

S2 14 99

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_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt M_____

gegen

Y_____ **AG**, Beschwerdegegnerin

(Kostenübernahme / Grundversicherung / Auslandbehandlung)

Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 8. Oktober 2014

Sachverhalt

A.

Der 1929 geborene X_____ war seit dem Jahr 1979 bei der Y_____ AG (fortan: Y_____) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 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 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. F_____ 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 G_____ 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. In der Folge hielten beide Parteien in mehreren Schreiben über Monate hin an ihren Standpunkten fest. Mit Urteil vom 13. Januar 2014 hiess die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts Wallis die am 26. September 2013 erhobene Rechtsverweigerungsbeschwerde gut und verpflichtete die Y_____, umgehend eine gehörige Verfügung zu erlassen und gegebenenfalls das Einspracheverfahren durchzuführen.

B.

Mit Verfügung vom 28. April 2014 lehnte die Y_____ die Übernahme der Kosten für den in B_____ erfolgten stationären Klinikaufenthalt ab. Im Sinne des Territorialitätsprinzips würden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich nur in der Schweiz erbrachte Leistungen übernommen. Ausnahmen beständen, wenn Leistungen aus medizinischen Gründen im Ausland erfolgten oder in Notfallsituationen. Im konkreten Fall habe es sich jedoch nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt. Nach einer Erstversorgung in A_____ wäre eine Rückreise in die Schweiz

absolut zumutbar gewesen. Für den Weitertransport innerhalb von G_____ habe keine medizinische Notwendigkeit bestanden und das Vorgehen habe auch nicht den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprochen. Der Versicherte habe sich in der Folge mehrfach wieder nach B_____ in Behandlung begeben, auch daraus sei ersichtlich, dass es sich bereits von Beginn weg um eine willentliche Auslandbehandlung gehandelt habe. Dagegen erhob X_____ am 16. Mai 2014 Einsprache. Sowohl Dr. D_____, ein Spezialist auf dem Gebiet der Notfallmedizin, als auch der erstbehandelnde Arzt Dr. F_____, seien von der medizinischen Notwendigkeit einer Hospitalisierung überzeugt gewesen. Die Behandlung sei nur im Ausland erfolgt, weil dies medizinisch notfallmässig notwendig gewesen sei. Die Y_____ wies die Einsprache mit Entscheid vom 8. Oktober 2014 ab. Der Versicherte habe sich in A_____ befunden, als sein Gesundheitszustand sich verschlechtert habe. Obwohl die als notwendig betrachteten medizinischen Leistungen mit Sicherheit auch dort hätten erbracht werden können, sei er im eigenen Auto nach B_____ in die Hals-, Nasen-, Ohrenklinik der H_____ -Universität transportiert worden. In wesentlich kürzerer Zeit wäre eine Rückkehr in die Schweiz möglich gewesen. Es handle sich bei den in B_____ erfolgten Behandlungen nicht um Pflichtleistungen nach KVG, da diese nicht im Sinne einer Erstversorgung unverzüglich hätten durchgeführt werden müssen und eine Rückreise in die Schweiz mit Blick auf die konkreten Umstände durchaus zumutbar und angemessen gewesen wäre. Es hätte ebenfalls nichts dagegen gesprochen, vorgängig mit der Krankenversicherung Kontakt aufzunehmen, um die Deckung abzuklären. Das zur Behandlung eingesetzte Privigen sei zudem gemäss Spezialitätenliste zur Behandlung der autoimmunologischen Erkrankung nicht zugelassen.

C.

