



KL.2002.00061  
vg4/2002.022  
us/fi/Art. 184

# Versicherungsgericht des Kantons Aargau

## 4. Kammer

Urteil vom 16. Dezember 2003

Mitwirkend Oberrichterin Plüss (Präsidentin), Oberrichterin Briner,  
Oberrichter Fehr: Gerichtsschreiber Schmidhauser.

---

Im Klageverfahren

X,

**Kläger,**

gegen

**Y Versicherung AG,**  
Zentralsitz,

**Beklagte,**

betreffend Versicherungsleistungen nach VVG

wird den Akten

## e n t n o m m e n :

- A. Der 1924 geborene X schloss bei der Y **Versicherung AG (Y)** die Zusatzversicherungen "Sp" und "KP" nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ab, wobei er sich bei einem anderen Versicherer obligatorisch versicherte. Mit Schreiben vom 15. Juli 2002 ersuchte das Rehaszentrum Leukerbad die Y um Kostengutsprache für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt des Versicherten für drei Wochen. Nach Rücksprache mit ihrem vertrauensärztlichen Dienst lehnte die Y die Kostengutsprache am 23. Juli 2002 mit der Begründung ab, die klinische Rehabilitationsbedürftigkeit sei nicht genügend ausgewiesen. Dagegen übernahm sie im Rahmen der KP die Kosten einer Badekur inkl. ambulanter Behandlung. Auf Intervention des Versicherten hin und nach nochmaliger Überprüfung durch den vertrauensärztlichen Dienst lehnte die Y die Kostenübernahme für die stationäre Rehabilitation in Leukerbad mit Schreiben vom 14. August 2002 erneut ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, die medizinische Indikation für eine stationäre Behandlung sei beim Versicherten nicht ausgewiesen. In der Folge befand sich der Versicherte – ohne über eine Kostengutsprache der Y zu verfügen – vom 23. September bis 12. Oktober 2002 im Rehaszentrum Leukerbad in stationärer physikalisch-balneologischer Behandlung.
- B. 1. Am 11. November 2002 erhob der Versicherte Klage beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau und stellte folgende Rechtsbegehren:
- 1. Die Y-Versicherung ist zu verpflichten, die vollen Kosten der stationären Behandlung in der Reha-Leukerbad zu übernehmen.
  - 2. Die Y-Versicherung ist zu verpflichten, alle Kosten des Rekurses zu übernehmen.

3. Die Y-Versicherung ist zu verpflichten, mit der Reha-Leukerbad einen neuen Kostenverteiler zu erstellen, und zwar **unter** Berücksichtigung der Grundversicherung der Z-Krankenkasse; letztere hat auf der Basis meiner Grundversicherung einen Tagesbeitrag von Fr. 282.-- **zu-**gesagt.
4. Die von mir bezahlten Kosten **sind** auf **mein** Konto bei der NAB-Brugg (XXXX) **zu** überweisen."

Dies begründete er **damit**, Dr. med. W, Allgemeine Medizin FMH, Gränichen, habe ihm am 10. Juli 2002 einen **stationären** Aufenthalt im Rehazentrum Leukerbad verschrieben. Der Antrag sei auf der Basis der privaten Spitalversicherung **erfolgt**. Mit Schreiben vom 23. Juli 2002 habe die Y **dieses** Gesuch geändert und eine Badekur inkl. ambulanter Behandlung **zuge-**sprochen. Auf seine **Intervention** vom 26. Juli 2002 sei das Schreiben der Versicherung vom 14. August 2002 gefolgt, mit **dessen Inhalt** er sich gar nicht einverstanden erklären konnte, weil eine ambulante Behandlung für ihn unzumutbar sei. Dies sei **auch** von den beiden Fachärzten in Leukerbad festgestellt worden.

2. In ihrer - innert erstreckter Frist eingereichten - Klageantwort vom 17. Januar 2003 stellte die Beklagte folgende Anträge:
  - \* 1. Die Klage vom 11.11.2002 sei vollumfänglich abzuweisen.
  2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers."

