



AKTUARVEREINIGUNG
ÖSTERREICHS (AVÖ)

Leitfaden

Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung

Version 1.0, 21.11.2022

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	5
2	Grundlagen der Krankenversicherung	8
2.1	Definition des Versicherungsrisikos in der Krankenversicherung.....	9
2.2	Lebenslanger Charakter	9
3	Prämienkalkulation, Tarifierung.....	11
3.1	Rechnungsgrundlagen	12
3.1.1	Kopfschadenreihe (Schäden pro Kopf), Profile und Grundkopfschäden	12
3.1.2	Ausscheideordnung	17
3.1.3	Rechnungszins	18
3.2	Leistungsbarwert und Beitragsbarwertfaktor	18
3.3	Prämie.....	20
3.3.1	Äquivalenzprinzip der Kalkulation nach Art der Lebensversicherung	20
3.3.2	Nettoprämie	20
3.3.3	Bruttoprämie	21
4	Alterungsrückstellung und Prämienzerlegung	23
4.1	Alterungsrückstellung.....	23
4.1.1	Prospektive Alterungsrückstellung	23
4.1.2	Retrospektive Altersrückstellung.....	24
4.1.3	Zuführung zur Alterungsrückstellung	25
4.2	Prämienzerlegung	26
5	Änderungen der Leistungen und/oder der Prämie	27
5.1	Prämienanpassung.....	27
5.2	Änderungen in Folge der Anpassungsklausel	28
5.2.1	Nachkalkulation	31
5.2.2	Rechnungsgrundlagen der Anpassung.....	32
5.2.3	Kalkulation der Prämienanpassung	34
5.2.4	Limitierung.....	35
5.3	Konvertierung	36
5.3.1	Höherversicherung	37
5.3.2	Niedrigerversicherung (Teilstorno).....	37
6	Prämienrückerstattung	40

6.1	erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung	40
6.2	erfolgsabhängige Prämienrückerstattung	40
Appendix A	42
A.1	Glossar	42
A.2	Notation	43
A.3	Herleitung der Alterungsrückstellung	45
A.4	Rechnungsgrundlagen	46
Appendix B	50
B.1	§ 6 KSchG Unzulässige Vertragsbestandteile	50
B.2	§ 178b VersVG	52
B.3	§ 178f VersVG	52
B.4	§ 178g VersVG	53
B.5	§ 178h VersVG	54
B.6	§ 178i VersVG	54
B.7	§ 178m VersVG	55
B.8	§ 91(2) VAG	55
B.9	§ 101 VAG	55
B.10	§ 102 VAG	56
B.11	§ 116 VAG	56
B.12	§ 275 VAG	58
B.13	VAG Anlage A	59
B.14	KV-GBV	61
B.15	Auszug aus Kommentar zum österreichischen VersVG	64



VERFASSER

Verena Baueregger

Anselm Fleischmann

Christian Frahndl

Kurt Grabler

Gertraud Leopold-Bernhard

Gerhard Maier

Karl Metzger

Wolfgang Ostermayer

Emanuel Pichlbauer

Annemarie Pollroß

Clemens Purer

Stefan Reicher

Stephan Schlauss

Werner Wandl

1 EINLEITUNG

Der vorliegende Leitfaden soll Aktuaren in Form einer kompakten Darstellung der anerkannten Methoden der Versicherungsmathematik für die österreichische private Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung¹ Hilfestellung bei der Umsetzung der gestellten Anforderungen bieten. Beschrieben werden die versicherungsmathematischen Grundsätze unter Berücksichtigung der in Österreich geltenden Normen. Zusätzlich gibt das Dokument einen Überblick über das Wesen dieser Versicherungsart.

Der Leitfaden basiert insbesondere auf den relevanten Bestimmungen des VersVG sowie des VAG 2016. Die rechtlichen Grundlagen bleiben durch diesen Leitfaden unberührt. Der Leitfaden bietet einen Überblick über fachliche Auslegungen und aktuarielle Methoden mit Fokus auf die Kalkulation, Bepreisung, Prämienanpassung und Berechnung der Alterungsrückstellung². Die hier beschriebenen Methoden stellen eine nicht abschließende Darstellung der Best Practice Ansätze dar. Für eine Beurteilung im Einzelfall sind die konkreten Umstände dieses Einzelfalls maßgeblich. Verbesserungen der Methoden sind zulässig. Über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehende Rechte und Pflichten können aus dem Leitfaden nicht abgeleitet werden.

Die Grundlage für dieses Dokument ist das Skriptum von Karl Metzger zur Vorlesung der Krankenversicherungsmathematik an der TU Wien und der Universität Salzburg, sowie Auszüge aus Arbeitsunterlagen des Arbeitskreises für Accounting, Solvency und Riskmanagement der AVÖ, ausgearbeitet von Anselm Fleischmann.

Im Zuge der Erstellung dieses Dokuments möchten wir die Gelegenheit nutzen, mit Karl Metzger einen Aktuar zu würdigen, der sich in den vergangenen Jahrzehnten wie kein anderer um das Verständnis der privaten Krankenversicherungsmathematik und die Ausbildung junger Aktuarinnen und Aktuare bemüht hat.

Die Verfasser

¹ Eine vergleichbar kompakte Darstellung der anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für die private Krankenversicherung in Deutschland siehe Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung - KVAV).

² Die *Deckungsrückstellung* ist in der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung (vorrangig) eine Alterungsrückstellung. Die Begriffe werden in der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung in Österreich synonym verwendet.

Das Wirken Karl Metzgers als Professor an der Universität Salzburg

Univ.-Prof. DDr. Christian Buchta, Mitglied des Vorstands der Aktuarvereinigung Österreichs

Die Neubesetzung des Lehrstuhls für Mathematik, den zuvor seit der Wiedererrichtung der Universität August Florian innehatte, war im Jahr 2001 mit der Erwartung verknüpft, ein attraktives, praxisorientiertes Lehrangebot im Bereich der Versicherungsmathematik bereitzustellen, das Studierende anlockt. Da eine dafür ausreichende personelle Ausstattung des Lehrstuhls nicht in Betracht kam, erschien das Engagement externer Lehrender der einzig gangbare Weg.

Karl Metzger war der Erste, den ich in diesem Sinn ansprach. Ausschlaggebend für diese Wahl war, dass ein Praktiker gewonnen werden sollte, der in seinem beruflichen Aufgabengebiet unter den vorhandenen Experten in Bezug auf seine Fachkompetenz herausragte. Dazu kam die Vermutung, dass in Karl Metzger auch die Begabung zum Lehrer steckte. Diese Vermutung bewahrheitete sich in hohem Maße.

Nach der Zusage Karl Metzgers erschien es dann jedoch fraglich, ob sich angesichts der wenigen vorhandenen Studierenden ein genügend großer Zuhörerkreis für die Vorlesung finden würde. Da schon aufgrund der beruflichen Restriktionen Karl Metzgers die Vorlesung geblockt Freitagnachmittag und Samstagvormittag stattfinden musste, lag es nahe, die Vorlesung auch Interessierten aus der Versicherungswirtschaft als Weiterbildungsangebot zugänglich zu machen. Das Angebot wurde schon bei der ersten Vorlesung im Sommersemester 2002 sehr gut angenommen. Das Zusammentreffen von Studierenden und Praktikern erwies sich als attraktiv und als gelungenes Modell für die in den folgenden zwanzig Jahren in Salzburg angebotenen Vorlesungen zur Aktuarausbildung. Karl Metzger blieb in all den Jahren fixer Bestandteil des Teams der externen Lehrenden, das auf zuletzt 32 Vortragende anwuchs.

Studierende ohne versicherungsmathematische Vorkenntnisse einerseits und Praktiker aus Unternehmen andererseits in ein und demselben Kurs anzusprechen, war eine Herausforderung, die Karl Metzger bravourös meisterte. Neben einer fundierten Darstellung der theoretischen Grundlagen vermittelte er in überschaubaren Excel-Rechenbeispielen, wie die mathematischen Aufgaben, die sich in der privaten Krankenversicherung stellen, gehandhabt werden. Ein unerschöpfliches Repertoire an anschaulichen Praxisbezügen und Anekdoten gestaltete die Vorlesungszeit kurzweilig.

Auch als Diplomarbeitsbetreuer war Karl Metzger erfolgreich. Er hatte ein gutes Empfinden für eine Themenwahl zur berufsbegleitenden Bearbeitung, bei der bereits erworbene praktische Erfahrung nutzbringend eingesetzt werden konnte.

Seine soziale Ader und auch sein Sinn für Gemütlichkeit trugen prägend zu einer Wohlfühlatmosphäre bei, die dadurch abgerundet wurde, dass er gern ein paar Flaschen stets exzellenten burgenländischen Weins dabei hatte, um nach getaner Arbeit bei einem kleinen Umtrunk auch den persönlichen Kontakt zu den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern nicht zu vernachlässigen. So habe ich noch den Kommentar einer Hörerin im Ohr: „Der Metzger ist halt einfach nett.“

Karl Metzger geht nach mehr als 35 Jahren am österreichischen Versicherungsmarkt in den wohlverdienten Ruhestand.

Dipl.-Ing. Stefan Reicher, Verantwortlicher Aktuar Krankenversicherung UNIQA

Am 1. November 1986 trat der junge Mathematiker Karl Metzger in die damalige AUSTRIA Versicherung ein und wurde 5 Jahre später Leiter des Teams „Kalkulation von Krankenversicherungsprodukten“. Er wurde damit sinngemäß zu einer Zeit verantwortlicher Aktuar, als es diese aufsichtsrechtliche Funktion noch gar nicht gab! In den folgenden Jahren weitete sich sein Wirken als DER Aktuar in der österreichischen Krankenversicherung auf die Collegialität Versicherung, die Bundesländer Versicherung, die daraus resultierende UNIQA und sogar bis in die Schweiz aus.

Auch über die Firmengrenzen hinweg hat Karl als langjähriger Gastprofessor an der Universität Salzburg und als Lektor an der Technischen Universität Wien eine Generation von Aktuar:innen mitgeprägt. Viele Aktuar:innen am österreichischen Versicherungsmarkt haben von ihm gelernt, was „Kopfschäden“ und „Profile“ sind. Weiters hat er als Vorsitzender des KV-Mathematikerkomitees im Versicherungsverband und als Beirat der Aktuarvereinigung Österreichs dazu beigetragen, dass sein Name heute untrennbar mit der Mathematik der Krankenversicherung verbunden ist.

Oft wird in diesem Zusammenhang der Begriff Koryphäe verwendet, was ihm aus Bescheidenheit eher unangenehm ist. Er ist bodenständig und sehr menschlich geblieben und hat einen ausgeprägten Sinn für Humor! Damals wie heute macht es ihm größte Freude, junge Aktuar:innen in die Mathematik der Krankenversicherung einzuweihen.

Der AVÖ Standard zur „Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung“ bietet nicht nur die Möglichkeit, fachliche Themen zu erörtern und best practice zu etablieren, er ist auch eine hervorragende Gelegenheit, mit Karl einen sehr guten Aktuar und noch besseren Menschen aus unseren Reihen zu würdigen.

2 GRUNDLAGEN DER KRANKENVERSICHERUNG

Die Krankenversicherung ist eine Personenversicherung, die das Risiko, das durch Krankheit einer Person verursacht wird, teilweise oder zur Gänze abdecken soll. Das kann durch Sachleistungen (z.B. Behandlung innerhalb oder außerhalb einer Krankenanstalt) oder durch Geldleistungen (z.B. Refundierung von Arzthonoraren oder Kosten für Medikamente) erfolgen. Außerdem sind Summenleistungen (z.B. bestimmte Summen bei definierten Diagnosen, Tagegeld bei Spitalsaufenthalten) möglich.

Die Finanzierung der Versicherungsleistungen der Krankenversicherung erfolgt durch Beitragszahlungen bzw. Prämien. Diese können aber auch durch öffentliche bzw. staatliche Mittel teilweise oder zur Gänze finanziert werden.

In der privaten Krankenversicherung sind in der Regel risikogerechte Prämien für die Abgeltung des Risikotransfers vorgesehen. Gesetzliche Versicherungen oder Sozialversicherungen werden in den meisten Fällen durch Beiträge vom Lohneinkommen oder von anderen Einkommensarten finanziert, wobei die Beiträge fast immer Prozentsätze des Einkommens, gegebenenfalls versehen mit einer Höchstbemessungsgrenze, sind. Zusätzlich kann es Transferzahlungen von anderen öffentlichen Finanzierungsquellen oder direkt aus Steuermitteln geben.

In Österreich gilt das Prinzip der Pflichtversicherung bei Sozialversicherungsträgern, deswegen werden private Krankenversicherungsverträge fast ausschließlich als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen. Hier wird die Private Krankenversicherung und deren mathematische Modellierung betrachtet.

Die für die private Krankenversicherung in Österreich insbesondere anzuwendende Normen sind:

- Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)
- Versicherungsaufsichtsgesetz 2016 (VAG)
- Konsumentenschutzgesetz (KSchG)
- Verordnungen (z.B. KV-Gewinnbeteiligungsverordnung)
- Rundschreiben (z.B. FMA-Rundschreiben Rechnungszins in der Krankenversicherung)
- Datenschutzgesetz (DSG)

2.1 DEFINITION DES VERSICHERUNGSRIKOS IN DER KRANKENVERSICHERUNG

Wie bereits erwähnt, ist die Krankenversicherung eine Personenversicherung, die im Wesentlichen Leistungen im Falle einer Krankheit oder eines Unfalls von versicherten Personen für die Wiederherstellung der Gesundheit oder die Linderung von deren Folgen erbringt. Es gibt auch Pflegeversicherungen, Vorsorge- und Assistance-Leistungen und sonstige Leistungen, die zum Leistungsspektrum der privaten Krankenversicherung gehören. Eine mögliche Form einer gängigen Definition kann folgendermaßen lauten:

Ein Versicherungsfall in der Krankenversicherung ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfall. Entbindung gilt ebenfalls als Versicherungsfall.

In der Krankenversicherung ist es in der Regel nicht sicher, wie oft ein Versicherungsfall eintritt, wie hoch die Leistung dieses Falles ist und ob überhaupt ein Fall eintritt.

2.2 LEBENSLANGER CHARAKTER

Das österreichische Versicherungsvertragsgesetz regelt, welche Bedingungen für Vertragsdauer, Änderung von Prämien und/oder Versicherungsschutz zu gelten haben. Im § 178i VersVG wird definiert:

- (1) Krankenversicherungsverträge dürfen nur auf Lebenszeit³ des Versicherungsnehmers geschlossen werden, ausgenommen kurzfristige Versicherungen, die auf weniger als ein Jahr befristet sind; andere Befristungen sind unwirksam.*
- (2) Eine Kündigung durch den Versicherer gemäß § 8 Abs. 2 oder auf Grund einer Vertragsbestimmung, etwa für den Versicherungsfall, ist nur bei Gruppenversicherungsverträgen⁴ und Krankengeldversicherungsverträgen zulässig.*
- (3) Das Recht der Kündigung aus wichtigem Grund, insbesondere bei Verletzung von Obliegenheiten (§ 6), bei Prämienverzug (§ 39) und bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht (§ 41), bleibt unberührt.*

³ Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass der Wegfall des versicherten Interesses den Versicherer berechtigt, den Versicherungsvertrag zu kündigen. Krankengeldversicherungen, die das Ausfallrisiko von Erwerbseinkommens durch Krankheit abdecken werden daher in der Regel bis zum Pensionsantrittsalter abgeschlossen.

⁴ In diesem Fall hat der Versicherte in der Gruppenversicherung das Recht auf Fortsetzung in der Einzelversicherung, siehe § 178m Abs. 1 VersVG.

Im Versicherungsaufsichtsgesetz 2016 (VAG) § 101 wird definiert, dass langfristige Krankenversicherungsverträge „nach Art der Lebensversicherung“ gestaltet sein müssen. Das bedeutet, dass Vorschriften zur Berechnung der Prämie und der Alterungsrückstellung basierend auf den versicherungsmathematischen Methoden der Lebensversicherung zu beachten sind. Dafür ist die wirksame Vereinbarung einer Vertragsanpassungsklausel gemäß § 178f Abs. 1 VersVG bestimmend. Das VAG zwingt in § 101,

Soweit die Krankenversicherung Z 2 der Anlage A einer Vereinbarung gemäß § 178f Abs. 1 VersVG unterliegt, darf sie im Inland nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

- 1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Verwendung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind,*
- 2. eine Deckungsrückstellung (Alterungsrückstellung) auf versicherungsmathematischer Grundlage zu bilden ist und*
- 3. dem Versicherungsnehmer, außer in der Gruppenversicherung, vertraglich das Recht einzuräumen ist, unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in einen anderen Tarif derselben Versicherungsart (§ 178b VersVG) bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.*

Kurzfristige Krankenversicherungsverträge mit einer Laufzeit unter einem Jahr werden in diesem Dokument nicht weiter behandelt.

3 PRÄMIENKALKULATION, TARIFIERUNG

In Österreich wird durch das Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) bestimmt, dass alle Krankenversicherungsverträge, die mindestens ein Jahr dauern vom Versicherer nicht gekündigt werden dürfen (außer bei Obliegenheitsverletzungen). Eine weitere wichtige Bestimmung bzgl. der Prämien in der Krankenversicherung ist, dass Prämienanpassungen bloß vom Älterwerden oder wegen eines verschlechterten Gesundheitszustandes unzulässig sind.

Die Motivation dieser Bestimmungen ist, dass der Versicherungsschutz für Krankenversicherungen vor allem langfristig gedacht ist und wesentliche Leistungen erst in späteren Jahren wahrscheinlich werden. Wenn der Versicherer wie in der Schadenversicherung kündigen kann, eventuell sogar im ersten Schadensfall (z.B. beim Auftreten von Krebs oder einer anderen schweren Krankheit), dann hat der Versicherte keine Chance mehr auf den von ihm gewünschten Versicherungsschutz, weil ihn auch kein Mitbewerber des kündigenden Unternehmens mehr unter Versicherungsschutz nimmt.

Bei den reinen Risikoprämien (=Kopfschaden mit/ohne Sicherheiten, siehe auch 3.1.1.4) hat man zwar in jungen Jahren eine günstige Prämie, in späteren Jahren wird die Prämie aber schwer finanzierbar. Es soll nun für den allgemeinen Fall eine vom Eintrittsalter abhängige Prämie kalkuliert werden, die bei gleichbleibenden Rechnungsgrundlagen für die gesamte Versicherungsdauer gleichbleibt. Das Modell, das nun vorgestellt wird, berücksichtigt aber vorerst nur die Situation bei gleichbleibenden Rechnungsgrundlagen. Das Thema der Leistungsinflation aber auch die Veränderung von anderen Rechnungsgrundlagen (z.B. Profil 3.1.1) soll erst später diskutiert werden.

In der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung sind Prämien und Alterungsrückstellung auf versicherungsmathematischer Grundlage zu berechnen (§101 VAG). Die Versicherungsunternehmen haben der FMA die versicherungsmathematischen Grundlagen, die für die Erstellung der Tarife und die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen verwendet werden, vor ihrer erstmaligen Anwendung und bei jeder Änderung oder Ergänzung vor ihrer Anwendung vorzulegen (§102 VAG). Der verantwortliche Aktuar hat darauf zu achten, dass die Erstellung der Tarife und die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen nach den dafür geltenden Vorschriften und versicherungsmathematischen Grundlagen erfolgt (§116 VAG). Da die versicherungsmathematischen Grundlagen der FMA als Dokument vorzulegen sind, und dies als Ergänzung und Adaption des Geschäftsplans aufgefasst werden kann, wird das Dokument mit den versicherungsmathematischen Grundlagen eines Tarifes unter Versicherungsmathematikern und in diesem Dokument oft Geschäftsplan eines Tarifes genannt.

Ein Vertrag im Sinne dieses Dokuments versichert genau eine Person gemäß genau einem Tarif. Im Folgenden werden Merkmale eines typischen Tarifs der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung dargestellt, wobei die folgenden Voraussetzungen bzw. Annahmen als gegeben betrachtet werden:

- Ein Vertrag hat 2 mögliche Zustände (aufrecht, ausgeschieden).
- Die Prämie wird lebenslang bezahlt.
- Alle Zahlungen sind vorschüssig.

Es gibt auch andere Tarife, die komplexere Modelle erfordern.

Das Versicherungsaufsichtsgesetz⁵ (EuGH-Urteil von 2012) regelt, dass der Faktor Geschlecht für Verträge die nach dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurden, nicht zu unterschiedlichen Leistungen und Prämien für Frauen und Männer führen darf. Man spricht diesbezüglich von „Unisex“-Tarifizierung. Dies ist für alle Sparten gültig.

3.1 RECHNUNGSGRUNDLAGEN

Rechnungsgrundlagen 1. Ordnung unterliegen dem Vorsichtsprinzip (implizite Sicherheit) und werden zur Berechnung der Prämien und Alterungsrückstellung angewendet. Die Rechnungsgrundlagen 2. Ordnung unterliegen dem Prinzip *Best Estimate*, das heißt sie enthalten keine impliziten Sicherheiten und stellen den besten Schätzwert dar.

Im Folgenden werden die Rechnungsgrundlagen 1. Ordnung behandelt. Diese Rechnungsgrundlagen finden sich auch im Geschäftsplan wieder.

