

S2 13 103

URTEIL VOM 10. JULI 2015

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Dr. Lionel Seeberger, Präsident; Eve-Marie Dayer-Schmid und Thomas Brunner, Kantonsrichter/in; Renata Kreuzer, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X_____, Kläger, vertreten durch Rechtsanwalt M_____

gegen

Y_____ AG, Beklagte

(Kostenübernahme / Zusatzversicherung / Auslandbehandlung)

Sachverhalt

A.

Der 1929 geborene X_____ war seit dem Jahr 1987 bei der Y_____ AG (fortan: Y_____) neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG für zusätzliche Leistungen gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 versichert, als nach seiner Darstellung während eines geschäftlichen Aufenthaltes in A_____ am 30. Mai 2011 gesundheitliche Beschwerden auftraten und er sich zur Behandlung in die Universitätsklinik B_____ begab, wo er stationär aufgenommen und nach diversen Diagnoseverfahren ein Morbus C_____ diagnostiziert wurde. Am 12. Juni 2011 erfolgte der Spitalaustritt. Nach seiner Rückkehr reichte X_____ der Krankenversicherung Rechnungen über insgesamt EUR 18'008.30 ein. Mit Schreiben vom 25. November 2011 teilte diese ihrem Versicherten mit, da es sich bei der fraglichen Behandlung nicht um eine solche gehandelt habe, die aus medizinischen Gründen notwendigerweise im Ausland habe durchgeführt werden müssen, wäre eine vorherige schriftliche Kostengutsprache durch die Y_____ notwendig gewesen und sie lehnte die Kostenübernahme ab. Damit war X_____ nicht einverstanden. Er schrieb am 16. Februar 2012, er habe sich beruflich in A_____ aufgehalten, um mit, Dr. D_____, Neuanschaffungen zu besprechen, als sein Gesundheitszustand sich infolge seiner Auto-Immunerkrankung plötzlich verschlechtert habe. Dr. D_____ habe ihn notfallmässig in die Uniklinik B_____ eingewiesen, wo Dr. E_____ das Notwendige für eine sofortige Behandlung veranlasst habe. Infolge der unvorhersehbaren Umstände sei eine vorherige Rücksprache mit der Krankenversicherung nicht möglich gewesen. Zudem seien die Behandlungskosten in F_____ wesentlich tiefer ausgefallen, als sie das in der Schweiz wären. Mit Schreiben vom 26. und vom 27. März 2012 lehnte die Versicherung die Kostenübernahme erneut formlos und ohne nähere Begründung ab. Auf Nachfrage des inzwischen durch X_____ mandatierten Rechtsvertreters hin, erklärte die Y_____ mit Schreiben vom 10. Mai 2012 und vom 18. April 2013, die fragliche Behandlung hätte auch in der Schweiz durchgeführt werden können und ein Rücktransport wäre absolut zumutbar gewesen. Es sei somit von einem willentlichen Krankenhausaufenthalt zu sprechen. Beide Parteien hielten in einem weiteren Schreibenwechsel an ihren Positionen fest.

B.

Am 26. September 2013 erhob X_____ Klage bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis. Er beantragte die Erstattung der Kosten in der Höhe von CHF 22'316 (EUR 18'008.30 zum Kurs vom 15. August 2013) für den Krankenhausaufenthalt in B_____ vom 30. Mai 2011 bis zum 12. Juni 2011. Eventuell sei die Beklagte zu verpflichten CHF 4'200 an die Behandlungskosten sowie CHF 4'200 an die Pflegekosten (recte: Pensionskosten) zu erstatten. Die bei der Beklagten abgeschlossenen Zusatzkrankenversicherungen („Complementa Plus“ für Krankenpflegeleistungen und „Optima Plus“ für den Aufenthalt in der privaten oder halbprivaten Abteilung) deckten die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall weltweit. Anlässlich der geschäftlichen Reise nach A_____ seien am 30. Mai 2011

