

RSS-0099-24-14
 = RSS-E 19/25

Empfehlung der Schlichtungskommission vom 20.2.2025

Vorsitzende	Univ. Prof. Dr. Sonja Bydlinski, MBA
Beratende Mitglieder	KommR Helmut Bauer Akad. Vkm. Andreas Büttner Mag. Daniela Schenett
Schriftführer	Mag. Christian Wetzelsberger

Antragsteller	(anonymisiert)	Versicherungs- nehmer
vertreten durch	(anonymisiert)	Versicherungs- makler
Antragsgegnerin	(anonymisiert)	Versicherer
vertreten durch	-----	

Spruch

Der antragsgegnerischen Versicherung wird die Zahlung von weiteren 33.151,14 EUR aus dem Krankenversicherungsvertrag zur Polizzennr. (anonymisiert) empfohlen. Der Antrag wird hinsichtlich der Zahlung von weiteren 9.547,44 EUR abgewiesen.

Begründung

Der Antragsteller hat bei der antragsgegnerischen Versicherung einen Krankenversicherungsvertrag zur Polizzennr. (anonymisiert) abgeschlossen. Versicherungsschutz besteht für den Antragsteller gemäß den Bedingungen des Tarifs QHGX G 9/2024, deren Punkt I. auszugsweise lautet:

„I. Stationärer Bereich

I.1. Stationäre Heilbehandlung

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Krankenhausaufenthalte wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung in folgendem Umfang: (...)

I.1.2. Kostendeckungsgarantie in Europa

Bei Aufhalten in der Sonderklasse Zweibettzimmer eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in einem auf der „Europaliste“ angeführten Staaten werden die Kosten

abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung in direkter Verrechnung übernommen.

1.1.3. Weltweite Kostendeckungsgarantie für geplante stationäre Behandlungen

Ist eine stationäre Behandlung aufgrund des üblichen medizinisch anerkannten Standards in Österreich nicht möglich, werden die Kosten einschließlich der Aufwendungen für die Hin- und Rückreise abzüglich allfälliger Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung weltweit übernommen. Voraussetzung ist, dass vorher UNIQA kontaktiert wird und durch diese die Abwicklung des Versicherungsfalles erfolgt.

1.1.4. Kostenersatz in allen anderen Fällen

Bei Aufenthalt in der Sonderklasse Zweibettzimmer (...)

In privaten Krankenhäusern im europäischen Ausland (...)

Weiters vereinbart sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung (AVB), deren Pkt. 1 auszugsweise lautet:

„1.1.a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. (...)

1.2. Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.(...)“

Der Antragsteller ließ am 29.8.2024, nachdem er nach eigenen Angaben bereits längere Zeit wegen eines Prostatakarzinoms behandelt worden war, eine Biopsie in der Privatklinik (*anonymisiert*) durchführen. Nach einer Befundbesprechung am 3.9.2024 wurde die fortgeschrittene Entwicklung des Karzinoms für den Antragsteller deutlich, es folgten weitere Untersuchungen in (*anonymisiert*).

Für den 9.10.2024 wurde ein Operationstermin für eine Prostataektomie im (*anonymisiert*) vereinbart. Parallel dazu hat der Antragsteller nach alternativen Behandlungsmethoden gesucht. Er ließ in der (*anonymisiert*) Privatklinik in (*anonymisiert*) (Deutschland) am 9.9.2024 eine MRT durchführen und wurde von 12.9. auf 13.9.2024 zwecks Durchführung einer „Priming-Behandlung der Prostata und Lymphknoten mit Docetaxel und Yervoy“ stationär aufgenommen. Die Kosten des letztgenannten stationären Aufenthaltes belaufen sich auf 12.742,38 EUR.

Am 16.9.2024 zeigte der Laborbefund eine signifikante Verbesserung des PSA-Wertes nach der Priming-Behandlung. Nach Angaben des Antragstellers sagte daraufhin die (*anonymisiert*) Privatklinik dem Antragsteller zu, ihn für weitere Behandlungen aufnehmen zu wollen. Der Antragsteller ersuchte die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 17.9.2024 um Deckungszusage für die Behandlung in der (*anonymisiert*) Privatklinik. Eine sofortige Behandlung sei aufgrund des Fortschrittes des Prostatakarzinoms notwendig.

