

## PRIKRAF:

# Die privaten Krankenanstalten müssen die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit erfüllen

## Interview mit Mag. Herbert Schnötzing, Geschäftsführer des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds

### Versicherungsrundschau: Wie funktioniert der PRIKRAF?

Schnötzing: Der PRIKRAF, Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds, ist ein Finanzierungsfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, einer Geschäftsführung und einem Aufsichtsrat, der die Bezeichnung Fondskommission trägt. In der Kommission sind die Wirtschaftskammer, die Sozialversicherung und das Gesundheitsministerium vertreten, wir ressortieren zum Gesundheitsministerium. Wir finanzieren öffentliche Leistungen in Privatkrankenanstalten und haben einen gesetzlichen Qualitätssicherungsauftrag.

### Wie groß ist das Budget des Fonds und woher kommen die Mittel?

Das Jahresbudget beträgt etwa 110 Mio. Euro und wird von der Sozialversicherung dotiert.

### Ist das ein fixes Budget?

Die Höhe richtet sich nach den Beitragseinnahmen der Sozialversicherung. Seit der Gründung des PRIKRAF vor elf Jahren ist das Volumen kontinuierlich gestiegen.



Foto: PRIKRAF

### Wie viele Spitäler betreuen Sie?

Die Grundlage ist das PRIKRAF-Gesetz. In diesem sind die Kliniken gelistet, die Anspruch auf eine PRIKRAF-Finanzierung haben. Derzeit rechnen 32 mit dem Fonds ab.

### Bedeutet der Umstand, dass die Häuser im Gesetz gelistet sind, dass keine weiteren berücksichtigt werden können?

Um die Liste zu ändern, wäre eine Gesetzesänderung erforderlich. Tatsächlich liegen einige Anträge bei der Wirtschaftskammer. Der Verwaltungsgerichtshof hat festgestellt, dass kein Kontrahierungszwang besteht. Es könne nicht jede Privatklinik auch eine Finanzierung über den PRIKRAF einfordern.

### Haben diese Kliniken keinen Zugang zu öffentlichen Mitteln?

Die Privatkliniken, die nicht in der PRIKRAF-Liste sind, werden direkt von den Sozialversicherungsanstalten über Tagespauschalen finanziert. Das bringt für manche Fachrichtungen eine höhere Abgeltung als die LKF-Abrechnung, je komplexer und aufwändiger die medizinische Leistung desto geringer wird die Kostendeckung.

### Was sind die Kriterien, die ein Haus als PRIKRAF-Spital definieren?

Eine PRIKRAF-Krankenanstalt ist im Allgemeinen gewinnorientiert und nicht



Ronald Barazon

gemeinnützig. Die Sanatorien definieren sich demnach über diese Merkmale und nicht über die Eigentumsverhältnisse. Ein privates Spital kann auch als allgemein, öffentliches Krankenhaus betrieben werden, also gemeinnützig und ohne Gewinnerzielungsabsicht, das allen Patientinnen und Patienten offen steht. Sie werden im Rahmen der Gesundheitsplanung berücksichtigt und werden anteilig öffentlich finanziert. Dazu zählen beispielsweise auch Ordensspitäler, die im Wege der jeweiligen Landesfonds Finanzmittel erhalten, wie die Krankenanstalten in der Trägerschaft von Ländern und Gemeinden.

## Welchen Anteil haben die PRIKRAF-Mittel an der Finanzierung der Privatkliniken?

Die Zahlungen decken etwa 25 bis 30 Prozent der Einnahmen ab. Den Rest finanzieren die Kliniken über die Zahlungen aus den privaten Krankenversicherungen der Patienten und aus Zahlungen der Patienten selbst. Privatkrankeanstalten können auch in Konkurs gehen, da gibt es keine Absicherung wie etwa bei den öffentlichen Spitälern. Das Risiko ist beim Betreiber.