plötzlich gravierende, multiple neurologische Ausfälle aufgetreten, die jene eines Hirn-
schlags hätten sein können und Dr. D._____ habe entschieden, ihn notfallmässig
in die für derartige Symptome zuständige Universitätsklinik B._____ einzuweisen.
Dort sei eine stationäre Aufnahme verordnet worden, der er widerwillig habe zustim-
men müssen. Aufgrund der umfassenden Abklärungen und Behandlungen habe die
ungeplante und ungewollte stationäre Behandlung mehrere Tage gedauert und er sei
erst am 12. Juni 2011 nach Hause entlassen worden. Die Beklagte habe die Deckung
bislang mit der Begründung abgelehnt, der Kläger sei willentlich nach F._____
gereist, um sich dort behandeln zu lassen. Die fragliche Behandlung hätte auch in der
Schweiz durchgeführt werden können und ein Rücktransport wäre zumutbar gewesen.
Diese Begründung widerspreche den klaren Fakten. Der Versicherte habe sich in ge-
sunder Verfassung auf die Geschäftsreise begeben und sei aufgrund einer Notfallsitua-
tion von einem auf diesem Gebiet spezialisierten Facharzt in die Klinik eingewiesen
worden. Hätte er den ärztlichen Anweisungen keine Folge geleistet, hätte dies eine
Leistungskürzung oder einen Verlust seiner Ansprüche gegenüber der Krankenversi-
cherung zur Folge haben können. Ob eine Rückreise in die Schweiz zumutbar gewe-
sen wäre, spiele in casu keine Rolle, da gemäss den Allgemeinen Versicherungsbe-
dingungen der Zusatzversicherung medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im
Ausland nicht von weiteren Voraussetzungen abhängig seien. Nichtsdestotrotz sei an-
zumerken, dass die zuständigen Ärzte den Kläger wohl nicht zwei Wochen im Spital
behalten hätten, wenn eine Rückreise zumutbar gewesen wäre. Letztlich hätten nur die
Mediziner vor Ort bestimmen können, welche Behandlungen und Therapien zum ge-
gebenen Zeitpunkt medizinisch notwendig gewesen seien und ob ein Notfall vorgele-
gen habe. Im Bestreitungsfall seien diese als Zeugen einzuvernehmen. Ebenfalls sei
im Bestreitungsfall ein Gutachten zur Frage der medizinischen Notwendigkeit bei
Prof. Dr. G._____, Spital H._____, Universitätsklinik für Neurologie, einzuho-
len. Medizinisch notwendige Leistungen im Ausland seien gemäss den Bestimmungen
der internationalen Leistungsaushilfe von der Grundversicherung gedeckt und dem
Kläger stehe die Rückvergütung derjenigen Leistungen, die davon nicht erfasst wür-
den, durch die Zusatzversicherungen zu. Im Sinne eines Eventualantrages sei die Be-
klagte mindestens zu verpflichten, die aufgrund der besonderen Versicherungsbedin-
gungen BVB „Optima Plus“ geschuldeten Beiträge von je CHF 300 pro Tag an die Be-
handlungs- und Pensionskosten zu erbringen.

Die Beklagte beantragte am 29. Oktober 2013 die Abweisung der Klage, soweit darauf
einzutreten sei und eventuell die Sistierung des Verfahrens, bis die Leistungspflicht im
Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geklärt sei. Der Kläger sei bei
der Y._____ für erweiterte besondere Pflegeleistungen bzw. für den Aufenthalt in
der Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik mit Wahlbeschränkung der Einrich-
tung versichert. Die Kostenübernahme erfolge gemäss Art. 1.1 der jeweiligen BVBs in
Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Von
einer unverzüglichen medizinischen Notwendigkeit der Einweisung in die Universitäts-
klinik B._____ sei nie die Rede gewesen, ebensowenig sei bei Klinikeintritt die
Versicherungsdeckung abgeklärt worden. Da es sich bei der stationären Behandlung in
B._____ nicht um einen Notfall im eigentlichen Sinne gehandelt habe und die Be-
handlung auch nicht aus medizinischen Gründen in F._____ habe durchgeführt

werden müssen, sei die Kostenübernahme abgelehnt worden. Wenn keine Leistungspflicht nach KVG bestehe, sei auch kein ergänzender Anspruch auf Leistungen aus den Zusatzversicherungen „Complementa Plus“ und „Optima Plus“ gegeben. Insofern seien die hier massgebenden Zusatzversicherungskategorien nicht mit allgemeinen Deckungen für Auslandbehandlungen resp. mit internationalen Deckungen vergleichbar. Die vertraglich vereinbarte Wahlbeschränkung schliesse bei willentlichem Aufsuchen einer ausländischen Klinik eine entsprechende Deckung aus. Die vom Kläger eventuell beantragten Pauschalbeiträge von bis zu CHF 300 pro Tag je an Behandlungs- bzw. Pensionskosten könnten unter der Voraussetzung des Vorliegens eines Notfalles nicht gewährt werden, weil dann nicht mehr von einem nicht genehmigten Leistungserbringer auszugehen wäre.