Dies begründete sie dahingehend, sie sei bereit, die örtliche **Zu-**ständigkeit des angerufenen Versicherungsgerichts des Kantons Aargau zu anerkennen. Streitig sei, ob die Beklagte die Kosten für die stationäre Behandlung im Rehazentrum Leukerbad vom 23. September bis 12. Oktober 2002 – abzüglich der aus der **obli-**gatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbrachten **Leis-**tungen – aus der "Spitalversicherung privat" zu übernehmen habe oder nicht. Ihr Vertrauensarzt, Dr. med. B, komme in seiner Stellungnahme vom 27. Dezember 2002 zum Schluss, dass eine stationäre Behandlung beim Kläger medizinisch nicht

indiziert gewesen sei. Die Beschwerden des Klägers (insbesondere die zunehmende Gehstörung) sowie der Nutzen der bei ihm durchgeführten Therapien seien nicht in Frage zu stellen, jedoch die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsbehandlung. Die Ärzte des Rehasentrums Leukerbad hielten eine stationäre Behandlung für medizinisch indiziert. Gegen diese Berichte sei insbesondere einzuwenden, dass eine regelmässige Überwachung des Klägers durch Ärzte und Pflegepersonal nicht notwendig gewesen sei. Die therapeutischen Massnahmen hatten eine Physiotherapie, welche auch im Rahmen einer Kur hatte durchgeführt werden können, umfasst. Es müsse auch in Frage gestellt werden, ob die Rehabilitation zum damaligen Zeitpunkt die adäquate Massnahme gegen die Gehstörung des Klägers gewesen sei. Der stationäre **Rehabilitationsaufenthalt** sei offensichtlich primär ein Wunsch des Klägers und nicht eine medizinische Notwendigkeit gewesen. Demgemäss sei er als unzweckmässig und vor allem unwirtschaftlich im Sinne der Allgemeinen Vertragsbestimmungen zur "Sp" zu betrachten und stelle daher eine nicht versicherte Leistung dar.

3. In der Replik vom 28. Januar 2003 hielt der Kläger sinngemäss an seinen Klagebegehren fest.
4. Mit Duplik vom 20. Februar 2003 erneuerte auch die Beklagte ihre Anträge und Ausführungen gemäss Klageantwort vom 17. Januar 2003.

Das Versicherungsgericht zieht in

## **E r w ä g u n g :**

1. a) Gemäss Art. 34 Abs. 1 des am 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Gerichtsstand in Zivilsachen (**Gerichtsstandsgesetz, GestG**) prüft das Gericht die **örtliche** Zuständigkeit von **Amtes** wegen.

Nach Art. 2 Abs. 1 GestG ist ein Gerichtsstand nur dann **zwingend**, wenn das Gesetz es ausdrücklich vorsieht. Sieht **dieses** Gesetz nichts **anderes** vor, so ist für Klagen gegen eine **juristische Person** das Gericht an deren Sitz zuständig (Art. 3 Abs. 1 lit. b GestG). Soweit das Gesetz nichts **anderes** vorsieht, wird das angerufene Gericht zuständig, wenn **sich** die beklagte Partei zur Sache äussert, **ohne** die Einrede der Unzuständigkeit zu erheben (Art. 10 Abs. 1 GestG). Art. 9 Abs. 3 GestG, wonach das **bezeichnete** Gericht seine Zuständigkeit ablehnen kann, wenn die **Streitigkeit** keinen genügenden örtlichen oder sachlichen Bezug **zum** vereinbarten Gerichtsstand aufweist, gilt sinngemäss (Art. 10 Abs. 2 GestG). Bei Streitigkeiten aus Konsumentenverträgen ist für Klagen des Konsumenten das Gericht am Wohnsitz oder **Sitz** einer der Parteien zuständig (Art. 22 Abs. 1 lit. a GestG). Als Konsumentenverträge gelten **Verträge** über Leistungen des **üblichen** Verbrauchs, die für die **persönlichen** oder **familiären Bedürfnisse** des Konsumenten bestimmt sind und von der **anderen Partei** im Rahmen ihrer beruflichen oder gewerblichen Tätigkeit **angeboten** werden (Art. 22 Abs. 2 GestG). Der Konsument kann auf den Gerichtsstand nicht zum Voraus oder **durch** Einlassung **verzichten** (Art. 21 Abs. 1 lit. a GestG).