3.1.1 KOPFSCHADENREIHE (SCHÄDEN PRO KOPF), PROFILE UND GRUNDKOPFSCHÄDEN

Der Wert der zu erwartenden Leistungen der jeweiligen Person ist der zentrale Wert für die Prämienkalkulation. Dazu wird der Kopfschaden (Schaden pro versicherte Person pro Jahr) definiert:

Als Kopfschaden (bzw. Kopfschadenreihe) K_x wird der für jedes Alter x bestimmte Erwartungswert der Versicherungsleistungen bezeichnet, die für eine versicherte Person im Alter x während der Zeitperiode von einem Jahr zu leisten ist.

⁵ Siehe § 91 Abs. 2 VAG

Anmerkungen

- Üblicherweise werden die Leistungen für eine Zeitperiode nicht vollständig in dieser Periode bezahlt. (Spätschäden).
- Die Zeitperiode beträgt in fast allen Fällen ein Jahr. Im Folgenden betrachten wir daher als Beobachtungszeitraum ein Jahr, sofern es nicht anderweitig spezifiziert wird.
- Häufig werden auch "Teilkopfschäden" betrachtet, die einen Teil des versicherten Leistungsumfanges betreffen.
- Es gibt verschiedene Methoden, das Alter x zu bestimmen.

3.1.1.1 KOPFSCHÄDEN UND RISIKOFAKTOREN

Mit Hilfe von Kopfschäden kann man verschiedene Risikofaktoren untersuchen und Gesetzmäßigkeiten erkennen. Es besteht im Allgemeinen jedoch eine signifikante Abhängigkeit der Kopfschäden vom Alter der versicherten Personen (ältere Personen haben im Allgemeinen höhere Kopfschäden als jüngere) und dem Geschlecht. Weitere Faktoren, die die zu erwartenden Kopfschäden beeinflussen (können), sind:

- Leistungsart (zum Beispiel: stationäre Leistungen, ambulante Leistungen, Leistungen für Zahnbehandlung, etc. – diese Leistungen können noch viel stärker differenziert sein, z.B. werden stationäre Leistungen oft in Verpflegungskosten, operative bzw. konservative Honorare, Labor, Radiologie, Anästhesie, usw. zerlegt)
- Beruf (wird jedoch in der Krankenversicherung eher wenig verwendet)
- Wohnort (z. B. Bundesland)
- Basisversicherung (Art der Sozialversicherung, z. B. Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Beamter)
- Andere Faktoren (z. B. Risikofaktoren, die von Vorerkrankungen der versicherten Person abhängen).

Im Folgenden nehmen wir an, dass der Kopfschaden nur vom Alter der versicherten Person abhängt. Um dies kenntlich zu machen, schreibt man K_x für den Kopfschaden einer versicherten Person im Alter x . Falls mehrere Abhängigkeiten bestehen, kann man dies durch weitere Indizes angeben. In Abschnitt 3.1.1.4 (Ermittlung der Kopfschäden für Versicherungstarife) wird darauf näher eingegangen.

Häufig wird zwischen den beiden Geschlechtern unterschieden. In diesem Fall ist die Bezeichnung K_x für den Kopfschaden eines Mannes im Alter x und K_y einer Frau im Alter y gebräuchlich. Zur Vereinfachung wird im Weiteren für beide Geschlechter das Symbol x verwendet, da sich die Kalkulationen nicht unterscheiden.

Für Kinder bis maximal 20 Jahre wird üblicherweise eine geschlechtsunabhängige Risikoprämie ohne Bildung einer Alterungsrückstellung kalkuliert⁶.

⁶ Dieser Maximalwert ist im §178f VersVG definiert.

3.1.1.2 EINFLUSS VON LEISTUNGSARTEN AUF DIE PRÄMIENKALKULATION

Bei vielen Tarifen in der Krankenversicherung haben verschiedene Teilgebiete der medizinischen Leistungen einen unterschiedlichen Einfluss auf die Kopfschäden. Diese verschiedenen Arten von medizinischen Leistungen werden häufig als „Leistungsarten“ bezeichnet, es gibt auch manchmal den Begriff „Behandlungsarten“.

Wir werden im Weiteren dafür den Begriff „Leistungsarten“ verwenden.

Manche Tarife setzen sich aus mehreren Leistungsarten zusammen, die unterschiedlich starke Altersabhängigkeiten aufweisen. Ein Tarif kann daher auch aus mehreren Kopfschadenreihen kalkuliert werden.

Weiters kann auch eine einzige Kopfschadenreihe für mehrere Tarife verwendet werden. Dies kann sogar geboten sein, um für diese Tarife Kopfschadenreihen mit ausreichender statistischer Signifikanz zu erreichen. Dabei müssen unterschiedliche Leistungsniveaus entsprechend berücksichtigt werden.

3.1.1.3 PROFILE UND GRUNDKOPFSCHÄDEN - METHODE VON RUSAM:

Die oben eingeführten Kopfschäden hängen sowohl vom Kalenderjahr als auch vom Alter ab. Auf Friedrich Rusam⁷ geht die Methode der Aufspaltung von Kopfschadenreihen in

- einen *normierten Kopfschaden* k_x („Profil“), der vom Alter x abhängt, und
- in einen *Normierungsfaktor* G („Grundkopfschaden“),

zurück.

Das Profil zeigt die Relationen der unterschiedlichen Alter zueinander bezüglich der Kopfschäden, der Grundkopfschaden spiegelt das Leistungsniveau wider, das für die Tarifgemeinschaft gilt.

Für die Normierung wird üblicherweise ein stark besetztes Alter x_0 verwendet. Dieses Alter hat dann den normierten Wert 1, d.h. $k_{x_0} = 1$. Es kann aber grundsätzlich jedes Alter verwendet werden, da es sich nur um eine Normierung handelt.

$$k_x = \frac{K_x}{K_{x_0}}$$

x_0 ist ein fest gewähltes Alter. In der Praxis wird häufig das Alter 43 gewählt.

Die Methode von Rusam hat in ihrer Anwendung auch den Vorteil, dass sie auch in der Nachkalkulation verwendet werden kann, sofern davon auszugehen ist, dass ein Profil über eine längere Zeit unverändert bleibt.

⁷ Dortmunder Mathematiker, der insbesondere in den 1930er Jahren wesentlich an den Grundlagen der Krankenversicherungsmathematik nach Art der Lebensversicherung mitgewirkt hat.

3.1.1.4 ERMITTLUNG DER KOPFSCHÄDEN FÜR VERSICHERUNGSTARIFE

Um die Kopfschäden für die zu versichernden Personen im Alter x (entspricht K_x) zu ermitteln, benötigt man eventuell mehrere leistungsart-, alters- und geschlechtsabhängige Kopfschadensreihen K_x^τ ,

$$K_x = \sum_{\tau=1}^p K_x^\tau$$

wobei τ als Kennzeichen für die Leistungsart definiert ist ($1 \leq \tau \leq p$).

Ohne Beschränkung der Allgemeinheit wird in der Folge von einer einzigen Leistungsart ausgegangen, d.h. $t = 1$ und daher auf den Index τ verzichtet.

3.1.1.5 BERECHNUNG DES GRUNDKOPFSCHADENS

Den Kopfschaden des Auswahlalters x_0 bezeichnet man häufig als rechnungsmäßigen Grundkopfschaden. Dieser ist allerdings zu unterscheiden vom empirischen Grundkopfschaden. (Siehe letzten Absatz in diesem Abschnitt)

Dieser rechnungsmäßige Grundkopfschaden ist damit ein Faktor der Leistungshöhe für die betrachtete Leistungsart (oder eventuell auch mehrere Leistungsarten).

$$G = K_{x_0}$$

Der Grundkopfschaden, die Profile und die Kopfschäden hängen für alle x wie folgt zusammen:

$$K_x = G \cdot k_x$$

Der empirische Grundkopfschaden (einer Periode, z.B. eines bestimmten Jahres) entspricht – für einen betrachteten Tarif - der Summe der Schäden dieser Periode aller Personen, die zu Beginn der Periode das Alter x_0 haben, dividiert durch die rechnungsmäßigen Leistungen (Summenprodukt aus Profilwert und Personenanzahl) aller Personen, die zu Beginn der Periode das Alter x_0 haben.

3.1.1.6 VERWENDUNG VON DATEN

Aktuare brauchen für die Prämienkalkulation statistisch aussagekräftige Daten. Dafür sind Daten in ausreichendem Umfang nötig, d.h.:

- Im Besonderen bei der erstmaligen Kalkulation der Prämie von neuen Tarifen ist es nötig, Daten von ähnlichen Tarifen oder auch von externen Quellen heranzuziehen.
- Bei Tarifen, die erst seit wenigen Jahren verkauft werden, ist üblicherweise noch keine oder keine belastbare Vergleichsbasis vorhanden. Im Zuge der Überprüfung und Anpassung der Rechnungsgrundlagen kann es daher notwendig sein, zusätzlich auf Daten von ähnlichen Tarifen oder externen Quellen zurückzugreifen.
- Bei Tarifen mit einem Bestand, der für statistisch signifikante Aussagen unzureichend ist, kann es im Zuge der Überprüfung und Anpassung von Rechnungsgrundlagen ebenfalls notwendig sein, zusätzlich auf Daten von ähnlichen Tarifen oder externen Quellen zurückzugreifen.

Bei der Wahl von ähnlichen Tarifen und externen Quellen ist auf zeitliche Kontinuität zu achten. Bei der Wahl ähnlicher Tarife und der Zusammenfassung ebendieser spricht man oft vom Begriff der „Tarifgruppe“, „Tariffamilie“ oder „Tarifserie“, welche sich z.B. durch die Homogenität der Risiken bzw. einer Gleichartigkeit des Leistungsversprechens ergibt.

3.1.1.7 PRÄMIENRABATTE UND AKTIONEN

§102 Abs 2 VAG regelt, dass Prämien bei Abschluss ausreichend kalkuliert sein müssen. Das bedeutet, dass die Prämie aller Versicherten des Tarifes auch Rabatte, Abschlusskosten, Provisionen, Verwaltungskosten, Risikozuschlagsverzichte, etc. auf Dauer decken können muss. Je höher das durchschnittliche Rabattniveau ist, desto höhere Sicherheiten muss die Prämie vor Rabatt beinhalten. Bei jeder Änderung dieser Parameter ist aktuariell zu beurteilen, ob die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen weiterhin gewährleistet ist.

Diese Parameter müssen auch in Einklang mit §275 VAG (ordentlicher Geschäftsbetrieb) stehen⁸. Alle Rabatte müssen sachlich gerechtfertigt sein (§275 VAG) und die dauernde Erfüllbarkeit nicht gefährden. Das bedeutet, dass sie z.B. durch niedrigere Abschlusskosten oder Provisionen, niedrigere Verwaltungskosten, bessere Risikoselektion, niedrigere erwartete Leistungen begründet sein können. Insbesondere muss auch ein Gruppenrabatt durch einen derartigen sachlichen Grund gerechtfertigt sein.

Werbe-Sonderaktionen dürfen dem Gebot der Tarifselbsttragung nicht entgegenstehen (§102 Abs. 2 VAG). Insbesondere müssen diese laut Rechtsansicht der FMA⁹ im doppelten Sinn zeitlich begrenzt sein. Sie dürfen zum einen nicht dauerhaft angeboten werden und zum anderen nicht unbegrenzt wirksam sein.

3.1.1.8 PAY AS YOU LIVE

„Pay as you live“ Eigenschaften eines Krankenversicherungstarifs treten auf, wenn das Verhalten des einzelnen Kunden einen Einfluss auf seine Prämie oder Leistung nach Versicherungsabschluss hat (z.B. zeichnet ein Fitnesstracker die gelaufenen Kilometer pro Monat auf, was wiederum Einfluss auf die aktuelle Prämie oder Leistung des Kunden hat). Insoweit „Pay as you live“ Eigenschaften in einem Krankenversicherungstarif rechtens sind, hat der Einfluss ebenfalls sachlich gerechtfertigt zu sein und die Prämie ausreichend kalkuliert zu sein. Die rechtliche Zulässigkeit von „Pay as you live“ Elementen in der privaten Krankenversicherung wird derzeit allerdings als stark eingeschränkt angesehen.¹⁰

3.1.1.9 RISIKOPRÜFUNG

Ein erheblicher Risikofaktor ist ein bereits bei Versicherungsbeginn vorliegender schlechter Gesundheitszustand.

Da eine private Krankenversicherung kein Obligatorium ist, würde eine Annahme jedes Risikos zu gleichen Bedingungen erhöhte durchschnittliche Kopfschäden bedeuten. Andere Versicherungsunternehmen könnten bei Ausschluss von Personen mit Vorerkrankungen billigere Prämien anbieten und damit die guten Risiken „abschöpfen“. Daher kalkulieren alle Versicherer mit Personen ohne Vorerkrankungen und vergeben für bestimmte Diagnosen Leistungsausschlüsse

⁸ siehe auch die Rechtsansicht der FMA in der Präsentation „Besprechung zu Themen der Krankenversicherung“

⁹ siehe *Verwaltungspraxis zu „Werbe-Sonderaktionen“ in der Krankenversicherung*

¹⁰ siehe „Digitale Anreizmodelle in der privaten Krankenversicherung und ihre Grenzen“, Moritz Zoppel, erschienen im Austrian Law Journal 1/2022

oder verlangen einen Risikozuschlag auf die Prämie. Sofern kein Kontraktionszwang (z.B. in Folge vertraglich eingeräumter Rechte wie Kindernachversicherung) besteht, ist auch die Ablehnung eines Antrags auf Versicherungsschutz möglich.

3.1.1.9.1 ZUSAMMENHANG VON PRICING UND RISIKOPRÜFUNGSPOLITIK

Dem Pricing sind Annahmen zu einer konkreten Risikoprüfungspolitik zugrunde zu legen. Insbesondere über die relevanten Risiken, das Niveau der Zuschläge, über eventuelle Bagatellgrenzen, etc. Dies hat Einfluss auf die Prämie vor Risikozuschlag. Je weniger streng die Risikoprüfungspolitik ist, desto höher muss die Prämie vor Risikozuschlag sein. Die Risikoprüfungspolitik hat den Annahmen der Prämienkalkulation zu folgen, das bedeutet unter anderem, dass es aktuariell nicht rechtfertigbar ist, weniger streng zu prüfen oder in geringerem Umfang Risikozuschläge zu vergeben, als dies in die Prämienkalkulation einkalkuliert ist.

Die Risikoprüfungspolitik muss bepreisbar sein, d.h. es müssen ausreichend Erfahrungswerte oder solide Annahmen zugrunde gelegt werden. Bei der privaten Krankenversicherung in Österreich handelt es sich in der Regel um eine freiwillige Versicherung. Selbst in den Teilbereichen, in denen die private Krankenversicherung die Rolle der gesetzlichen Sozialversicherung einnimmt, ist die Wahl der Personen, anstelle der staatlichen Versicherung eine private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, eine freiwillige. Ebendiese Freiwilligkeit ermöglicht es Personen, eine für sie individuelle Entscheidung zu treffen. Dies hat insbesondere zur Folge, dass für Personen mit Vorerkrankungen eine private Krankenversicherung besonders attraktiv ist, so die Prämie günstig genug ist und keine Leistungsausschlüsse oder Wartezeiten seitens des Versicherungsunternehmens verlangt werden. Dieser Effekt nennt sich Antiselektion. Ein genereller Verzicht auf die Vergabe von Risikozuschlägen würde unweigerlich zu Antiselektionseffekten führen, wodurch die Auswirkung auf die Prämie nicht abschätzbar wäre.

3.1.2 AUSSCHIEDERDUNG

Die Ausscheideordnungen bestehen aus den beiden Kategorien Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeit. Die Stornowahrscheinlichkeit hat in der Kalkulation für jüngere Alter eine viel wichtigere Bedeutung, da sie sich stärker auf die Prämie auswirkt. Die Sterbewahrscheinlichkeit gewinnt mit steigendem Alter an Aussagekraft, während die Stornowahrscheinlichkeit mit wachsendem Alter sinkt.

Nachdem in Österreich angebotene Krankenversicherungen nach Art der Lebensversicherung in der Regel keinen Rückkauf durch den Kunden erlauben, sind Stornoannahmen in der Ausscheideordnung 1. Ordnung zu berücksichtigen.

In den Stornoannahmen ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei Tarifwechsel innerhalb derselben Versicherungsart und bis zum bisherigen Deckungsumfang beim selben Unternehmen eine Weitergabe der angesammelten Alterungsrückstellung zu erfolgen hat (§101 VAG).

3.1.3 RECHNUNGSZINS

Der Rechnungszins¹¹ ist im Rahmen der versicherungsmathematischen Grundlagen vorsichtig zu wählen (dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen). Die österreichische Aufsichtsbehörde FMA gibt anlassbezogen per Rundschreiben eine Empfehlung über den höchsten Rechnungszins für neu abzuschließende Versicherungsverträge der Krankenversicherung bekannt.

Der Rechnungszins ist unter den in § 178f Abs. 2 VersVG genannten Punkten (Anpassungsgründe) nicht explizit angeführt. Vertragsanpassungsklauseln, die eine Anpassung der Prämien aufgrund eines geänderten Rechnungszins durch Referenz auf einen Index oder durch eine Konkretisierung von § 178f Abs. 2 Z 3 VersVG explizit eingehen, sind bisher in Österreich nicht in Verwendung.

Eine Verringerung des Rechnungszinses (eine solche ist aus aufsichtsrechtlichen Gründen vorzunehmen, wenn die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen nicht mehr zu erwarten ist), kann in dem Fall, in dem der Rechnungszins nicht als Anpassungsgrund vereinbart ist, nur auf zukünftige Prämien erhöhungen¹² wirken. Der in einem solchen Fall entstehende Nachreservierungsbedarf der Alterungsrückstellung wird - bei Gewinnbeteiligung – vom Versichertenkollektiv mitgetragen.

Im umgekehrten Fall (Erhöhung des Rechnungszinses) ist unter Going Concern davon auszugehen, dass eine Erhöhung der zu erwartenden Kapitalerträge (Zinsen) an die Kunden aufgrund des Tarifwechselrechts weiterzugeben ist¹³.

3.2 LEISTUNGSBARWERT UND BEITRAGSBARWERTFAKTOR

Vereinfacht angenommen gibt es zwei Arten von Zahlungsflüssen, Prämien und Leistungen. Bei der Kalkulation wird angenommen, dass alle Zahlungen vorschüssig zu Beginn der Versicherungsperiode stattfinden. Es sei allerdings auch angemerkt, dass es auch Tarifikalkulationen gibt, bei welchen die Leistungszahlungen zur Mitte des Jahres erfolgen bzw. angenommen werden. Entsprechend ändert sich dann der Leistungsbarwert.

Der vorschüssige Leibrentenbarwert \ddot{a}_x ist die versicherungsmathematische abgezinste Restlaufzeit in Jahren einer Person im Alter x gemäß Rechnungsgrundlagen.

¹¹Unter Rechnungszins wird der im Rahmen der gegenüber der Aufsichtsbehörde (zur Genehmigung durch Nicht-Untersagung) vorzulegenden Rechnungsgrundlagen verwendete Rechnungszins (1. Ordnung) verstanden.

¹²Dasselbe gilt für Prämienreduktionen, die in Folge der Anwendung von Vertragsanpassungsklauseln zustande kommen.

¹³Ein Tarifwechsel in eine neue Tarifgeneration, die aufgrund des höheren Rechnungszins niedrigere Prämien vorsieht unter Anrechnung der erworbenen UGB Alterungsrückstellung (siehe § 101 Z 3 VAG) entspricht einer Prämienreduktion, die ident wie die bei einer Vertragsanpassung bestimmt wird, kann dem Versicherungsnehmer nicht verwehrt werden.

Der Leistungsbarwert ist diejenige Summe an Geld, die entsprechend dem Rechnungszins, den Ausscheidewahrscheinlichkeiten und den Kopfschäden notwendig ist, um für alle (kalkulierten) Leistungen aufzukommen. Das heißt, dieser Wert enthält alle diskontierten zukünftigen Leistungen.

Es sei i der Rechnungszins und v der Diskontierungsfaktor $v = 1/(1+i)$, dann gilt für den am Anfang aufzubringenden Leistungsbarwert A_x zusammen mit dem Bestand der x -Jährigen l_x :

$$l_x \cdot A_x = \sum_{j=0}^{\omega-x} l_{x+j} \cdot K_{x+j} \cdot v^j$$

wobei ω das „kalkulatorische Endalter“ bezeichnet, also das Alter, von dem angenommen wird, dass niemand älter wird.

Durch Multiplikation mit v^x erhält man

$$l_x \cdot v^x \cdot A_x = \sum_{j=0}^{\omega-x} l_{x+j} \cdot K_{x+j} \cdot v^{x+j}$$

Setzt man zur Abkürzung die Kommutationszahlen:

$$D_x = l_x \cdot v^x$$

$$N_x = \sum_{j=0}^{\omega-x} D_{x+j}$$

Mit den obigen Kommutationszahlen erhält man den vorschüssigen Leibrentenbarwert, der wie folgt definiert ist:

$$\ddot{a}_x = \frac{\sum_{j=0}^{\omega-x} D_{x+j}}{D_x}$$

oder

$$\ddot{a}_x = \frac{N_x}{D_x}$$

Wenn die Methode von Rusam ($K_x = G \cdot k_x$) angewendet wird, lässt sich die obige Formel auch darstellen als

$$D_x \cdot A_x = G \cdot \sum_{j=0}^{\omega-x} D_{x+j} \cdot k_{x+j}$$

Damit ergibt sich für den Leistungsbarwert:

$$A_x = G \cdot \frac{\sum_{j=0}^{\omega-x} D_{x+j} \cdot k_{x+j}}{D_x}$$

3.3 PRÄMIE

3.3.1 ÄQUIVALENZPRINZIP DER KALKULATION NACH ART DER LEBENSVERSICHERUNG

Das Äquivalenzprinzip der Kalkulation nach Art der Lebensversicherung bedeutet, dass die zukünftigen Versicherungsleistungen und die zukünftigen Nettoprämienzahlungen gleich sein sollen. Das heißt, dass zum Vertragsabschluss Nettoprämien- und Leistungsbarwert gleich sind. Da Prämienzahlungen und Leistungen nicht zu denselben Zeiten erfolgen bzw. Teile des ursprünglichen Bestandes ausgeschieden sein können, ist diese Äquivalenz unter Berücksichtigung von Ausscheidewahrscheinlichkeiten und eines Zinssatzes zu sehen. Als Nebenbedingung soll gelten, dass ohne Veränderung der Versicherungsleistungsstruktur für die ganze Versicherungszeit eine identische Prämie zu zahlen ist.