Mit Replik vom 20. November 2013 hielt der Kläger an seinen Anträgen und Begründungen fest. Er machte ausserdem darauf aufmerksam, dass, würde der Argumentation der Beklagten gefolgt, die Zusatzversicherung über weite Bereiche hinfällig wäre. Da die Besonderen Versicherungsbedingungen BVB den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB vorgingen, gewährten diese eben gerade eine über die Grundversicherung hinausgehende, zusätzliche Deckung. Es gehe nicht an, die ausdrückliche Zusage einer weltweiten Deckung in den AVB auf die Deckung der Grundversicherung einzuschränken, denn die AVB Zusatzversicherung seien als „lex specialis“ zur Grundversicherung anzusehen. Ein derartiges Vorgehen widerspreche auch einer Auslegung nach Vertrauensprinzip (Art. 18 OR). Aufgrund der vom Bundesgericht aufgestellten Unklarheitsregel seien mehrdeutige Wendungen in vorformulierten Vertragsbedingungen im Zweifel zu Lasten jener Partei auszulegen, die sie verfasst habe (BGE 124 III 155 E. 1.b). Damit könne „weltweit gültig“ nichts anderes heissen, als dass die Versicherung weltweit gültig sei. Notwendige Behandlungen ausserhalb der Schweiz seien gemäss BVB bis zum Ende der ärztlichen Behandlung, höchstens jedoch während 90 Tagen zu vergüten. Der Kläger halte am Eventualantrag fest, gemäss dem die Pauschalbeiträge an Behandlungs- bzw. Pensionskosten zu vergüten wären, falls davon ausgegangen würde, dass die Behandlung nicht medizinisch notwendig gewesen und deshalb nicht gedeckt wäre. Insgesamt sei die Beklagte der ihr obliegenden Substantiierungspflicht nicht genügend nachgekommen, weshalb die Klage schon aus diesem Grund gutzuheissen sei. Eine Sistierung des Verfahrens bis zur Klärung der Frage der Leistungspflicht aus der Grundversicherung sei nicht angezeigt, da diesbezüglich noch gar kein paralleles Verfahren hängig sei. Wenn schon würde das Gegenteil - nämlich eines Sistierung des Rechtsverweigerungsverfahrens bis über die Klage entschieden sei - mehr Sinn ergeben, da wohl davon ausgegangen werden dürfe, dass die Y_____ im Falle einer Gutheissung der Klage die Kosten aus der Grundversicherung ohne weiteres übernehmen würde.

Die Beklagte duplizierte am 11. Dezember 2013. Sie hielt an ihren Ausführungen fest und führte ergänzend aus, die Bestimmung der weltweiten Gültigkeit der Zusatzdeckung komme dann zum Tragen, wenn die Leistungspflicht der Grundversicherung gegeben sei.

Am 23. Dezember 2013 (Poststempel) teilte der Kläger im Sinne einer Entgegnung auf ein Novum der Beklagten mit, die notfallmässige Einweisung sei nach B_____

und nicht in A_____ erfolgt, weil der einweisende Arzt Dr. D_____ die Uniklinik B_____ als besser zuständig erachtet und zudem dort sofort einen Platz erhalten habe.

C.

Mit Zwischenentscheid vom 13. Januar 2014 wurde das Verfahren bis zum Vorliegen einer rechtskräftigen Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids der Y_____ AG über die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sistiert. Am gleichen Tag hiess die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts Wallis die Rechtsverweigerungsbeschwerde von X_____ gut und verpflichtete die Y_____ AG, umgehend eine Verfügung zu erlassen und gegebenenfalls das Einspracheverfahren durchzuführen.

Die Y_____ AG lehnte die Übernahme der Kosten für den in B_____ erfolgten stationären Klinikaufenthalt mit Verfügung vom 28. April 2014, bestätigt durch den Einspracheentscheid vom 8. Oktober 2014, ab und X_____ erhob dagegen am 5. November 2014 Beschwerde bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis (S2 14 99).