Dagegen erhob X_____ am 5. November 2014 Beschwerde bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis. Er beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids. Die Y_____ sei zu verpflichten, die Kosten in der Höhe von CHF 22'316 (EUR 18'008.30 zum Kurs vom 15. August 2013) zu bezahlen. Eventualiter sei die Versicherung zu verpflichten, CHF 4'200 an die Behandlungskosten sowie CHF 4'200 an die Pflegekosten zu erstatten. Der Beschwerdeführer habe bei der Y_____ sowohl eine Versicherung zur Grunddeckung als auch die umfassenden Zusatzversicherungen „Complementa Plus“ und „Optima Plus“ abgeschlossen. Anlässlich seiner Geschäftsreise habe er in A_____ plötzlich und unerwartet eine Lähmung zuerst der rechten und dann der linken Gesichtshälfte erlitten. Als auch noch die unteren Extremitäten Lähmungserscheinungen gezeigt hätten und ihm schwindlig geworden sei, habe Dr. D_____ entschieden, dass solch plötzlich auftretende, gravierende, multiple neurologische Ausfälle unbedingt und unverzüglich durch einen Spezialisten begutachtet werden müssten und er habe ihn notfallmässig in die Universitätsklinik B_____ eingewiesen. Die Ärzte dort hätten gleichentags eine stationäre Aufnahme verordnet, der er widerwillig habe zustimmen müssen. Da die Abklärungen umfassend gewesen seien, habe die ungeplante und ungewollte stationäre Behandlung mehrere Tage gedauert. Bei Dr. D_____ handle es sich um einen hervorragenden Spezialisten auf dem Gebiet der Notfallmedizin, aber nicht um einen Neurologen. Er habe die unverzügliche und notfallmässige Überweisung in das Universi-

tätsspital B_____ veranlasst. Damit sei die medizinische Notwendigkeit gegeben und es könne in keiner Weise von einer willentlichen Behandlung im Ausland ausgegangen werden. Medizinisch notwendige Behandlungen im EU-Ausland seien von der Grundversicherung erfasst. Ein entsprechender Spitalaufenthalt in der Schweiz wäre durch Grund- und Zusatzversicherung vollständig gedeckt gewesen, nota bene aber wesentlich teurer zu stehen gekommen. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass die Behandlung medizinisch nicht notwendig gewesen wäre, hätte die Versicherung gemäss Ziffer 2.2 und 3.2. der BVB „Optima Plus“ für die 14 Tage Aufenthalt je CHF 300 pro Tag an die Behandlungs- und an die Pensionskosten zu vergüten, was insgesamt CHF 8'400 ergebe. Seit Abschluss des Freizügigkeitsabkommens mit der EU habe die Schweiz das System der Leistungsaushilfe gemäss VO (EWG) Nr. 1408/71 und seit dem 1. April 2012 die VO (EG) Nr. 883/2004 anzuwenden. Unter Anwendung dieser Rechtsnormen, die Art. 34 KVG und Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 verdrängten, sei es unbeachtlich, ob ein Rücktransport in die Schweiz für eine Behandlung wie die fragliche eine Option gewesen wäre. Trotzdem werde die Transportfähigkeit des Beschwerdeführers bestritten. Die VO 883/2004 stelle für die Begründung der Leistungspflicht alleine auf die Frage der medizinischen Notwendigkeit ab, die in casu fraglos gegeben sei. Zu alledem komme hinzu, dass die Symptome des Beschwerdeführers auch jene eines Hirnschlags hätten sein können, was die Entscheidung der Einweisung in die bestgeeignete Klinik, die Universitätsklinik B_____, ebenfalls als richtig bestätige. Falls die einzig durch die Mediziner vor Ort zu beurteilende medizinische Notwendigkeit trotzdem nicht als erwiesen betrachtet werden sollte, werde die Einholung eines Gutachtens durch Prof. Dr. I_____, Spital J_____, Universitätsklinik für Neurologie, beantragt. Aufgrund der hohen zeitlichen Dringlichkeit und des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sei die vorgängige Einholung einer Kostengutsprache nicht zumutbar gewesen. Es sei inakzeptabel, dass die Krankenversicherung gestützt auf ihren Vertrauensarzt zwei Jahre nach dem Ereignis entgegen der Meinung der Ärzte, die sich vor Ort befunden hätten, feststelle, dass die Rückreise in die Schweiz absolut zumutbar gewesen wäre. Dies sei ohnehin nicht notwendig, da alleine die Notwendigkeit der medizinischen Behandlung von Bedeutung sei.

In ihrer Vernehmlassung vom 8. Januar 2015 beantragte die Y_____ die Abweisung der Beschwerde und zeigte auf, dass die Behandlung in B_____ ihrer Ansicht nach geplant war, da der Beschwerdeführer wegen Sensibilitätsstörungen bereits das Spital K_____, sowie am 24. Februar 2011 das Kantonsspital L_____ konsultierte hatte, vom 20. bis zum 21. April 2011 im Spital J_____ hospitalisiert gewesen sei und Dr. F_____ anfangs April 2011 eine Steroidmedikation eingeleitet habe, was klar für die Willentlichkeit der erneuten Abklärung vom Mai/Juni 2011 in B_____ spreche. Wenn am 30. Mai 2011 in A_____ tatsächlich eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre und sogar der Verdacht auf einen Hirnschlag bestanden hätte, wäre ein Transport nach B_____ absolut unzumutbar gewesen. Dort seien denn auch keine Abklärungen eines akuten cerebrovasculären Ereignisses erfolgt, da dafür gar kein Anlass bestanden habe. Das C_____ -Syndrom könne in der Schweiz behandelt werden. Die vom Beschwerdeführer angerufenen EU Verordnungen seien nicht anwendbar, da in casu von einer

