



**II-12595 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode**

DER BUNDESMINISTER
FÜR JUSTIZ

7366/1-Pr 1/93

5737 /AB

1994 -02- 11

zu 5849 J

An den

Herrn Präsidenten des Nationalrates

Wien

zur Zahl 5849/J-NR/1993

Die Abgeordneten zum Nationalrat Edeltraud Gatterer und Kollegen haben an mich eine schriftliche Anfrage, betreffend Probleme im Bereich der privaten Krankenversicherungen, gerichtet und folgende Fragen gestellt:

- "1. Bis wann werden Sie eine Novelle des Versicherungsvertragsrechts dem Ministerrat zur Beschlußfassung vorlegen ?
2. Welche inhaltlichen Schwerpunkte wird diese Novelle enthalten ?
3. Welche konkrete Regelung hinsichtlich der Anpassungsformel für die Prämien an die laufenden Kostensteigerungen wird ins Auge gefaßt ?"

Ich beantworte diese Fragen wie folgt:

Zu 1:

Wie in der Anfragebeantwortung zu 5086/J-NR/1993 in Aussicht gestellt, habe ich - Mitte Dezember des vergangenen Jahres - den Entwurf einer umfassenden Novelle des Versicherungsvertragsgesetzes zur allgemeinen Begutachtung versendet. Das Ende der Begutachtungsfrist wurde mit dem 25.1.1994 festgesetzt. Es ist beabsichtigt, den Entwurf nach Einarbeitung der Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens und nach Abhaltung weiterer Verhandlungsrunden mit Vertretern der betroffenen Bevölkerungs- und Wirtschaftskreise im März oder April des heurigen Jahres dem Ministerrat zur Beschlußfassung vorzulegen. Nicht zuletzt wegen des bestehenden

PARL 7366 (Pr1)

Zeitdrucks auf Grund der dritten Generation von EU-Versicherungsrichtlinien soll das Parlament so rechtzeitig mit dem Entwurf befaßt werden, daß ein Inkrafttreten der neuen Bestimmungen zum 1.7.1994 (dem derzeit wahrscheinlichen Endtermin für die Umsetzung dieser Richtlinien) möglich ist.

Zu 2:

Vorausschicken möchte ich, daß die vorgeschlagene VersVG-Novelle weit über den Bereich der privaten Krankenversicherung hinausgeht. Sie soll insbesondere dem Wegfall der aufsichtsbehördlichen Genehmigung Allgemeiner Versicherungsbedingungen durch eine generelle Anhebung des Verbraucherschutzniveaus im Versicherungsvertragsrecht Rechnung tragen.

Im Bereich der Krankenversicherung soll vor allem das (der derzeitigen österreichischen Versicherungspraxis entsprechende) Konzept eines "lebenslangen" Vertragsverhältnisses verwirklicht und sohin das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen werden, dies unter dem Gesichtspunkt, daß es einem Versicherer nicht möglich sein soll, sich seines - aus welchen Gründen immer - krankheitsanfällig gewordenen Vertragspartners zu "entledigen" und ihm dadurch gerade dann den Versicherungsschutz zu entziehen, wenn ihn dieser am dringendsten benötigt.

Die laufende Anpassung des Krankenversicherungsvertrags an sich ändernde Verhältnisse soll durch die gesetzliche Festlegung der zulässigen Anpassungsfaktoren (bezüglich der Prämie also durch eine Konkretisierung des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG) auf eine sichere juristische Basis gestellt werden. Weiters wird im Entwurf die Einbindung eines Kurators der Versicherungsnehmer in das Anpassungsverfahren zur Diskussion gestellt. Dieser soll die Versicherungsnehmer bei Vertragsanpassungen dem Versicherer gegenüber vertreten. Soweit keine Einigung erzielt wird, hätte der Versicherer seinen Anpassungsanspruch durch Feststellungsklage (bei dem Gericht, das den Kurator bestellt hat) geltend zu machen. Ausdrücklich festgelegt soll werden, daß bloß vom Älterwerden des Versicherungsnehmers abhängige Prämienanpassungen unzulässig sind, die Prämie also grundsätzlich nach dem Eintrittsalter des Versicherten zu bemessen ist (indirekt bedeutet dies einen Zwang zur Bildung ausreichender Rücklagen für das statistisch mit dem Lebensalter ansteigende Krankheitsrisiko).

3

Der Entwurf versucht, das Anpassungsverfahren möglichst praktikabel zu gestalten, dennoch birgt dieses "Kurator-Modell" naturgemäß einen nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand - und nicht zuletzt auch einen gewissen Kostenaufwand - in sich. Das Bundesministerium für Justiz hat daher im Begutachtungsverfahren zwei Alternativmodelle für die Vertragsanpassung zur Diskussion gestellt. Die erste Variante sieht vor, dem Versicherungsnehmer bei Kündigung des Vertragsverhältnisses einen Anspruch auf Auszahlung der angesparten Prämienrücklage (siehe oben) bzw. einen Anspruch auf Überweisung der Rücklage an den vom Versicherungsnehmer gewählten neuen Versicherer zu gewähren. Dieses Modell geht davon aus, daß es eine wirkliche Wettbewerbssituation zwischen den einzelnen Krankenversicherern derzeit nur bei der Akquisition von Kunden gibt, die eine Krankenversicherung schließen wollen; diese können frei zwischen den am Markt angebotenen Versicherungen wählen. Hat das Versicherungsverhältnis dann aber einige Zeit gedauert, so kann der Versicherungsnehmer nicht mehr ohne weiteres zu einem anderem Unternehmen wechseln, wenn er mit seinem Vertragspartner unzufrieden ist (etwa weil ihm die laufenden Prämiensteigerungen zu hoch sind). Einerseits verliert er nämlich bei einem Wechsel die gesamte bisher angesparte Prämienrücklage, andererseits muß er den Ausschluß mittlerweile eingetretener Erkrankungen beim neuen Versicherer befürchten. Dieses "Wettbewerbsmodell" soll dem Versicherungsnehmer den Wechsel zu einem anderen Versicherer erleichtern, um die derzeit bloß beim "Erstgeschäft" bestehende Wettbewerbssituation auch auf laufende Verträge auszudehnen und den Versicherer zu moderaten Prämien erhöhungen anzuhalten.