Nach Durchführung eines doppelten Schriftenwechsels im Beschwerdeverfahren gelangte das Gericht am 11. März 2015 mit der Frage an die Parteien, ob sie im Klageverfahren einvernehmlich auf die Durchführung mündlicher Schlussvorträge verzichteten und ob sie gegebenenfalls schriftliche Plädoyers einzureichen wünschten. Beide Parteien verzichteten ausdrücklich darauf.

Auf weitere Parteivorbringen wird, soweit entscheiderelevant, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Gemäss Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008, in Kraft getreten am 1. Januar 2011, können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) zuständig ist. Im Kanton Wallis ist dies die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 5 Abs. 1 lit. a des Einfüfungsgesetzes zur ZPO [EGZPO] vom 9. Februar 2011 i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements des kantonalen Versicherungsgerichts vom 2. Oktober 2001 [RVG]). Aufgrund von Art. 2 Abs. 1 der Verordnung zur Bezeichnung der Behörden und Verfahren im Krankenversicherungswesen urteilt das Kantonsgericht als einzige Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen im Sinne von Art. 12 Abs. 2 KVG, der es den

Krankenkassen freistellt, solche anzubieten. Das Kantonsgericht hat diese Verfahren seiner Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung übertragen (Art. 19 Abs. 1ff. des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 [RPfIG] i.V.m. Art. 65 Abs. 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 [VVRG]).

1.2 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnsitz oder dem Sitz einer der Parteien (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Kläger ist in I _____ wohnhaft, womit die Zuständigkeit der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis auch in örtlicher Hinsicht gegeben ist.

1.3 Die vom Kläger eingereichte Rechtsschrift entspricht den Anforderungen von Art. 244 ZPO. Prozessgegenstand sind Ansprüche aus Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz. Die sachliche Zuständigkeit der angerufenen Instanz ist zu bejahen. Auf die Klage vom 26. September 2013 kann eingetreten werden.

1.4 Anwendbar ist das vereinfachte Verfahren nach Art. 243 ff. ZPO. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO) und das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO).

2.

2.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E.2.1). Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. Christoph Leuenberger/Beatrice Uffer-Tobler, Schweizerisches Zivilprozessrecht, Bern 2010, N 11.154, N 11.157). Da beide Parteien anwaltlich vertreten sind und der Kläger eine begründete Klageschrift eingereicht hat, hat die Verfahrensleitung einen doppelten Schriftenwechsel angeordnet (vgl. Art. 246 Abs. 2 ZPO). Beide Parteien wurden ausdrücklich auf die Möglichkeit einer mündlichen Verhandlung oder eines schriftlichen Plädoyers hingewiesen. Sie verzichteten einvernehmlich darauf.

2.2 Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Diese sogenannte abgeschwächte oder soziale Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen. Es ist dabei aber nicht an die Beweisanträge gebunden und kann von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch auch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhalts entbunden. Sie bleiben mitverantwortlich für die Beweisführung und haben insbesondere die Beweismittel zu benennen und beizubringen. Das Gericht hat sich nur über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen. Die sozi-

ale Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen und alle möglichen Beweise abzunehmen (BGE 140 III 450 E. 3.1, 139 III 457 E. 4.4.3.2; Bundesgerichtsurteil 4A_701/2912 vom 19. April 2013 E. 1.2).

2.3 Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber zu befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr einstuft. Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen.

3.

3.1 Der Kläger verlangt in seinen Rechtsbegehren die Erstattung der Kosten für den stationären Klinikaufenthalt in B_____ vom 30. Mai 2011 bis zum 12. Juni 2011 in der Höhe von EUR 18'008.30 (CHF 22'316), eventuell die Vergütung von CHF 4'200 an die Behandlungs- und CHF 4'200 an die Pensionskosten.

3.2 Auf die klägerischen Ausführungen betreffend Deckung aus der Grundversicherung ist nicht einzutreten, dafür wird auf das Urteil im Beschwerdeverfahren S2 14 99 verwiesen.

4.

4.1 Der Kläger hat bei der Beklagten die Zusatzversicherungen „Complementa Plus“ und „Optima Plus“ abgeschlossen. Zur Anwendung gelangen die AVB VVG Ausgabe 10.01 (die in den wesentlichen Punkten identisch sind mit den vom Kläger eingereichten AVB VVG Ausgabe 09.2010) sowie die BVB Complementa Plus Ausgabe 10.01 und die BVB Optima Plus Ausgabe 10.01.