## Wie erfolgt die Abrechnung mit dem PRIKRAF?

Über das LKF-System. Die erbrachten medizinischen Leistungen werden über Diagnosen und Leistungen codiert und von unseren Medizinern auf Plausibilität geprüft. Die anerkannte LKF-Punkteanzahl wird mit dem jeweiligen LKF-Punktwert abgerechnet. Für 2015 sind das 0,41 Cent. Der geringere Punktwert ist mit eingeschränkten Vorhaltekapazitäten aufgrund des fehlenden Versorgungsauftrags aus der Gesundheitsplanung erklärbar. Auch die Ausbildungsverpflichtung für Ärzte, Diplomkräfte und medizinisch-technisches Personal entfällt.

**Privatspitäler haben allerdings den Nachteil, dass die Investitionen nicht, wie im öffentlichen Bereich, von den Trägern bereitgestellt wer-**

**den. Müsste nicht dieser Nachteil durch einen höheren Punktwert ausgeglichen werden?**

Das ist auch das Argument der privaten Krankenanstalten. Der geringere Punktwert ergibt sich aus den geschilderten, geringeren Anforderungen für Akutleistungen.

**Sie sagten eingangs, dass sich das PRIKRAF-Budget nach den Beiträgen der Sozialversicherung richtet. Wie entwickelt sich der Wert eines PRIKRAF-Punktes bei geringeren Einnahmen?**

Das Volumen korreliert, wie gesagt, mit den Einnahmen der Sozialversicherung und diese sind in hohem Maße auch konjunkturabhängig. Der Wert eines Punktes ergibt sich einfach gesagt aus der Division der gedeckelten Fondsmittel durch das erwartete Punktevolumen minus Verwaltungsaufwand und liegt derzeit bei 0,41 Cent.

**Das heißt, dass auch eine steigende Zahl an Behandlungen den Punktwert senken könnte?**

Je mehr Leistungen gemeldet werden, desto geringer wird der Punktwert, wenn die Fondsmittel nicht entsprechend zulegen. Die Zahl der Behandlungen steigt zwar, aber moderat. Die Einnahmen aus der Sozialversicherung sind auch in wirtschaftlich schwächeren Jahren stabil, sind aber konjunkturabhängig. Im laufenden Jahr wird monatlich akontiert und im Folgejahr, wenn die endgültigen Beiträge und die endgültige Zahl der geprüften und anerkannten Behandlungen feststeht, endabgerechnet. Mit Planungs- und Simulationsrechnungen können wir relativ exakt budgetieren.

**Wovon hängt die Auszahlung, die Anerkennung von LKF-Punkten ab?**

Von zwei Elementen. Zum einen prüfen unsere Mediziner die zur Abrechnung gemeldeten Behandlungen auf Plausibilität und Übereinstimmung mit der Krankengeschichte. Das ist die seit jeher bestehende Praxis. Vor zwei Jahren haben wir außerdem ein Qualitätssicherungssystem implementiert, auf das wir sehr stolz sind.

**Wie funktioniert das? Ihre Mitarbeiter prüfen die Spitäler vor Ort?**

Ja, aber vorweg mussten die Voraussetzungen geschaffen werden. Über Initiative der Geschäftsstelle, federführend durch das Bundesministerium für Gesundheit, wurde mit Vertretern der Sozialversicherung, der Wirtschaftskammer, der Länder und der GÖG – Gesundheit Österreich GmbH – die Grundlagen erarbeitet um erstmals die Sanatorien in transformierter Form verbindlich in den ÖSG 2012 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit – zu integrieren. Demnach gelten ab 2013 die Strukturqualitätsvorgaben auch für alle Privatkliniken. Zudem hat der PRIKRAF einen gesetzlichen Qualitätssicherungsauftrag zu erfüllen.

Seit 2013 haben die Privatkrankeanstalten die im ÖSG für bestimmte medizinische Leistungen vorgegebenen wesentlichen Strukturqualitätsmerkmale mittels Checklisten nachzuweisen. Für bestimmte Operationen sind bestimmte Voraussetzungen definiert: Welche und wie viele Ärzte und Pflegekräfte müssen verfügbar sein. Welche medizinisch-technische Infrastruktur, Apparate und Geräte sind erforderlich, wie hat die Nachsorge auszusehen, können die Patienten im Anlassfall überwacht und intensivmedizinisch betreut werden. Allerdings wurden die Bedingungen den besonderen Gegebenheiten der privaten Kliniken angepasst, man spricht von „transformierten Qualitätskriterien“.