Die zweite Alternative zum erwähnten Kuratormodell wäre die Schaffung einer Verbandsklagemöglichkeit, z.B. für die im § 29 KSchG genannten Institutionen (allenfalls auch für die Versicherungsaufsichtsbehörde). Dies müßte wohl durch eine ausschließliche Zuständigkeit (z.B. des Handelsgerichts Wien) für solche Klagen ergänzt werden, um die Bildung einer spezialisierten Gerichtsabteilung (nötigenfalls mehrerer Abteilungen) zu ermöglichen. Auch dieses Modell würde voraussichtlich auf die Versicherungswirtschaft hinreichenden Druck ausüben, auch bei bestehenden Verträgen möglichste Zurückhaltung bei der Prämienanpassung zu üben.

Bei der Gruppenversicherung sieht der Entwurf einschneidende Änderungen des derzeitigen Systems vor, die - sollten sie Gesetz werden - das Ende der

Gruppenversicherung in der derzeitigen Form bedeuten würden. Zunächst wird nämlich dem Gruppenversicherten ein zwingender Anspruch auf Übernahme in eine gleichartige Einzelversicherung bei Ausscheiden aus der Gruppe (etwa wegen Pensionierung) eingeräumt. Darüber hinaus soll festgelegt werden, daß sich die Prämie der fortgesetzten Einzelversicherung nach dem Alter bemessen muß, mit dem der Versicherungsnehmer in die Gruppe eingetreten ist. Das bedeutet, daß sämtliche in der Gruppenversicherung zurückgelegten Zeiten anzurechnen sind; die derzeitigen Probleme von Versicherungsnehmern, die sich bei der Umstufung in die Einzelversicherung ungerecht behandelt fühlen, wären dadurch beseitigt. Da die derzeitigen Gruppenversicherungsverträge allerdings noch nicht unter Berücksichtigung dieses Fortsetzungsrechts kalkuliert sind, wäre eine Rückwirkung der neuen Bestimmungen auf bestehende Gruppenversicherungsverträge unvertretbar; die Übergangsbestimmungen sehen daher vor, daß "Altverträge" unberührt bleiben.

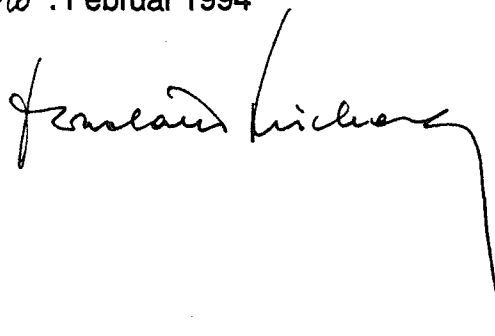
Zu 3:

Die ins Auge gefaßten Regelungen bezüglich der Vertragsanpassung wurden bereits dargestellt. Alle drei zur Diskussion gestellten Modelle sind meines Erachtens in der Lage, die Versicherer dazu anzuhalten, die Prämien nicht mehr als unbedingt notwendig zu erhöhen. Ich muß jedoch darauf hinweisen, daß diese vertragsrechtlichen Institute naturgemäß nicht verhindern können, daß sich die Kosten unseres Gesundheitswesens permanent erhöhen und dementsprechend auch der von den privaten Krankenversichern zu tragende Aufwand entsprechend steigt. Die Anpassung der Prämien an diese Kostensteigerungen wird man den Versicherern wohl zugestehen müssen. Hier müßten kosten- und damit auch prämiendämpfende Maßnahmen im Bereich der Spitalsfinanzierung und des Gesundheitswesens generell ansetzen.

Darüber hinaus kann das Versicherungsvertragsrecht auch an der derzeitigen Praxis nichts ändern, daß der Sozialversicherungsträger dem Spitalträger vereinbarungsgemäß nicht die gesamten Kosten eines Spitalsaufenthalts ersetzt (sondern nur einen bestimmten Tagsatz), der privat Krankenversicherte aber die vollen Kosten der Grundversorgung im Krankenhaus (der allgemeinen Gebührenklasse) zu bezahlen hat (und naturgemäß noch die Aufzahlung für die betreffende Sonderklasse). Der von den Sozialversicherungsträgern gezahlte Tagsatz deckt in etwa nur ein Drittel der Kosten der allgemeinen Gebührenklasse. Der privat Krankenversicherte hat also einen erheblichen

Differenzbetrag zwischen dem Ersatz der Sozialversicherung und den vollen Kosten der normalen Gebührenklasse zu bezahlen; beim nicht Zusatzversicherten wird diese Differenz aus dem Krankenanstaltenzusammenarbeitsfond und aus Steuermitteln beglichen. Der privat Krankenversicherte trägt also mit seinen Versicherungsprämien zu einem erheblichen Teil das öffentliche Spitalswesen mit, was sich naturgemäß auf die Höhe der Versicherungsprämien auswirkt. Mit justizrechtlichen Maßnahmen ist diesem Problem allerdings nicht beizukommen.

10. Februar 1994

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Franz Eisele', with a long horizontal line extending to the right.