- b) Im vorliegenden Fall hat der **78-jährige** Kläger Wohnsitz im Altersheim "B", Beromünster/LU. Der Zentralsitz der beklagten Y Versicherung AG (Y) befindet **sich** ebenfalls im Kanton Luzern, wobei sie über eine Agentur im Kanton Aargau verfügt. Gemäss Art. 20 der **Allge-**

meinen Versicherungsbestimmungen (AVB) zur "Sp" (Ausgabe 01.1997) kann der Versicherungsnehmer bei Rechtsstreitigkeiten gegen die Beklagte am schweizerischen Wohnort oder in Luzern Klage erheben (vgl. Klageantwortbeilage [KAB] 1). Demgemäss wäre – wie dies von der Beklagten zu Recht bemerkt wird – ein Gericht im Kanton Luzern für die Behandlung der vorliegenden Klage zuständig. Wie die Beklagte ausführt, dürfte die vorliegende Klage **jedoch** vor **allem** deshalb beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau eingereicht worden sein, weil **dieses im** Schreiben der Beklagten vom 14. August 2002, worin sie ihre Leistungspflicht erneut ablehnte, **fälschlicherweise** als örtlich zuständige Klageinstanz bezeichnet wurde (vgl. KAB 6). Es gilt in diesem Zusammenhang zu beachten, dass die Beklagte die örtliche Zuständigkeit des angerufenen **aargauischen** Versicherungsgerichts ausdrücklich anerkannt hat (vgl. Klageantwort vom 17. Januar 2003, S. 2 Ziff. I. 1.1). Gemäss Art. 10 Abs. 1 GestG wird das angerufene Gericht – soweit das Gesetz nichts **anderes** vorsieht – zuständig, wenn **sich** die beklagte Partei zur Sache äussert, **ohne** die Einrede der Unzuständigkeit zu erheben (Einlassung). Vorliegend hat die Beklagte **sich** zur Sache geäussert und nicht nur keine Einrede der Unzuständigkeit erhoben, sondern ausdrücklich die örtliche Zuständigkeit des aargauischen Versicherungsgerichts anerkannt. Zwar handelt es **sich** beim hier zu beurteilenden Versicherungsvertrag "Sp" um eine Zusatzversicherung zur **obligatorischen** Krankenversicherung und **damit** um einen sogenannten Konsumentenvertrag im **Sinne** von Art. 22 Abs. 1 lit. a GestG, welcher für Klagen des Konsumenten das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien vorschreibt; gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. a GestG ist **jedoch** nur die Einlassung des Konsumenten bzw. Klägers, **jedoch** nicht diejenige der Anbieterin bzw. Beklagten ausgeschlossen (vgl. Fridolin M.R. Walther, **GestG-Kommentar**, Bern 2001, Art. 22 N 34 bis 39; Alexander Brunner, Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen [GestG], **Basel/Genf/München** 2001, Art. 21 N 23 ff., Art. 22 N 16 und 17). Demgemäss ist