willentlichen Auslandbehandlung auszugehen sei. Dafür wäre eine Einwilligung der Krankenversicherung notwendig gewesen. Zudem würde die Behandlung mit Privigen die Voraussetzungen der Spezialitätenliste nicht erfüllen und somit in der Schweiz nicht unter die Pflichtleistungen des KVG fallen. Weder bei den in B_____ durchgeführten Diagnoseverfahren noch bei der eingeleiteten Therapie habe es sich um eine Notfallbehandlung gehandelt. Ein Versicherter habe bei einem vorübergehenden Aufenthalt ausserhalb des Versicherungsstaates Anspruch auf jene Leistungen, die nicht bis zu seiner Rückkehr aufgeschoben werden könnten, ohne die Gesundheit oder das Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen.

Im zweiten Schriftenwechsel hielten beide Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest.

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

ERWÄGUNGEN

1.

1.1 Das Kantonale Versicherungsgericht hat die Prozessvoraussetzungen wie die Partei- und Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtsweges, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen zu prüfen (BGE 126 V 30; 125 V 184 E. 1 mit weiteren Hinweisen).

1.2 Das Kantonale Versicherungsgericht ist gestützt auf Art. 86 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) in Verbindung mit Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 (RPfIG) sowie Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements des kantonalen Versicherungsgerichtes vom 2. Oktober 2001 (RVG) und Art. 81^{bis} Abs. 1 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 (VVRG) zur Behandlung von Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer zuständig.

1.3 In casu liegt ein Einspracheentscheid der Y_____ AG vom 8. Oktober 2014 vor. Der Beschwerdeführer hat seinen Wohnsitz in M_____. Er ist durch den Einspracheentscheid beschwert und somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a).

2.2 Strittig ist, ob die Y_____ AG die für die Behandlung vom 30. Mai 2011 bis zum 12. Juni 2011 in G_____ entstandenen Kosten in der Höhe von EUR 18'008.30 erstatten oder sich an den Behandlungs- und Pflegekosten mit einem Anteil von je CHF 4'200 beteiligen muss. Nicht bestritten wird, dass die Krankheit des Beschwerdeführers in der Schweiz behandelbar ist.

3.

3.1 Art. 34 Abs. 2 KVG geht in Anwendung des Territorialitätsprinzips davon aus, dass Leistungen grundsätzlich nur kassenpflichtig sind, wenn sie in der Schweiz erbracht werden (BGE 128 V 75 E. 3b; Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Zürich/Bern/Genf 2010, N. 2 zu Art. 34 KVG). Der Bundesrat kann aber bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden, wobei er deren Übernahme begrenzen kann. Gestützt auf diese Bestimmung hat der Bundesrat Art. 36 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erlassen, der sich auf fehlende medizinische Angebote in der Schweiz bezieht, wobei nur gravierende Versorgungslücken ein Abweichen vom Territorialitätsprinzip rechtfertigen (BGE 134 V 330 E. 2.2 und 2.3). Es besteht auch kein Leistungsanspruch im Umfange dessen, was eine Behandlung in der Schweiz gekostet hätte (BGE 134 V 330 E. 2.4). Nach Art. 36 Abs. 2 KVV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung ebenfalls die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer unaufschiebbaren medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Die versicherte Person hat sich grundsätzlich am ausländischen Aufenthaltsort behandeln zu lassen. Kein Notfall besteht, wenn sich die versicherte Person zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begibt. Sie hat den Notfall glaubhaft zu machen (Eugster, a.a.O. N 8 zu Art. 36 Abs. 2 KVV). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 36 Abs. 5 KVV die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe.