Das Ziel der Kalkulation ist es, eine den jeweiligen Risikoverhältnissen möglichst entsprechende Berechnung einer Versicherungsprämie zu finden, die aus der Sicht des Kalkulationszeitpunktes eine gleichbleibende – nicht mit dem Alter steigende – Prämienzahlung gewährleistet.

In dem Ausmaß, wie zukünftige Änderungen in den Rechnungsgrundlagen durch zukünftige Anpassungen ausgeglichen werden können, brauchen diese zukünftigen Änderungen nicht im Äquivalenzprinzip vorweggenommen zu werden.

3.3.2 NETTOPRÄMIE

Die versicherungsmathematische Nettoprämie berücksichtigt die künftigen Leistungszahlungen, enthält aber keine Zu- oder Abschläge für Kosten, Sicherheiten u.a. Die Basis der Berechnungen bildet der letztgültige Geschäftsplan. Sicherheiten sind aufgrund der gewählten Rechnungsgrundlagen 1. Ordnung enthalten.

3.3.2.1 KALKULATION DER NETTOPRÄMIE

Wegen der Bedingung, dass der Barwert der erwarteten Prämieinnahmen gleich dem Barwert der erwarteten Leistungen sein muss (Äquivalenzprinzip), ergibt sich, wenn P_x als jährliche konstante Nettoprämie bezeichnet wird:

$$\ddot{a}_x \cdot P_x = A_x$$

oder

$$P_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_x}$$

Durch Einsetzen der zu erwartenden Leistungen und des vorschüssigen Leibrentenbarwerts, folgt:

$$P_x = \frac{\sum_{j=0}^{\omega-x} K_{x+j} \cdot D_{x+j}}{D_x} \cdot \frac{D_x}{N_x} = \sum_{j=0}^{\omega-x} \frac{K_{x+j} \cdot D_{x+j}}{N_x}$$

oder unter Berücksichtigung der Methode von Rusam ($K_x = G \cdot k_x$):

$$P_x = G \cdot \sum_{j=0}^{\omega-x} \frac{k_{x+j} \cdot D_{x+j}}{N_x}$$

Die normierte Nettoprämie $p_x = \frac{P_x}{G}$ ergibt sich dann ohne Grundkopfschaden:

$$p_x = \sum_{j=0}^{\omega-x} \frac{k_{x+j} \cdot D_{x+j}}{N_x}$$

Diese Darstellung zeigt, dass bei bis auf die Leistungshöhe gleichen Rechnungsgrundlagen mit identischen normierten Nettoprämien gerechnet werden kann. Beispiele sind in Österreich Sonderklassentarife, die üblicherweise ein normiertes Österreichprofil haben (oder sich aus zwei oder mehr Österreich-Leistungsartenprofilen zusammensetzen) und sich nur im Leistungsniveau (G) pro Bundesland unterscheiden.

3.3.3 BRUTTOPRÄMIE

Bruttoprämien sind Prämien inklusive Zu- und Abschläge und Kosten (ohne Versicherungssteuer).

3.3.3.1 ABSCHLUSSKOSTEN

Im Allgemeinen gibt es für die Geschäftsaufbringung in der Versicherungswirtschaft Provisionen, die sich in der Krankenversicherung oftmals durch einmalige Zahlungen bei Versicherungsabschluss in Form von mehreren Monatsprämien ergeben. Es gibt allerdings auch laufende Provisionen – meist als Folgeprovisionen oder als Betreuungprovisionen bezeichnet - sowie Provisionen, die für Prämienhöhungen bei Vertragsänderungen bzw. Anpassungen gebühren.

Diese direkten Kosten werden unmittelbare Abschlusskosten genannt. Daneben gibt es auch mittelbare Abschlusskosten, die z.B. durch ein Fixum des Außendienstes entstehen oder durch Unterstützungen im Innendienst (Personalkosten für z.B. Maklerbetreuung, Zuschüsse für Generalagenturen), etc.

In Österreich ist es – im Gegensatz zu Deutschland – nicht erlaubt, negative Alterungsrückstellung zu aktivieren.

Die Abschlusskosten werden normalerweise mit einem Prozentsatz der Prämie angesetzt, was durch die Proportionalität der Provisionen (ein Vielfaches der Monatsprämie) auch sinnvoll erscheint.

3.3.3.2 VERWALTUNGSKOSTEN

Verwaltungskosten sind in der Regel Schadenregulierungskosten, Schadenverhütungskosten, Kosten für Verwaltungssysteme, sowie Personal- und diverse Sachkosten für den Versicherungsbetrieb.

3.3.3.3 SICHERHEITZUSCHLAG IN DER BRUTTOPRÄMIE

Da es immer wieder Verläufe geben kann, die nicht einkalkuliert sind oder Kosten, die nicht vorhersehbar sind, kann auch ein Sicherheitszuschlag in die Bruttoprämie einkalkuliert werden. Dieser ist zusätzlich zu etwaigen impliziten

Sicherheiten der Nettoprämie kalkuliert und ist bei gutem Leistungsverlauf eine Gewinnkomponente für den Unternehmensertrag.

3.3.3.4 ZUSCHLAG FÜR EINE ERFOLGSUNABHÄNGIGE PRÄMIENRÜCKERSTATTUNG

Die erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung wird auch erfolgsunabhängige Gewinnbeteiligung genannt und hängt nicht vom Gesamtergebnis eines Tarifes oder eines Gewinnverbandes ab, sondern nur von der Schadenfreiheit eines Vertrages oder einer Person. Eventuell wird sie auf gewisse definierte Tarife oder Tarifkombinationen abgestellt. Dieser Zuschlag ist entweder ein Teil der Nettoprämie (Teil des Kopfschadens) oder es wird ein Prozentsatz zu den bereits in 3.3.3.3 beschriebenen prozentuellen Sicherheitszuschlägen hinzuaddiert.

3.3.3.5 BERECHNUNG DER BRUTTOPRÄMIE

Fasst man alle prozentuellen Kosten und Zuschläge als Margin m und alle additiven (fixen) Kosten und Zuschläge als FK zusammen¹⁴, so lässt sich die Bruttoprämie B_x (vor Versicherungssteuer tax) wie folgt bestimmen:

$$B_x = \frac{P_x + FK}{(1 - m)}$$

In einigen Fällen kann $m = 0$ oder $FK = 0$ gelten.

Die Darstellung der Berechnung der Bruttoprämie kann in den Unternehmen von der obigen Formel abweichen, ist jedoch auf diese Form zurückführbar.

Die Bruttoprämie inkl. Versicherungssteuer ist dann

$$B_x^{tax} = B_x \cdot (1 + tax)$$

wobei tax der Prozentsatz der Versicherungssteuer ist.

¹⁴Oftmals werden die einzelnen prozentuellen und fixen Kosten und Zuschläge (z.B. Abschluss- und Verwaltungskosten sowie Sicherheitszuschläge) in den versicherungsmathematischen Grundlagen nicht separat ausgewiesen. In diesem Fall werden die Margin m und die FK gesamthaft dargestellt.

4 ALTERUNGRÜCKSTELLUNG UND PRÄMIENZERLEGUNG

4.1 ALTERUNGRÜCKSTELLUNG

Die Risikoprämie ist bei den meisten Versicherungsarten altersabhängig und steigt mit den Jahren an. Die Nettoprämie P_x jedoch, die nach dem Äquivalenzprinzip gerechnet wurde, ist konstant (solange keine Vertragsänderung oder -anpassung vorgenommen wird) und nur vom Eintrittsalter abhängig.

Somit ist die Nettoprämie in der Anfangszeit größer als die Risikoprämie, in späteren Jahren kehrt sich dies um und die Nettoprämie ist kleiner als die Risikoprämie. Dann reicht die Nettoprämie nicht mehr aus, um die Ansprüche für Leistungen aus dem Versicherungsvertrag zu finanzieren.

Es ist daher notwendig, Prämienanteile, welche die Risikoprämien in den ersten Jahren übersteigen für jene Zeiten rückzustellen, in denen die Risikoprämie die Nettoprämie übersteigt. Diese Rückstellungen werden (rechnungsmäßig) verzinst.

Bei vorzeitigem Austritt (Kündigung oder Tod) eines Versicherungsnehmers besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der vorhandenen Alterungsrückstellung. Sie kommt den verbleibenden Versicherten zugute. Aus der Sicht des ausscheidenden Versicherungsnehmers verfällt die Alterungsrückstellung. Für den Versicherer bzw. für die restliche Versichertengemeinschaft bedeutet das einen Ertrag. Dieser wird aber schon im Vorhinein bei der Tarifikalkulation prämiemindernd einberechnet. Diese Berücksichtigung in Form von Ausscheidehäufigkeiten (Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeiten) hat wesentliche Auswirkungen auf die Prämienkalkulation¹⁵. Würde die freiwerdende Alterungsrückstellung der ausscheidenden Versicherungsnehmer nicht eingerechnet, müsste die Prämie teilweise mehr als doppelt so hoch sein. Somit ist die private Krankenversicherung in Österreich für einen deutlich größeren Personenkreis leistbar, als dies der Fall wäre, wenn die Alterungsrückstellung vollständig¹⁶ portabel wäre oder sogar eine Barauszahlung vorgesehen wäre.

Es gibt Tarife mit unterschiedlichsten Profilen. Bei manchen davon gilt $K_x = K$ für alle Alter x . Daraus resultiert, dass $P_x = P$ für alle Alter x und daher beträgt die Rückstellung zu jedem Zeitpunkt 0. Dies stellt keinen Widerspruch zum Gebot der Kalkulation nach Art der Lebensversicherung lt. §101 VAG dar.

4.1.1 PROSPEKTIVE ALTERUNGRÜCKSTELLUNG

Da das Gesetz vorschreibt, dass sich die Prämie bloß vom Älterwerden des Versicherten nicht ändern darf, muss eine vom Abschlussalter lebenslange bzw. bis zum Vertragsende gleichbleibende Nettoprämie bestimmt werden.

¹⁵Siehe die Thematik der Vererbung in Kapitel 4.2.

¹⁶D.h. über die Bestimmungen des §101 Z 3 VAG hinaus.

Die konstant bleibende Nettoprämie P_x berechnet sich als:

$$P_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_x}$$

Die Äquivalenz des Barwerts der zukünftigen Prämieinnahmen zuzüglich der Alterungsrückstellung und der zu erwartenden Leistungen muss natürlich nicht nur am Beginn der Versicherung gelten, sondern auch zu anderen Zeitpunkten während der Vertragsdauer. Wir bezeichnen die Alterungsrückstellung einer mit Alter x eingetretenen Person nach m Jahren mit ${}_mV_x$. Üblicherweise beträgt die Alterungsrückstellung zu Vertragsbeginn 0.

Die formelmäßige Darstellung der obigen Äquivalenzgleichung lautet dann:

$$A_{x+m} = P_x \cdot \ddot{a}_{x+m} + {}_mV_x$$

und die Darstellung der Alterungsrückstellung:

$${}_mV_x = A_{x+m} - P_x \cdot \ddot{a}_{x+m}$$

Oder, unter Verwendung von $P_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_x}$:

$${}_mV_x = (P_{x+m} - P_x) \cdot \ddot{a}_{x+m}$$

Diese Darstellung wird als prospektive Methode zur Berechnung der Alterungsrückstellung bezeichnet, da sie jeweils den zu erwartenden Leistungen die zu erwartenden Prämien gegenüberstellt. Die Differenz zwischen den beiden Barwerten ist das rückzustellende Deckungskapital.

4.1.2 RETROSPEKTIVE ALTERSRÜCKSTELLUNG

Diese Art der Darstellung untersucht, welche Verwendung die bisher bezahlte Prämie hatte. Es werden den bisherigen (rechnungsmäßigen) Nettoprämien die rechnermäßigen Versicherungsleistungen (nicht die tatsächlichen!) gegenübergestellt. Die Differenz der beiden Werte ergibt die retrospektive Alterungsrückstellung.

Die retrospektive Alterungsrückstellung wird mit ${}_mV_x^{(r)}$ bezeichnet.

Für den Bestand l_x der ursprünglich x -jährigen gilt nach m Jahren (der Bestand ist nach den Ausscheidewahrscheinlichkeiten auf l_{x+m} gesunken):

$$l_{x+m} \cdot {}_mV_x^{(r)} = l_x \cdot P_x \cdot (1+i)^m + \dots + l_{x+m-1} \cdot P_x \cdot (1+i) - l_x \cdot K_x \cdot (1+i)^m + \dots + l_{x+m-1} \cdot K_{x+m-1} \cdot (1+i)$$

bzw.

$$l_{x+m} \cdot {}_mV_x^{(r)} = \sum_{j=0}^{m-1} l_{x+j} \cdot (1+i)^{m-j} \cdot (P_x - K_{x+j})$$

Multipliziert mit v^{x+m} und dividiert durch den dadurch entstehenden Term D_{x+m} ergibt sich

$${}_mV_x^{(r)} = \sum_{j=0}^{m-1} \frac{D_{x+j}}{D_{x+m}} \cdot P_x - \sum_{j=0}^{m-1} \frac{D_{x+j} \cdot K_{x+j}}{D_{x+m}}$$

Dann gilt:

$$\sum_{j=0}^{m-1} \frac{D_{x+j}}{D_{x+m}} \cdot P_x = \sum_{j=0}^{\omega} \frac{D_{x+j}}{D_{x+m}} \cdot P_x - \sum_{j=m}^{\omega} \frac{D_{x+j}}{D_{x+m}} \cdot P_x$$

und

$$\sum_{j=0}^{m-1} \frac{D_{x+j} \cdot K_{x+j}}{D_{x+m}} = \sum_{j=0}^{\omega} \frac{D_{x+j} \cdot K_{x+j}}{D_{x+m}} - \sum_{j=m}^{\omega} \frac{D_{x+j} \cdot K_{x+j}}{D_{x+m}}$$

Aus den gerade hergeleiteten Formeln folgt unter Berücksichtigung der Formeln für die Nettoprämie (siehe 3.3.2.1):

$${}_mV_x^{(r)} = A_{x+m} - P_x \cdot \ddot{a}_{x+m} + \frac{N_x \cdot P_x - \sum_{j=0}^{\omega} D_{x+j} \cdot K_{x+j}}{D_{x+m}}$$

Wird im Zähler des letzten Summanden die schon bekannte Formel $P_x = \frac{\sum_{j=0}^{\omega} D_{x+j} \cdot K_{x+j}}{N_x}$ eingesetzt, so fällt der dritte Summand weg und die retrospektiv berechnete Alterungsrückstellung ist identisch mit der prospektiv berechneten (siehe 4.1.1).

Die retrospektive Methode ist aufgrund der Langfristigkeit der Verträge und der regelmäßigen und häufigen Vertragsänderungen oftmals unpraktikabel, weswegen üblicherweise die prospektive Methode angewendet wird.

4.1.3 ZUFÜHRUNG ZUR ALTERUNGSRÜCKSTELLUNG

Die Zuführung zur Alterungsrückstellung in einer Periode, die sowohl positiv als auch negativ sein kann, lässt sich in folgender Form darstellen:

$${}_{m+1}V_x - {}_mV_x = (1+i) \cdot (P_x - K_{x+m}) + i \cdot {}_mV_x + (q_{x+m} + w_{x+m}) \cdot {}_{m+1}V_x$$

Die Zuführung wird durch folgende Quellen finanziert:

- die aufgezinste Differenz zwischen Nettoprämie und Leistung des Betrachtungsjahres.
- die Verzinsung des Deckungskapitales des Vorjahres.
- die „Vererbung“ durch die aus dem Bestand Ausscheidenden.

4.2 PRÄMIENZERLEGUNG

Krankenversicherungen werden in Österreich in der Regel¹⁷ gegen eine auf Vertragslaufzeit konstante¹⁸ Prämie (siehe § 178f Abs. 2 VersVG, Verbot der Anpassung wegen Älterwerden) abgeschlossen.

Wie bereits in Kapitel 3 angeführt, nimmt das Krankheitsrisiko im Allgemeinen mit steigendem Lebensalter einer versicherten Person zu und neben dem Risikoausgleich im Kollektiv erfolgt auch ein Risikoausgleich über die Zeit. In jüngeren Jahren dient ein Teil der Prämie (Sparprämie) dem Aufbau der Alterungsrückstellung. In späteren Jahren wird die Alterungsrückstellung wieder abgebaut und finanziert die üblicherweise in späteren Jahren höheren Leistungen.

Durch Umformung der Formel der Zuführung zur Alterungsrückstellung in Kapitel 4.1.3 lässt sich die Nettoprämie als Linearkombination von Versicherungsleistung, Alterungsrückstellung und Ausscheidewahrscheinlichkeiten ausdrücken:

$$P_x = K_{x+m} + ({}_{m+1}V_x \cdot v - {}_mV_x) - (q_{x+m} + w_{x+m}) \cdot v \cdot {}_{m+1}V_x$$

Die Nettoprämie ergibt sich aus den folgenden Komponenten:

- der Risikoprämie, welche dem Kopfschaden K_x entspricht.
- der Sparprämie S_x , die mit der Zeit negativ wird.
- der Vererbung durch die aus dem Bestand Ausscheidenden, welche die Prämie reduziert.

Die Sparprämie¹⁹ kann auch folgendermaßen definiert werden

Sparprämie = Nettoprämie – Risikoprämie.

Wenn auf die Prämie zusätzlich Rabatte oder Zuschläge angewendet werden, müssen die obigen Formeln gegebenenfalls adaptiert werden.

¹⁷Ausnahmen von dieser Regel sind Tarife mit einem zum Vertragsabschluss bereits vereinbarten Wechsel des Versicherungsschutzes (z.B. Unfalldeckung in jungen Jahren, volle Krankendeckung ab einem bestimmten Alter) oder Tarife mit einer zu Vertragsabschluss bereits vereinbarten abweichenden Prämienzahlungsmuster (z.B. geringere Prämie nach dem Pensionsantrittsalter). Die Trennung der Prämie in Spar-, Risiko- und Kostenprämie ist davon nicht berührt.

¹⁸Diese Aussage gilt, sofern keine vereinbarten Anpassungsgründe schlagend werden, die eine Änderung der Prämie und/oder der Leistungen bewirken.

¹⁹Diese Definition der Sparprämie inkludiert die Vererbung (Sterblichkeit und Storno). Es gibt in der Literatur auch andere Definitionen.

5 ÄNDERUNGEN DER LEISTUNGEN UND/ODER DER PRÄMIE

5.1 PRÄMIENANPASSUNG

Die bisher beschriebenen Kalkulationen der betrachteten Prämien haben unveränderte Rechnungsgrundlagen als Voraussetzung.

Wie die Vergangenheit gezeigt hat, sind diese jedoch Änderungen unterworfen. Ein Faktor, der erwarteter Weise zu Veränderungen der Rechnungsgrundlagen führt, ist die Inflation der Kosten für medizinische Leistungen. Diese ist zum Teil auf die allgemeine Inflation zurückzuführen. Auch ist zu beobachten, dass die „medizinische Inflation“ – in der Vergangenheit zumindest – oftmals über der allgemeinen Preisinflation (VPI) lag. Einige Tarifarten – wie zum Beispiel Krankenhaus-Tagegeldtarife – sollen ihren Geldwert behalten, was in der Regel durch Vereinbarung eines Index (z.B. VPI) erreicht wird, welcher zumeist in den Tarifbedingungen (Anpassungsklausel) angeführt ist.

Sterblichkeitsverbesserungen verringerten immer wieder die Ausscheidewahrscheinlichkeiten und erhöhten damit die Leistungsbarwerte, stärker jedoch wirkten sich in den letzten Jahrzehnten Profilveränderungen aus. Die Gründe für diese Veränderungen ergaben sich durch die Verbesserungen bei den medizinischen Möglichkeiten für insbesondere ältere Menschen (verbesserte Anästhesie, minimal invasive Chirurgie („Schlüsselloch-Chirurgie“), verbesserte Endoprothesen, Augenoperationen fast im Fließbandverfahren, etc.), was sich aufgrund von Veränderungen der Profile auf die Prämienanpassungen bzw. auf die Kalkulation von Neugeschäftsprämien ausgewirkt hat.

Wesentliche Veränderungen gab es in der Vergangenheit auch bei den Häufigkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen. Dieser Faktor wirkt sich tendenziell stark auf den durchschnittlichen Kopfschaden der jeweiligen Altersgruppe aus.

