

Begründung

Allgemeiner Teil

Gemäß § 345 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes 2016 – VAG 2016, BGBl. I Nr. 34/2015, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 112/2015, treten alle auf Grundlage des Versicherungsaufsichtsgesetzes 1978, BGBl. Nr. 569/1978, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 68/2015, erlassenen Verordnungen mit 31. Dezember 2015 außer Kraft. Damit ist es erforderlich, die auf Grundlage des § 18d Abs. 4 in Verbindung mit § 18 Abs. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes 1978 erlassene Gewinnbeteiligungs-Verordnung Krankenversicherung – GBVKVU, BGBl. II Nr. 120/2007, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 34/2015 (Vorgängerverordnung), neu zu erlassen, gestützt auf die Verordnungsermächtigung des § 102 Abs. 3 in Verbindung mit § 92 Abs. 4 VAG 2016.

Ähnlich wie in der Lebensversicherung müssen auch in der Krankenversicherung Versicherungsunternehmen gemäß § 102 Abs. 2 VAG 2016 die Prämien für Versicherungsverträge so festsetzen, dass die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus diesen Versicherungsverträgen gewährleistet ist. Wegen der Langfristigkeit der meisten Krankenversicherungsverträge müssen daher die Versicherungsunternehmen die Rechnungsgrundlagen so vorsichtig wählen, dass auch bei allfälligen ungünstigen Entwicklungen diese dauernde Erfüllbarkeit gegeben ist. Insbesondere ist eine Prämienhöhung durch das Versicherungsunternehmen zur Herabsetzung eines im Vorhinein zu unvorsichtig gewählten Rechnungszinssatzes während der Vertragslaufzeit gemäß § 178f VersVG nicht zulässig.

Es ist vom Versicherungsunternehmen zu beurteilen und von der FMA im Zuge der Vorlage der versicherungsmathematischen Grundlagen in der Krankenversicherung gemäß § 102 Abs. 1 VAG 2016 zu überprüfen, ob ein Tarif zur Wahrung der Interessen der Versicherten eine erfolgsabhängige Prämienrückerstattung oder Gewinnbeteiligung oder zumindest die Gewährung einzelner Gewinnkomponenten vorsehen muss. Dabei ist § 102 Abs. 2 VAG 2016 zu beachten, wonach die Prämien für neu abgeschlossene oder geänderte Versicherungsverträge nach versicherungsmathematisch begründeten Annahmen ausreichen müssen, um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten, insbesondere die Bildung angemessener versicherungstechnischer Rückstellungen zu ermöglichen.

Der sich ergebende Überschuss soll möglichst ungeschmälert den Versicherten zugutekommen. Es darf daher nicht dem Belieben des Versicherungsunternehmens überlassen bleiben, ob und in welchem Ausmaß es die Versicherten am erzielten Überschuss beteiligt. Die Notwendigkeit der Regulierung ergibt sich auch daraus, dass die Gewinnbeteiligung während des laufenden Vertrages gewährt wird, während dessen der Kunde nur mit Kündigung reagieren könnte, wenn er mit der Höhe seiner Gewinnbeteiligung unzufrieden ist. Gerade das ist in der Krankenversicherung aber für den Versicherten wirtschaftlich nachteilig, da die Alterungsrückstellung zugunsten der Versichertengemeinschaft verfällt und er sich bei einem anderen Versicherungsunternehmen – wenn überhaupt – nur gegen eine entsprechend höhere Prämie versichern lassen könnte. Es sei hervorgehoben, dass diese „Überschüsse“ oder „Gewinne“ keinen Unternehmensgewinn im eigentlichen Sinn darstellen, sondern durch die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsrechts verursacht sind. Aus diesem Grund wäre es auch nicht einzusehen, wenn sie zur Gänze den Versicherungsunternehmen zukommen würden. Die Überschussgewährung dient also der nachträglichen Prämienkorrektur.

Den Versicherungsunternehmen ist es unbenommen, im Sinne eines marktwirtschaftlichen Wettbewerbes eine höhere als die in dieser Verordnung festgelegte Gewinnbeteiligung zu gewähren. Ebenso soll die Verordnung den dem Personenversicherungsgeschäft inhärenten Möglichkeiten zum Ausgleich von Ertragsschwankungen, dh. der Bildung eines noch nicht erklärten Teiles der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung und von Bewertungsreserven der Aktiva, nicht entgegenstehen. Die Versicherungsunternehmen können dabei selbst festlegen, welche Bemessungsgrundlage für die Gewinnbeteiligung sie in ihren Verträgen festsetzen. Diese Verordnung gibt lediglich eine Mindestbemessungsgrundlage vor.

Besonderer Teil

Zu § 1:

Die Bestimmung regelt den Anwendungsbereich der Verordnung.