3.2 Die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe finden sich in den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, die ihre Vorgängerverordnung am 1. Mai 2010 abgelöst hat und in der Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getreten ist. Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung begründet diese einen Leistungsanspruch auch für Ereignisse vor dem Beginn der Anwendung in dem betreffen-

den Mitgliedstaat, d.h. für die Schweiz, nach Inkrafttreten am 1. April 2012 für Ereignisse ab dem 1. Mai 2010. Die Modalitäten der Durchführung der VO (EG) Nr. 883/2004 sind in der VO (EG) Nr. 987/2009 geregelt. Beide Verordnungen haben den Zweck, die Mobilität von Arbeitnehmern und Arbeitslosen zu fördern und das Recht auf Freizügigkeit im Hinblick auf die soziale Sicherheit zu garantieren. In der Schweiz krankenversicherte Personen haben während eines Aufenthaltes im Gebiet eines EU-/EFTA-Staates bei Vorweisen der europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen (Art. 19 Abs. 1 der VO Nr. 883/2004). Das entsprechende Verfahren ist in Art. 25 Abs. 1 der VO Nr. 987/2009 festgelegt. Der Versicherte legt dem Erbringer von Gesundheitsleistungen im Aufenthaltsmitgliedstaat ein von dem zuständigen Träger ausgestelltes Dokument vor, das seinen Sachleistungsanspruch bescheinigt. Verfügt der Versicherte nicht über ein solches Dokument, so fordert der Träger des Aufenthaltsorts das Dokument beim zuständigen Träger an. Sachleistungen sind diejenigen, die im Aufenthaltsmitgliedstaat nach dessen Rechtsvorschriften erbracht werden und sich als medizinisch notwendig erweisen, damit der Versicherte nicht vorzeitig in den zuständigen Mitgliedstaat zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten (Art. 25 Abs. 3 der VO Nr. 987/2009).

4.

4.1 Der Beschwerdeführer befand sich nach eigener Darstellung infolge eines geschäftlichen Aufenthaltes in A_____, als am 30. Mai 2011 gesundheitliche Beschwerden auftraten. Gemäss seinen Angaben handelte es sich um eine Lähmung zuerst der rechten, dann der linken Gesichtshälfte und schliesslich auch der unteren Extremitäten, begleitet von starkem Schwindel. Die Symptome seien vergleichbar gewesen mit jenen eines Hirnschlags und hätten eine dringende Klinikeinweisung zwecks rascher Diagnosestellung und Behandlung notwendig gemacht.

A_____ verfügt über ein Universitätsklinikum mit einer Klinik für Neurologie. Diese deckt die gesamte neurologische Diagnostik und Therapie ab. Sie verfügt über ein zertifiziertes überregionales Schlaganfallzentrum. Die Intensivstation, Normalstationen, Ambulanz und Tagesklinik ermöglichen mit der kompletten Vertretung komplementärer Fächer die Diagnosestellung und Behandlung aller neurologischen Krankheiten (http://www.uniklinik-A_____.G_____/neurologie.html).

In ca. 72 Autokilometern oder 52 Minuten Fahrzeit Entfernung (<http://de.viamichelin.ch/web/Routenplaner>) befindet sich das Universitätsspital N_____ mit angegliederter neurologischer Klinik und Polyklinik, inklusive einer Schlaganfallspezialstation (https://www.unispital-N_____.ch).

Der Beschwerdeführer wurde seinen Angaben zufolge mit einem Privatauto in die ca. 263 Autokilometer oder 2 Stunden 45 Minuten entfernte Hals-, Nasen-, Ohrenklinik der H_____-Universität in B_____ transportiert. Dies ist in Anbetracht der sich viel näher befindenden obgenannten Universitätsspitäler unverständlich. In B_____ wurden denn auch keine Abklärungen im Zusammenhang mit einem

möglichen Schlaganfall vorgenommen, sondern versucht, die Diagnose eines C_____ -Syndroms mittels einer Biopsie (die bereits das Spital J_____ im Bericht vom 13. Mai 2011 vorgeschlagen hatte) und weiterer Untersuchungen und Konsilien zu bestätigen bzw. andere Ursachen der Beschwerden auszuschliessen und in der Folge ein Human-Immunglobulin verabreicht, das unter anderem zur Behandlung peripherer Neuropathien, wie sie beim C_____ Syndrom vorkommen, eingesetzt wird. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Dr. F_____ bereits im April 2011 aufgrund des Verdachts auf ein C_____ -Syndrom eine Steroidmedikation eingeleitet hatte, ist es im Gesamtkontext und in Übereinstimmung mit der Krankenversicherung mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erwiesen zu betrachten, dass es sich in casu um eine willentliche Auslandbehandlung gehandelt hat und der Beschwerdeführer demzufolge dazu verpflichtet gewesen wäre, vorgängig die Einwilligung der Krankenversicherung einzuholen, die er indessen unter den gegebenen Umständen kaum erhalten hätte, da die Behandlung in der Schweiz durchführbar gewesen wäre.