Die Folge von Veränderungen der Rechnungsgrundlagen sind die notwendigen Prämienanpassungen²⁰, die durch die oben beschriebenen Ursachen bewirkt werden. Wenngleich es in Österreich in den Jahren 1996 bis 1998 Prämienenkungen gab (wegen eines von den Versicherungen gewonnenen Verfahrens vor dem Verfassungsgerichtshof sowie dem (teilweisen) Entfall der Mehrwertsteuer auf ärztliche Honorare), so bedeutet eine Prämienanpassung auf Grund der medizinischen bzw. sonstigen Inflation in der Regel eine Erhöhung der Prämie, da sich die Erwartungswerte der Leistungen dadurch erhöhen.

In Österreich verhandelt der österreichische Versicherungsverband die Preise für die Spitäler und Ärzte gemeinsam mit den jeweiligen Spitalserhaltern sowie mit den Ärztekammern. Bei den Spitalserhaltern (meist die Bundesländer, aber auch Orden und Privatspitäler) geht es um die Kosten für Sonderklassebetten sowie medizinisch-technische Leistungen (z.B. Röntgen, MRT, CT, Labor, ...). Bei den Ärzten geht es um Honorare für chirurgische und konservative Leistungen, Anästhesie, etc. Durch diese für einen Zeitraum ausverhandelten Preise ist es den Versicherungsunternehmen besser möglich, eine Kostendeckungszusage für stationäre Leistungen auszusprechen. Durch Vereinbarung der Preise für

²⁰Sofern die betroffenen Rechnungsgrundlagen als Anpassungsgrund vereinbart sind.

spezifische Behandlungen ist das in der Tarfkalkulation zu berücksichtigende Risiko geringer und somit für die versicherten Personen der große Vorteil einer Kostendeckungszusage im stationären Bereich zu besseren Konditionen möglich.

Es gibt derzeit (Stand Dezember 2021) für fast alle Spitäler in Österreich aufrechte Verträge, vertragslose Zustände wegen Nichteinigung hat es in der Vergangenheit nur selten gegeben.

Ein weiterer großer Vorteil für die versicherten Personen bei Verträgen mit den Ärzten und Spitälern bzw. Spitalgruppen der österreichischen Bundesländer ist die nahezu flächendeckende Direktverrechnung zwischen Spitälern/Ärzten und den Krankenversicherern, die an die Kostendeckungszusage geknüpft ist.

Zusätzlich gibt es in den meisten Bundesländern auch Schiedsgerichte, wenn es Meinungsunterschiede zu Themen wie z.B. medizinische Notwendigkeit oder Einstufung von Operationen gibt. Diese Schiedsgerichte fungieren zwischen den Leistungserbringern und den privaten Krankenversicherungsunternehmen. Dadurch bleibt der Patient bei Streitfällen in der Regel außen vor.

Bei anderen Arten der Krankenversicherung haben in der Regel die Kunden zuerst die Rechnung(en) zu bezahlen und diese danach bei ihrer Versicherung einzureichen.

5.2 ÄNDERUNGEN IN FOLGE DER ANPASSUNGSKLAUSEL

Der gesetzliche Rahmen, der für die Vereinbarung einer Vertragsanpassungsklausel in der Krankenversicherung anzuwenden ist, ist im § 178f VersVG wie folgt festgelegt:

(1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

- 1. eines in der Vereinbarung genannten Index,*
- 2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,*
- 3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach der Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,*
- 4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherung,*
- 5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und*

6. *des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.*

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierten Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahre liegen.

(3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

(4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

Die Prämie ist bei Vertragsbeginn so kalkuliert, dass mit gleichbleibender Prämie (unter der Annahme, dass keine Änderungen eintreten, die in der Anpassungsklausel vereinbart sind) die mit dem Alter steigenden Leistungen gedeckt werden können.

Ergibt sich eine Veränderung der Rechnungsgrundlagen, so wird, wenn diesbezüglich eine Anpassungsklausel vereinbart ist, eine Prämienanpassung durchgeführt. Der häufigste Anlass einer Prämienanpassung ist die Änderung der Kosten für medizinische Leistungen, verursacht durch die sogenannte medizinische Inflation. Im Falle einer Erhöhung der Behandlungskosten oder der Honorare hat der Versicherer somit das Recht, sofern der Vertrag über eine entsprechende Anpassungsklausel verfügt, die Prämie anzupassen, sodass die Werterhaltung der Leistungszusage gewährleistet werden kann²¹.

Aktuariell umfasst der Begriff Inanspruchnahme und Aufwendigkeit (wie im VersVG 178f) alles, das den Barwert der Leistungen bestimmt, es sei denn, es ist explizit ausgenommen oder bereits an anderer Stelle im Gesetz (einschließlich KSchG – vom Unternehmen selbst herbeigeführte Änderungen) oder in einem anderen Passus festgeschrieben. Die in diesem Dokument genannten Komponenten bzw. Bestandteile (bei allen Größen handelt es sich um erwartete Größen einschließlich Sicherheiten) eines Barwerts der Leistungen sind folgende:

1. Rechnungszins
2. Storno
3. Sterblichkeit
4. Leistungen/Schäden (inklusive dem Geschlechterverhältnis, etc.)
5. Kosten (Sofern nicht selbst herbeigeführt siehe KSchG)

²¹Wenn eine diesbezügliche Anpassungsklausel vereinbart ist, hat der Versicherer aber auch aufgrund der Zweiseitigkeit des § 6 KSchG die Pflicht, die Prämien zu senken, wenn eine Reduktion der Behandlungskosten eintritt.

Ein zentraler Aspekt für die Anwendung des 178f VersVG ist die korrekte Bewertung der sich verändernden Faktoren aus 178f Abs. 2 VersVG. Diese Bewertung erfordert in Hinblick auf die Stabilität der Ergebnisse insbesondere bei der Analyse von statistischen Daten eine große Grundgesamtheit an versicherten Personen. Die Anzahl kann oftmals nicht durch die versicherten Personen eines einzelnen Tarifs erreicht werden. Damit ist der Begriff „Tarif“ im 178f VersVG aktuariell als „Gruppe von ähnlichen Tarifen“ zu verstehen²².

Der Paragraph 178f gibt den Rahmen vor, was in einer Anpassungsklausel enthalten sein kann. Was in einem konkreten Tarif vereinbart ist, ergibt sich aus den konkreten Tarifbedingungen, dem Geschäftsplan, geltenden Geschäftsregeln sowie den geübten Geschäftspraktiken für besagten Tarif. Gängige Praxis ist, dass ein als Prozentsatz vereinbarter Bruttzuschlag keiner Anpassung unterliegt (d.h. der Prozentsatz des Zuschlags bleibt bei Prämienanpassung unverändert), während betragsmäßige Größen (z.B. Kopfschäden, Selbstbehalte, Fixkosten) indexiert oder aus einer Nachkalkulation ermittelt werden.

Das österreichische VersVG gibt in § 178f und g den Rahmen vor, welche Änderungen in der Prämie und/oder im Leistungsumfang unter welchen Bedingungen (Anpassungsgründen) im Versicherungsvertrag vereinbart werden können²³. Ebenso maßgeblich ist das Konsumentenschutzgesetz, das in § 178f explizit erwähnt ist.²⁴

Hervorzuheben ist außerdem, dass dem österreichischen Versicherungsnehmer in der Einzelversicherung ein Widerspruchsrecht eingeräumt wird. Lehnt ein Versicherungsnehmer die vom Versicherer vorgenommene Anpassung ab, hat ihm der Versicherer einen Widerspruchstarif mit maximal gleich hoher Prämie und reduziertem Leistungsumfang anzubieten.

Ein angemessen geänderter Leistungsumfang gegenüber dem angepassten Tarif, im Einklang mit dem Gebot der dauernden Erfüllbarkeit, kann zum Beispiel folgendermaßen aussehen

- Einführung oder Änderung von Selbstbehalten
- Aussetzen/Einschränken der Kostendeckungsgarantie
- Änderung von Versicherungssummen
- Aussetzen/Einschränken von Teilleistungen
- Kombination aus den obigen Punkten

Es wird regelmäßig überprüft, ob sich die Rechnungsgrundlagen ändern. Wenn ein oder mehrere Anpassungsgründe, die mit dem Kunden als solche vereinbart sind, betroffen sind (siehe insbesondere § 178f Abs. 2 VersVG), wird eine Anpassung vorgenommen. Zur Feststellung ob und in welcher Höhe sich Rechnungsgrundlagen ändern, sind aus aktuarieller Sicht sowohl die Nachhaltigkeit dieser Änderung als auch die statistische Signifikanz dieser Änderung

²²Vergleiche dazu Kapitel 3.1.1.6 betreffend Heranziehen von Daten ähnlicher Tarife.

²³Die Vereinbarung erfolgt in Form von Vertragsanpassungsklauseln, die als Teil der allgemeinen oder besonderen Vertragsbedingungen (Tarifbedingungen) abgefasst werden. Der VVO stellt auf seiner Homepage Musterbedingungen für die Krankenversicherung zur Verfügung.

²⁴Eine umfassende rechtliche Darstellung findet sich im Anhang.

maßgeblich. Oftmals sind Tarife nicht ausreichend stark besetzt, um allein betrachtet statistische Signifikanz erreichen zu können. In diesem Fall ist es, um den betrachteten Tarif beurteilen zu können, geboten, ähnliche Tarife heranzuziehen und in der Gesamtheit bzgl. Änderungen zu beurteilen.²⁵

Wenn eine Anpassungsklausel auf die Wertsicherung des Versicherungsvertrages abzielt, ist davon auszugehen, dass sämtliche im Vertrag genannte Beträge und Summen (einschließlich Selbstbehalte) der Wertsicherung unterliegen (und damit einer Anpassung unterliegen).

Kappungen bzw. Limitierungen (siehe spätere Unterkapitel) können vorgenommen werden, mit der Konsequenz, dass größere Prämiensteigerungen vor allem bei lang versicherten Personen verringert werden. Diese Limitierungen führen zu Einschüssen ins Deckungskapital, die durch Überschüsse des Versicherungsunternehmens finanziert werden.

Nachdem es laut VersVG sowie KSchG innerhalb des Rahmens des VAG (dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen²⁶) zulässig ist, Versicherungsnehmer besser zu stellen, werden in der Praxis aus der Vertragsanpassung resultierende Prämienhöhungen auch ermessensabhängig²⁷ begrenzt (limitiert bzw. gekappt) oder über mehrere Jahre (in kleineren Beträgen) verteilt.

5.2.1 NACHKALKULATION

Die Rechnungsgrundlagen 1. Ordnung werden aus Beobachtungen möglichst großer Bestände, gemittelt über mehrere Jahre, mit impliziten Sicherheitszuschlägen versehen, kalkuliert. Kurzfristige Schwankungen werden dadurch ausgeglichen und eventuelle Verluste aus kleinen Abweichungen werden durch die Sicherheitszuschläge abgedeckt.

Durch die Langfristigkeit von Krankenversicherungsverträgen können aber auch kleine Abweichungen – sofern sie dauerhaft sind – in Summe große Auswirkungen haben. Deshalb sind in der Krankenversicherung Nachkalkulationen notwendig, um Veränderungen von Rechnungsgrundlagen zu beobachten. Im Falle von größeren, vor allem aber nachhaltig wirkenden Änderungen der Rechnungsgrundlagen, sind diese geänderten Werte in dem Ausmaß wie sie in den Anpassungsklauseln mit den Versicherungsnehmern vereinbart sind in Form von Anpassungen in den Prämien zu berücksichtigen.

Im ersten Schritt wird überprüft, ob ein Tarif oder eine Tarifgruppe detaillierter nachkalkuliert werden soll. Zur Bestimmung, ob eine Nachkalkulation für einen Tarif oder eine Tarifgruppe erfolgen soll, stehen dem Aktuar mehrere Methoden und Kennzahlen zur Verfügung. Meistens werden Berechnungen der Schadensquoten oder Deckungsbeitragsrechnungen pro Tarif oder pro Tarifgruppe jährlich durchgeführt. Diese geben Hinweise auf eventuell veränderte Rechnungsgrundlagen bei bestimmten Tarifen. Kommt es aufgrund einer gesetzlichen Änderung von z.B. Sozialversicherungsleistungen zu Auswirkungen auf den Versicherungsschutz, so kann dies ebenfalls eine Nachkalkulation notwendig machen.

²⁵ Ein vergleichbares Gebot sieht auch die deutsche Krankenaufsichtsverordnung unter §6 Abs. 3 vor.

²⁶ § 102 Abs. 2 VAG

²⁷ Die KV-GBV sieht vor, dass diese Beträge, die der Vermeidung von Prämienhöhungen dienen, auf die Mindestgewinnbeteiligung angerechnet werden können.

Bei größeren Tarifgruppen werden – oftmals in mehrjährigen Abständen - detailliertere Analysen vorgenommen. Dabei werden üblicherweise beobachtete und rechnungsmäßige (1. Ordnung) Parameter verglichen. Beispiele für diese Parameter bzw. Rechnungsgrundlagen sind (altersabhängige) Leistungen, Storni und Sterblichkeit.

Es ist auch möglich, aus den aktuell verfügbaren Daten neue Rechnungsgrundlagen zu erstellen und damit die Prämien eines fiktiven Tarifes zu berechnen, um sie dann mit den Tarifprämien des Bestandstarifs zu vergleichen.

Je kleiner die Bestände und je detaillierter die Untersuchungen, desto mehr Volatilität kann in den Ergebnissen stecken. Wichtig ist, kurzfristige Schwankungen von Trends und dauerhaften Veränderungen zu unterscheiden.

Die finanziellen Auswirkungen von kurzfristigen Änderungen können aus den Sicherheitszuschlägen abgedeckt werden. Verluste aus der Veränderung einer Rechnungsgrundlage dürfen innerhalb eines Tarifs auch mit Gewinnen aus der Veränderung einer anderen Rechnungsgrundlage ausgeglichen werden, wenn die dauernde Erfüllbarkeit der vertraglich vereinbarten Verpflichtungen laut §102 VAG nicht gefährdet ist.

In die Nachkalkulation fließen allenfalls durch Anpassungen veränderte Leistungsbeträge (bzw. Selbstbehalte, etc.) ein. Ebenso gehen von Anpassungsklauseln umfasste Änderungen veröffentlichter Sterbetafeln in die Nachkalkulation ein.

Werden langfristige, materielle Änderungen erkannt, so sind diese zeitnah in den Rechnungsgrundlagen zu berücksichtigen und gegebenenfalls in Form von Prämienanpassungen (nach oben bzw. nach unten) an die Versicherungsnehmer weiterzugeben. Die Beurteilung der Materialität umfasst dabei die Gesamtauswirkung der potenziellen Änderungen von Rechnungsgrundlagen des Tarifs.

5.2.2 RECHNUNGSGRUNDLAGEN DER ANPASSUNG

Für die Änderungen der Rechnungsgrundlagen im Rahmen der Anpassung gelten folgende Prinzipien.

- Die statistischen Daten von mehr als einem Jahr können für den Ausgleich von zufälligen Schwankungen herangezogen werden.
- Aktuariell ist es oftmals sinnvoll, Glättungen durchzuführen, um die Volatilität der Daten nicht auf die Anpassung zu übertragen.
- Statistische Daten, die keine Aussagekraft auf die Zukunft haben, sind angemessen zu behandeln.
- Die methodische Kontinuität muss beachtet werden. Änderungen der Methodik müssen fachlich begründet werden. (Analog dem Grundgedanken der Bilanzstetigkeit)
- Veränderungen, die sich aufgrund der zeitlichen Diskrepanz zwischen dem Beobachtungszeitpunkt der statistischen Daten und der Wirksamkeit der Anpassung ergeben, sind zu berücksichtigen, gegebenenfalls durch aktuarielle Schätzungen.
- Eine zum Beginn unzureichende Kalkulation im Sinne von 178f Abs. 2 VersVG darf nicht nachgeholt werden.
- Für den Kunden belastende Veränderungen können auf mehrere Jahre verteilt werden.

Rechnungsgrundlagen, bei denen es im Rahmen der vorliegenden Anpassung zu keiner Änderung kommt, sind unverändert aus dem letztgültigen Geschäftsplan zu übernehmen.

Im Folgenden werden Beispiele für mögliche Methodiken der Herleitung des Anpassungsbedarfs angeführt (insbesondere bezogen auf Effekte aus der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Leistungen und deren Aufwendigkeit, sowie der Veränderung der Preise im Gesundheitswesen). Diese Beispiele beziehen sich auf die Anpassung von Krankenhauskosten-Tarifen und gehen von einem unveränderten Profil aus (die prozentuelle Erhöhung der Neugeschäftsprämie ist in allen Altern gleich):

1. Bei Tarifen mit stationärer Deckung ist es möglich, den Anpassungsprozentsatz für die Neugeschäftsprämie ausgehend von den Verhandlungsergebnissen der Direktverrechnungsvereinbarungen herzuleiten. Dabei bilden die verhandelten Änderungen der Vergütungen an die Krankenhäuser (üblicherweise getrennt nach Hauskosten und Honoraren) die Basis, welche entsprechend der durchschnittlichen Inanspruchnahme der jeweiligen relevanten Krankenhäuser bzw. Gruppen von Krankenhäusern aggregiert werden können. Derart wird ein Prozentsatz hergeleitet, der die durchschnittliche Erhöhung der Fallkosten des Tarifs (der Tarifgruppe) darstellt („Veränderung der Preise im Gesundheitswesen“ sowie der „Aufwendigkeit der Leistung“). In einem zweiten Schritt ist es nötig, die Inanspruchnahme mit zu berücksichtigen. Diese kann z.B. durch die Analyse der Entwicklung der Schadenquoten (inkl. Veränderung der mathematischen Reserven und Verzinsung, ggf. auch der Bruttozuschläge) dieses Tarifs (dieser Tarifgruppe) oder durch Analyse der Entwicklung des Verhältnisses von tatsächlichen zu kalkulatorischen Leistungen erfolgen. Entsprechend dem Ergebnis wird der Anpassungsprozentsatz aus dem ersten Schritt gleich belassen, erhöht oder verringert. Aktuariell ist es dabei oftmals sinnvoll, Glättungen durchzuführen, um die Volatilität der Daten nicht auf die Anpassung zu übertragen.
2. Ähnlich wie bei Punkt 1 bilden Verhandlungsergebnisse die Basis der Berechnung, ausgehend von der aktuellen Neugeschäftsprämie. Zusätzlich zu den Verhandlungsergebnissen wird noch die Häufigkeit der Inanspruchnahme berücksichtigt, indem pro Bundesland die durchschnittlichen Fälle pro Risiko mit errechnet werden. Diese Kennzahl wird mit vorangegangenen Jahren verglichen und kann somit auch negativ werden. Die Summe von Verhandlungsergebnissen und Veränderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme bilden den Anpassungsatz.
3. Man kann einen aktuellen empirischen Grundkopfschaden aus den Leistungs- und Bestandsdaten des letzten Jahres errechnen. Die Veränderung dieses Grundkopfschadens im Verhältnis zum Jahr davor ist dann die Basis für die Erhöhung der Neugeschäftsprämien. Analog zur Tarifneukalkulation kann man dabei mehrere Beobachtungsjahre, eventuell mit Gewichtung, um einen Trend zu berücksichtigen, heranziehen. In diesem Fall wird der gesamte Beobachtungszeitraum um ein Jahr bzw. den Zeitraum seit der letzten Anpassung verschoben.
4. Man kann die prozentuelle Veränderung der Neugeschäftsprämien von der Entwicklung des Quotienten aus Leistung und Risikoprämie ableiten. Man setzt die Erhöhung so an, dass dieser Quotient des Jahres, für das man anpasst, gleich dem Quotienten der Jahre davor ist. Durch Betrachtung des Quotienten werden Veränderungen durch Älterwerden des Bestandes oder zugehendes Neugeschäft oder sonstiger Bestandsveränderungen hinausgerechnet, da ja das Älterwerden durch die (in der Regel) höheren Risikoprämien berücksichtigt ist. Wenn also etwa die Leistungen um 2% steigen und die Risikoprämien ebenfalls um 2% steigen, sieht man, dass es keine Änderung der Aufwendigkeit der Leistungen gibt und es daher keinen Anpassungsbedarf gibt. Wenn die Leistungen um 2% steigen, die Risikoprämien allerdings um 1%, sieht man, dass ein Teil der höheren Leistungen nicht aus dem Älterwerden stammt, sondern aus im VersVG genannten Anpassungsgründen und

muss um 0,99% anpassen. Bei einer Anpassung um 0,99% erhöht sich die Summe der Risikoprämien des Bestandes im selben Ausmaß wie die Leistungen, also auch um 2% ($1,01 \cdot 1,0099 = 1,02$). Wenn die Leistungen um 2% steigen, die Risikoprämien allerdings um 3% sieht man, dass die Leistungen aufgrund des Älterwerdens stärker steigen müssten, aber aus einem der im VersVG genannten Anpassungsgründen geringer steigen und daher negativ angepasst werden müssen (-0,97%). Bei einer Anpassung um -0,97% erhöht sich die Summe der Risikoprämien des Bestandes im selben Ausmaß wie die Leistungen, also auch um 2% ($1,03 \cdot 0,9903 = 1,02$). Da bei Festlegung der Anpassung das laufende Jahr meist nicht abgeschlossen ist, vergleicht man in der Regel das vorletzte Jahr mit dem vorvorletzten Jahr bzw. mit noch älteren Jahren. Man passt also ein Jahr zeitverzögert an. Mathematisch ist es außerdem oftmals sinnvoll, Glättungen durchzuführen, um die Volatilität der Daten nicht auf die Anpassung zu übertragen.

Im Anschluss wird die Kalkulation der Prämienanpassung behandelt.