Abs. 1 entspricht im Wesentlichen § 1 der Vorgängerverordnung. Die Verordnung gilt für Krankenversicherungsverträge, die eine Gewinnbeteiligung vorsehen. Gewinnbeteiligung bedeutet dabei jede Form der Beteiligung des Versicherungsnehmers am wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens, daher insbesondere auch die Gewährung einer erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung. Es wird nunmehr explizit klargestellt, dass die Verordnung nur für Krankenversicherungsverträge nach Art der Lebensversicherung aus dem direkten Geschäft gilt. Das indirekte Krankenversicherungsgeschäft, dh. die übernommene Rückversicherung von Krankenversicherungsverträgen eines Erstversicherers, ist nicht betroffen.

Abs. 2 entspricht im Wesentlichen § 7 der Vorgängerverordnung, dessen Regelungsinhalt aus Gründen des Vertrauensschutzes beibehalten wird. Krankenversicherungsverträge auf Basis bereits vor dem 1. Juli 2007 vorgelegter Tarife unterliegen nicht den Anforderungen an eine Mindestgewinnbeteiligung gemäß §§ 2 und 3 dieser Verordnung, sondern lediglich den Bestimmungen zur Gewinnbeteiligung gemäß § 4.

Zu § 2:

Die Bestimmung entspricht im Wesentlichen § 2 der Vorgängerverordnung und regelt die Mindestgewinnbeteiligung.

In Österreich ist die Alterungsrückstellung bei einem allfälligen Versichererwechsel des Kunden nicht übertragbar. Dementsprechend stellen Zuführungen zur Alterungsrückstellung eine Gewinnverwendung dar, die keine Ansprüche einzelner Versicherungsnehmer begründen.

Neben den Aufwendungen für die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung bzw. Gewinnbeteiligung der Versicherten und für allfällige Direktgutschriften können bei der Berechnung der Mindestgewinnbeteiligung in der Krankenversicherung auch Aufwendungen für die Finanzierung anderer Maßnahmen, die den Versicherten oder – sachlich gerechtfertigt – Teilen der Versicherten dadurch zu Gute kommen, dass sie geringere Prämienhöhungen zu tragen haben, als dies ohne diese Maßnahmen der Fall wäre, berücksichtigt werden. Als Beispiel wären hier sogenannte „Alterskappungen“ anzuführen, die den Effekt prozentuell höherer Prämienhöhungen im höheren Alter, der durch die „Deckungslücke“ der Alterungsrückstellung auftritt, abmildern.

Zu Abs. 1: Es werden sprachliche Klarstellungen vorgenommen und der Verweis auf das VAG 2016 angepasst. Den Versicherten haben – mit den Einschränkungen des Abs. 2 – mindestens 85% der Mindestbemessungsgrundlage zugute zu kommen, sofern diese Bemessungsgrundlage größer als Null ist. Die Zuteilung von Anteilen eines allfälligen Verlustes an den Versicherten ist nicht zulässig. Durch die Partizipation der Versicherten am Gewinn zu mindestens 85% der in § 3 definierten Mindestbemessungsgrundlage wird keine aus Sicht des Versicherten „optimale“ Höhe der Gewinnbeteiligung gewährleistet. Mit dieser Verordnung soll sichergestellt werden, dass dem Versicherten das Mindestmaß dessen, was im Sinne des § 102 Abs. 3 in Verbindung mit § 92 Abs. 4 VAG 2016 als „angemessen“ angesehen werden kann, zugutekommt. Dies ist auch – wie im allgemeinen Teil der Begründung bereits erwähnt – deshalb erforderlich, weil die Kündigung während der Laufzeit eines Krankenversicherungsvertrages für den Versicherten wirtschaftlich nachteilig ist.

Der Satz von 85% ergibt sich, wie schon in der Lebensversicherung, aus der Berücksichtigung des Umstandes, dass die Versicherer mit ihrem Eigenkapital Risiken übernehmen, seien es allgemeine unternehmerische Risiken, das Schwankungsrisiko der Versicherungsleistungen oder das nur bis zu einem gewissen Grad diversifizierbare Veranlagungsrisiko in Verbindung mit der Garantie des Rechnungszinssatzes, die die Versicherungsunternehmen ihren Versicherungsnehmern gegenüber abgeben. Dafür sollte ihnen auch ein angemessenes Entgelt zustehen.

Zu Abs. 2: Die Bestimmung wird zur Klarstellung umformuliert, eine inhaltliche Änderung im Vergleich zur Vorgängerverordnung ist damit nicht verbunden. Die Möglichkeit der Anrechnung von über dem Mindestausmaß liegenden Gewinnbeteiligungen aus Vorjahren soll den Versicherungsunternehmen mehr Spielraum bei der zeitlichen Verteilung der Gewinne einräumen, um auch dann eine Glättung der Gewinne der Versicherungsnehmer vornehmen zu können, wenn die Kapitalmärkte höchste Volatilität aufweisen. Der Handlungsspielraum der Versicherungsunternehmen wird allerdings im Interesse der Versichertengemeinschaft dadurch beschränkt, dass der für die Folgejahre anrechnungsfähige Betrag um je 10% gekürzt wird. Wird aus einem bestimmten Jahr lediglich ein Teil des höchstmöglichen Anrechnungsbetrages in Anspruch genommen, so läuft die Abschreibung für den Restbetrag auf Basis des ursprünglichen höchstmöglichen Anrechnungsbetrages unverändert weiter.

