde, keinen Notfallcharakter aufweist und daher - ebenfalls - nicht vergütungspflichtig ist. Dabei genügt es grundsätzlich, dass die notfallmässig zu behandelnde Erkrankung zu den möglichen Risiken des freiwillig ausserkantonal durchgeführten medizinischen Eingriffs gehört und die Notfallsituation während des Spitalaufenthalts eintritt (Urteile K 117/06 vom 10. Juli 2007 E. 3.2 und 6 sowie [des Eidg. Versicherungsgerichts] K 81/05 vom 13. April 2006 E. 5.2, in: RKUV 2006 Nr. KV 369 S. 232). Ob die sofortige medizinische Hilfe erfordernde Erkrankung voraussehbar war oder sogar eine gewisse Auftretenswahrscheinlichkeit bestand, ist nicht von Belang (erwähnte Urteile K 117/06 E. 6 und K 81/05 E. 5.3). Zu diesen Risiken zählen insbesondere alle Erkrankungen, deren Entstehung durch die freiwillig ausserkantonal durchgeführte Behandlung begünstigt werden kann. Unerheblich ist, ob die notfallmässig zu behandelnde Krankheit wahrscheinlich oder sogar überwiegend wahrscheinlich die natürlich kausale Folge des freiwillig ausserkantonal durchgeführten Eingriffs ist und ob sie unter diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkten als selbstständiges Krankheitsgeschehen zu betrachten ist. Anderes gilt nur, wenn gesagt werden kann, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne die freiwillig ausserkantonal durchgeführte Behandlung zur notfallmässig behandlungsbedürftigen Erkrankung gekommen wäre (Urteil K 117/06 E. 6; vgl. auch Urteil 9C_812/2008 vom 31. März 2009 E. 2.2 und 3; ferner Manuela Gebert, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, N. 23 zu Art. 41 KVG).

Diese Grundsätze wurden im Urteil 9C_177/2017 vom 20. Juni 2017 (E. 7) mit Blick auf die Voraussetzungen der notfallmässigen Auslandsbehandlung gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV analog übernommen (vgl. auch Eugster, Rechtsprechung, a.a.O., Rz. 26 zu Art. 41 KVG).

4.4.

4.4.1. Für den hier zu beurteilenden Fall gilt demnach Folgendes: Falls die in E. 4.2 hiervor geschilderten gesundheitlichen Probleme überwiegend wahrscheinlich Folge der sich verschlechternden Grunderkrankung in Form des fortschreitenden Krebsleidens sind ("... correspondait à une évolution prévisible d'un cancer..." [Urteil 9C_177/2017 vom 20. Juni 2017 E. 7.3]), die auch ohne die - nicht der Leistungspflicht unterstehende - Immunisierungstherapie aufgetreten wären ("... serait également survenue même si l'assurée n'avait pas suivi les essais cliniques aux Etats-Unis..." [Urteil 9C_177/2017 E. 7.3]), hat die Beschwerdegegnerin die dadurch angefallenen Behandlungskosten zu vergüten. Allein der Umstand, dass A.B. sich in den USA aufgehalten und sich dort der fraglichen Therapie unterzogen hat, vermöchte den Versicherungsschutz für die betreffenden medizinischen Leistungen diesfalls nicht auszuschliessen, zumal ihr in diesem zeitlichen Stadium eine Rückreise in die Schweiz nicht mehr zumutbar war.

4.4.2. Die vorhandenen medizinischen Akten erlauben in diesem Punkt keine abschliessende Beurteilung. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die entsprechenden Abklärungen vornehme und gestützt darauf erneut - nach Massgabe der dargelegten Rechtsprechungsgrundsätze - über den entsprechenden Leistungsanspruch befinde. Der angefochtene Entscheid und der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Februar 2018 sind insoweit aufzuheben.

5.

Die übrigen, vorinstanzlich noch geltend gemachten Rückvergütungsposten (Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung, Transportkosten und Sterbebegleitung) werden vor Bundesgericht nicht mehr angefochten. Da diesbezüglich keine geradezu offenkundigen Mängel erkennbar sind (vgl. E. 1.2 hiervor), erübrigt sich eine nähere Prüfung.

6.

Der Beschwerdeführer dringt mit seinen Anträgen nur teilweise durch; namentlich beschlägt die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin nur einen Teil der geforderten Leistungsvergütung. Dem Verfahrensausgang entsprechend - die Rückweisung an den Versicherungsträger mit noch offenem Ausgang gilt in Bezug auf die Verfahrenskosten und den Parteikostenersatz rechtsprechungsgemäss als vollständiges Obsiegen (vgl. u.a. Urteil 9C_398/2019 vom 10. September 2019 E. 5.1 mit Hinweis) - sind die Gerichtskosten den Parteien je zur Hälfte zu überbinden (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG). Dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht ferner eine nach Massgabe seines Obsiegens zu veranschlagende Parteientschädigung zu (Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG). Die Beschwerdegegnerin hat demgegenüber keinen Anspruch auf eine solche (Art. 68 Abs. 3 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. August 2019 und der Einspracheentscheid der Helsana Versicherungen AG vom 7. Februar 2018 werden im Sinne der Erwägungen aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Verfügung an die Helsana Versicherungen AG zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden den Parteien je zu Hälfte (je Fr. 250.-) auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 1400.- zu entschädigen.

4.

Die Sache wird zur Neuverlegung der Parteientschädigung des vorangegangenen Verfahrens an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zurückgewiesen.

5.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.