

RSS-0080-17-11

= RSS-E 6/18

Die Schlichtungskommission des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten Österreichs hat durch seinen Vorsitzenden Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner unter Beiziehung der beratenden Mitglieder KR Akad. Vkmf. Kurt Dolezal, Oliver Fichta, KR Dr. Elisabeth Schörg und Peter Huhndorf sowie unter Anwesenheit des Schriftführers Mag. Christian Wetzberger in seiner nichtöffentlichen Sitzung vom 8. Februar 2018 in der Schlichtungssache XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, gegen XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, beschlossen:

Der Antrag, der antragsgegnerischen Versicherung die Fortführung der Krankenversicherung zur Polizzennr. XXXXXXXXXXXX zu den Konditionen vom 31.12.2014 zu empfehlen, wird zurückgewiesen.

Begründung:

Der Antragsteller hat im Jahr 1996 bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Krankenversicherung zur Polizzennr. XXXXXXXXX abgeschlossen. Bei dieser Versicherung war eine jährliche Anpassung gemäß § 178f VersVG vereinbart. Im versicherten Tarif werden die Kosten von Heilbehandlungen zu 80% ersetzt.

Der Antragsteller widersprach mit Schreiben vom 16.12.2014 einer weiteren Prämienanpassung. Es ist strittig, wann die Antragsgegnerin den Antragsteller über die aus diesem Grund erfolgte Leistungsanpassung informiert hat. Sie rechnete in weiterer Folge in den Jahren 2015 und 2016 einzelne

Heilbehandlungen mit einem Selbstbehalt von 20%, einzelne mit einem Selbstbehalt von 30% ab.

Im Laufe des Jahres 2017 bemerkte der Antragsteller, dass Heilbehandlungen nur mehr zu 70% ersetzt werden, und forderte eine Änderungspolizze an.

Er widersprach in weiterer Folge der Abrechnung seiner Heilbehandlungen mit 70%. Bei Kündigung der Indexklausel erhöhe sich die jährliche Höchstleistung nicht weiter, nicht aber seien die einzelnen Leistungen zu kürzen.

Da die Antragsgegnerin auf der geänderten Abrechnungsmodalität bestand, brachte der Antragsteller am 13.11.2017 den gegenständlichen Schlichtungsantrag ein.

Die Antragsgegnerin nahm zu diesem mit Email vom 8.1.2018 wie folgt Stellung:

„ (...) Diese Anpassungen beruhen neben Änderungen der Lebenserwartung oder Änderungen im Gesundheitswesen vor allem auf Änderungen der Leistungen für das Versicherungskollektiv des Tarifes und zwar nicht nur auf Preisänderungen (Anpassung der Jahreshöchstleistungen), sondern auch auf einer kontinuierlichen Zunahme der Leistungen aus diesem Tarif (Ausschöpfungsgrad). Im Falle einer Anpassungsablehnung unterscheidet sich der gemäß § 178f (3) VersVG angebotene Ersatztarif daher vom aktuellen Tarif neben dem Einfrieren der Jahreshöchstleistungen auch durch einen reduzierten Vergütungssatz.

Wir haben Herrn XXXXXXXXXXXX bereits in der Anpassungspolizze vom 12.12.2014 darüber in Kenntnis gesetzt, dass sich bei Anpassungsablehnung der Selbstbehalt von 20 auf 30% erhöht.

Herr XXXXXXXXXXXXXXX hat uns per 16.12.2014 bekanntgegeben, dass er die Anpassung nicht wünscht. Wir haben in der Folge diese Anpassungsablehnung in unserem System erfasst und eine

Änderungspolizze mit dem Ersatztarif und entsprechend geänderter Leistungsübersicht an Herrn XXXXXXXXXXXXXXXX verschickt.

Durch einen internen Fehler wurden in den Jahren 2015 und 2016 trotz Anpassungsablehnung großteils weiter die höheren Leistungen (mit einem Selbstbehalt von nur 20%) ausbezahlt. Dieser Fehler wurde mit Anfang 2017 behoben, eine Rückforderung der zu viel ausbezahlten Leistungen erfolgte nicht, da der Fehler der zu hohen Leistungsauszahlungen in unserem Bereich lag.