Wir sind nicht Sanitätsbehörde, unser Hebel ist die Finanzierung. Werden die abrechnungsrelevanten gesetzlichen Vorgaben nicht eingehalten, dann zahlt der PRIKRAF nicht.

## Und seit der Berücksichtigung im ÖSG machen Sie Qualitätsprüfungen?

Grundlage ist ein gesetzlicher Qualitätssicherungsauftrag. Die Erstevaluierung wurde in allen Krankenanstalten, die komplexere Leistungen erbringen, für die die Strukturqualitäten gelten, durchgeführt. In Gesprächen mit den Geschäftsführungen, Anstaltsleitungen und Qualitätssicherungsbeauftragten wurden Personalausstattung, medizin-technische Infrastruktur und Betriebsorganisation evaluiert. Folgeprüfungen erfolgen wenn neue Bereiche in Betrieb genommen werden oder wenn in den jährlichen Datenmeldungen Unplausibilitäten evident werden.

## Wie stellen Sie fest, dass Meldungen nicht plausibel sind?

Die Nachweise erfolgen mit elektronischen Check-Listen, die von den Krankenanstalten ausgefüllt werden. Wir evaluieren die Angaben mit unseren Prüfärzten und Medizintechnikern, die auch die Betriebsorganisation in Akutkrankenanstalten kennen. Meine langjährige Berufserfahrung als kaufmännischer Geschäftsführer eines Schwerpunktkrankenhauses war in der praktischen Projektumsetzung sehr nützlich. Wenn die vorgehaltenen Strukturen den Vorgaben des ÖSG für die erbrachte Leistung entsprechen und die Abrechnung plausibel ist, dann ist das die Grundlage für eine Zahlung an eine Privatklinik.

## Es gibt eine Reihe von Qualitätssicherungssystemen für Krankenhäuser. Verlangen Sie ein Zertifikat, etwa nach ISO, von den Kliniken?

Das wäre schon aufgrund unserer Kompetenzen nicht möglich. Es ist auch nicht unser Fokus. Einige Privatkrankenanstalten haben derartige Zertifikate. Unsere Aufgabe ist es festzustellen, ob die Abrechnungsvoraussetzungen, die der ÖSG für die Durchführung einer Operation, einer Behandlung vorschreibt, erfüllt sind und in der Praxis gelebt werden. Das tun wir, um sicherzustellen, dass die Finanzierung für die entsprechenden Leistungen ordnungsgemäß erfolgt. Wir maßen uns auch nicht die Aufgaben der Sanitätsbehörde an.

## Aufenthalte in Privatkliniken (vom PRIKRAF mitfinanziert)

	Männlich	Weiblich	Total
<i>in Zahlen</i>			
2014	37.971	58.855	96.826
2013	37.074	57.639	94.713
2012	37.060	56.905	93.965
2011	35.648	55.703	91.351
<i>in Prozent</i>			
2014	39,20%	60,80 %	100 %
2013	39,10%	60,90 %	100 %
2012	39,40%	60,60 %	100 %
2011	39,02%	60,98%	100 %
<i>Veränderung zum Vorjahr</i>			
VÄ 13/14	2,40 %	2,10 %	2,20 %
VÄ12/13	0,10 %	1,90 %	0,80 %
VÄ 11/12	4,00 %	2,20 %	2,90 %

2014 wurden insgesamt 96.826 Aufenthalte mit dem Fonds abgerechnet; + 2,2 % im Vergleich zum Vorjahr. Bei der Inanspruchnahme sind mit 60,8 % die Aufenthalte von weiblichen Patienten bestimmend. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Aufenthalt der weiblichen Patienten stärker gestiegen als die Aufenthalte der männlichen Patienten. Für die gesamte Leistungserbringung ist bestimmend, dass 92 % aller Aufnahmen bereits vorweg geplant sind. In den Krankenanstalten der Landesgesundheitsfonds sind 56 % aller Aufnahmen geplant. Das Durchschnittsalter betrug bei den Männern 60,2 Jahre, bei den Frauen 60,96. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug bei Männern 4,74 Tage, bei Frauen 3,79 Tage.