5.2.3 KALKULATION DER PRÄMIENANPASSUNG

Wenn eine Prämienanpassungsklausel vereinbart ist und eine Anpassung vorgenommen wird, so ergibt sich zum Zeitpunkt m nach Prämienanpassung eine (angepasste) Prämie in Höhe von:

$$P_x^{post} = P_{x+m}^{post} - (P_{x+m}^{pre} - P_x^{pre}) \cdot \frac{\ddot{a}_{x+m}^{pre}}{\ddot{a}_{x+m}^{post}}$$

Bei gleichbleibenden Beitragsbarwertfaktoren (wenn sich weder Storno- noch Sterbewahrscheinlichkeiten ändern) kürzt sich diese Formel wie folgt:

$$P_x^{post} = P_x^{pre} + (P_{x+m}^{post} - P_{x+m}^{pre})$$

In den meisten Fällen hat eine Prämienanpassung keine Auswirkung auf die Alterungsrückstellung ${}_mV_x$ welche vor (pre) und nach ($post$) der Anpassung in der Regel gleich hoch ist²⁸:

$$\begin{aligned} (P_{x+m}^{post} - P_x^{post}) \cdot \ddot{a}_{x+m}^{post} &= {}_mV_x^{post} \\ &= {}_mV_x^{pre} = (P_{x+m}^{pre} - P_x^{pre}) \cdot \ddot{a}_{x+m}^{pre} \end{aligned}$$

²⁸ Ein Beispiel für eine Ausnahme dieser Regel ergibt sich aus der Limitierung (Siehe Abschnitt 5.2.4)

Wie aus den Formeln ersichtlich ist und wie es auch im §178f Abs.4 VersVG gefordert wird, finden keine rückwirkenden Änderungen der Prämie statt, sondern ausschließlich zukünftige Änderungen.²⁹ Wie schon in Kapitel 0 erwähnt wird dadurch die Berechnung der retrospektiven Alterungsrückstellung schwierig.

Es sei noch angemerkt, dass, wie zuvor schon beschrieben, die Anpassung in der Regel keine Auswirkung auf die aktuelle Alterungsrückstellung hat, jedoch ändert sich die Alterungsrückstellung für zukünftige Zeitpunkte. Für Illustrationszwecke nehmen wir an, dass es keine Änderungen der Rechnungsgrundlagen außer dem Grundkopfschaden gibt und daher für die Anpassung gilt:

$$\ddot{a}_{x+m}^{pre} = \ddot{a}_{x+m}^{post} \text{ bzw. } \ddot{a}_{x+m+1}^{pre} = \ddot{a}_{x+m+1}^{post} .$$

Betrachte nun die Alterungsrückstellung zum Zeitpunkt $m + 1$. Falls keine Anpassung vorgenommen worden wäre gilt:

$${}_{m+1}V_x^{pre} = (P_{x+m+1}^{pre} - P_x^{pre}) \cdot \ddot{a}_{x+m+1}^{pre}$$

Wenn eine Anpassung zum Zeitpunkt m durchgeführt wird gilt zum Zeitpunkt $m + 1$:

$$\begin{aligned} {}_{m+1}V_x^{post} &= (P_{x+m+1}^{post} - P_x^{post}) \cdot \ddot{a}_{x+m+1}^{post} \\ &= (P_{x+m+1}^{post} - (P_x^{pre} + P_{x+m}^{post} - P_{x+m}^{pre})) \cdot \ddot{a}_{x+m+1}^{pre} \\ &= ((P_{x+m+1}^{pre} - P_x^{pre}) + (P_{x+m+1}^{post} - P_{x+m+1}^{pre}) - (P_{x+m}^{post} - P_{x+m}^{pre})) \cdot \ddot{a}_{x+m+1}^{pre} \\ &= {}_{m+1}V_x^{pre} + ((P_{x+m+1}^{post} - P_{x+m+1}^{pre}) - (P_{x+m}^{post} - P_{x+m}^{pre})) \cdot \ddot{a}_{x+m+1}^{pre} \end{aligned}$$

Da der zweite Ausdruck der letzten Zeile in der Regel ungleich Null ist, unterscheiden sich die Alterungsrückstellungen.

5.2.4 LIMITIERUNG

Eine in Österreich weit verbreitete Praxis ist die Limitierung (auch Kappung genannt) der Prämienanpassung. Dabei wird die tatsächliche Erhöhung der Prämie des Kunden z.B. prozentuell beschränkt. Diese Praxis stellt eine freiwillige Besserstellung der Kunden dar und obliegt damit in Art und Umfang der Entscheidung des Versicherungsunternehmens. Angewendet wird diese Praxis oftmals auf die gesamten anzupassenden Bestände von Tarifen oder Tarifgruppen, wobei die Limitierung dann üblicherweise nur auf Teilbestände wirkt.

Da die von betroffenen Kunden zukünftig zu bezahlende Prämie durch die Limitierung unter der angepassten Prämie P_x^{post} liegt, ist – um der Äquivalenzgleichung Genüge zu tun – ein Einschuss in die Alterungsrückstellung in der Höhe des

²⁹ Die im Rahmen einer Prämienanpassung veränderten Rechnungsgrundlagen sind Bestandteil des geänderten Geschäftsplans des Tarifs, siehe auch Kapitel 3.3.2 sowie §102 Abs.1 Z2 VAG.

Barwerts der zukünftigen Prämienverzichte nötig. Dieser Einschuss wirkt sich in der Regel auf ein allfälliges Gewinnbeteiligungsversprechen aus.³⁰

5.3 KONVERTIERUNG

In bestimmten Fällen hat der Kunde das Recht, auf einen anderen Tarif derselben Versicherungsart umzusteigen.

In § 178b benennt das österreichische Versicherungsvertragsgesetz in Bezug auf die Krankenversicherung folgende Versicherungsarten:

1. *Krankheitskostenversicherung*
2. *Krankenhaustagegeldversicherung*
3. *Krankengeldversicherung*
4. *Pflegekrankenversicherung*
 - a. *Pflegekostenversicherung*
 - b. *Pflegetagegeldversicherung*

Gemäß § 101 Z 3 VAG sind dem Versicherungsnehmer in der Krankenversicherung umfangreiche Tarifwechselrechte einzuräumen. Dem Versicherungsnehmer ist, außer in der Gruppenversicherung³¹, vertraglich das Recht einzuräumen, unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung³² in einen anderen Tarif derselben Versicherungsart (§ 178b VersVG) bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.

Aus aktuarieller Sicht ist es zulässig, dass bei einem Tarifwechsel innerhalb einer der vier Versicherungsarten (VAG) die Anrechnung der bisherigen Alterungsrückstellung unterbleibt, sofern sich der Deckungsumfang des neuen Tarifs mit dem des bisherigen Tarifs nicht wesentlich überschneidet.

Je nach Veränderung der Leistungen, kann es zu Höherversicherungen 5.3.1 oder zu Niedrigerversicherungen 5.3.2 kommen.

³⁰Der Einschuss kann lt. §2 Abs. 1 KV-GBV auf die Mindestgewinnbeteiligung angerechnet werden. Da jedoch die Zuführung zur Alterungsrückstellung auch in §3 Abs. 1 KV-GBV enthalten ist, ist von einem Wahlrecht bei der Berücksichtigung dieses Betrages auszugehen. Eine doppelte Anrechnung, wie es die KV-GBV grundsätzlich ermöglichen würde, ist bestimmt nicht im Sinne der Verfasser der Verordnung.

³¹Für die Gruppenversicherung gelten insbesondere die Bestimmungen von § 178m VersVG (siehe Appendix B.7)

³²Es handelt sich um die UGB Alterungsrückstellung.

5.3.1 HÖHERVERSICHERUNG

Höherversicherungen werden oft dann gewünscht, wenn höhere oder zusätzliche Leistungen hinzugefügt werden sollen, ein Wechsel in ein anderes, teureres Bundesland oder der Sozialversicherung ansteht.

Beispiele:

- Wechsel der versicherten Person von Steiermark nach Wien bei bisher stationärem Sonderklasse-Tarif mit Regionaldeckung.
- Berufliche Veränderung der versicherten Person, daher Wechsel von Beamtenkrankenversicherung (BVAEB) auf ÖGK-Versicherung.
- Bisher hatte die versicherte Person einen ambulanten Tarif mit Höchstleistungssumme von 1500 EUR ohne physiotherapeutische Leistungen, es wird ein ambulanter Tarif mit höherer Höchstleistungssumme und inklusive physiotherapeutischen Leistungen gewünscht.
- Reduktion des Selbstbehalts

Die Brutto-Prämie B'_{x/x_0+m} des neuen Tarifes (wenn der Eintritt im alten Tarif mit dem Alter x_0 stattfand und bereits m Jahre vergangen sind) ist die Neueinsteiger-Prämie B'_{x_0+m} des neuen Tarifes zum Alter $x = x_0 + m$ abzüglich des Deckungskapitals, das bisher angesammelt wurde, bewertet mit dem neuen Barwert a'_{x_0+m} bzw. dem neuen Bruttozuschlag m' :

$$B'_{x/x_0+m} = B'_x - \frac{mV_{x_0}}{(1 - m') \cdot a'_x}$$

Es kann sein, dass - während der Vertragslaufzeit im bisherigen Tarif - das Risiko signifikant höher geworden ist als das dem Alter entsprechende Risiko oder dass sich ein bereits bei Abschluss erhöhtes Risiko weiter erhöht hat. Deshalb wird bei Höherversicherung in der Regel eine erneute Risikoprüfung vorgenommen. Im Fall eines nun festgestellten erhöhten Risikos sollte – nur für den Prämienanteil des hinzugekommenen Leistungsumfanges – ein zusätzlicher Risikozuschlag verrechnet werden.

5.3.2 NIEDRIGERVERSICHERUNG (TEILSTORNO)

Wenn ein Versicherungsschutz aus zwei Tarifen besteht, und ein Tarif storniert wird, so entfällt die Prämie des vom Storno betroffenen Tarifes und das Deckungskapital wird zu Gunsten der Versichertengemeinschaft aufgelöst.

Wenn von einem höherwertigen Tarif auf einen Tarif mit niedrigerem Deckungsumfang reduziert wird, so kann dies als Teilstorno betrachtet werden. Es kann also dieser eine (höherwertigere) Tarif gedanklich in zwei Teile zerlegt werden und der abgehende „Teil“ als Teilstorno bewertet werden. Immerhin werden durch eine derartige Reduktion des Tarifes

ein oder mehrere Anteile der Leistungen des Tarifes verringert und/oder auf vollständige Leistungsarten verzichtet. Damit teilt sich der bisherige Deckungsumfang in folgende zwei Bestandteile:

1. der Teil, dessen Leistungsumfang erhalten bleibt;
2. der Teil der storniert wird.

Manchmal kann auch die Prämie des bisherigen Tarifes soweit verringert werden, dass der neue Tarif auf das ursprüngliche Eintrittsalter, oder auf das erste Erwachsenenalter mit Deckungskapital reduziert wird.

Beispiel für eine Niedrigerversicherung:

Ein ambulanter Tarif mit 80% Vergütung der Arzthonorare bis zur Jahreshöchstsumme von 5000 € wird auf einen Tarif mit 50% Vergütung der Arzthonorare bis zur Jahreshöchstsumme von 2000 € umgestellt.

Bei Überlegungen, welche Maßstäbe man für eine Niedrigerversicherung ansetzen kann, gibt es mehrere Möglichkeiten, vor allem, wenn Rechnungsgrundlagen der unterschiedlichen Tarife mit ihren Leistungsspektren variieren.

1.) Der erste und einfachste Fall ist jener, bei dem nur die Grundkopfschäden unterschiedlich sind. (z. B.: Krankenhaustagegeld mit proportionalen Leistungen und ebensolchen Grundkopfschäden). Hier sollte gelten:

$$B'_x = f \cdot B_x$$

mit

$$0 < f < 1.$$

In diesem Fall entspricht die Prämie jener, die auch dann zu bezahlen wäre, wenn bei Vertragsabschluss bereits der neue (niedrigere) Tarif versichert gewesen wäre. (jeweils Linearkombinationen mit demselben Faktor f)

2) Wenn die Rechnungsgrundlagen unterschiedlich sind, so kann ein anderer Ansatz für die Prämienreduktion gewählt werden: In diesem Fall ist das Deckungskapital mit dem Quotienten der Leistungsbarwerte zu reduzieren und lässt sich demnach wie folgt berechnen:

$${}_tV'_x = \frac{A'_{x+t}}{A_{x+t}} {}_tV_x$$

3) Eine weitere Möglichkeit ist nicht von einem Teilstorno auszugehen und die gesamte Alterungsrückstellung bis zur Mindestprämie anzurechnen.

Unter Mindestprämie ist in Abhängigkeit der Tarifbedingungen und Geschäftspraxis unter anderem eine der folgenden Möglichkeiten zu verstehen:

- a) die Neugeschäftsprämie zum ursprünglichen Abschlussalter
- b) die Neugeschäftsprämie zum niedrigsten Erwachsenenalter
- c) ein prozentueller Anteil von a) oder b)
- d) ein prozentueller Anteil der Neugeschäftsprämie zum aktuellen Alter
- e) Null

Es handelt sich hierbei um eine nicht abschließende Aufzählung.

6 PRÄMIENRÜCKERSTATTUNG

In den Tarifbedingungen kann eine Prämienrückerstattung (oder Prämienrückgewähr) vereinbart werden. Wenn in den Bedingungen eine Prämienrückerstattung vereinbart ist, so handelt es sich um eine erfolgsabhängige und/oder erfolgsunabhängige Rückerstattung, welche in diesem Kapitel erklärt werden.

Anspruch auf eine Prämienrückerstattung kann auch aufgrund einer optionalen Zusatzvereinbarung entstehen.

6.1 ERFOLGSUNABHÄNGIGE PRÄMIENRÜCKERSTATTUNG

Die erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung hängt im Unterschied zur erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung nicht vom Ergebnis eines Kollektivs, sondern von genau im Tarif definierten Größen des einzelnen Vertrags ab. Daher sind zukünftige Aufwendungen für die erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung in der Prämienkalkulation zu berücksichtigen. Dies erfolgt entweder als Teil der Kostenprämie oder als Teil der Risikoprämie. Siehe dazu auch Kapitel 3.3.3.4

6.2 ERFOLGSABHÄNGIGE PRÄMIENRÜCKERSTATTUNG

Im Unterschied zur erfolgsunabhängigen Prämienrückerstattung hängt das Ausmaß der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung vom Erfolg (= wirtschaftliches Ergebnis) eines definierten Kollektivs (Gewinnverband bzw. Abrechnungsverband) ab. Aufgrund der Abhängigkeit vom Erfolg handelt es sich hierbei um eine Form von Gewinnbeteiligung. Es gibt verschieden Arten von Gewinnbeteiligungsversprechen. Seit dem 01.07.2007 ist in einer Verordnung der Finanzmarktaufsichtsbehörde die Gewinnbeteiligung für Kunden neuer Verträge mit Gewinnbeteiligung festgelegt (mindestens 85% der Bemessungsgrundlage). Die Bemessungsgrundlage definiert die Gewinne aus der Krankenversicherung, die mit den Versicherungsnehmern geteilt werden müssen. Die Krankenversicherungs-Gewinnbeteiligungsverordnung regelt in § 1 Z 1: *Diese Verordnung gilt für Verträge der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung aus dem direkten Geschäft, die nach ihren Versicherungsbedingungen eine Gewinnbeteiligung vorsehen. Darunter fallen auch Verträge, die eine vom wirtschaftlichen Ergebnis des Versicherungsunternehmens abhängige Prämienrückerstattung vorsehen.* (siehe Appendix B.14 KV-GBV)

Vor dem Hintergrund, dass die Prämien von Krankenversicherungsverträgen ausreichen müssen, um die Verpflichtungen aus diesen Verträgen dauerhaft zu erfüllen und daher die Rechnungsgrundlagen vorsichtig gewählt sind, schreibt die Novelle 2016 des österreichischen Versicherungsaufsichtsgesetzes (§ 92 Abs. 4) vor, dass ein angemessener Teil des Gewinns den Kunden mit Versicherungsverträgen mit Gewinnbeteiligung (erfolgsabhängiger Prämienrückerstattung) zu Gute kommen muss.

Für Verträge die vor dem 01.07.2007 abgeschlossen worden sind, gilt die zuletzt gültige Fassung des jeweiligen tariflichen Gewinnbeteiligungsversprechens.



Zu erwähnen ist außerdem, dass es Gewinnbeteiligungsversprechen gibt, die Gewinne in anderer Form an Kunden weitergeben (zum Beispiel Erhöhung der Leistungen).

APPENDIX A

A.1 GLOSSAR

Abkürzung	Langtext
VersVG	Versicherungsvertragsgesetz
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
KSchG	Konsumentenschutzgesetz
KVAV	Deutsche Krankenversicherungsaufsichtsverordnung

A.2 NOTATION

Es wird folgende Notation verwendet. Wird nicht explizit darauf hingewiesen, gilt die Notation für Männer und Frauen gleichermaßen.

Beschreibung	Notation	Bemerkungen bzw. Beispiele
Alter (in Jahren)	x	$18 \leq x \leq \omega$
Eintrittsalter in einen Vertrag (in Jahren)	x_0	
Alter des normierten Kopfschaden	x_n	üblicherweise $x_n \in \{28,43\}$
Kalkulatorisches Endalter	ω	$\omega = 118$
Rechnungszins	i	$i = 1\%$
Diskontierungsfaktor	v	$v = \frac{1}{1+i}$
Versicherungssteuer	tax	$tax = 1\%$
Wahrscheinlichkeit einer x -jährigen Person innerhalb eines Jahres zu sterben	q_x	
Wahrscheinlichkeit einer x -jährigen Person innerhalb eines Jahres zu stornieren	w_x	
Wahrscheinlichkeit einer x -jährigen Person im Bestand zu verbleiben	p_x	$p_x = 1 - q_x - w_x$
Lebende Personen im Alter x	l_x	$x \geq 18,$ $l_{18} = 100.000$ $l_x = l_{x-1} \cdot p_{x-1}$
(erwartete) Kopfschaden im Alter x	K_x	
Normierte Kopfschaden einer x -jährigen Person	k_x	$k_x = \frac{K_x}{K_{x_n}}$
Grundkopfschaden	G	$G = K_{x_n}$
Prozentueller Bruttozuschlag	m	Abschlusskosten, Verwaltungskosten, ...
Fixkostenzuschlag	FK	
Diskontierte Zahl der Lebenden im Alter x	D_x	$D_x = l_x \cdot v^x$
Summierte diskontierte Zahl der Lebenden im Alter x	N_x	$N_x = \sum_{j=0}^{\omega-x} D_{x+j}$
Vorschüssiger Leibrentenbarwert	\ddot{a}_x	$\ddot{a}_x = \frac{N_x}{D_x}$
Leistungsbarwert	A_x	$A_x = \frac{\sum_{j=0}^{\omega-x} D_{x+j} \cdot K_{x+j}}{D_x} = \frac{U_x}{D_x}$
Nettoprämie einer Person im Alter x	P_x	$P_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_x}$
Bruttoprämie einer Person im Alter x	B_x	$B_x = \frac{P_x + FK}{(1-m)}$

Bruttoprämie einer Person im Alter x inkl. Versicherungssteuer	B_x^{tax}	$B_x^{tax} = B_x \cdot (1 + tax)$
Alterungsrückstellung einer im Alter x eingetretenen Person zum Zeitpunkt m	${}_mV_x$	${}_mV_x = (P_{x+m} - P_x) \cdot \ddot{a}_{x+m}$
Die retrospektive Alterungsrückstellung	$V_x^{(r)}$	
Leistungsbarwert des neuen Tarifs	A'_{x+t}	Analog A_x
Die Nettoprämie einer Person im Alter $x + t$ zu einem anderen Tarif	P'_{x+t}	$P'_{x+t} = \frac{A'_{x+t}}{\ddot{a}'_{x+t}}$
Die Netto-Prämie des neuen Tarifes, wenn der Eintritt im alten Tarif mit dem Alter x_0 stattfand und bereits t Jahre vergangen sind	P'_{x/x_0+t}	$x = x_0 + t$
Prozentueller Bruttozuschlag des neuen Tarifs	m'	
Die Bruttoprämie einer Person im Alter von x in einem Tarif ungleich des Tarifs der Prämie B_x	B'_x	$B'_x = \frac{P'_x + FK'}{(1 - m')}$
Die Brutto-Prämie des neuen Tarifes, wenn der Eintritt im alten Tarif mit dem Alter x_0 stattfand und bereits m Jahre vergangen sind	B'_{x/x_0+m}	$x = x_0 + m$
Der vorschüssige Leibrentenbarwert eines neuen Tarifs einer Person im Alter $x_0 + m$	$\ddot{a}'_{x_0+m} = \ddot{a}'_x$	$x = x_0 + m$

A.3 HERLEITUNG DER ALTERUNGSRÜCKSTELLUNG

Barwert der Sparprämien (1. Ordnung) = - Alterungsrückstellung

Die allgemeine Formel zur Berechnung der Alterungsrückstellung zum Zeitpunkt τ einer $x(\tau)$ jährigen Person laut Geschäftsplan zum Zeitpunkt s , $0 \leq s \leq \tau$ lautet:

$$V_{x(\tau)}^s = (\dot{P}_{x(\tau)}^s - P^s) \ddot{a}_{x(\tau)}^s$$

Der Barwert der zukünftigen Sparprämien (gemessen ab Zeitpunkt τ) laut Geschäftsplan zum Zeitpunkt s , $0 \leq s \leq \tau$ berechnet sich wie folgt:

$$\begin{aligned} \sum_{t \geq \tau} S_{x(t)}^s l_t v^{t-\tau} &= \sum_{t \geq \tau} (P^s - K_{x(t)}^s) l_t v^{t-\tau} = P^s \sum_{t \geq \tau} l_t v^{t-\tau} - \sum_{t \geq \tau} K_{x(t)}^s l_t v^{t-\tau} = P^s \ddot{a}_{x(\tau)}^s - \sum_{t \geq \tau} K_{x(t)}^s l_t v^{t-\tau} = \\ &= \left(P^s - \frac{\sum_{t \geq \tau} K_{x(t)}^s l_t v^{t-\tau}}{\ddot{a}_{x(\tau)}^s} \right) \ddot{a}_{x(\tau)}^s = (P^s - \dot{P}_{x(\tau)}^s) \ddot{a}_{x(\tau)}^s = -V_{x(\tau)}^s. \end{aligned}$$

Somit ist gezeigt, dass der (negative) Barwert der zukünftigen Sparprämien gleich der Alterungsrückstellung ist.