Trotz regelmäßiger telefonischer Nachfrage bei der Antragsgegnerin gab diese unmittelbar keine Deckungszusage ab. Der Antragsteller wurde in der (anonymisiert) Privatklinik von 19.9. bis 21.9.2024 stationär aufgenommen, dabei wurde eine sogenannte Elektrochemotherapie durchgeführt. Die Kosten dieses Aufenthaltes belaufen sich auf 37.360,05 EUR. Für beide Aufenthalte ersetzte die ÖGK jeweils 399,97 EUR pro Behandlungstag, somit insgesamt 1999,85 EUR.

In weiterer Folge reichte der Antragsteller die beiden Rechnungen, diverse weitere Befunde, Abrechnungen mit der ÖGK u. dgl. bei der Antragsgegnerin ein.

Mit Schreiben vom 12.12.2024 teilte schließlich die Antragsgegnerin mit, dass von den beiden Rechnungen nur 2.395 EUR bzw. 3.009 EUR vergütet werden. Die Abrechnung erfolge nach den tariflichen Einzelleistungen gemäß Pkt. I.1.4 (Kostenersatz in allen anderen Fällen und Punkt 2 (1-Bett-Zimmer)) des ebenfalls abgeschlossenen Tarifs Q LX 9 2024.

Weiters führte die Antragsgegnerin aus:

„(...)Eine Abrechnung nach Punkt I.1.3 weltweite Kostendeckungsgarantie für geplante stationäre Behandlung ist aus folgenden Gründen nicht möglich.

- Die in der (anonymisiert) Privatklinik durchgeführte Kombination der Elektrotherapie mit einem beim Prostatakarzinom noch nicht etablierten Antikörper stellt keine wissenschaftlich anerkannte Methode dar.*
- Eine Abrechnung nach Punkt I.1.3 ist auch deshalb nicht möglich, weil die üblichen anerkannten Methoden auch in Österreich möglich sind (z.B. Operation mit da Vinci Roboter, Hormontherapie, etc.)*
- Die Anfrage ist erstmals am 17.9.2024 bei uns eingelangt, also nach Beginn der Behandlung/Untersuchung (12.9.2024) in Deutschland und der Versicherungsfall ist nicht von uns abgewickelt worden.(...)“*

Dagegen richtet sich der Schlichtungsantrag vom 18.12.2024.

Die Antragsgegnerin teilte mit Schreiben vom 10.1.2025 mit, am Schlichtungsverfahren nicht teilzunehmen. Daher ist gemäß Pkt. 4.3 der Satzung der von der Antragstellerin geschilderte Sachverhalt der Empfehlung zugrunde zu legen. Die Schlichtungskommission ist jedoch in ihrer rechtlichen Beurteilung frei.

Der Antragsteller übermittelte mit Schreiben vom 31.1.2025 noch eine ergänzende Stellungnahme, die insbesondere auf die drei von der Antragsgegnerin vorgebrachten Ablehnungsgründe wie folgt eingeht:

(...)Die Begründung, dass es sich bei der in der (anonymisiert) Privatklinik durchgeführten Kombination der Elektrotherapie mit einem beim Prostatakarzinom noch nicht etablierten Antikörper nicht um eine wissenschaftlich anerkannte Methode handeln würde, ist falsch. Herr (anonymisiert) - Geschäftsführer/Senior Vice President (anonymisiert) Privatklinik, bestätigt in dem an mich gerichteten Schreiben „Stationäre Behandlung in der (anonymisiert) Privatklinik im Zeitraum vom 12. bis 13.09.2024“ vom 14.01.2025, dass diese Methode offiziell anerkannt ist. (...)

Die Begründung, dass die DaVinci-Operation und die Hormontherapie als Behandlung in Österreich angewendet werden könnten, ist falsch. Dies wurde von (anonymisiert) auch im (anonymisiert) tätig, im Arztbrief - Synopsis vom 28.01.2025 bekräftigt, dass aufgrund der Fernmetastasierung eine operative Sanierung nicht indiziert ist, da diese lebensbedrohlich ist. Des Weiteren wird im selben Arztbrief bestätigt, dass eine Chemo-Hormonalen-Therapie aufgrund der nicht typischen Befundkonstellation nicht vorhergesagt werden. (sic!) (...)