## Die Privatkliniken sind gewinnorientiert. Qualität kostet Geld. Stößt nicht die Qualitätssicherung an Grenzen?

Grundsätzlich bringt hohe Qualität mehr als sie kostet, nicht nur an Patientensicherheit sondern auch monetär. Meine Erfahrung ist, dass unser Qualitätssicherungsprojekt positiv und offensiv angenommen wurde. Die Privatkrankenanstalten waren höchst interessiert genau zu erfahren, welche Bedingungen für die Strukturqualitäten gelten. Der ÖSG hat den Wert eines Sachverständigengutachtens und kann im möglichen Schadensfall bei Kausalität entscheidend sein. Diese Verantwortung liegt jedenfalls beim Betreiber.

Unser Part ist es die Basics der personellen und technischen Strukturqualität als Grundlage für eine gesetzeskonforme Leistungsabrechnung zu prüfen und unserem gesetzlichen Qualitätssicherungsauftrag nachzukommen. Und das

machen wir, das haben wir im Konsens mit Institutionen und Privatkliniken entwickelt und das freut uns.

## Verschiedentlich wird bezweifelt, dass die Qualität der Privatkliniken dem Niveau der großen Häuser entsprechen würde?

Die allgemein-öffentlichen Krankenanstalten garantieren je nach Versorgungsauftrag Akutversorgung und hochkomplexe, teure medizinische Leistungen auf höchstem Niveau und haben dafür auch die entsprechenden Vorhaltekapazitäten bereitzustellen und zu finanzieren.

Ein hoher Anteil von geplanten Aufnahmen und ein definiertes, eingeschränktes Leistungsspektrum ohne hochkomplexe Plan- und Akutleistungen sowie die Möglichkeit der Risikoselektion sind für eine vergleichsweise gute Ergebnisqualität der medizinischen Leistungen durchaus kausal.

## Aus dem Geschäftsbericht 2013 des PRIKRAF:

### Anwendung der Qualitätskriterien des ÖSG

Die Qualitätskriterien des ÖSG sind grundsätzlich von allen Leistungsanbietern einzuhalten. In privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (PKA) ohne Kontrahierungszwang – und damit ohne Erfordernis von Vorhalteleistungen – sind v.a. die Strukturqualitätskriterien nicht immer unmittelbar anwendbar. In diesen Fällen sind die davon betroffenen Qualitätskriterien jeweils anlassfall- und behandlungsprozessbezogen gemäß den jeweiligen allgemeinen und speziellen Transformationsregeln zu erfüllen. Qualitätskriterien, für die keine Transformationsregeln bestehen, sind unmittelbar anzuwenden.

Mit der Änderung des Qualitätsgesetzes im Zuge des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes wird die Abgeltung von Leistungen durch den PRIKRAF an die Einhaltung von Qualitätskriterien gebunden. Für die Strukturqualitätskriterien wird auf den ÖSG 2012 verwiesen. Mit der Integration von „transformierten“ Qualitätskriterien für private nicht gemeinnützige Akutkrankenanstalten (Sanatorien) steht nunmehr eine gemeinsam adaptierte Grundlage zur Verfügung.