A.4 RECHNUNGSGRUNDLAGEN

Für die Berechnung der Bruttoprämie wird hier ein Beispieltarif kalkuliert. Folgend sind die verwendeten Rechnungsgrundlagen angeführt.

Rechnungsgrundlage für Sterblichkeit:

x	q_x	x	q_x	x	q_x
18	0,000341362	52	0,002539930	86	0,095965590
19	0,000343305	53	0,002805321	87	0,105896780
20	0,000346680	54	0,003102546	88	0,116685357
21	0,000351499	55	0,003435527	89	0,128375104
22	0,000357794	56	0,003808661	90	0,141006964
23	0,000365610	57	0,004226876	91	0,154618006
24	0,000375011	58	0,004695690	92	0,169240300
25	0,000386079	59	0,005221275	93	0,184899684
26	0,000398914	60	0,005810525	94	0,201614458
27	0,000413633	61	0,006471132	95	0,219394004
28	0,000430380	62	0,007211667	96	0,238237359
29	0,000449315	63	0,008041667	97	0,258131774
30	0,000470629	64	0,008971726	98	0,279051273
31	0,000494537	65	0,010013590	99	0,300955266
32	0,000521285	66	0,011180262	100	0,323787246
33	0,000551155	67	0,012486106	101	0,347473619
34	0,000584464	68	0,013946952	102	0,371922712
35	0,000621573	69	0,015580212	103	0,397024018
36	0,000662889	70	0,017404983	104	0,422647724
37	0,000708874	71	0,019442159	105	0,448644572
38	0,000760048	72	0,021714533	106	0,474846110
39	0,000816998	73	0,024246891	107	0,501065372
40	0,000880386	74	0,027066097	108	0,527098027
41	0,000950961	75	0,030201164	109	0,552724024
42	0,001029564	76	0,033683302	110	0,577709749
43	0,001117147	77	0,037545943	111	0,577709749
44	0,001214779	78	0,041824736	112	0,577709749
45	0,001323668	79	0,046557505	113	0,577709749
46	0,001445175	80	0,051784159	114	0,577709749
47	0,001580830	81	0,057546560	115	0,577709749
48	0,001732361	82	0,063888319	116	0,577709749
49	0,001901709	83	0,070854538	117	0,999
50	0,002091062	84	0,078491468		
51	0,002302880	85	0,086846087		

TABELLE 1: STERBLICHKEIT

Rechnungsgrundlage für Stornowahrscheinlichkeit:

x	w_x	x	w_x	x	w_x
18	0,049014000	33	0,020987704	48	0,013211655
19	0,049090000	34	0,018806744	49	0,012682566
20	0,049014000	35	0,017229277	50	0,011988139
21	0,048795000	36	0,016096739	51	0,011130222
22	0,048442000	37	0,015298147	52	0,010124555
23	0,047964000	38	0,014753074	53	0,009000794
24	0,047372000	39	0,014400635	54	0,007800655
25	0,046675000	40	0,014192170	55	0,006574147
26	0,045884000	41	0,014086294	56	0,005374258
27	0,045010000	42	0,014045529	57	0,004250901
28	0,044065000	43	0,014034132	58	0,003245185
29	0,042693765	44	0,014016892	59	0,002385101
30	0,034152365	45	0,013958840	60	0,001683432
31	0,028211825	46	0,013825823	61	0,001138199
32	0,024005367	47	0,013585931	≥62	0,001

TABELLE 2: STORNOWAHRSCHEINLICHKEITEN

Rechnungsgrundlage Rechnungszins: 1%

Rechnungsgrundlage kalkulatorische Margin: 25%

Rechnungsgrundlage für Kopfschäden:

x	K_x	x	K_x	x	K_x
18	351,01	46	581,33	74	2510,39
19	351,01	47	609,09	75	2661,14
20	351,01	48	638,43	76	2743,54
21	363,54	49	669,47	77	2826,95
22	375,61	50	702,30	78	2911,38
23	387,16	51	737,04	79	2996,82
24	398,11	52	773,82	80	3071,08
25	408,39	53	812,78	81	3145,76
26	417,94	54	854,05	82	3220,79
27	426,69	55	897,78	83	3296,13
28	434,57	56	944,15	84	3371,70
29	441,55	57	993,33	85	3447,44
30	447,56	58	1045,50	86	3523,30
31	452,57	59	1100,87	87	3599,19
32	456,54	60	1159,65	88	3675,06
33	459,44	61	1222,09	89	3750,83
34	461,26	62	1288,42	90	3826,44
35	461,98	63	1358,93	91	3901,80
36	461,59	64	1433,89	92	3976,85
37	460,10	65	1513,62	93	4051,51
38	457,53	66	1598,46	94	4125,71
39	453,88	67	1688,76	95	4199,37
40	443,23	68	1784,91	96	4272,42
41	463,26	69	1887,32	97	4344,77
42	484,38	70	1996,46	98	4416,36
43	506,67	71	2112,79	99	4487,09
44	530,21	72	2236,84	≥100	4556,91
45	555,07	73	2369,17		

TABELLE 3: KOPFSCHÄDEN

Die kalkulierten Jahresprämien (exklusive Versicherungssteuer) betragen somit:

x	B_x	x	B_x	x	B_x
18	1.143,05	46	2.171,05	74	4.224,87
19	1.172,81	47	2.223,82	75	4.303,95
20	1.203,33	48	2.277,84	76	4.375,69
21	1.234,57	49	2.333,13	77	4.447,59
22	1.265,80	50	2.389,71	78	4.519,42
23	1.297,02	51	2.447,64	79	4.590,89
24	1.328,22	52	2.506,94	80	4.661,64
25	1.359,43	53	2.567,67	81	4.733,20
26	1.390,65	54	2.629,90	82	4.805,57
27	1.421,91	55	2.693,69	83	4.878,72
28	1.453,22	56	2.759,14	84	4.952,62
29	1.484,63	57	2.826,32	85	5.027,23
30	1.516,17	58	2.895,34	86	5.102,51
31	1.547,90	59	2.966,26	87	5.178,38
32	1.580,10	60	3.039,17	88	5.254,79
33	1.613,04	61	3.114,14	89	5.331,63
34	1.646,92	62	3.191,20	90	5.408,77
35	1.681,91	63	3.270,37	91	5.486,06
36	1.718,20	64	3.351,63	92	5.563,27
37	1.755,96	65	3.434,87	93	5.640,10
38	1.795,36	66	3.519,99	94	5.716,13
39	1.836,56	67	3.606,80	95	5.790,71
40	1.879,75	68	3.695,04	96	5.862,86
41	1.925,39	69	3.784,37	97	5.931,05
42	1.972,16	70	3.874,33	98	5.992,71
43	2.020,09	71	3.964,29	99	6.043,53
44	2.069,21	72	4.053,46	≥100	6.075,88
45	2.119,52	73	4.140,78		

APPENDIX B

B.1 § 6 KSchG UNZULÄSSIGE VERTRAGSBESTANDTEILE

(1) Für den Verbraucher sind besonders solche Vertragsbestimmungen im Sinn des § 879 ABGB jedenfalls nicht verbindlich, nach denen

1. sich der Unternehmer eine unangemessen lange oder nicht hinreichend bestimmte Frist ausbedingt, während deren er einen Vertragsantrag des Verbrauchers annehmen oder ablehnen kann oder während deren der Verbraucher an den Vertrag gebunden ist;
2. ein bestimmtes Verhalten des Verbrauchers als Abgabe oder Nichtabgabe einer Erklärung gilt, es sei denn, der Verbraucher wird bei Beginn der hierfür vorgesehenen Frist auf die Bedeutung seines Verhaltens besonders hingewiesen und hat zur Abgabe einer ausdrücklichen Erklärung eine angemessene Frist;
3. eine für den Verbraucher rechtlich bedeutsame Erklärung des Unternehmers, die jenem nicht zugegangen ist, als ihm zugegangen gilt, sofern es sich nicht um die Wirksamkeit einer an die zuletzt bekanntgegebene Anschrift des Verbrauchers gesendeten Erklärung für den Fall handelt, daß der Verbraucher dem Unternehmer eine Änderung seiner Anschrift nicht bekanntgegeben hat;
4. eine vom Verbraucher dem Unternehmer oder einem Dritten abzugebende Anzeige oder Erklärung einer strengeren Form als der Schriftform oder besonderen Zugangserfordernissen zu genügen hat;
5. dem Unternehmer auf sein Verlangen für seine Leistung ein höheres als das bei der Vertragsschließung bestimmte Entgelt zusteht, es sei denn, daß der Vertrag bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Entgeltänderung auch eine Entgeltsenkung vorsieht, daß die für die Entgeltänderung maßgebenden Umstände im Vertrag umschrieben und sachlich gerechtfertigt sind sowie daß ihr Eintritt nicht vom Willen des Unternehmers abhängt.
6. das Recht des Verbrauchers, seine Leistung nach § 1052 ABGB bis zur Bewirkung oder Sicherstellung der Gegenleistung zu verweigern, für den Fall ausgeschlossen oder eingeschränkt wird, daß der Unternehmer seine Leistung nicht vertragsgemäß erbringt oder ihre Erbringung durch seine schlechten Vermögensverhältnisse, die dem Verbraucher zur Zeit der Vertragsschließung weder bekannt waren noch bekannt sein mußten, gefährdet ist, indem etwa das Leistungsverweigerungsrecht davon abhängig gemacht wird, daß der Unternehmer Mängel seiner Leistung anerkennt;
7. ein dem Verbraucher nach dem Gesetz zustehendes Zurückbehaltungsrecht ausgeschlossen oder eingeschränkt wird;

8. das Recht des Verbrauchers, seine Verbindlichkeiten durch Aufrechnung aufzuheben, für den Fall der Zahlungsunfähigkeit des Unternehmers oder für Gegenforderungen ausgeschlossen oder eingeschränkt wird, die im rechtlichen Zusammenhang mit der Verbindlichkeit des Verbrauchers stehen, die gerichtlich festgestellt oder die vom Unternehmer anerkannt worden sind;

9. eine Pflicht des Unternehmers zum Ersatz eines Schadens an der Person ausgeschlossen oder eingeschränkt wird oder eine Pflicht des Unternehmers zum Ersatz sonstiger Schäden für den Fall ausgeschlossen oder eingeschränkt wird, daß er oder eine Person, für die er einzustehen hat, den Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet hat;

10. der Unternehmer oder eine seinem Einflußbereich unterliegende Stelle oder Person ermächtigt wird, mit bindender Wirkung für den Verbraucher darüber zu entscheiden, ob die ihm vom Unternehmer erbrachten Leistungen der Vereinbarung entsprechen;

11. dem Verbraucher eine Beweislast auferlegt wird, die ihn von Gesetzes wegen nicht trifft;

12. die Rechte des Verbrauchers auf eine Sache, die der Unternehmer zur Bearbeitung übernommen hat, in unangemessen kurzer Frist verfallen;

13. die im Fall des Verzugs des Verbrauchers zu zahlenden Zinsen den für den Fall vertragsgemäßer Zahlung vereinbarten Zinssatz um mehr als fünf Prozentpunkte pro Jahr übersteigen;

14. das Recht zur Geltendmachung eines ihm unterlaufenen Irrtums oder des Fehlens oder Wegfalls der Geschäftsgrundlage im vorhinein ausgeschlossen oder eingeschränkt wird, etwa auch durch eine Vereinbarung, wonach Zusagen des Unternehmers nicht die Hauptsache oder eine wesentliche Beschaffenheit derselben (§ 871 Abs. 1 ABGB) betreffen;

15. er sich nach Eintritt des Verzugs zur Zahlung von Betriebs- oder Einbringungskosten verpflichtet, sofern diese Kosten in der Vereinbarung nicht gesondert und aufgeschlüsselt ausgewiesen sind oder soweit diese Kosten zur zweckentsprechenden Betreuung oder Einbringung der Forderung nicht notwendig waren.

(2) Sofern der Unternehmer nicht beweist, daß sie im einzelnen ausgehandelt worden sind, gilt das gleiche auch für Vertragsbestimmungen, nach denen

1. der Unternehmer ohne sachliche Rechtfertigung vom Vertrag zurücktreten kann;

2. dem Unternehmer das Recht eingeräumt wird, seine Pflichten oder den gesamten Vertrag mit schuldbefreiender Wirkung einem Dritten zu überbinden, der im Vertrag nicht namentlich genannt ist;

3. der Unternehmer eine von ihm zu erbringende Leistung einseitig ändern oder von ihr abweichen kann, es sei denn, die Änderung beziehungsweise Abweichung ist dem Verbraucher zumutbar, besonders weil sie geringfügig und sachlich gerechtfertigt ist;

4. dem Unternehmer auf sein Verlangen für seine innerhalb von zwei Monaten nach der Vertragsschließung zu erbringende Leistung ein höheres als das ursprünglich bestimmte Entgelt zusteht;
 5. eine Pflicht des Unternehmers zum Ersatz eines Schadens an einer Sache, die er zur Bearbeitung übernommen hat, ausgeschlossen oder beschränkt wird;
 6. Ansprüche des Verbrauchers aus § 908 ABGB eingeschränkt oder ausgeschlossen werden;
 7. ein Rechtsstreit zwischen dem Unternehmer und dem Verbraucher durch einen oder mehrere Schiedsrichter entschieden werden soll.
- (3) Eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung ist unwirksam, wenn sie unklar oder unverständlich abgefaßt ist.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.2 § 178B VERSVG

- (1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich medizinischer Betreuung und Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung im vereinbarten Umfang zu ersetzen.
- (2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.
- (3) Bei der Krankengeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausschlag durch das vereinbarte Krankengeld zu ersetzen.
- (4) In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen, im vereinbarten Umfang zu ersetzen (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung).
- (5) Die Kosten und Risiken der medizinischen Betreuung und Behandlung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, der Entbindung und der Mutterschaft dürfen in der Krankenversicherung nicht zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen zwischen Frauen und Männern führen.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.3 § 178F VERSVG

- (1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs.

1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, daß eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

(3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

(4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.4 § 178G VERSVG

(1) Der Versicherer hat eine Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes unverzüglich der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer, dem Österreichischen Landarbeiterkammertag, der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs, dem Österreichischen Gewerkschaftsbund, dem Österreichischen Seniorenrat, der Finanzprokuratur, dem Verein für Konsumenteninformation und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mitzuteilen. Insoweit eine vom Versicherer erklärte Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes unwirksam ist, besonders weil sie dem § 178f und den allgemeinen Versicherungsbedingungen,

nach denen die Versicherungsverträge geschlossen sind, widerspricht, sind diese Stellen berechtigt, vom Versicherer die Unterlassung dieser Änderung zu verlangen. Dieser Anspruch erlischt, wenn er nicht binnen dreier Monate nach Erhalt der Verständigung gerichtlich geltend gemacht wird; der Versicherer und die betreffende Stelle können die Klagefrist einvernehmlich verlängern.

(2) Für die Klage ist nur das Handelsgericht Wien zuständig. Hat jedoch der Versicherer seinen Sitz im Ausland und keiner der von der umstrittenen Änderung betroffenen Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz im Sprengel dieses Gerichts, so ist nach Wahl des Klägers jedes die Gerichtsbarkeit in Handelssachen ausübende Landesgericht zuständig, in dessen Sprengel der Wohnsitz wenigstens eines betroffenen Versicherungsnehmers liegt; klagt außerdem eine andere der im Abs. 1 genannten Stellen denselben Versicherer bei einem anderen Gericht, so ist § 31a Abs. 2 JN sinngemäß anzuwenden.

(3) Der Wert des Streitgegenstands beträgt höchstens 75 000 Euro.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.5 § 178H VERSVG

(1) Der Versicherer ist verpflichtet, den im § 178g Abs. 1 genannten Stellen auf Verlangen unverzüglich Einsicht in sämtliche Kalkulationsgrundlagen zu gewähren, die eine erklärte Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes begründen können. Die genannten Stellen sind berechtigt, auf ihre Kosten erforderlichenfalls Ablichtungen herzustellen.

(2) Verlangt eine im § 178g Abs. 1 genannte Stelle binnen der dort vorgesehenen dreimonatigen Klagefrist die Einsichtnahme gemäß Abs. 1, so ist diese Frist bis zur Gewährung der Einsicht gehemmt.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.6 § 178I VERSVG

(1) Krankenversicherungsverträge dürfen nur auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers geschlossen werden, ausgenommen kurzfristige Versicherungen, die auf weniger als ein Jahr befristet sind; andere Befristungen sind unwirksam.

(2) Eine Kündigung durch den Versicherer gemäß § 8 Abs. 2 oder auf Grund einer Vertragsbestimmung, etwa für den Versicherungsfall, ist nur bei Gruppenversicherungsverträgen und Krankengeldversicherungsverträgen zulässig.

(3) Das Recht der Kündigung aus wichtigem Grund, insbesondere bei Verletzung von Obliegenheiten (§ 6), bei Prämienverzug (§ 39) und bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht (§ 41), bleibt unberührt.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.7 § 178M VERSVG

(1) Scheidet ein Gruppenversicherter aus dem versicherten Personenkreis, etwa durch Kündigung des Versicherers oder infolge Eintritts in den Ruhestand, aus oder wird der gesamte Gruppenversicherungsvertrag aufgelöst, so ist der Gruppenversicherte berechtigt, die Fortsetzung als gleichartige Einzelversicherung nach Maßgabe der für die Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen ohne Wartezeiten und Risikoprüfung zu erklären, sofern er bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig war. Der Versicherer hat die Gruppenversicherten auf dieses Fortsetzungsrecht hinzuweisen.

(2) Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung erlischt, wenn der Versicherte die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung nicht binnen eines Monats ab dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis beziehungsweise der Auflösung des Gruppenversicherungsvertrags abgibt. Die Frist ist gehemmt, solange der Versicherer der im Abs. 1 angeordneten Hinweispflicht nicht entsprochen hat; der Beweis der Erfüllung dieser Pflicht obliegt dem Versicherer.

(3) Gibt der Versicherungsnehmer die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung ab, so ist die Einzelversicherungsprämie nach demjenigen Eintrittsalter zu bemessen, mit dem der Versicherte in den Gruppenversicherungsvertrag eingetreten ist.

(4) Das Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Einzelversicherung besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte aus dem versicherten Personenkreis infolge außerordentlicher Kündigung des Versicherers wegen einer Vertragsverletzung ausscheidet.

(5) Die §§ 178g und 178h gelten für Gruppenversicherungsverträge nicht. Als Grund für eine Prämienhöhung darf auch eine Änderung der im § 178f Abs. 2 Z 2 und 3 genannten Umstände bloß bei den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten vereinbart werden, auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe.

(6) Der Versicherer hat jeden Gruppenversicherten bei Eintritt in den Gruppenversicherungsvertrag nachweislich darauf hinzuweisen, unter welchen Voraussetzungen seine Versicherung endet und welche Folgen sich für die Höhe der Prämie bei der Fortsetzung als Einzelversicherung ergeben würden.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.8 § 91(2) VAG

Der Faktor Geschlecht darf nicht zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen für Frauen und Männer führen.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.9 § 101 VAG

Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung: Allgemeine Bestimmungen

Soweit die Krankenversicherung Z 2 der Anlage A einer Vereinbarung gemäß § 178f Abs. 1 VersVG unterliegt, darf sie im Inland nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Verwendung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind,
2. eine Deckungsrückstellung (Alterungsrückstellung) auf versicherungsmathematischer Grundlage zu bilden ist und
3. dem Versicherungsnehmer, außer in der Gruppenversicherung, vertraglich das Recht einzuräumen ist, unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in einen anderen Tarif derselben Versicherungsart (§ 178b VersVG) bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.10 § 102 VAG

(1) Versicherungsunternehmen, die im Inland oder in einem anderen Mitgliedstaat die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung auf Grund einer gemäß Z 2 der Anlage A erteilten Konzession betreiben, haben der FMA die versicherungsmathematischen Grundlagen, die für die Erstellung der Tarife und die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen verwendet werden

1. vor ihrer erstmaligen Anwendung und
2. bei jeder Änderung oder Ergänzung vor ihrer Anwendung

vorzulegen. Die FMA kann mit Verordnung nähere Regelungen über Inhalt, Gliederung und Art der Übermittlung der versicherungsmathematischen Grundlagen treffen.

(2) Die Prämien für neu abgeschlossene oder geänderte Versicherungsverträge müssen nach versicherungsmathematisch begründeten Annahmen ausreichen, um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten, insbesondere die Bildung angemessener versicherungstechnischer Rückstellungen zu ermöglichen.