Aufgrund der vorliegenden Diagnosen muss verdeutlicht werden, dass eine erfolgreiche Behandlung des Prostatakarzinoms nur mit irreversibler Elektroporation in Verbindung mit Elektrochemotherapie und weiterführender Immunotherapie möglich ist. Diese Kombination wird in keiner medizinischen Einrichtung in Österreich angeboten.(...)

Die Elektrochemotherapie musste am 20.09.2024 durchgeführt werden, da eine lebensgefährliche Situation bestand. Die Einreichung der Deckungszusage vor dem 17.09.2024 war nicht möglich, da die Ergebnisse der Vorbehandlung mit Docetaxel und Yervoy (am 13.09.2024) noch nicht bekannt waren, ob die Behandlung erfolgreich sein wird und ob ich von der Vitus Klinik als Patient aufgenommen werde. Diese Behandlung war eine notwendige Vorstufe zur Elektrochemotherapie. Erst am 16.09.2024 zeigten Laborergebnisse eine deutliche Verbesserung des PSA-Werts von 18,1 ng/ml (19.08.2024) auf 8,09 ng/ml, was eine positive Reaktion auf die Therapie belegte. Meine Aufnahme in die (anonymisiert) Klinik wurde erst am 17.09.2024 bestätigt (...) Dieser Fall konnte nicht über die (anonymisiert) abgewickelt werden, da wir die Deckungszusage am 17.09.2024 versandt haben und die Antwort erst nach fast drei Wochen, am 03.10.2024, erfolgte.(...)“

Rechtlich folgt:

Nach ständiger Rechtsprechung sind allgemeine Vertragsbedingungen so auszulegen, wie sie sich einem durchschnittlichen Angehörigen aus dem angesprochenen Adressatenkreis erschließen. Auch Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nach den Grundsätzen der Vertragsauslegung (§§ 914, 915 ABGB) auszulegen, und zwar orientiert am Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers. Ihre Klauseln sind, wenn sie nicht auch Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen (vgl RS0050063). Dabei ist der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung zu berücksichtigen (RS0008901). Unklarheiten gehen zu Lasten der Partei, von der die Formulare stammen, das heißt im Regelfall zu Lasten des Versicherers (vgl RS0050063), der erkennbare Zweck einer Bestimmung muss aber stets beachtet werden (RS0112256).

Die allgemeine Umschreibung des versicherten Risikos erfolgt durch die primäre Risikobegrenzung. Durch sie wird in grundsätzlicher Weise festgelegt, welche Interessen gegen welche Gefahren und für welchen Bedarf versichert sind. Auf der zweiten Ebene (sekundäre Risikobegrenzung) kann durch einen Risikoausschluss ein Stück des von der primären Risikoabgrenzung erfassten Deckungsumfangs ausgenommen und für nicht versichert erklärt werden. Der Zweck liegt darin, dass ein für den Versicherer nicht

überschaubares und kalkulierbares Teilrisiko ausgenommen und eine sichere Kalkulation der Prämie ermöglicht werden soll. Mit dem Risikoausschluss begrenzt also der Versicherer von vornherein den Versicherungsschutz, ein bestimmter Gefahrenumstand wird von Anfang an von der versicherten Gefahr ausgenommen (vgl RS0080166).

Wendet man diese Kriterien der Rechtsprechung auf den der Empfehlung zugrunde liegenden Sachverhalt an, so ist in der Bestimmung des Pkt. I 1.3 des Tarifs QHGX G 9/2024 eine primäre Risikobegrenzung zu erblicken, die den Versicherungsschutz für geplante stationäre Behandlungen im Ausland an das Vorliegen von zwei Voraussetzungen knüpft: einerseits, dass eine stationäre Behandlung aufgrund des üblichen medizinisch anerkannten Standards in Österreich nicht möglich ist, andererseits, dass vor dem Aufenthalt die Antragsgegnerin kontaktiert wird und diese die Abwicklung durchführt.

Weiters ist gemäß Pkt. 1.2. der AVB Voraussetzung für die Deckung von Heilbehandlungen, dass diese nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

Die Antragsgegnerin stützt ihre Deckungsablehnung darauf, dass diese drei Voraussetzungen der Deckung im vorliegenden Fall nicht gegeben seien. Dem ist das Vorbringen des Antragstellers entgegen zu halten, dass es sich einerseits bei einer Elektrotherapie mit einem Antikörper um eine offiziell anerkannte Methode handle, andererseits die in Österreich verfügbaren Methoden aufgrund der fortschreitenden Entwicklung des Karzinoms nicht mehr möglich gewesen seien.