### Generaltransformationsregel für private nicht gemeinnützige Akut-Krankenanstalten

Alle im ÖSG 2012 im Kapitel 2 enthaltenen Qualitätskriterien, insbesondere hinsichtlich Personal und Infrastruktur, sind im Anlassfall einer Behandlung einzuhalten: Das heißt, immer dann, wenn eine Patientin/ein Patient in einer PKA in stationärer Behandlung ist, für die Qualitätskriterien definiert sind, ist deren Einhaltung in der PKA sicherzustellen. Bei entsprechend großen Fallzahlen sind die Vorgaben für die Behandlung für mehrere Patientinnen/Patienten gleichzeitig und über längere Zeiträume sicherzustellen. Die behandlungsprozessbezogene Einsatzbereitschaftszeit von entsprechend qualifiziertem Personal beträgt im Anlassfall max. 30 Minuten. Für deren Einhaltung ist durch geeignete organisatorische Maßnahmen (z. B. Bereitschaftspläne) Vorsorge zu treffen. Zur Überbrückung dieser Frist ist für stationäre Patienten die Anwesenheit von notfallmedizinisch qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal sicherzustellen. Für einige Fach-

richtungen, insbesondere für die Intensivversorgung, gelten spezielle Transformationsregeln für PKA. Soweit sich die speziellen „Transformationsregeln für PKA“ nur auf Teile der Bestimmungen zur jeweiligen Fachrichtung bzw. spezielle Versorgungsbereiche beziehen, sind die restlichen Vorgaben nach der Generaltransformationsregel zu gewährleisten. Zur speziellen Transformationsregel für die Leistungserbringung, die den Referenzzentren vorbehalten ist, siehe Kapitel 2.5. Dieser Grundsatz gilt ohne Ausnahme, auch in Bezug auf die Teilnahme an Ergebnisqualitätsregistern.

In der „Leistungsmatrix“ (LM) (Kap. 2.7) werden spezielle Qualitätskriterien für einzelne MEL sowie deren Zuordnung auf eine „Mindestversorgungsstruktur“ (MVS) definiert. Die Qualitätskriterien gelten auch für jene Krankenanstalten (z. B. Sanatorien), die keine organisatorischen Strukturen (z. B. Abteilungen oder reduzierte Organisationsformen; vgl. Spalte „Mindestversorgungsstruktur“ in der „Leistungsmatrix“) aufweisen. Dabei sind die entsprechenden Festlegungen in – soweit notwendig – transformiertem Sinn im Anlassfall prozessbezogen anzuwenden. Die Verfügbarkeit von ausreichend DGKP wird grundsätzlich in allen Bereichen vorausgesetzt. Die in den Kapiteln 2.4 bis 2.6 enthaltenen Personalangaben sind als Richtwerte zu interpretieren, die in der Folge zu evaluieren und gegebenenfalls zu modifizieren sind. Abweichungen von diesen Personalangaben sind jeweils zu begründen (begründete Ausnahmefälle). Die Ausübung der Tätigkeiten der Angehörigen sämtlicher ärztlicher und nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe erfolgt nur im Rahmen der für diese Berufsgruppen jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen (ÄrzteG, GuKG, MTDGesetz etc.)

### ÖSG 2012 Strukturqualitätskriterien

In der LKF-Leistungsmatrix wird bei hochwertigen medizinischen Einzelleistungen explizit auf Strukturqualitätskriterien verwiesen. Es besteht Übereinstimmung dass die „essentiellen Qualitätsstandards“ gemäß § 3 (3) GesundheitsqualitätsG jedenfalls die, gemäß LKF-Leistungsmatrix den medizinischen Einzelleistungen zugeordneten Qualitätskriterien sind.

## Die Versicherung von Menschen mit Behinderung

Durch das VersRÄG 2013 sollten Regelungen zum Schutz behinderter Menschen in § 1d VersVG eingeführt werden. Die Bestimmung ist zwingendes Recht und ist zum 1.1. 2013 sowohl für bestehende Verträge als auch für neu abgeschlossene Versicherungsverträge in Kraft getreten.