Gemäss Art. 3.1. AVB VVG versichert die Y_____ im Rahmen der Angaben des Versicherungsnehmers auf dem Versicherungsantrag, der AVB und der BVB die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall. Art. 4 AVB VVG enthält eine Reihe von Deckungsbegrenzungen bzw. -ausschlüssen. So werden in Art. 4.1.2 AVB VVG Behandlungen, die nicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden, ausgeschlossen; vorbehalten bleiben die besonderen Leistungen der BVB. Laut Art. 5.1 der AVB VVG ist die Versicherung weltweit gültig, wobei die nachfolgenden Art. 5.2, 5.3 und 5.4 den Gültigkeitsbereich in zeitlicher und örtlicher Hinsicht einschränken; namentlich werden die versicherten Leistungen nur bei vorgängiger schriftlicher Zustimmung der Y_____ gewährt, wenn eine versicherte Person, die in der Schweiz erkrankt oder verunfallt, sich ins Ausland begibt. Mithin gehen die Leistungen der Zusatzversicherungen gemäss Art. 4.1.2 AVB VVG nur dann und soweit über die obligatorische Krankenversicherung hinaus, als die AVB der abgeschlossenen Zusatzversicherung dies vorsieht. Nach dem Grundsatz von Art. 5.4 AVB VVG fehlt eine Deckung, wenn sich eine kranke Person ins Ausland begibt.

Die „Complementa Plus“ deckt als „Zusatzversicherung für erweiterte besondere Pflegeleistungen“ in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegever-

sicherung die Kosten eines Aufenthaltes in der allgemeinen Abteilung sowie teilstationäre oder ambulante Behandlungen in einem öffentlichen Spital in der Schweiz (Art. 1.1 BVB Complementa Plus). Nach Art. 3 BVB Complementa Plus sind die Kosten für Hilfeleistung im Ausland und Rückführung der versicherten Person gemäss der Hilfeleistungsvereinbarung mit der betreffenden Hilfeleistungs-Organisation gedeckt. Weiter übernimmt die Zusatzversicherung „Complementa Plus“ Kosten der Krankenpflege zu Hause, besondere Leistungen bei Mutterschaft, Beiträge an Bade- und Erholungskuren, Psychotherapien durch nichtärztliche Psychotherapeuten und unabhängige Psychologen, zahnärztliche Behandlungen, homöopathische Behandlungen und Medikamente sowie ein Spitaltaggeld. All diese Leistungen sind indes nach dem Grundsatz von Art. 1.1 AVB Complementa Plus auf die Schweiz beschränkt. Die Kosten der Universitätsklinik B_____ fallen damit nicht unter die Versicherungsdeckung der Zusatzversicherung „Complementa Plus“.

Die „Optima Plus“ übernimmt als „Zusatzversicherung für den Aufenthalt auf der Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik, mit Wahlbeschränkung“ in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung die Kosten der Behandlung und des Aufenthaltes auf der Privatabteilung einer von der Y_____ genehmigten Einrichtung (Art. 1.1, 2.1, 3.1 und 6 der BVB Optima Plus). Bei Aufsuchen einer nicht genehmigten Einrichtung erbringt die Y_____ einen Beitrag von je bis zu CHF 300 pro Tag an die Behandlungs- (Art. 2 Ziff. 2.2 BVB) und die Pensionskosten (Art. 3 Ziff. 3.2 BVB). Der Versicherte, der infolge eines Notfalles oder einer medizinischen Notwendigkeit nicht in der Lage ist, einen genehmigten Leistungserbringer aufzusuchen, kann Anspruch auf Rückerstattung der Leistungen erheben, die die Y_____ im Normalfall hätte erbringen müssen (Art. 7 BVB). Die Kosten der Hilfeleistung im Ausland und der Rückführung eines Versicherten sind gemäss der Hilfeleistungsvereinbarung der Y_____ und dem Hilfeleistungs-Organismus gedeckt (Art. 5 BVB Optima Plus). Bereits mit der grundsätzlichen Beschränkung der Leistungen auf genehmigte Leistungserbringer sind diese auf die Schweiz beschränkt. Die Regelung der Hilfeleistung im Ausland in einem separaten Artikel führt ebenfalls zum Schluss, dass die Maximalpauschalen von Art. 2.3 und 3.2 auf Leistungen nicht genehmigter Leistungserbringer in der Schweiz beschränkt sind. Dafür spricht schliesslich, dass sämtliche Zusatzleistungen jeweils in Ergänzung der obligatorischen Krankenversicherung erbracht werden.