das aargauische Versicherungsgericht aufgrund der Einlassung der Beklagten für die Behandlung der Klage örtlich zuständig. Eine Ablehnung seiner Zuständigkeit im Sinne von Art. 10 Abs. 2 i.V.m. Art. 9 Abs. 3 GestG drängt sich schon deshalb nicht auf, weil das aargauische Versicherungsgericht – wenn auch fälschlicherweise – von der Beklagten als zuständige Klageinstanz bezeichnet wurde; ausserdem wurde die Versicherungspolice des Klägers von der Agentur der Beklagten in Aarau ausgestellt (vgl. Klagebeilage [KB] O), weshalb die vorliegende Streitigkeit einen genügenden örtlichen und sachlichen Bezug zum Gerichtsstand im Kanton Aargau aufweist. Im Übrigen kann der Kläger auch den Gerichtsstand der Niederlassung im Sinne von Art. 5 GestG wählen, da diesem Vorgehen – wie gesehen – kein besonderer Gerichtsstand im Sinne von Art. 12 ff. GestG entgegensteht (vgl. Fabio Soldati, **GestG-Kommentar**, a.a.O., Art. 5 N 1; Dominik Infanger, Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen, a.a.O., Art. 5 N 4).

- c) Laut § 32 Abs. 2 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) ist das aargauische Versicherungsgericht für die Entscheidung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung – und damit auch sachlich – zuständig. Demgemäss ist auf die Klage einzutreten.
2. In seiner Replik vom 28. Januar 2003 führte der Kläger u.a. aus, "also muss ich meine Einsprache als gegenstandslos ablegen". Die Klägerin führte diesbezüglich in ihrer Duplik vom 20. Februar 2003 aus, "der Kläger wird darauf behaftet, dass er die Klage in Bezug auf die Erbringung der Leistungen aus der Spitalversicherung privat für die stationäre Behandlung zurückgezogen hat" (Ziff. 1). Dem kann nicht gefolgt werden. Aus den übrigen Vorbringen des Klägers in seiner Replik geht klar hervor, dass er sich mit der Ablehnung seines Leistungsbegehrens durch die Beklagte keineswegs einverstanden erklären kann und an seinen in der Klage gestellten Rechtsbegehren nach

wie vor festhält. Demgemäss kann weder von einem Rückzug der Klage noch von deren eingetretenen Gegenstandslosigkeit ausgegangen werden. Somit ist die Klage auch in materieller Hinsicht zu beurteilen.

3. a) Der Kläger hat bei der Beklagten unbestrittenermassen die Zusatzversicherungen "Sp" sowie "Kp" abgeschlossen, wobei er bei ihr nicht obligatorisch krankenversichert ist (vgl. KB O). In der Gestaltung ihrer Zusatzversicherungen sind die Krankenkassen grundsätzlich frei. Um zu beurteilen, welche Leistungen aus einer Zusatzversicherung zu erbringen sind, sind daher die Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) zur jeweiligen Zusatzversicherung beizuziehen. Gemäss Art. 15.2 der AVB "Die Sp" sind wissenschaftlich nicht anerkannte, nicht ärztlich angeordnete, unzweckmässige und unwirtschaftliche Leistungen nicht versichert, wenn in den AVB nicht ausdrücklich etwas anderes erwähnt ist (vgl. KAB 1). Sinn und Zweck dieser Bestimmung besteht nach den Angaben der Beklagten insbesondere darin, dass sie auch aus dieser Zusatzversicherung keine Leistungen bezahlen soll, welche sie aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht bezahlen müsste, weil sie nicht wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich im Sinne von Art. 32 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sind. Die Beschwerden des Klägers, insbesondere die zunehmende Gehstörung, werden von der Beklagten nicht bestritten. Ebenso wenig wird der Nutzen der vom Kläger absolvierten Therapien in Frage gestellt. Strittig ist vorliegend einzig die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsbehandlung, wie sie der Kläger vom 23. September bis 12. Oktober 2002 im Rehasentrum Leukerbad – ohne Kostengutsprache der Beklagten und damit auf eigene Rechnung – absolviert hat. Der Kläger macht im Wesentlichen geltend, Dr. W, Allgemeine Medizin FMH, Gränichen, habe ihm am 10. Juli 2002 einen stationären Aufenthalt

im Rehasentrum Leukerbad verschrieben; eine ambulante Behandlung sei ihm nicht zuzumuten.