(3) § 92 Abs. 4 bis 6 ist auf die Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, anzuwenden.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.11 § 116 VAG

(1) Der verantwortliche Aktuar hat

1. darauf zu achten, dass die Erstellung der Tarife und die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen in der Lebensversicherung und in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung und Unfallversicherung nach den dafür geltenden Vorschriften und versicherungsmathematischen Grundlagen erfolgt,

2. darauf zu achten, dass die Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer in der Lebensversicherung (§ 92 Abs. 4) dem Gewinnplan entspricht und

3. zu beurteilen, ob unter Bedachtnahme auf die Erträge aus den Kapitalanlagen nach den für die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen geltenden Vorschriften und versicherungsmathematischen Grundlagen mit der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen gerechnet werden kann.

(2) Der Vorstand bzw. der Verwaltungsrat und die geschäftsführenden Direktoren haben dem verantwortlichen Aktuar alle Informationen zur Verfügung zu stellen, die dieser zur Erfüllung seiner Aufgaben gemäß Abs. 1 benötigt.

(3) Der verantwortliche Aktuar hat dem Vorstand bzw. dem Verwaltungsrat und den geschäftsführenden Direktoren jährlich schriftlich einen Bericht über die Wahrnehmungen bei Ausübung seiner Tätigkeit gemäß Abs. 1 im vorangegangenen Geschäftsjahr zu erstatten. Das Versicherungsunternehmen hat den Bericht unverzüglich und jedenfalls innerhalb von fünf Monaten nach Ende des Geschäftsjahres der FMA vorzulegen; auf Antrag kann die FMA in begründeten Fällen diese Frist erstrecken. Die FMA hat mit Verordnung nähere Regelungen über Inhalt, Gliederung und Art der Übermittlung des Berichtes zu treffen.

(4) Stellt der verantwortliche Aktuar bei Ausübung seiner Tätigkeit gemäß Abs. 1 fest, dass die Erstellung der Tarife und die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen nicht nach den dafür geltenden Vorschriften und versicherungsmathematischen Grundlagen erfolgt oder dass die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen gefährdet ist, so hat er darüber unverzüglich dem Vorstand bzw. dem Verwaltungsrat und den geschäftsführenden Direktoren zu berichten. Tragen der Vorstand bzw. Verwaltungsrat oder die geschäftsführenden Direktoren den Vorstellungen des verantwortlichen Aktuars nicht Rechnung, so hat der verantwortliche Aktuar dies unverzüglich der FMA anzuzeigen.

(5) Der verantwortliche Aktuar hat in seinen Bericht (Abs. 3) einen Bestätigungsvermerk aufzunehmen. Dabei ist ausdrücklich anzugeben, ob der Bestätigungsvermerk uneingeschränkt oder eingeschränkt erteilt wird. Der verantwortliche Aktuar hat den Bestätigungsvermerk oder den Vermerk über seine Versagung unter Angabe von Ort und Tag zu unterzeichnen. Die Verantwortlichkeit der Organe des Versicherungsunternehmens wird durch den Bestätigungsvermerk des verantwortlichen Aktuars nicht berührt.

(6) In einem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk hat der verantwortliche Aktuar zu erklären, dass

1. die Deckungsrückstellung gemäß § 152 und die Prämienüberträge gemäß § 151 nach den dafür geltenden Vorschriften und versicherungsmathematischen Grundlagen berechnet und die dabei verwendeten versicherungsmathematischen Grundlagen angemessen sind und dem Prinzip der Vorsicht genügen und

2. in der Lebensversicherung

a) die Prämien für neu abgeschlossene Versicherungsverträge voraussichtlich ausreichen, um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten, insbesondere die Bildung angemessener Rückstellungen gemäß dem 7. Hauptstück zu ermöglichen und

b) die Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer dem Gewinnplan entspricht.

(7) Sind Einwendungen zu erheben, so hat der verantwortliche Aktuar seine Erklärung nach Abs. 6 einzuschränken oder den Bestätigungsvermerk zu versagen. Die Versagung ist in einen Vermerk, der nicht als Bestätigungsvermerk zu bezeichnen ist, aufzunehmen. Die Einschränkung oder Versagung ist zu begründen.

(8) Der verantwortliche Aktuar ist den Sitzungen des Prüfungsausschusses gemäß § 123 Abs. 9, die sich mit der Vorbereitung der Feststellung des Jahresabschlusses (Konzernabschlusses) und dessen Prüfung beschäftigen, beizuziehen und hat über die wesentlichen Ergebnisse seines Berichtes (Abs. 3) und den Bestätigungsvermerk (Abs. 6) sowie über allfällige Einwendungen und Versagungen (Abs. 7) zu berichten.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.12 § 275 VAG

§ 275. (1) Die FMA hat alle Anordnungen zu treffen,

1. die erforderlich und geeignet sind, um den Geschäftsbetrieb mit den für den Betrieb der Vertragsversicherung geltenden Vorschriften, insbesondere den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, der Durchführungsverordnung (EU), der delegierten Verordnungen (EU) 2017/2358 und 2017/2359, der Verordnung (EU) 2019/2088 und der Art. 5, 6 und 7 der Verordnung (EU) 2020/852 und den technischen Standards (EU) in Einklang zu halten,

2. die erforderlich und geeignet sind, um Schwächen oder Unzulänglichkeiten zu beheben, die im Rahmen des aufsichtlichen Überprüfungsverfahrens festgestellt wurden oder

3. die zur Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigten erforderlich und geeignet sind, um den Geschäftsbetrieb mit den anerkannten Grundsätzen eines ordnungsgemäßen Geschäftsbetriebes von Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen in Einklang zu halten.

(2) Anerkannte Grundsätze eines ordnungsgemäßen Geschäftsbetriebes im Sinne des Abs. 1 Z 3 können insbesondere dadurch verletzt werden, dass

1. Versicherungsnehmern und Anspruchsberechtigten neben den Leistungen auf Grund des Versicherungsvertrages unmittelbar oder mittelbar Zuwendungen gewährt werden,

2. Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigte durch das Leistungsversprechen des Versicherers oder das vereinbarte Versicherungsentgelt ohne sachlichen Grund begünstigt werden oder

3. versicherungsmäßige Leistungen erbracht werden, obwohl dafür kein Versicherungsvertrag besteht oder kein Schaden eingetreten ist.

(3) Anordnungen nach Abs. 1 können, wenn ihr Zweck es verlangt, außer an das Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen selbst, auch an

1. die Mitglieder des Vorstands bzw. des Verwaltungsrats und die geschäftsführenden Direktoren, sowie an die das Unternehmen kontrollierenden Personen,

2. an Dienstleister, auf die Funktionen oder Geschäftstätigkeiten ausgelagert wurden, und zwar unabhängig davon, ob die Auslagerung der Genehmigung bedarf oder

3. die für eine Verletzung von Pflichten für den Versicherungsvertrieb verantwortliche natürliche Person gerichtet werden.

(4) Zur Unterbindung weiterer Verletzungen von Pflichten gemäß § 128 bis § 135d beim Vertrieb von Versicherungsanlageprodukten kann die FMA dem für die Pflichtverletzung verantwortlichen Mitglied des Vorstands oder des Verwaltungsrats bzw. die verantwortlichen geschäftsführenden Direktoren des Versicherungsunternehmens durch eine Anordnung vorübergehend untersagen, bei Unternehmen gemäß § 1 Abs. 1 Z 1 bis 5 und Versicherungsvertriebern Leitungsaufgaben wahrzunehmen.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.13 VAG ANLAGE A

Einteilung der Versicherungszweige

1. Unfall
 - a) einmalige Leistungen
 - b) wiederkehrende Leistungen
 - c) kombinierte Leistungen
 - d) Personenbeförderung
2. Krankheit
 - a) Taggeld
 - b) Krankheitskosten
 - c) kombinierte Leistungen
3. Landfahrzeug-Kasko (ohne Schienenfahrzeuge)
Sämtliche Schäden an:
 - a) Landkraftfahrzeugen
 - b) Landfahrzeugen ohne eigenen Antrieb

4. Schienenfahrzeug-Kasko
Sämtliche Schäden an Schienenfahrzeugen
5. Luftfahrzeug-Kasko
Sämtliche Schäden an Luftfahrzeugen
6. See-, Binnensee- und Flussschiffahrt-Kasko
Sämtliche Schäden an:
 - a) Flussschiffen
 - b) Binnenseeschiffen
 - c) Seeschiffen
7. Transportgüter
Sämtliche Schäden an transportierten Gütern, unabhängig von dem jeweils verwendeten Transportmittel
8. Feuer und Elementarschäden
Sämtliche Sachschäden (soweit sie nicht unter Z 3 bis 7 fallen), die verursacht werden durch
 - a) Feuer
 - b) Explosion
 - c) Sturm
 - d) andere Elementarschäden außer Sturm
 - e) Kernenergie
 - f) Bodensenkungen und Erdbeben
9. Sonstige Sachschäden
Sämtliche Sachschäden (soweit sie nicht unter die Z 3 bis 7 fallen), die durch Hagel oder Frost sowie durch Ursachen aller Art (wie beispielsweise Diebstahl) hervorgerufen werden, soweit diese Ursachen nicht unter Z 8 erfasst sind
10. Haftpflicht für Landfahrzeuge mit eigenem Antrieb
Haftpflicht aller Art (einschließlich derjenigen des Frachtführers), die sich aus der Verwendung von Landfahrzeugen mit eigenem Antrieb ergibt
11. Luftfahrzeug-Haftpflicht
Haftpflicht aller Art (einschließlich derjenigen des Frachtführers), die sich aus der Verwendung von Luftfahrzeugen ergibt
12. See-, Binnensee- und Flussschiffahrt-Haftpflicht
Haftpflicht aller Art (einschließlich derjenigen des Frachtführers), die sich aus der Verwendung von Flussschiffen, Binnenseeschiffen und Seeschiffen ergibt
13. Allgemeine Haftpflicht
Alle sonstigen Haftpflichtfälle, die nicht unter Z 10 bis 12 fallen
14. Kredit
 - a) allgemeine Zahlungsunfähigkeit
 - b) Ausfuhrkredit
 - c) Abzahlungsgeschäfte
 - d) Hypothekendarlehen
 - e) landwirtschaftliche Darlehen
15. Kautions
 - a) direkte Kautions
 - b) indirekte Kautions
16. Verschiedene finanzielle Verluste
 - a) Berufsrisiken
 - b) ungenügendes Einkommen (allgemein)

- c) Schlechtwetter
 - d) Gewinnausfall
 - e) laufende Unkosten allgemeiner Art
 - f) unvorhergesehene Geschäftsunkosten
 - g) Wertverluste
 - h) Miet- oder Einkommensausfall
 - i) indirekte kommerzielle Verluste außer den bereits erwähnten
 - j) nichtkommerzielle Geldverluste
 - k) sonstige finanzielle Verluste
17. Rechtsschutz
18. Beistandsleistungen
zugunsten von Personen, die sich auf Reisen oder während der Abwesenheit von ihrem Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort in Schwierigkeiten befinden
19. Leben (soweit nicht unter den Z 20 bis 22 erfasst)
20. Heirats- und Geburtenversicherung
21. Fondsgebundene und indexgebundene Lebensversicherung
22. Tontinengeschäfte
23. Rückversicherung
- a) Nicht-Lebensrückversicherung
 - b) Lebensrückversicherung

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at/>.

B.14 KV-GBV

Verordnung der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) über die Gewinnbeteiligung in der Krankenversicherung (Krankenversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung – KV-GBV) StF: BGBl. II Nr. 309/2015

Anwendungsbereich

§ 1. (1) Diese Verordnung gilt für Verträge der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung aus dem direkten Geschäft, die nach ihren Versicherungsbedingungen eine Gewinnbeteiligung vorsehen. Darunter fallen auch Verträge, die eine vom wirtschaftlichen Ergebnis des Versicherungsunternehmens abhängige Prämienrückerstattung vorsehen.

(2) Die Bestimmungen der §§ 2 und 3 sind nur auf Krankenversicherungsverträge gemäß Abs. 1 anzuwenden, die auf Basis von nach dem 30. Juni 2007 der FMA vorgelegten versicherungsmathematischen Grundlagen abgeschlossen werden. Die Bestimmungen sind nicht anzuwenden, wenn die Vorlage der versicherungsmathematischen Grundlagen lediglich erfolgt, um die schon vor dem 1. Juli 2007 verwendeten versicherungsmathematischen Grundlagen an die veränderten Kosten des Gesundheitswesens oder geänderten Wahrscheinlichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen anzupassen.

Mindestgewinnbeteiligung

§ 2. (1) Die Aufwendungen für die Dotierung der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung (§ 146 Abs. 3 Posten II.8. VAG 2016) zuzüglich allfälliger Direktgutschriften und allfälliger weiterer Beträge, die der Finanzierung einer außerordentlichen Erhöhung der Deckungsrückstellung oder der Vermeidung von Prämien erhöhungen dienen, haben in jedem Geschäftsjahr mindestens 85% der Mindestbemessungsgrundlage gemäß § 3 zu betragen (Mindestgewinnbeteiligung). Auch aus der Zuführung solcher Beträge sind Ansprüche einzelner Versicherungsnehmer auf die Alterungsrückstellung oder Anteile hiervon nicht abzuleiten.

(2) Auf die Mindestgewinnbeteiligung gemäß Abs. 1 können Überdotierungen aus früheren Geschäftsjahren angerechnet werden. Der anrechnungsfähige Betrag ergibt sich aus der wie folgt gekürzten Überdotierung: Die Kürzung hat für jedes auf die Überdotierung folgende Geschäftsjahr 10% der Überdotierung zu betragen; ferner sind alle bereits erfolgten Anrechnungen aus Vorjahren abzuziehen. Überdotierungen sind in der zeitlichen Reihenfolge, von der Ältesten beginnend, der ihnen zugrunde liegenden Aufwendungen bis zur Höhe ihrer Anrechnungsfähigkeit anzurechnen.

Mindestbemessungsgrundlage

§ 3. (1) Die Mindestbemessungsgrundlage bestimmt sich aus folgenden Posten und ist zu jedem Bilanzstichtag zu ermitteln:

- 1.+Abgegrenzte Prämien (§ 146 Abs. 3 Posten II.1. VAG 2016);
- 2.+Erträge aus Kapitalanlagen und Zinserträge (§ 146 Abs. 5 Posten IV.2. VAG 2016);
- 3.-Aufwendungen für Kapitalanlagen und Zinsaufwendungen (§ 146 Abs. 5 Posten IV.3. VAG 2016);
- 4.+Sonstige versicherungstechnische Erträge (§ 146 Abs. 3 Posten II.3. VAG 2016);
- 5.-Aufwendungen für Versicherungsfälle (§ 146 Abs. 3 Posten II.4. VAG 2016);
- 6.-Erhöhung von versicherungstechnischen Rückstellungen (§ 146 Abs. 3 Posten II.5. VAG 2016);
- 7.+Verminderung von versicherungstechnischen Rückstellungen (§ 146 Abs. 3 Posten II.6. VAG 2016);
- 8.-Aufwendungen für die erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung (§ 146 Abs. 3 Posten II.7. VAG 2016);
- 9.-Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (§ 146 Abs. 3 Posten II.9. VAG 2016);
- 10.-Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen (§ 146 Abs. 3 Posten II.10. VAG 2016);
- 11.+Sonstige nicht-versicherungstechnische Erträge (§ 146 Abs. 5 Posten IV.5. VAG 2016);
- 12.-Sonstige nicht-versicherungstechnische Aufwendungen (§ 146 Abs. 5 Posten IV.6. VAG 2016);

13.-Steuern vom Einkommen und vom Ertrag (§ 146 Abs. 5 Posten IV.11. VAG 2016);

14.+Auflösung der Risikorücklage gemäß § 143 VAG 2016 (§ 146 Abs. 5 Posten IV.13.a. VAG 2016);

15.-Zuweisung an die Risikorücklage gemäß § 143 VAG 2016 (§ 146 Abs. 5 Posten IV.14.a. VAG 2016).

(2) Die Höhe der Mindestbemessungsgrundlage im Sinne des § 103 Abs. 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 4 VAG 2016 ist die Summe der Posten gemäß Abs. 1 Z 1 bis 15.

(3) In der Berechnung gemäß Abs. 1 und 2 ist Folgendes zu berücksichtigen:

1. alle Posten gemäß Abs. 1 nur insoweit, als sie auf Krankenversicherungsverträge gemäß § 1 Abs. 2 entfallen; Posten, die nicht direkt den Krankenversicherungsverträgen gemäß § 1 Abs. 2 zuordenbar sind, sind möglichst verursachungsgerecht mit Hilfe geeigneter Schlüssel auf diese aufzuteilen.

2. die Posten gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 im Verhältnis des mittleren Deckungserfordernisses der Krankenversicherungsverträge gemäß § 1 Abs. 2 zu den mittleren gesamten Kapitalanlagen (§ 144 Abs. 2 Posten B. VAG 2016) und laufenden Guthaben bei Kreditinstituten, Schecks und Kassenbestand (§ 144 Abs. 2 Posten F.II. VAG 2016) jeweils bezogen auf das Geschäftsjahr.

(4) In der Berechnung gemäß Abs. 1 sind die Zuführung oder Auflösung von latenten Steuern nicht zu berücksichtigen.

(5) Das Versicherungsunternehmen ist berechtigt, bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage gemäß Abs. 1 höchstens 5% von den abgegrenzten Prämien gemäß Abs. 1 Z 1, die den Krankenversicherungsverträgen gemäß § 1 Abs. 2 zuzurechnen sind, vorweg abzuziehen.

Gewinnbeteiligung

§ 4. (1) Im Einklang mit dem Gewinnplan und unter Berücksichtigung der Stellungnahme des verantwortlichen Aktuars gemäß § 116 Abs. 1 Z 2 VAG 2016 legen der Vorstand bzw. der Verwaltungsrat und die geschäftsführenden Direktoren im Rahmen des Jahresabschlusses die Höhe der Gewinnbeteiligung fest.

(2) Die Gewinne sind verursachungsgerecht und angemessen unter Berücksichtigung von Abrechnungsverbänden auf die Krankenversicherungsverträge gemäß § 1 Abs. 1 durch Erklärung aufzuteilen. Sachlich begründete Differenzierungen der Höhe der Gewinnbeteiligung sind zulässig; solche Differenzierungen sind dann erforderlich, wenn das Unterlassen einer Differenzierung zu einer systematischen und einseitigen Belastung von Teilbeständen mit den Risiken anderer Teilbestände führen würde. Eine Differenzierung ist insbesondere im Hinblick auf unterschiedliche Garantien und Optionen zulässig.

(3) Erklärte, aber noch nicht zugeteilte Gewinne sind binnen zwei Jahren ab dem Bilanzstichtag, auf den sich die Erklärung bezieht, etwa durch Barauszahlung oder Verrechnung mit Prämien oder der Erhöhung der individuellen Deckungsrückstellung (Alterungsrückstellung), zuzuteilen.

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

§ 5. Diese Verordnung tritt mit 1. Jänner 2016 in Kraft und ist erstmals auf Geschäftsjahre anzuwenden, die nach dem 31. Dezember 2015 beginnen. Auf Geschäftsjahre, die vor dem 1. Jänner 2016 enden, sind die Vorschriften der Verordnung über die Gewinnbeteiligung in der Krankenversicherung GBVKVU, BGBl. II Nr. 120/2007, in der Fassung der Verordnung BGBl. I Nr. 34/2015, anzuwenden.

Quelle: <https://www.ris.bka.gv.at>.

B.15 AUSZUG AUS KOMMENTAR ZUM ÖSTERREICHISCHEN VERSVG

Im Folgenden ein Auszug aus A. Fenyves/M. Schauer (Hrsg.), Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz VersVG zu § 178f VersVG:

I Normzweck

§ 178f regelt die **Zulässigkeit von Prämien- und Leistungsanpassungsklauseln** im Vertrag; die Bestimmung ist ein Kernstück der Kodifikation der privaten Krankenversicherung. Krankenversicherungsverträge werden regelmäßig langfristig - auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers (§ 178i Abs. 1) - geschlossen. Daraus ergibt sich folgender Interessenkonflikt (dazu auch RV 1553 BlgNR 18.GP 32): Der Versicherer benötigt die Prämie, um - nach dem Gesetz der großen Zahl - aus den Einnahmen die Versicherungsleistungen, vermehrt um seine Kosten und einen kalkulierten Gewinnanteil, abdecken zu können. Wegen der langen Dauer des Vertrags ist er nicht in der Lage, die künftige Entwicklung, die seinen Bedarf an Mitteln beeinflusst, verlässlich abzuschätzen. Aus diesem Grund ist der Versicherer an einer flexiblen Gestaltung von Prämien und Leistungen interessiert, die es ihm ermöglicht, auf die Änderung von Rahmenbedingungen zu reagieren, ohne seine Gewinnspanne schmälern oder gar Verluste in Kauf nehmen zu müssen. Für den Versicherungsnehmer ist die Krankenversicherung ein wesentlicher Bestandteil seines sozialen Schutzes; auch dies gilt vor allem vor dem Hintergrund der Dauerhaftigkeit und Bestandfestigkeit des Vertrags. Die Versicherung kann ihre Schutzfunktion aber nur erfüllen, wenn sie zu einem für den Versicherungsnehmer erschwinglichen Preis erlangt werden kann. Dabei ist zu beachten, dass der Versicherungsnehmer mit steigendem Alter wegen der erhöhten Krankheitsanfälligkeit einen zunehmenden Bedarf an Versicherungsschutz hat, aber wegen seines Rückzugs aus dem Berufsleben gleichzeitig eine Verringerung seines verfügbaren Einkommens hinnehmen muss. Aus diesem Grund ist der Versicherungsnehmer an Prämienstabilität interessiert. Es ist Aufgabe des § 178f, den Ausgleich der widerstreitenden Interessen von Versicherer und Versicherungsnehmer zu gewährleisten. Dies geschieht in der Weise, dass Änderungen der Prämie und des Leistungsumfanges zwar nicht gänzlich ausgeschlossen sind, aber ihre vertragliche Vereinbarung nur innerhalb der festgelegten Grenzen zulässig ist. § 178f bildet solchermaßen die materiell-rechtliche Grundlage für die Zulässigkeit von Prämien- und Leistungsanpassungsvereinbarungen; die Bestimmung wird ergänzt durch die in § 178g VersVG enthaltene Verbandsklage als Kontrollinstrument.