4.2 Die Beklagte lehnt die Kostenübernahme mit der Begründung ab, es sei von einem willentlichen Krankenhausaufenthalt im Ausland auszugehen. Die Kostenübernahme erfolge in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Da nicht von einem Notfall auszugehen sei, hätte der Versicherte sein Vorgehen mit der Y_____ vorgängig absprechen müssen.

Der Kläger bringt seinerseits vor, die bei der Beklagten abgeschlossenen Zusatzversicherungen deckten die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall weltweit. Daran sei die Y_____ gebunden. Eine andere Auslegung würde dem Vertrauensprinzip widersprechen. Die in der Universitätsklinik B_____ erbrachten Leistungen seien medizinisch notwendig gewesen und hätten keinen Aufschub erlaubt. Ein Rücktransport in die Schweiz wäre unzumutbar gewesen.

4.3 Im Verfahren S2 14 99 wird in Anwendung des Territorialitätsprinzips aufgezeigt, dass die Y_____ die Kostenübernahme aus der Grundversicherung zu Recht abgelehnt und keine Leistungen für den stationären Aufenthalt in der Universitätsklinik B_____ vom 30. Mai 2012 bis zum 12. Juni 2012 erbracht hat, da kein Notfall vorlag und ein Rücktransport von A_____ in die Schweiz (in das deutlich näher gelegene Universitätsspital J_____, das über die entsprechenden Spezialkliniken verfügt) zumutbar und verhältnismässig gewesen wäre. Das erkennende Gericht stellt im besagten Urteil fest, es sei unverständlich, dass der Kläger sich bei den von ihm geschilderten multiplen neurologischen Ausfällen mit dem Privatauto in die 263 Autokilometer (2 Stunden 45 Minuten) entfernte Hals-, Nasen-, Ohrenklinik der K_____ -Universität in B_____ habe transportieren lassen, obwohl A_____ über ein Universitätsklinikum mit einer Klinik für Neurologie verfüge. In B_____ seien denn auch keine Abklärungen im Zusammenhang mit einem Hirnschlag vorgenommen, sondern versucht worden, die Diagnose eines C_____ -Syndroms mittels einer Biopsie, die bereits vom Spital H_____ vorgeschlagen worden sei, zu sichern. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Dr. E_____ bereits im April 2011 aufgrund des Verdachts auf ein C_____ -Syndrom eine Steroidmedikation eingeleitet habe, sei im Gesamtkontext von einer willentlichen Auslandbehandlung auszugehen und der Kläger wäre dazu verpflichtet gewesen, vorgängig die Einwilligung der Krankenversicherung einzuholen, die er indessen unter den gegebenen Umständen kaum erhalten hätte, da die Behandlung in der Schweiz durchführbar und eine Rückkehr zumutbar gewesen wäre.

4.3.1 Gemäss AVB VVG übernimmt die Y_____ in der Zusatzversicherung keine Leistungen für Behandlungen, die nicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden (Art. 4.1.2). Dieser Deckungsbegrenzung unterliegt auch der Gebietsbereich der Zusatzversicherungen. Die Kosten eines Aufenthaltes auf der Privatabteilung einer von der Y_____ genehmigten Einrichtung werden ebenfalls in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, wobei der Versicherte, der infolge eines Notfalles oder einer medizinischen Notwendigkeit nicht in der Lage ist, einen genehmigten Leistungserbringer aufzusuchen, Anspruch auf die Leistungen erheben kann, die die Y_____ im Normalfall hätte erbringen müssen (Art. 1.1 und 7 BVB Optima Plus). Aus dem Vertrauensprinzip vermag der Kläger nichts für sich abzuleiten (Bundesgerichtsurteil 4A_67/2014 vom 4. März 2015 E. 4). Der Leistungsumfang der Zusatzversicherungen knüpft bereits in Art. 4.1.2 der AVB VVG ganz klar an bestehende Leistungsansprüche des KVG an (dies im Gegensatz zu Bundesgerichtsurteil 5C.61/2006 vom 19. Oktober 2006 E. 4, wo die Versicherungsdeckung bei fehlender Zahlungspflicht des Grundversicherers nicht unzweideutig ausgeschlossen war). Nur unter der Voraussetzung, dass es sich um die Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung handelt, d.h. wenn im Rahmen einer versicherten Behandlung die private Abteilung aufgesucht wird, besteht eine weltweite Deckung. Weitergehende Lösungen könnten vertraglich vereinbart werden, dies ist in casu aber nicht der Fall und wäre zudem ungewöhnlich (Gebhard Eugster, Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich: Welche juristischen Kriterien sind massgeblich?, in: SZS 2005 S.451). Vielmehr werden die Leistungen noch stärker eingeschränkt, in-