Auf Wunsch wurde Herrn XXXXXXXXXXXXXXXX im September 2017 eine Duplikatspolizze ausgestellt, diese dokumentiert den seit 2015 unveränderten Leistungsumfang seiner Versicherung. (...) "

Der Antragsteller widersprach dem Vorbringen der Antragsgegnerin, mit der Änderungspolizze vom 12.12.2014 auf die Erhöhung des Selbstbehaltes von 20 auf 30% bei Widerspruch gegen die Prämienanpassung informiert worden zu sein.

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; RSS-0019-12=RSS-E 1/13 u.a.).

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nach Vertragsauslegungsgrundsätzen auszulegen. Die Auslegung hat sich daher im Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers zu orientieren. Es ist der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung zu berücksichtigen (vgl RSS-0014-14-8=RSS-E 19/14 u.a.).

§ 18 der Versicherungsbedingungen entspricht im Wesentlichen der gesetzlichen Bestimmung des § 178f VersVG. Dieser bietet dem

Versicherer die Möglichkeit, seine Prämie aufgrund gesetzlich definierter Parameter anzupassen. Dem Versicherungsnehmer ist auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

Es ist unstrittig, dass der Antragsteller mit seinem Schreiben vom 12.12.2014 der Prämienanpassung widersprochen hat. Strittig ist, ob bzw. zu welchem Zeitpunkt der Versicherer geänderte Leistungen dem Antragsteller angeboten hat. Diesbezüglich ist der Versicherer beweispflichtig, dass er dem Antragsteller die Vertragsanpassung tatsächlich angeboten hat. Gemäß Abs 4 leg cit ist die Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes erst ab dem der Erklärung folgenden Monatsersten wirksam.

Der Antragsteller bestreitet in rechtlicher Hinsicht, dass die Antragsgegnerin bei gleichbleibender Prämie zur Reduktion ihrer Leistungen berechtigt sei. Aus seiner Sicht entfalle bei Verzicht auf die Prämienanpassung (lediglich) auch die Anpassung der Jahreshöchstbeträge.

Was in diesem Zusammenhang unter einer „angemessenen geänderten Leistung“ zu verstehen ist, ist nach versicherungsmathematischen Grundsätzen zu bestimmen und ist somit eine Beweisfrage. Diese kann nur durch ein Sachverständigengutachten aus dem Bereich der Versicherungsmathematik geklärt werden, welches von der Schlichtungskommission satzungsgemäß nicht einzuholen ist.

Die Schwierigkeit besteht im vorliegenden Fall darin, dass es für die Art und Weise, in der die Leistungen geändert werden, im Lichte der Angemessenheit verschiedene Möglichkeiten geben kann; die Auswahl zwischen diesen räumt Abs 3 offenbar dem Versicherer im Rahmen des Änderungsangebots ein. Der Versicherungsnehmer entscheidet also über das „Ob“ der Vertragsänderung, der Versicherer über das „Wie“. Ist der Versicherer zu einer Änderung

des Vertrags bereit, besteht aber über die Angemessenheit der von ihm angebotenen Änderungen Streit, so ist eine gerichtliche Überprüfung seines Angebotes möglich (vgl. Schauer in Fenyves/Schauer, VersVG, § 178f Rz 33).

Der Schlichtungsantrag war daher gemäß Pkt. 5.3 lit f der Verfahrensordnung zurückzuweisen, da der Sachverhalt betreffend den Verfahrensgegenstand strittig ist und nur durch ein Beweisverfahren nach den Zivilverfahrensgesetzen geklärt werden kann.

In einem derartigen Verfahren wäre es Sache des Antragstellers, zu beweisen, dass die von der Antragsgegnerin vorgenommene Anpassung der Versicherungsleistungen nicht versicherungsmathematischen Grundsätzen entspricht.

Die Antragsgegnerin hätte dagegen zu beweisen, wann sie dem Antragsteller die geänderten Leistungen, insbesondere die Erhöhung des Selbstbehaltes von 20 auf 30 % angeboten hat. Bis zu diesem Zeitpunkt schuldet sie ihm grundsätzlich die Differenz von 70 auf 80% der geltend gemachten Kosten.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Hellwagner eh.

Wien, am 8. Februar 2018