Aufgrund der Nichtbeteiligung der Antragsgegnerin am Schlichtungsverfahren ist von der Richtigkeit dieser Behauptungen des Antragstellers auszugehen. Es ist dabei jedoch festzuhalten, dass in einem allfälligen streitigen Verfahren der Antragsteller für diejenigen Tatbestände, die die positive Deckungsbeschreibung erfüllen, beweispflichtig ist, somit ihn die Beweislast für die Richtigkeit dieser Behauptungen trifft.

Hinsichtlich der Anzeige des geplanten Aufenthaltes an die Antragsgegnerin vor Behandlungsbeginn liegt jedoch keine objektive Risikobeschränkung vor, sondern vielmehr eine verhüllte Obliegenheit.

Während bei der Risikoabgrenzung von Anfang an ein bestimmter Gefahrenumstand von der versicherten Gefahr ausgenommen wird, ohne dass es dabei auf ein schuldhaftes, pflichtwidriges Verhalten des Versicherungsnehmers ankäme, fordern Obliegenheiten gewisse Verhaltensweisen des Versicherungsnehmers und knüpfen daran bestimmte Rechtsfolgen nur für ihre willkürliche und schuldhafte Verletzung (RIS-Justiz RS0080166; 7 Ob 24/93 = SZ 67/49). Enthalten Versicherungsbedingungen eine Verhaltensanordnung, die ihrem Inhalt nach eine Obliegenheit ist, muss sie im Hinblick auf die Unabdingbarkeitsbestimmung des § 15a VersVG auch dann nach § 6 VersVG beurteilt werden, wenn sie als Risikoausschluss konstruiert ist (RIS-Justiz RS0080144). Entscheidend ist, ob die zu prüfende Versicherungsklausel eine individualisierende Beschreibung eines bestimmten Wagnisses enthält, für das allein der Versicherer Schutz gewähren will, oder ob sie in erster

Linie ein bestimmtes vorbeugendes Verhalten des Versicherungsnehmers verlangt, von dem es abhängt, ob er einen zugesagten Versicherungsschutz erhält oder verliert; steht ein solches Verhalten im Vordergrund und tritt es nicht hinter objektiven Voraussetzungen wie zum Beispiel dem Versicherungsort oder dem Zustand der versicherten Sache zurück, so liegt eine Obliegenheit vor (7 Ob 70/03z; RIS-Justiz RS0080168; RS0103965).

Nach Ansicht der Schlichtungskommission stellt die zitierte Klausel eine verhüllte Obliegenheit dar. Bejaht man dies, ist gegenständliche Klausel nach § 6 Abs 3 VersVG zu beurteilen, dh. die Antragsgegnerin könnte den Rechtsschutz nur dann verweigern, wenn die verspätete Meldung der geplanten Behandlung durch den Antragsteller vorsätzlich oder grob fahrlässig ist. Die Beweislast für das Nichtvorliegen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit trifft den Antragsteller (vgl RS0079970).

Hinsichtlich des ersten Aufenthalts in der (*anonymisiert*) Privatklinik liegt in objektiver Hinsicht eine Obliegenheitsverletzung vor. Der Antragsteller bringt keinerlei Umstände vor, weshalb ihn kein oder nur leichtes Verschulden daran trifft, dass er vor der stationären Aufnahme am 12.9.2024 den Versicherer nicht vom Aufenthalt verständigen konnte. Ebenso bringt er keine Gründe vor, die eine Beurteilung zulassen würden, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

Hinsichtlich des zweiten Aufenthaltes liegt dagegen nach dem der Empfehlung zugrunde zu liegenden Sachverhalt keine Obliegenheitsverletzung vor. Die Meldung an die Antragstellerin erfolgte vor dem Aufenthalt und unmittelbar, nachdem die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der geplanten Behandlung ärztlich festgestellt worden war. Dass die Antragsgegnerin dennoch den Versicherungsfall nicht „abwickelte“, ist dem Antragsteller nicht vorwerfbar.

Es war daher spruchgemäß zu empfehlen.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Bydlinski eh.

Wien, am 20. Februar 2025