



II-10656 der Anfragen zu den Stenographischen Protokollen  
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode

**BUNDESMINISTER**

für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz  
DR. MICHAEL AUSSERWINKLER

A-1031 Wien, Radetzkystraße 2  
Telefon: 0222/711 72  
Teletex: 322 15 64 BMGSK  
DVR: 0649856

GZ 114.140/75-I/D/14/a/93

Herrn  
Präsidenten des Nationalrates  
Dr. Heinz FISCHER

Parlament  
1017 Wien

4488 /AB  
1993-07-13  
zu 4877/J

Die Abgeordneten zum Nationalrat Edeltraud Gatterer und Kollegen haben am 26. Mai 1993 unter der Nr. 4877/J an mich eine schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend Konsumentenschutz im Bereich der privaten Krankenversicherungen gerichtet, die folgenden Wortlaut hat:

- "1. Die privaten Zusatzkrankenversicherungen sind sowohl für die Finanzierung unseres Gesundheitswesens als auch für die private Vorsorge für den Krankheitsfall von erheblicher Bedeutung. Sind für den Konsumenten die derzeitig kaum vorhandenen rechtlichen Grundlagen ausreichend?
2. Wenn nein: Welche Maßnahmen werden Sie ergreifen, um eine den heutigen Erfordernissen angepaßte rechtliche Grundlage für den Bereich der privaten Krankenzusatzversicherung zu schaffen?
3. Sind bereits konkrete Maßnahmen organisatorischer und legislativer Art (leistungsbezogene Krankenhausfinanzierung, Aufbau der Gesundheitssprengel) getroffen worden, um im Krankenhausbereich eine Eindämmung der Kostenexplosion zu erreichen?
4. Welcher Finanzierungsschlüssel ist für die leistungsbezogene Krankenhausfinanzierung zwischen Gemeinden, Land, Bund und Versicherungen ausgehandelt worden?
5. Welche jährlichen Einsparungseffekte erwarten Sie daraus?"

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

- 2 -

Zu den Fragen 1 und 2:

Die Verbesserung der in der Präambel der Anfrage aufgezeigten Problematik ist seit langem ein wesentliches Anliegen meines Ressorts.

Gesetzliche Regelungen für den Bereich der "Privatkrankenversicherung" - die derzeit bestehenden rechtlichen Grundlagen sind aus Sicht des Konsumentenschutzes unzureichend - fallen jedoch in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Justiz.

In die nicht zuletzt auf Betreiben des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz erfolgten und nunmehr im wesentlichen abgeschlossenen Verhandlungen für eine Novelle des Versicherungsvertragsgesetzes, deren Ziel es unter anderem ist, die private Zusatzkrankenversicherung einer speziellen gesetzlichen Regelung zu unterwerfen, wurden seitens meines Ressorts umfangreiche Forderungen eingebracht, insbesondere

- Erhöhung der Information des Versicherungsnehmers sowie der Transparenz des Preis-Leistungsverhältnisses:

Verpflichtung zur Aushändigung der Allgemeinen und Besonderen Vertragsbedingungen (Tarife) an den Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluß;

Belehrungspflicht des Versicherers bzw. dessen Vertreters über den wesentlichen Vertragsinhalt, sowie über die Rücktritts- und Kündigungsrechte vor Abschluß des Vertrages;

- Neuregelung der Prämienbemessung:

Verpflichtung des Versicherers zur Bildung einer ausreichenden Altersrückstellung, die ein nachträgliches Erhöhen der Prämien aufgrund des altersbedingt steigenden Risikos nicht mehr notwendig macht;

- 3 -

Taxative Aufzählung der Kriterien, aufgrund derer Prämien-  
erhöhungen zulässig sind;

Einrichtung eines Kurators, der die Interessen der Versiche-  
rungsnehmer vertreten soll (z.B. Zustimmung zur Prämien-  
erhöhung).

Darüber hinaus wurde in den Verhandlungen grundsätzlich Einigung  
darüber erzielt, daß nach Auflösung bzw. Kündigung des Gruppen-  
versicherungsvertrages dem Versicherungsnehmer ein Übertritt in  
einen Einzelversicherungsvertrag ohne oder nur mit geringfügiger  
Prämien-erhöhung möglich ist.

Zu Frage 3:

Gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 7 der Vereinbarung über die Krankenanstalten-  
finanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 (BGBl.Nr.  
863/1992) wird derzeit das Modell der "Leistungsorientierten  
Krankenanstaltenfinanzierung" mit dem Ziel weiterentwickelt, zum  
frühestmöglichen Zeitpunkt als Grundlage für die Krankenanstalten-  
finanzierung zu dienen.

Die notwendigen Vorbereitungen zur Einführung dieses Finanzierungs-  
modells mit Auslaufen der KRAZAF-Regelung (mit 1. Jänner 1995) sind  
in meinem Ressort im Gange. Ab 1. Jänner 1993 erfolgt auf Grundlage  
dieses Modells die Abrechnung parallel zur geltenden Kranken-  
anstaltenfinanzierung. Das Ergebnis dieser Parallelrechnung stellt  
eine wesentliche Grundlage für die im Jahr 1994 vorgesehene Ent-  
scheidung über die Einführung der "Leistungsorientierten Kranken-  
anstaltenfinanzierung" dar.

Weiters ist jährlich rund eine Milliarde Schilling aus KRAZAF-Mit-  
teln für strukturverbessernde Maßnahmen in den Ländern vorgesehen,  
die zu einer Entlastung des stationären Akutbereiches in den  
Krankenanstalten führen. So werden die Schaffung und der Ausbau

- 4 -

alternativer Versorgungseinrichtungen, insbesondere Pflegebetten, Hauskrankenpflege und mobile Dienste, sowie der Ausbau integrierter Versorgungssysteme, insbesondere der Sozial- und Gesundheits-sprengel gefördert.

Zu Frage 4:

Zur Frage hinsichtlich des Finanzierungsschlüssels wird auf Punkt 7 des "22 Punkte-Programmes" vom 25. März 1991 verwiesen:

Das derzeit bestehende Finanzierungsrisiko zu Lasten der Spitals-erhalter soll auf alle Finanzierungspartner verteilt werden, sodaß ab Einführung der "Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinan-zierung", auf der Grundlage von anzustellenden Berechnungen und nach Einigung auf politischer Ebene, die Kosten nach einem festen Prozentsatz getragen werden. Nach einer mehrjährigen Periode soll die Kostenabweichung festgestellt und das ursprüngliche Kosten-tragungsverhältnis wiederhergestellt und auch für die jeweils ab-gelaufene Periode sichergestellt und nachverrechnet werden.

Zu Frage 5:

Aus der Einführung der "Leistungsorientierten Krankenanstalten-finanzierung" wird primär keine absolute Kostensenkung erwartet. Die Abrechnung auf Basis von leistungsorientierten Diagnosen-fallgruppen soll vielmehr zu einer ökonomischen Nutzung der vor-handenen Ressourcen, zu einer medizinisch sinnvollen Reduktion der Verweildauer der Patienten in den Krankenanstalten und zu einer optimalen Versorgung der Bevölkerung in den diversen Gesundheits-einrichtungen führen.