- b) Dem Bericht von Dr. W vom 10. Juli 2002 zufolge wurde das Rehasentrum Leukerbad, in welchem der Kläger bereits vom 5. bis 27. November 2001 in **stationärer physikalisch-balneologischer** Behandlung gewesen war, ersucht, den Kläger erneut zu einer stationären Behandlung **direkt** anzubieten. Die von Dr. W **gestellte Diagnose** lautete folgendermassen: **Neuropathisches Schmerzsyndrom** beider Beine (mit/bei **Spinalkanalstenose L3/4**, Tetraspastik unklarer Genese), **Chronisches Cervicovertebralsyndrom** (mit/bei degenerativen Veränderungen: **Osteochondrose C2 - 7** mit sekundärer Spinalkanaleinengung, **dorsaler Spondylose C3/4** und Bandscheibenprotrusion **C5/6**) sowie **Fehlhaltung muskulärer Dysbalance**. Die übrigen Diagnosen lauteten wie folgt: **Coronare Herzkrankheit** (mit/bei St. n. **Myokardinfarkt 1995**, **arterieller Hypertonie** anamnestisch, keiner **regelmässigen Sekundärprophylaxe**), St. n. **Polytrauma 1992** (mit **Commotio cerebri**, **Schulterluxation rechts**, **Kniekontusion** und **Grosszehenfraktur rechts Presbyakusis**) sowie St. n. **rezidivierender Urolithiasis**. Der zwischenzeitliche Verlauf sei bezüglich **Gangbeschwerden/Gangunsicherheit** etwas wechselnd, in letzter Zeit subjektiv wieder deutlich **sich verschlechternd**. Der Patient gehe zur Zeit mit **Hilfe** von zwei Spazierstöcken. Nachdem **sich** der Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Leukerbad im **Spätherbst 2001** subjektiv positiv ausgewirkt habe, wünsche **sich** der Patient dort eine erneute stationäre **Behandlung** (KB 1).
- c) Dem Bericht von Dr. med. K, Chefarzt Neurologie, **Fachklinik für Neurologische Rehabilitation, Rehasentrum Leukerbad**, vom 2. Oktober 2002 kann im Wesentlichen entnommen werden, der Kläger beklage seit mehreren Jahren eine **zunehmende Gangunsicherheit**. Zum Laufen benötige er zwei **Gehstöcke**. Die Verschlechterung der Gangstörung sei im Zusammenhang mit der Visusverminderung bei **gleichzeitiger Hypakusis**

zu sehen. Es sei **auch** anzumerken, dass die aktuelle stationäre Rehabilitation eindeutig indiziert sei. Die Gangstörung sei progredient und habe bereits zu einer wesentlichen Einschränkung der Gangsicherheit geführt. Bei der schwergradigen Beeinträchtigung sei eine ambulante bzw. teilstationäre Rehabilitation nicht vertretbar. **Durch** eine intensive Rehabilitation **sollte sich** die **Paraspastik** und die Gangstörung verbessern **lassen** (KB 3b).

- d) Dr. med. P, Ärztlicher Direktor und Chefarzt, Reha-zentrum Leukerbad, äusserte sich in seinem Bericht vom 25. Oktober 2002 dahingehend, der Kläger sei **vom** 23. September bis 12. Oktober 2002 in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik in stationärer physikalisch-balneologischer Behandlung gestanden. Die Ziele der Therapien seien in der Schmerzlinderung, **Mobilitätssteigerung**, Verbesserung der Gangstörungen und **damit verbunden auch** eine Verlängerung der Gehstrecke gewesen. Folgende Therapien seien durchgeführt worden: Thermalbad, individuelle Bewegungstherapie inklusive Instruktion eines angepassten Heimprogrammes, Laufbandtraining, **Wassergymnastik** einzeln und Fahrradergometer. Passive physikalische Therapien hatten Fangopackung mit Teilmassage **umfasst**. Der Patient habe die obgenannten Therapien gut durchführen können und er habe **motiviert** daran **teilgenommen**. Bei der **Austrittsuntersuchung** berichte er über eine spürbare Besserung der **nuchalen** Schmerzen und **auch** eine **leichte** Kräftigung der Muskulatur. **Durch** die vielen Therapien sei er allgemein erschöpft, aber **zufrieden** mit **dem merklich** gebesserten Allgemeinzustand. Es sei ihm geraten worden, das instruierte Heimprogramm mit **funktionellen** Bewegungsübungen zu Hause regelmässig **weiterzuführen**. Man sei der Auffassung, dass aufgrund der weiteren Progredienz der Gangstörungen, welche zu einer Einschränkung der Lebensqualität führe, eine weitere jährliche stationäre Rehabilitation indiziert wäre, mit **dem** Ziel der Verbesserung der **Paraspastik** und der Beinmuskulaturkräftigung und Verbesserung der Gehstrecke (KB 3a).