§ 1 d VersVG bezieht sich – entsprechend der Überschrift zu dieser Bestimmung – explizit nur auf das Versicherungsverhältnis für Menschen mit Behinderung. Diese Einschränkung ergibt sich aus der Überschrift und auch eindeutig aus den Materialien zu diesem Gesetz.<sup>1</sup>

Voraussetzung für die Anwendung dieser Regelung ist immer das Vorliegen eines versicherbaren Risikos. In den Gesetzesmaterialien zu § 1d wird das versicherbare Risiko dahingehend definiert, dass es dann nicht vorliege, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder, wenn bei der Krankenversicherung die Eintrittswahrscheinlichkeit und/oder -häufigkeit des Versicherungsfalles um ein Vielfaches höher liege als in diesem Versicherungszweig kalkuliert; bei der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung etwa, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Eintritt des Versicherungsfalles bereits in nächster Zeit zu erwarten ist.<sup>2</sup> Nach dem Absatz 1 dieses Paragraphen darf ein Versicherungsverhältnis nicht aus dem Grunde abgelehnt oder

gekündigt werden bzw. mit Prämienzuschlägen, besonderen Wartefristen, Risikoausschlüssen bzw. Verminderungen des Leistungsumfanges versehen werden, nur deshalb weil der Versicherungsnehmer oder Versicherte behindert ist.

In Absatz 2 wird dann näher geregelt, dass Prämienzuschläge, Verminderungen des Leistungsumfanges auch für Menschen mit Behinderungen dann wirksam vereinbart werden können, wenn 1) der Gesundheitszustand einen bestimmenden Faktor für die Risikokalkulation darstellt und 2) der individuelle Gesundheitszustand der zu versichernden Person eine wesentliche Erhöhung der Gefahr bewirkt. Dies gilt für die Vereinbarung von besonderen Wartezeiten, Risikoausschlüssen oder einem eingeschränkten Leistungsumfang sinngemäß.

Der Versicherer unterliegt aber auch gegenüber einem behinderten Versicherten keinem Kontrahierungszwang, da wie Univ.-Prof. Dr. Martin Schauer in Versicherungsrundschau 1-2/2013 ausführt, der Versicherer den Antrag des behinderten Versicherungsnehmers oder Versicherten auch ablehnen kann, wenn kein versicherbares Risiko vorliegt oder sofern die Ablehnung aus Gründen erfolgt, die ihre Ursache nicht in der Behinderung des Versicherungsnehmers oder Versicherten haben. Professor Dr. Schauer kommt in dem Artikel zum Schluss, dass

ein Kontrahierungszwang des Versicherers aber insoweit bestehe, als ein versicherbares Risiko vorliegt und die Ablehnung des Vertragsabschlusses aus keinem anderen Grund als wegen der Behinderung erfolgt.<sup>3</sup>

Zu ergänzen ist dazu noch, dass der individuelle Gesundheitszustand des zu Versichernden eine wesentliche Gefahrerhöhung darstellen müsse. Die Gesetzesmaterialien führten zum Begriffsverständnis aus, dass ein erheblicher Unterschied bei der Bewertung des Risikos aufgrund des Gesundheitszustandes feststellbar sein muss, der auch bei nicht behinderten Personen zu einem jedenfalls gleich hohen Prämienzuschlag führen würde.<sup>4</sup>

### Offenlegung gegenüber behinderten Personen und deren Umfang

Hingegen sieht Absatz 3 des zit. Paragraphen nunmehr eine Begründungspflicht gegenüber behinderten Antragstellern vor. Der Versicherer hat nach sorgfältiger individueller Risikoprüfung zu begründen, aufgrund welcher, insbesondere statistischer Daten er zu einer konkreten Gefahrerhöhung, respektive zu einer Ablehnung des Vertrages oder zu einem Prämienzuschlag bzw. einem Risikoausschluss komme. Diese Gründe sind gegenüber dem Versicherungsnehmer in einer gesonderten Urkunde darzulegen. Daraus ergibt sich, wie Perner in VersVG 2014, Kom-

1 RV 2005, BlgNR 205/E 24. GP, Erläuterungen zur RV des VersRÄG 2013 (2005 BlgNr. 24, GP 3)

2 RV 2005 BlgNR 24. GP 7.

3 Schauer, Die Versicherung von Menschen mit Behinderung-erste Gedanken zu § 1d VersVG, VersR 2013, H 1-2, 21

4 RV 2005 BlgNR 24. GP 7.



Dr. Ulrike Braumüller

mentar darlegt, dass der Versicherer bei Vorliegen statistischer Daten über die Risikoerhöhung gegenüber dem Versicherungsnehmer immer offenlegen müsse, warum er die zu versichernde Person anders behandelt als eine gesunde Person.<sup>5</sup>

Des Weiteren ist darzulegen, aufgrund welcher Änderung in der versicherungsmathematischen Berechnung sich der Prämienzuschlag oder die mangelnde Versicherbarkeit des Risikos ergibt.

