

Nach Tarif 2AS werden bei ambulanten Heilbehandlungen bis zu € 4.050 pro Jahr ersetzt. „Leistet die gesetzliche Krankenversicherung Kostenersatz (Voreinreichung), so werden 100% der Kosten abzüglich der Vergütung durch die gesetzliche Krankenversicherung ersetzt. Die Kosten werden zu 80% vergütet, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt.“ (Polizzen vom 25.1.2010 und 2.12.2017)

Der Versicherer erstattete dieser und anderen Versicherungsnehmern seit Bestehen des Versicherungsvertrages 80% der Kosten, wenn keine Einreichung bei der Krankenkasse erfolgte.

Mit Schreiben vom 7.6.2018 informierte die Antragsgegnerin die Antragstellerin über die Einreichungsmodalitäten bei der gesetzlichen Krankenkasse und hielt weiters fest:

„Keine Voreinreichung

Reichen Sie die Rechnungen bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse nicht ein, so sind wir grundsätzlich nicht zu einer Leistung verpflichtet! Für nicht bei der gesetzlichen Krankenkasse eingereichte ambulante Rechnungen, die uns ab 1.7.2018 zugehen, leisten wir bis auf weiteres entgegenkommenderweise einen Kostenersatz von 70% des Rechnungsbetrages.“

Dagegen richtet sich der von der Fachgruppe XXXXXXXXXXXXX als Grundsatzfrage eingereichte Schlichtungsantrag vom 26.6.2018. Zu klären sei die Frage, ob die Kürzung von 80% auf 70% bei Nichteinreichung bei der gesetzlichen Krankenkasse gerechtfertigt ist.

Die Antragsgegnerin teilte mit Schreiben vom 17.7.2018 mit, sich am Schlichtungsverfahren nicht zu beteiligen.

Rechtlich folgt:

Der Versicherungsvertrag ist ein Konsensualvertrag, der formfrei geschlossen werden kann. Wie alle Geschäftsbedingungen werden auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Umfang Vertragsbestandteil, in dem sie vereinbart worden sind (vgl E des OGH vom 21.4.2004, 7 Ob 315/03d; RS0117649; vgl u.a. RSS-0015-14=RSS-E 20/14).

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass eine einseitige Vertragsänderung durch den Versicherer in der Krankenversicherung nur innerhalb der Schranken des § 178f VersVG zulässig ist.

Der Versicherer stützt sich bei seiner Leistungskürzung von 80% auf 70% bei nicht erfolgter Einreichung bei der gesetzlichen Krankenkasse nicht auf einen der Tatbestände des § 178f Abs 2 VersVG.

Im Sinne einer allseitigen rechtlichen Prüfung sind weiters folgende rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen:

Der dem § 863 ABGB zugrunde liegende Vertrauensschutz kommt nach der Rechtsprechung dann zum Tragen, wenn das Verhalten des Vertragspartners nicht nur objektiv den Schluss auf einen bestimmten rechtsgeschäftlichen Willen zulässt, sondern wenn auch der andere tatsächlich vertraut hat. Wesentlich für ein konkludentes Verhalten eines Vertragspartners ist nach Ansicht der Schlichtungskommission jene Sicht, wie sie der durchschnittliche Versicherungsnehmer hatte oder haben konnte (vgl Rechtsprechung zur betrieblichen Übung durch jahrelange Gewährung einer Leistung, RS0014543).

Diese genannte Rechtsprechung ist auch auf das vorliegende Vertragsverhältnis anzuwenden, weil das Versicherungsverhältnis in besonderem Maß vom Grundsatz von Treu und Glauben beherrscht wird (vgl RS0018055).

Wendet man diese Kriterien der Rechtsprechung auf den vorliegenden Sachverhalt an, dann ist der Antragstellervertreterin beizupflichten, dass die einseitige Kürzung der Leistung bei Nichteinreichung auf 70% nicht vertragskonform ist.

Soweit die Antragsgegnerin in ihrem Schreiben mitteilt, bei Nichteinreichung bei der gesetzlichen Krankenkasse nicht zur Leistung verpflichtet zu sein und nur „entgegenkommenderweise“ einen Kostenersatz leiste, so ist ihr entgegenzuhalten, dass der Wortlaut der Polizza „Die Kosten werden zu 80% vergütet, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt.“ nicht darauf abstellt, aus welchem Grund die gesetzliche Krankenversicherung nicht leistet. Eine Berufung auf eine vertragliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers, vorab eine Einreichung bei der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen, um überhaupt Versicherungsschutz zu erhalten, ist schon aufgrund der bisherigen vorbehaltlosen Leistung aus den oben dargelegten Gründen nicht angebracht.

Sofern in der Einreichung bei der gesetzlichen Krankenversicherung eine Obliegenheit iSd § 11 B) 4) b) erblickt werden könnte, wäre zu bemerken, dass sich die Verhaltensregeln offensichtlich auf das Verhalten der versicherten Person in medizinischer Sicht beziehen, nicht aber auf Abrechnungsmodalitäten.

Es war daher spruchgemäß zu empfehlen.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Hellwagner eh.

Wien, am 13. September 2018