II Tatbestandsmerkmale

Allgemeines

- 1 Abs. 1 und Abs. 2 regeln die Voraussetzungen für die Änderung der Prämie oder des Leistungsumfangs bei bestehenden Verträgen. In jedem Fall ist eine rechtsgeschäftliche Vereinbarung über die Anpassung erforderlich; ex lege wirkende Änderungsrechte enthält § 178f nicht.
- 2 **Systematik der Regelung:** Abs. 1 enthält den Grundsatz, dass Änderungsklauseln nicht unbeschränkt, sondern nur im Rahmen der Grenzen des Abs. 2 zulässig sind. Abs. 2 Satz 1 zählt jene Kriterien auf, die im Vertrag, als Grundlage einer Änderung der Prämie oder des Leistungsumfangs vereinbart werden dürfen. Dieser Katalog ist, wie sich aus dem Wort "nur" ergibt, taxativ (so auch Leonhartsberger; ecolex 1994, 607; ebenso A. Wieser, Gruppenversicherungen 243). Abs. 2 Satz 2 enthält eine Aufzählung bestimmter Änderungsfaktoren, die jedenfalls nicht rechtswirksam vereinbart werden können. Wegen des abschließenden Charakters von Abs. 1 Satz 2 wäre dieses ausdrückliche Verbot im Grunde überflüssig; dem Gesetzgeber schien jedoch das Verbot von Veränderungen, die vom zunehmenden Alter des Versicherungsnehmers oder der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängen, offenbar so wesentlich, dass er eine Klarstellung für geboten erachtete.
- 3 Eine **inhaltliche Analyse** von Abs. 1 und 2 ergibt folgendes Bild: Ein Interesse des Versicherers an einer Korrektur der Prämienhöhe oder des Leistungsumfangs kann sich aus einer Änderung des für die Versicherungsleistungen erforderlichen Aufwandes oder seiner sonstigen Kosten sowie aus der Sicherung seines Gewinnanteils ergeben. Diese Interessen werden durch den in Abs. 2 enthaltenen Kriterienkatalog in unterschiedlichem Ausmaß geschützt. Einer Vertragsanpassung wegen eines steigenden Bedarfs an Versicherungsleistungen dienen im Wesentlichen Abs. 2 Z 2 bis 6. Eine Änderung der sonstigen Kosten des Versicherers sowie die Erhaltung des kalkulierten Gewinnanteils lässt sich nur im Rahmen von Abs. 2 Satz 1 Z 1 - also durch Wertsicherung mit Hilfe eines Index - berücksichtigen. Aus einem Vergleich dieses Katalogs mit Abs. 2 Satz 2 ergibt sich zunächst, dass nur Veränderungen des kollektiven Schadensaufwandes - also bezogen auf die gesamte Risikogruppe - in Betracht kommen, wobei die zulässigen Änderungsfaktoren freilich auf Wandlungen sowohl im Bereich der Schadenshäufigkeit als auch des Schadensdurchschnitts Bedacht nehmen. Dagegen sind Änderungen des individuellen Schadensaufwandes - also die Schadensbelastung bezogen auf den einzelnen Versicherungsnehmer - kein tauglicher Grund, der eine Anpassung der Prämie oder des Leistungsumfangs seines Vertrags rechtfertigt. Im Vergleich zum deutschen Recht fällt ferner auf, dass dieses allgemein auf den dauerhaften Mangel an Prämien zur Deckung des Schadensbedarfs abstellt (vgl dazu unten Rz 37), während das österreichische sich der Technik der taxativen Aufzählung zulässiger Änderungsfaktoren bedient. Dennoch liegt auch für Abs. 2 das Ziel, die Finanzierung des Schadensbedarfs aus den eingehenden Prämien zu sichern, auf der Hand. Diese Wertung bildet den entscheidenden Bezugsrahmen für alle Vertragsänderungen, die von Abs. 2 gestattet werden: Es geht um die Aufrechterhaltung der Austauschgerechtigkeit von Prämie und Versicherungsschutz in Hinblick auf die steigende Kostenbelastung des Versicherers. Dies ist in dreifacher Hinsicht von Bedeutung: erstens für die Auslegung des Katalogs der Änderungsfaktoren gemäß Abs. 2, zweitens für die inhaltliche Kontrolle der Anpassungsklauseln im Vertrag und drittens für die Ausübung des Gestaltungsrechts aufgrund einer Anpassungsklausel zum Zwecke der Vornahme einer konkreten Änderung (hierzu auch Rz 24).
- 4 **Verhältnis zu § 6 KSchG:** Auch der Klauselkatalog des § 6 KSchG enthält Bestimmungen, die Vereinbarungen über nachträgliche Veränderungen des Umfangs und des Inhalts der Leistung eines Vertragspartners für das

Verbrauchergeschäft schlechthin beschränken. Änderungen des vom Verbraucher geschuldeten Entgelts setzen § 6 Abs. 1 Z 5 und § 6 Abs. 2 Z 4 KSchG Schranken; Änderungen der Leistung des Unternehmers sind nur im Rahmen des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG möglich. Es stellt sich daher die Frage nach dem Verhältnis dieser Bestimmungen zum Katalog zulässiger Anpassungsfaktoren gemäß Abs. 2 Satz 1. Vorauszuschicken ist, dass lediglich § 178f anzuwenden ist, wenn der Krankenversicherungsvertrag kein Verbrauchergeschäft ist, was beispielsweise auf einen Gruppenversicherungsvertrag zutrifft, der zwischen dem Versicherer und dem Arbeitgeber der versicherten Personen geschlossen wird (vgl AB 1722 BlgNR 18. GP 8). Liegt hingegen ein Verbrauchergeschäft vor, so gilt gemäß Abs. 1 der Katalog der Änderungsfaktoren "unbeschadet" des § 6 Abs. 2 Z 5 und § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG. Dem lässt sich nur entnehmen, dass § 178f die Verbraucherschutzrechtlichen Vorschriften nicht als *lex specialis* verdrängen soll, sondern alle Bestimmungen nebeneinander anzuwenden sind (so auch OGH 7 Ob 287 /01h, VersE 1948).

- 5 Gemäß **§ 6 Abs. 1 Z 5 KSchG** muss eine Entgeltsanpassungsklausel bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzung für eine Entgelterhöhung auch eine Entgeltsenkung vorsehen. Ist die Möglichkeit einer Senkung des Entgelts nicht vorgesehen, so ist die Klausel unwirksam, so dass der Versicherer auch keine Erhöhungen vornehmen kann. Ferner erfordert § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG, dass die für die Veränderung maßgeblichen Umstände im Vertrag umschrieben sein müssen, was freilich keinen selbständigen normativen Gehalt hat, weil auch § 178f die Vereinbarung der jeweiligen Änderungsfaktoren voraussetzt. Ferner müssen die Umstände gemäß § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG sachlich gerechtfertigt sein. Ihr Eintritt vom Willen des Unternehmers unabhängig sein; auch dies trifft auf die im Klauselkatalog des Abs. 2 angeführten Tatbestände - mit einer sogleich zu besprechenden Ausnahme - zu. Die Bedeutung des § 178f im Verhältnis zu § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG liegt also zunächst darin, durch den taxativen Katalog zulässiger Änderungsfaktoren den sonst gegebenen Spielraum bei der Vereinbarung der für die Entgeltsänderung maßgeblichen Umstände einzuschränken. Ferner führen die Erläuterungen zur RV (1553 BlgNR J8. GP 32) aus, dass „Abs. 2 - bei Verbrauchergeschäften in Konkretisierung des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG - diejenigen Anpassungsfaktoren fest[legt], die zulässigerweise in einer Anpassungsklausel enthalten sein dürfen“. Diese Äußerung ist wohl so zu verstehen, dass zwar nur, aber immerhin die genannten Faktoren vereinbart werden können. Daraus lässt sich eine weitergehende normative Bedeutung des § 178f ableiten: Erstens wird klargestellt, dass die Anpassungsfaktoren des Abs. 2 den Bestimmtheitsanforderungen hinsichtlich der Umschreibung und sachlichen Rechtfertigung der für Änderung maßgebenden Umstände iSd § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG Genüge tun. Zweitens lässt Abs. 2 Z 5 die Anpassung des Krankenversicherungsvertrags auch zu, wenn sich "die durch Vertrag zwischen dem Versicherer und [den] Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte" ändern. In Hinblick auf § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG könnte man fragen, ob eine solche Änderung vom Willen des Versicherers als Unternehmer unabhängig ist, wenn er doch an der Vereinbarung des Entgelts durch den Vertrag mit dem jeweiligen Träger der Einrichtung des Gesundheitswesens mitwirkt. Für vergleichbare Fälle fällt die Abgrenzung im Anwendungsbereich des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG schwer (näher Krejci in Rummel Rz 87 ff zu § 6 KSchG). Abs. 2 Z 5 ist deshalb auch als Klarstellung zu verstehen, dass die Anpassung der Prämie wegen der Änderung eines durch Vertrag mit dem Betreiber einer Einrichtung des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelts nicht etwa daran scheitert, dass der Versicherer Vertragspartner ist und die Änderung somit nicht ohne sein Zutun zustande gekommen ist. Rechtfertigen lässt sich dies am ehesten damit, dass der Marktdruck allenfalls auch die Gefahr für

die Reputation des Versicherers, es verhindern werden, dass dieser bei der vertraglichen Festsetzung von Entgelten mit dem Betreiber der Einrichtung des Gesundheitswesens allzu großzügig zu Lasten der bei ihm versicherten Personen verfährt. Willkürakte, die § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG verhindern will, werden daher in der Regel nicht zu befürchten sein. Freilich wird die Wertung des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG, wonach die für die Änderung maßgebenden Umstände nicht vom Willen des Unternehmers abhängen dürfen, durch § 178f nicht völlig verdrängt; Abs. 2 Z 5 stellt also keinen Freibrief für den Versicherer dar. Die Vereinbarung von Entgelten mit dem Betreiber einer Einrichtung des Gesundheitswesens stellt daher keinen hinreichenden Grund für eine Prämienanpassung dar, wenn dabei die Interessen der Versicherten nicht in angemessener Weise gewahrt wurden; dies könnte z.B. dann der Fall sein, wenn Entgelte vereinbart werden, die durch die Kostenentwicklung bei der Einrichtung des Gesundheitswesens nicht gerechtfertigt sind.

- 6 Eine weitere Beschränkung für die Vereinbarung von Entgeltsänderungen ergibt sich aus § 6 Abs. 2 Z 4 KSchG. Danach ist eine Klausel, wonach dem Unternehmer für seine innerhalb von zwei Monaten nach Vertragsschluss zu erbringende Leistung ein höheres als das vereinbarte Entgelt zustehen soll, nur gültig, wenn sie im Einzelnen ausgehandelt wurde. § 6 Abs. 2 Z 4 KSchG, der auch für Dauerschuldverhältnisse gilt (Welser in Krejci, HdBKSchG 362; Schwimann/Apathy³ § 6 KSchG Rz 78; für Versicherungsverträge im besonderen Fenyves in Krejci, HdBKSchG 573 f), ist in § 178f nicht ausdrücklich unter den "unbeschadet" bleibenden Bestimmungen angeführt. Dies führt zur Frage, ob ein Umkehrschluss angebracht ist und § 6 Abs. 2 Z 4 KSchG für die Krankenversicherung nicht gelten soll. Richtigerweise ist dies nicht der Fall. Sinn der Bestimmung ist es, den Verbraucher vor ganz kurzfristig nach Vertragsabschluss eintretenden Preiserhöhungen zu schützen, die für ihn "zweifellos überraschend" wären (RV zum KSchG, 744 BlgNR 14. Gl' 26), und ihm für diese Zeitspanne eine "Festpreisgarantie" (Fenyves in Krejci, HdBKSchG 574) zu gewähren. Dass der Versicherungsnehmer bei der Krankenversicherung weniger schutzwürdig wäre, ist nicht ersichtlich; die Prämienhöhung wird auch nicht deshalb weniger überraschend, weil sie nur aus den Gründen des Abs. 2 vorgenommen werden kann. § 6 Abs. 2 Z 4 KSchG ist daher auch auf Krankenversicherungsverträge anzuwenden.
- 7 § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG, der durch § 178f ebenfalls unberührt bleibt, lässt Klauseln, nach denen der Unternehmer eine von ihm zu erbringende Leistung einseitig ändern kann, nur insoweit zu, als die Änderung dem Verbraucher zumutbar ist, besonders weil sie geringfügig und sachlich gerechtfertigt ist. Klauseln, die dem Unternehmer ein weiterreichendes Änderungsrecht einräumen, müssen im Einzelnen ausgehandelt werden. Im Lichte des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG ist § 178f Abs. 2 am ehesten so auszulegen, dass es sich bei dem Katalog zulässiger Anpassungsfaktoren um jene Fälle handelt, in denen die Änderung sachlich gerechtfertigt und dem Versicherungsnehmer zumutbar ist. Eine solche Klausel ist dann auch wirksam, wenn sie nicht im Einzelnen ausgehandelt worden ist (vgl auch OGH 7 Ob 287/ 01h, VersE 1948).
- 8 **Zusätzliche Bestimmtheitsanforderungen?** Fraglich ist, ob für die Rechtswirksamkeit einer Anpassungsklausel eine Verweisung auf die Änderungsfaktoren des Abs. 2 genügt, oder ob darüber hinaus eine Vereinbarung über die sich aus der Änderung dieser Faktoren ergebenden Rechtsfolgen erforderlich ist. Dies hängt mit dem Problem zusammen, dass nur beim Index (Abs. 2 Z 1) sowohl die Voraussetzung der Änderung, als auch ihre rechtliche Folge der Vereinbarung selbst entnommen werden kann (dazu auch sogleich Rz 11)'. In allen übrigen Fällen bedarf es einer nachträglichen Konkretisierung, ob und in welchem Umfang es bei einer Änderung der vereinbarten

Faktoren zu einer Anpassung der Prämie und/oder des Versicherungsschutzes kommt. Anhand eines Beispiels: Ist es ausreichend, wenn sich der Versicherer die "einseitige Änderung des Versicherungsschutzes" aus den Gründen des Abs. 2 vorbehält, oder muss in der Vereinbarung überdies festgelegt werden, dass und in welchem Umfang er bei einer Änderung der Anpassungsfaktoren einen Selbstbehalt oder einen Risikoausschluss einführen oder gar die Versicherungssumme herabsetzen kann? Für eine Lösung, die dem Versicherer ein größeres Maß an Gestaltungsfreiheit einräumt, könnte der Gedanke sprechen, dass sich der Schutz des Versicherungsnehmers nicht nur ex ante dadurch sicherstellen lässt, dass die Gestaltungsbefugnis des Versicherers in der Anpassungsklausel selbst beschränkt wird, sondern auch ex post in der Weise, dass die Vornahme der Änderung durch den Versicherer selbst einer Kontrolle unterworfen wird. Deshalb könnte man argumentieren, dass der Schutz des Versicherungsnehmers bei der Anpassung von Prämien ohnehin durch die nachprüfende Kontrolle gemäß § 178g f VersVG wahrgenommen wird, sodass es auf der Ebene der Vereinbarung genügt, wenn sich der Versicherer bei der Ausgestaltung der Anpassungsklausel mit einer Wiedergabe des § 178f VersVG genügt.

- 9 Gegen diese Lösung spricht jedoch, dass sich die Klausel nicht nur an § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG messen lassen muss, sondern auch am Transparenzgebot des § 6 Abs. 3 KSchG. Zwar scheint der OGH aus der Übereinstimmung einer Klausel mit dem Kriterienkatalog des § 178f Abs. 2 VersVG abzuleiten, dass diese nicht unklar und unverständlich iSd § 6 Abs. 3 KSchG ist (OGH 7 oi. 287/01h, VersE 1948), was auf eine Bedeutungslosigkeit des Transparenzgebots neben § 178f Abs. 2 VersVG hinauslaufen würde. Demgegenüber ist jedoch zu beachten, dass § 6 Abs. 3 KSchG auf der Umsetzung von Art 5 der RL über missbräuchliche Vertragsklauseln (RL 93/13/EWG, ABI 1993 L 95/29) beruht und somit unionsrechtlichen Ursprungs ist. Diesem Umstand ist bei der Auslegung Rechnung zu tragen (vgl nur Schauer in Kletecka/Schauer, ABGBON 1.01 § 6 Rz 31). Daraus folgt vor allem, dass den Anforderungen des Transparenzgebots auch bei der Krankenversicherung zu genügen ist, weil Art 5 leg cit keine Ausnahme für bestimmte Vertragsarten enthält. Aus diesem Grund ist § 6 Abs. 3 KSchG neben § 178r VersVG anzuwenden, obwohl sie nicht ausdrücklich unter jenen angeführt ist, die durch § 178f "unbeschadet" bleiben. Hieraus ergibt sich wiederum, dass eine Anpassungsklausel nicht nur nach § 178f Abs. 1 und 2 überprüft werden muss, sondern auch einer Kontrolle nach § 6 Abs. 3 KSchG unterliegt. Bei der Anwendung der Bestimmung ist jedoch zu beachten, dass keine allzu strengen Maßstäbe angelegt werden dürfen. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass die Krankenversicherung regelmäßig auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers eingegangen wird und einer ordentliche Kündigung durch den Versicherer nicht zugänglich ist. Da es unmöglich ist, künftige Entwicklungen über so lange Zeit mit Sicherheit vorherzusehen, erscheint es nicht interessegerecht, die Reaktionsmöglichkeiten des Versicherers durch überzogene Bestimmtheitsanforderungen bezüglich seiner Änderungsrechte einzuschränken. In diesem Lichte ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass das Transparenzgebot auf das "Mögliche und Zumutbare" zu beschränken ist, was einer Konkretisierung im Einzelfall unter Abwägung der beiderseitigen Interessen bedarf (Cuester in Staudinger [2013] § 307 Rz 195).

(...)

IV Sonstiges

- 37 **Deutsches Recht:** Der deutsche Gesetzgeber orientierte sich an einem abweichenden Modell, dessen Rechtsgrundlage sich aus einem Geflecht vertragsrechtlicher (§ 203 dVVG) und aufsichtsrechtlicher (vor allem §

12b dVAG) Rechtsvorschriften ergibt. Ein Katalog zulässiger Änderungsfaktoren wie nach § 178f Abs. 2 VersVG ist dem deutschen Recht unbekannt. Stark vereinfacht ausgedrückt, ist der Versicherer in bestimmten Fällen bei Verträgen, bei denen sein ordentliches Kündigungsrecht ausgeschlossen ist, berechtigt, die Prämie neu festzusetzen, wenn sich der tatsächliche Schadensbedarf gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus berechneten Prämie nicht nur vorübergehend ändert; ferner kann er die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen anpassen, wenn dies wegen einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens erforderlich wird. Voraussetzung ist jedoch, dass ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat bzw die Angemessenheit der Änderung bestätigt hat (§203 Abs. 2 und 3 dVG; vgl auch § Sb und § 18 ME/KK 2009 und MB/KT 2009). Die erforderliche Mitwirkung des Treuhänders führt somit in jedem Fall zu einer präventiven Kontrolle der Änderung. Im Ergebnis steht das deutsche Modell der früher geltenden Rechtslage näher als die österreichische Regelung, weil es vor allem die aufsichtsbehördliche Genehmigung der Tarifänderung durch die Zustimmung des Treuhänders ersetzt (zur Rechtsstellung des Treuhänders näher Boetius in MünchKommVVG, § 203 Rz 524 ff; Renger. VersR 1994, 1257 ff; Gerwins, NVersZ 1999,53 [56J; Buchholz, VersR 2005, 866). Mit den europarechtlichen Vorgaben ist die deutsche Lösung nach Ansicht der Redaktoren (BT -Dru cksache 12/69 59,62) - vereinbar, weil sich das Verbot der Prämien genehmigung (Art 29 der 3. RL-Nichtleben) nur auf staatliches Handeln beziehe, aber die Überprüfung der Prämien durch einen nicht hoheitlich handelnden Dritten nicht erfasse. In Österreich hatte noch der MinE zur VersVG- Novelle 1994 (§ 178f Abs. 3, §§ 17Sgff; vgl auch Ertl, ZVR 1997, 14) ganz ähnlich die Zustimmung eines Kurators zur Prämien erhöhung vorgesehen (vgl auch vor § 17Sa Rz 5); eine Begründung für den Wechsel zum Gesetz gewordenen Verbandsklagemodell ist in den Erläuterungen zur RV (JS53 BlgNR 18. GP) nicht enthalten. Nach deutschem Recht kann der Versicherungsnehmer bei einer Erhöhung der Prämie oder Verminderung der Leistung den Vertrag kündigen (§ 205 Abs. 5 dVVG; dazu Hütt in MünchKommVVG, §205 Rz40).

38 § 178f ist zugunsten des Versicherungsnehmers zwingendes Recht (§ 178n).