Der zu Versichernde soll durch die Offenlegungspflicht in Kenntnis gesetzt werden, welche Risikoerhöhung in dem speziellen Fall angenommen wird bzw. durch Angabe der Datenquellen auch darüber aus welchen statistischen Quellen diese Risikoerhöhung resultiert und wie sie sich konkret für den zu Versichernden auswirkt.

In dem Zusammenhang ist auch offenzulegen, aufgrund welcher Änderung in der versicherungsmathematischen Berechnung sich der Prämienzuschlag oder die mangelnde Versicherbarkeit des Risikos ergibt, dabei werden entweder der jeweilige Prämienzuschlag bzw. die konkrete Risikoerhöhungen in Höhe eines Prozentsatzes oder eines Mindestsatzes angegeben.

Sollten ausreichende statistische Daten fehlen, ist die Gefahrerhöhung auf der Grundlage medizinischen Wissens darzulegen, in Form von Studien oder wissenschaftlichen Publikationen, die auf den individuellen Gesundheitszustand angewandt werden können.

Wenn auch dieses „relevante und verlässliche medizinische Wissen“ nicht vorhanden ist, dann komme es auf das für den individuellen Gesundheitszustand maßgebliche medizinische Wissen aufgrund der Risikoprüfung an. Es komme jedenfalls grundsätzlich auf die individuelle Situation des zu Versichernden an.

Die Gründe für die konkrete Gefahrerhöhung und den Prämienzuschlag bzw. Risikoausschluss oder die Vereinbarung eines verminderten Leistungsumfanges sind dem Versicherungsnehmer in einer Urkunde darzulegen, für die die Formvorschrift der geschriebenen Form gilt.

Beweispflichtig ist der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte, der sich auf die Behinderung beruft.

Nach § 1d Abs. 3 1. Satz hat das Versicherungsunternehmen jedenfalls bei Vorliegen statistischer Daten, Studien und Publikationen über die Risikoerhöhung von sich aus gegenüber dem behinderten Versicherungsnehmer offenzulegen, dass eine andere Behandlung gegenüber einer gesunden Person vorliegt.

Fehlen hingegen ausreichende statistische Daten, dann ist die Offenlegung davon abhängig, dass der Versicherungsnehmer dies nach § 1 d Abs. 3. 2. Satz verlangt.<sup>6</sup>

Zum Begriff der Behinderung im Sinne des § 1d VersVG verweist die Gesetzesbestimmung auf das Bundes-Behinder-

tengleichstellungsgesetz. In Absatz 1 des Gesetzes wird § 3 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, BGBl. I Nr.82/2005 zitiert. Diese Bestimmung lautet in concreto: Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich 6 Monaten. Das unterscheidet den Begriff der Behinderung von dem der Krankheit. Als Krankheit wird im ASVG beispielsweise ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand verstanden, der eine Krankenbehandlung notwendig macht.

Das Vorliegen einer Behinderung ist von dem zu Versichernden zu behaupten, wobei aber auch dann von einer Behinderung des Versicherungsnehmers oder Versicherten auszugehen ist, wenn bei Antragstellung bereits offenkundig Indizien für eine Behinderung manifest werden oder im Zuge der Risikotragung zu Tage treten.

Der österreichische Gesetzgeber hat mit der Regelung des § 1d VersVG vor einer europaweiten Regelung, dem Thema Schutz behinderter Menschen vor einer Andersbehandlung, die sich aufgrund des Vorliegens einer Behinderung ergibt, im Privatversicherungsrecht Rechnung getragen.

5 Perner, VersVG 2014, Kommentar, § 1d, 10, 65

6 Perner, VersVG 2014, Kommentar, § 1d, 10, 65