

RSS-0088-24-12
 = RSS-E 5/25

Empfehlung der Schlichtungskommission vom 22.1.2025

Vorsitzender	Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner
Beratende Mitglieder	KommR Dr. Gerold Holzer Marc Zickbauer Dr. Roland Koppler, MBA
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 13.034,97 EUR aus der Krankenversicherung zur Polizzennr. (anonymisiert) empfohlen.

Begründung

Der Antragsteller hat bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Krankenversicherung zur Polizzennr. (anonymisiert) abgeschlossen. Vereinbart sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung, Fassung 1999, welche auszugsweise lauten:

„B. Leistungen für stationäre Heilbehandlung

5.8 Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet

sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert. Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten begründet ist.

5.9.a) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Punktes 5.8. werden in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs und in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten),

- die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten,
 - in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden,
 - in denen Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufgenommen werden,
- Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat.

5.10. Kein Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte:

in Anstalten (einschließlich deren Krankenabteilungen) oder Abteilungen von Anstalten:

- die vornehmlich auf Rehabilitation ausgerichtet sind,
- für Alkohol- und Drogenabhängige,
- für geistig abnorme Rechtsbrecher,
- für chronisch Kranke,
- zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege, sowie in
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres,
- Inquisitenspitälern (oder Inquisitenabteilungen),
- selbständig geführten Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht),
- Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen,
- Tag- und Nachtkliniken. (...)“

Der Antragsteller befand sich von 26.6. bis 29.7.2023 in stationärer Behandlung im Privatklinikum (*anonymisiert*), dafür fielen Kosten iHv 13.034,97 EUR an. Er reichte die Behandlungsrechnung am 9.8.2023 bei der Antragsgegnerin ein. Diese lehnte mit Schreiben vom 11.9.2023 die Deckung mit der Begründung ab, gemäß Pkt. 5.10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestünde für Aufenthalte in dieser Privatklinik kein Versicherungsschutz.

Die Antragstellervertreterin brachte daraufhin mit Schreiben vom 21.9.2023 vor, das Privatklinikum (*anonymisiert*) sei nach deren eigener Darstellung ein „Akutkrankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und falle nicht in den Katalog des Pkt. 5.10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Daraufhin teilte die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 24.10.2023 mit, es bestehe kein Versicherungsschutz, weil die im Privatklinikum (*anonymisiert*) angewandten

Behandlungsmethoden gezielt auf bestimmte Krankheitsbilder - nämlich auf psychiatrische Erkrankungen - ausgerichtet seien.

Der Rechtsfreund des Antragstellers, (*anonymisiert*), widersprach mit Schreiben an die Antragsgegnerin vom 20.8.2024 dieser Begründung. Die Klausel des Pkt. 5.8. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen „nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet“ dürfe nicht so verstanden werden, dass es sich um einen generellen Deckungsausschluss für jede medizinische Behandlung in, auf bestimmte Krankheiten spezialisierte, Sonderkrankenanstalten handle. Maßgebend sei, ob die konkrete Klinik auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränkt ist.

Da die Antragsgegnerin an ihrer Deckungsablehnung festhielt, brachte die Antragstellervertreterin am 14.11.2024 den gegenständlichen Schlichtungsantrag ein.

Die Antragsgegnerin teilte mit Schreiben vom 28.11.2024 bzw. 4.12.2024 mit, sich am Schlichtungsverfahren nicht zu beteiligen. 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.

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).

Im vorliegenden Fall ist Voraussetzung für die Erfüllung der positiven Deckungsbeschreibung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dass ein medizinisch notwendiger stationärer

Aufenthalt in einer Krankenanstalt vorliegt, die „nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet ist“.

Der Rechtsfreund des Antragstellers verweist in diesem Zusammenhang auf die Entscheidung des OGH 7 Ob 71/09f, die sich mit einer vergleichbaren Formulierung („Krankenanstalten, die sich „auf bestimmte Behandlungsmethoden beschränken“) beschäftigte. Im dortigen Fall wurde die Deckung für einen Aufenthalt in einer Herz-Kreislauf-Sonderkrankenanstalt bejaht, da auch nicht festgestellt werden konnte, dass sich diese Anstalt auf bestimmte Behandlungsmethoden beschränke.

Eine - undifferenzierte - Gleichsetzung von Krankenanstalten, die auf bestimmte Erkrankungen spezialisiert sind, mit solchen, die sich (wie in § 19 Abs 1 Satz 1 AVB für den Ausschluss von der dort definierten Krankenhauseigenschaft gefordert) „auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken“, habe nicht stattzufinden. Es sei vielmehr an der Rechtsprechung zu dieser Bestimmung der AVB festzuhalten, wonach es bei der Verpflichtung der Versicherung zur Leistung eines Taggelds [gerade] nicht auf die Art der Erkrankung des Versicherungsnehmers ankomme, sondern nur auf die Art der Anstalt, in der die Erkrankung behandelt wurde; schließe doch § 19 Abs 1 AVB die Leistung eines Taggelds ausdrücklich für Aufenthalte in bestimmten Krankenanstalten aus, während von bestimmten Erkrankungen in dieser Bestimmung keine Rede sei.

Gleiches gilt hier für die Bestimmungen der Pkt. 5.8 bis 5.10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Laut den öffentlich abrufbaren Informationen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz handelt es sich bei dem Klinikum (*anonymisiert*) um eine Sonder-Krankenanstalt zur psychosomatischen Versorgung iSd Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG). An der gleichen Adresse befindet sich weiters mit der Privatklinik für psychosomatische Therapie, das als Sanatorium iSd KAKuG gilt.

Nach den Angaben des Antragstellers, die der Empfehlung zugrunde zu legen sind, fand sein Aufenthalt im Klinikum (*anonymisiert*) statt und somit in einer gemäß Pkt. 5.8 versicherten Krankenanstalt. Die Voraussetzung für die Anwendung des Pkt. 5.9, wonach Leistungen nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erbracht werden, wenn in der Anstalt neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, liegt nach dem vorliegenden Sachverhalt nicht vor.

Es war daher spruchgemäß zu empfehlen.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Hellwagner eh.

Wien, am 22. Jänner 2025