4. a) Dem Einwand des Klägers, Dr. W habe ihm eine **stationäre** Rehabilitationsbehandlung im Rehasentrum Leukerbad **ver-**schrieben und eine nur ambulante Behandlung sei ihm nicht **zu-**zumuten, ist in Übereinstimmung mit der Auffassung der Beklagten bzw. ihres Vertrauensarztes entgegenzuhalten, dass die von ihm erzielten Fortschritte **auch** mit einer Badekur im Rahmen einer ambulanten oder teilstationären Behandlung hätten erzielt werden können, da er ausschliesslich physiotherapeutisch (**Ther-**malbad, individuelle Bewegungstherapie, Laufbandtraining, **Was-**sergymnastik, Fahrradergometer, Fangopackung mit **Teilmas-**sage) behandelt wurde (vgl. **Erw. Ziff. 3d** hievor). Wie der **Ver-**trauensarzt der Beklagten zu Recht ausführt, war der Kläger **beim** Eintritt in das Rehasentrum Leukerbad auf keinerlei pflegerische Massnahmen angewiesen. Ebenso wenig bestand die **Notwen-**digkeit einer ärztlichen Überwachung. Gemäss dem vorliegenden Eintrittsbefund war der 78-jährige Patient in einem guten All-**gemein-** und Ernährungszustand, der Blutdruck und der **Puls wa-**ren normal und der internistische Status – mit Ausnahme eines Herzgeräuschs über **allen** Klappen – unauffällig. Ausserdem **musste** er keine Medikamente einnehmen (vgl. **KB 3a**). **Nach** den oben wiedergegebenen ärztlichen Angaben steht klar ein **schwän-**kendes Gangbild mit zwei Gehstöcken im Vordergrund, welches physiotherapeutisch erfolgreich behandelt wurde. **Diese Behand-**lung hatte somit **auch** im Rahmen einer Badekur inkl. ambulanter Behandlung durchgeführt werden können, wie sie von der Beklagten am 23. Juli 2002 aus der **KP zuge-**sprochen worden war. Es ist ihr beizupflichten, dass ein **dreiwö-**chiger stationärer Aufenthalt im Rehasentrum Leukerbad für die zweckmässige Behandlung des Klägers nicht erforderlich war.
- b) Der Auffassung der Ärzte des Rehasentrums Leukerbad, Dres. med. K und S, wonach eine ambulante bzw. **teilstatio-**näre Rehabilitation nicht vertretbar bzw. eine weitere jährliche stationäre Rehabilitation indiziert wäre, kann aufgrund ihrer **übri-**gen Angaben in den vorliegenden Arztberichten nicht gefolgt