dem die BVB der Kategorie „Optima Plus“ den Untertitel „Zusatzversicherung für den Aufenthalt auf der Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik, mit Wahlbeschränkung der Einrichtung“ tragen. Ein Notfall, der diese Wahlbeschränkung aufgehoben hätte (Art. 7 BVB), muss vorliegend verneint werden (Urteil S2 14 99 E. 4). Die Y_____ hat es demzufolge zu Recht abgelehnt, die Kosten für den Klinikaufenthalt in B_____ aus den vom Kläger abgeschlossenen Zusatzversicherungen zu übernehmen. Einerseits und grundlegend, weil keine Leistungsansprüche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestehen und andererseits zusätzlich, weil aufgrund der nicht vorhandenen Notfallsituation nur ein vorgängig genehmigter Leistungserbringer hätte aufgesucht werden dürfen.

4.3.2 In Anbetracht der Tatsache, dass dem Kläger die Rückkehr in die Schweiz zumutbar und seine Krankheit hier auch behandelbar gewesen wäre, muss ebenfalls der Eventualantrag auf Beteiligung an den Behandlungs- und Pensionskosten in der Höhe von je CHF 300 pro Tag gemäss Art. 2.2 und 3.2 BVB abgewiesen werden, da auch diese ausdrücklich nur in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung vergütet werden (Art. 1.1 BVB, der auf Art. 2 und 3 BVB verweist).

4.3.3 Schliesslich hat der Kläger im Ausland eine Krankheit behandeln lassen, die bereits in der Schweiz bestand. Es liegt insoweit der Fall von Art. 5.4 AVB VVG vor, d.h. der Kläger hat sich als Kranker ins Ausland begeben. Dass sich dort sein krankheitsbedingt bereits beeinträchtigter Gesundheitszustand verschlechterte, ist für die Frage der Leistungspflicht nicht entscheidend, da ihm die Rückkehr in die Schweiz für die Vornahme der schliesslich in B_____ durchgeführten Behandlungen ohne weiteres möglich gewesen wäre. Unter diesen Umständen hätte er daher der vorgängigen schriftlichen Zustimmung der Beklagten bedurft. Mangels einer solchen hat diese für die Kosten der Auslandbehandlung nicht aufzukommen.

4.4 Die vom Kläger beantragte Befragung von Zeugen oder Einholung eines Gutachtens zur Frage der medizinischen Notwendigkeit vermöchte nach dem Gesagten am Ausgang des Verfahrens nichts zu ändern, weshalb die entsprechenden Anträge im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung abzuweisen sind.

5. Zusammenfassend ist die Klage vom 26. September 2013 vollumfänglich abzuweisen soweit darauf einzutreten ist.

6.

6.1 Der unterliegende Kläger hat keinen Anspruch auf die Zusprache einer Parteientschädigung. Der vollständig obsiegenden Beklagten steht eine Entschädigung zulasten des Klägers zu, die den Ersatz der notwendigen Auslagen, die Kosten einer berufsmässigen Vertretung sowie in begründeten Fällen, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist, eine angemessene Umtriebsentschädigung umfasst (Art. 95 Abs. 3 i.V.m. Art. 106 Abs. 1 ZPO). Die vorliegend nicht durch einen unabhängigen Anwalt vertretene Y_____ hat keinen Anspruch auf die Kosten einer berufsmässigen Vertretung. Es rechtfertigt sich, die notwendigen Auslagen zulasten des Klägers auf CHF 100 (Kopie- und Portokosten) festzusetzen.

6.2 Gerichtskosten sind keine aufzuerlegen (Art. 114 lit. e ZPO).

Demnach wird erkannt

1. Die Klage wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Der Kläger bezahlt der Beklagten einen Ersatz der notwendigen Auslagen in der Höhe von CHF 100.
3. Es werden keine Kosten erhoben.

Sitten, 10. Juli 2015