Wenn der Beschwerdeführer vorbringt, es sei ihm nicht möglich gewesen, eine Kostengutsprache einzuholen, da es sich um eine Notfallsituation gehandelt habe und er den Notfallbegriff so umschreibt, als dass medizinisch eine umgehende Handlung notwendig gewesen sei, da sich ansonsten direkt eine lebensbedrohliche Situation hätte entwickeln können (Beschwerdeschrift Ziffer 80), wäre ein Transport in die Universitätsklinik von A_____ angezeigt gewesen. Dies umso mehr, als in der Beschwerdeschrift (Ziffer 66) auch die Transportfähigkeit des Patienten bestritten wird und eine Rückreise in die Schweiz nicht zumutbar gewesen sein soll (Ziffer 90 der Beschwerdeschrift). Es gelingt dem Beschwerdeführer somit in casu nicht, einen Notfall glaubhaft zu machen, der ihn daran gehindert hätte, mit der Krankenversicherung in Kontakt zu treten und das Vorgehen abzuklären. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies zeitlich kürzer gedauert hätte als der Transport des „nicht transportfähigen“ Patienten von A_____ nach B_____, welcher im Übrigen bedeutend mehr Zeit in Anspruch nahm, als eine Rückführung in die Schweiz ins N_____ Universitätsspital.

4.2 Aus den Bestimmungen der VO (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009 vermag der Beschwerdeführer nichts für sich abzuleiten, denn er fällt nicht unter die Zielgruppe der Verordnungen und wie obenstehend dargelegt, ging es auch nicht um die Erbringung von Leistungen, die notwendig waren, damit er nicht vorzeitig in die Schweiz hätte zurückkehren müssen, denn das Universitätsspital N_____ wäre viel schneller erreichbar gewesen als die Universitätsklinik B_____ und sowohl ein Schlaganfall als auch das C_____ -Syndrom wären dort behandelbar gewesen. Schlussendlich weist auch die Tatsache, dass die Leistungen nicht über die europäische Krankenversicherungskarte abgerechnet wurden, darauf hin, dass sich initial sowohl der Beschwerdeführer als auch die leistungserbringende Klinik darüber im klaren waren, dass es sich nicht um durch den Schweizerischen Leistungsträger erstattbare Kosten handelte (vgl. Art. 25 Abs. 1 der VO Nr. 987/2009).

4.3 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Krankenversicherung ihre Leistungspflicht für die Kosten der Hospitalisation vom 30. Mai 2011 bis zum 12. Juni 2011 zu Recht mit der Begründung abgelehnt hat, die Behandlung habe weder unverzüglich in

G_____ durchgeführt werden müssen noch sei eine Rückreise in die Schweiz unzumutbar oder unverhältnismässig gewesen.

4.4 Die vom Beschwerdeführer beantragte Befragung von Zeugen oder Einholung eines Gutachtens zur Frage der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Diagnoseverfahren und Behandlungen erübrigt sich im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung, da sie am Ergebnis des vorliegenden Verfahrens nichts zu ändern vermöchte. Die entsprechenden Anträge sind abzuweisen.

5.

Eventuell wird die Übernahme einer Tagespauschale an die Behandlungskosten und an die Pensionskosten gemäss den Besonderen Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherung „Optima Plus“ beantragt.

Da es sich hier um Leistungen aus Versicherungsvertrag handelt, ist im sozialversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren betreffend die obligatorische Krankenversicherung darauf nicht einzutreten. Dafür wird auf das Urteil im Klageverfahren S2 13 103 verwiesen.

6.

Da der Beschwerdeführer unterliegt, entfällt eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Den im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde obsiegenden Behörden oder mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen darf in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden (BGE 123 V 309 E. 10 mit Hinweisen). Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen soweit darauf eingetreten wird.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch Parteientschädigungen ausgerichtet.

Sitten, 10. Juli 2015