werden. Eine stationäre Behandlung wird von ihnen **ausschliesslich** mit der Progredienz der bestehenden Gang- bzw. Gehstörung begründet. Es **gilt jedoch** zu beachten, dass der **Kläger** beim Eintritt in die Rehabilitationsklinik selbstständig war. Dr. W, welcher den Kläger beim Rehazentrum Leukerbad für einen **dreiwochigen** stationären Aufenthalt anmeldete, hielt in seinem **Bericht vom 10. Juli 2002** fest, "der zwischenzeitliche Verlauf war bezüglich der **Gangbeschwerden/Gangunsicherheit** etwas **wechselnd**, in letzter Zeit subjektiv wieder deutlich **sich verschlechternd**. Der Patient geht zur Zeit mit Hilfe von zwei **Spazierstöcken**". Aufgrund dieser Angaben kann nicht gesagt werden, ein stationärer Klinikaufenthalt sei medizinisch indiziert gewesen. Der Beklagten ist vielmehr beizupflichten, dass es wohl eher dem Wunsch des Klägers entsprach, eine erneute stationäre **Behandlung im Rehazentrum Leukerbad** durchführen zu können, wie dies von Dr. W in seinem Bericht vom 10. Juli 2002 denn **auch** entsprechend formuliert wurde (vgl. KAB 2 und 3). Ausserdem bestätigte Dr. K in seinem Bericht vom 2. Oktober 2002, die Verschlechterung der Gangstörung sei im Zusammenhang mit der Visusverminderung zu sehen (vgl. Erw. Ziff. **3c** hievov), weshalb **u.a. auch** die Behandlung des **grauen Stars** in einer Augenklinik eine geeignete Behandlungsmassnahme wäre. Auch **durch diese** Aussage wird die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts **im Rehazentrum Leukerbad** relativiert. Es **darf** in diesem **Zusammenhang** im Übrigen **auch** erwähnt werden, dass es **sich** bei den Ärzten, welche einen stationären Klinikaufenthalt als medizinisch indiziert betrachten (Dres. med. K und S), um Angestellte des Rehazentrums Leukerbad handelt, was auf eine eher **grosszügige** Befürwortung der Notwendigkeit eines stationären **Rehabilitationsbedarfs** schliessen lässt.

- c) **Nach** dem Gesagten erweist **sich** der stationäre Klinikaufenthalt des Klägers im Rehazentrum Leukerbad im Zeitraum vom 23. September bis 12. Oktober 2002 als unwirtschaftlich **im Sinne** von Art. 15.2 der AVB zur "Sp", weshalb die

Ablehnung der Kostengutsprache aus der "Sp"  
bzw. die Vergütung der Kosten einer Badekur inkl. ambulan-  
ter **Behandlung** im Rahmen der "Kp"  
gemäss den Schreiben der Beklagten vom 23. Juli sowie 14. Au-  
gust 2002 nicht zu beanstanden ist. Daran ändert der Umstand  
nichts, dass aus der obligatorischen Krankenversicherung (Versi-  
cherer: Z) für den fraglichen stationären Klinikaufenthalt  
offenbar Leistungen erbracht wurden. Demgemäss erweist **sich**  
die Klage als unbegründet und ist abzuweisen.

5. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 47 Abs. 3 VAG). Ausgangsgemäss  
besteht kein Anspruch des Klägers auf eine Parteientschädigung zu  
Lasten der Beklagten.

Demgemäss wird

**e r k a n n t :**

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Zustellung an: - die Parteien  
- das Bundesamt für Privatversicherungswesen

Aarau, 16. Dezember 2003

Im Namen des Versicherungsgerichts

4. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:



A handwritten signature in black ink, appearing to be "A. K. Müller", is written over the text "Der Gerichtsschreiber:".

**Rechtsmittelbelehrung** für die Berufung (Art. 43 OG)

Gegen das vorstehende Urteil kann innert 30 Tagen, vom Eingang der schriftlichen Mitteilung des Entscheides an gerechnet, die Berufung an das Schweizerische Bundesgericht erklärt werden.

Die Berufung ist schriftlich im Doppel bei der **Präsidentin** der 4. Kammer des **Aargauischen** Versicherungsgerichts einzulegen.

Die Berufungsschrift muss ausser der Bezeichnung des angefochtenen Entscheides und der Partei, gegen welche Berufung gerichtet wird, die genauen Angaben, welche **Punkte** des Entscheides angefochten und welche Abänderungen beantragt werden, sowie die Begründung der **Anträge** enthalten (Art. 55 OG).