Beispiel 1: Mit der Bilanz für das Jahr 2016 (Stichtag 31.12.2016) werden um 100 000 Euro mehr dotiert als mindestens erforderlich. Zur Bilanz für das Jahr 2017 könnten davon noch $100\ 000 \times (100\% - 10\%) = 90\ 000$ Euro auf die erforderliche Dotierung angerechnet werden, zur Bilanz für das Jahr 2018 $100\ 000 \times (100\% - 2 \times 10\%) = 80\ 000$ Euro, 2019 $100.000 \times (100\% - 3 \times 10\%) = 70\ 000$ Euro, 2020 $100.000 \times$

$(100\% - 4 \times 10\%) = 60\,000$ Euro usw. 2025 könnten (nur noch) 10 000 Euro angerechnet werden, zur Bilanz für das Jahr 2026 nichts mehr.

Werden nun zur Bilanz für das Jahr 2019 40.000 Euro im Sinne des § 2 Abs. 2 angerechnet und entsprechend weniger Gewinndotierung vorgenommen, so bleiben für 2020 noch $100\,000 \times (100\% - 4 \times 10\%) - 40\,000 = 20\,000$ Euro (wie erwähnt, wäre zur Bilanz für das Jahr 2020 ohne vorherige Anrechnung eine maximale Anrechnung von 60 000 Euro möglich; da bereits 40 000 angerechnet wurden, verbleiben aber nur noch 20 000 Euro) und für 2021 noch $100\,000 \times (100\% - 5 \times 10\%) - 40\,000 = 10\,000$ Euro und für 2022 und die weiteren Jahre nichts mehr für eine Anrechnung übrig.

Beispiel 2: Mit der Bilanz für das Jahr 2016 (Stichtag 31.12.2016) werden um 150 000 Euro mehr dotiert als mindestens erforderlich, zur Bilanz für das Jahr 2017 um 100 000 Euro. Dann stehen etwa im Jahr 2020 aus dem Jahr 2016 noch $150\,000 \times (100\% - 4 \times 10\%) = 90\,000$ Euro und aus dem Jahr 2017 noch $100\,000 \times (100\% - 3 \times 10\%) = 70\,000$ Euro zur Anrechnung zu Verfügung.

Werden nun zur Bilanz für das Jahr 2020 100 000 Euro im Sinne des § 2 Abs. 2 angerechnet und entsprechend weniger Gewinndotierung vorgenommen, dann ist zuerst der Betrag aus dem „ältesten“ Anrechnungsjahr zu verbrauchen, im Beispiel also die 90 000 Euro aus dem Jahr 2016. Die restlichen 10 000 Euro können mit der Überdotierung des Jahres 2017 gegengerechnet werden. Die verbleibenden anrechenbaren Beträge der Folgejahre 2021 lauten dann: $100\,000 \times (100\% - 4 \times 10\%) - 10\,000 = 50\,000$ Euro, 40 000 Euro im Jahr 2022, 30 000 Euro im Jahr 2023, 20 000 Euro im Jahr 2024, 10 000 Euro im Jahr 2025 und 0 Euro im Jahr 2026. Erfolgt im Beispiel mithin nach 2020 keine weitere Unterdotierung, entfielen die Anrechenbarkeit der Überdotierung aus dem Jahr 2017 im Wege der Abschreibung spätestens im Jahr 2026.

Zu § 3:

Die Bestimmung entspricht im Wesentlichen § 3 der Vorgängerverordnung und regelt die Ermittlung der Mindestbemessungsgrundlage. Es werden sprachliche Klarstellungen vorgenommen und die Verweise auf das VAG 2016 angepasst.

Zu Abs. 1 bis 3: Die Mindestbemessungsgrundlage definiert die Gewinne aus der Krankenversicherung, an denen der Versicherte zu beteiligen ist, analog zur Lebensversicherung. Verwendet das Versicherungsunternehmen eine abweichende Bemessungsgrundlage, so muss die Dotierung gemäß § 2 zumindest in der Höhe erfolgen, wie sie sich unter Zugrundelegung der in diesem Absatz definierten Bemessungsgrundlage ergeben würde. Bei der Berechnung der Mindestbemessungsgrundlage sind nur jene Teile aliquot zu berücksichtigen, die den Krankenversicherungsverträgen gemäß § 1 zuzurechnen sind.

Zu Abs. 4: Durch das Rechnungslegungs-Änderungsgesetz 2014 – RÄG 2014, BGBl. I Nr. 22/2015, wurde der verpflichtende Ansatz latenter Steuern in § 198 Abs. 9 und 10 UGB normiert. In § 235 UGB wurde auch eine Ausschüttungssperre bei Aktivierung latenter Steuern gemäß § 198 Abs. 9 UGB normiert. Demnach dürfen Gewinne nur ausgeschüttet werden, soweit die danach verbleibenden jederzeit auflösbaren Rücklagen zuzüglich eines Gewinnvortrags und abzüglich eines Verlustvortrags dem aktivierten Betrag mindestens entsprechen. Daher ist es konsequent, die Zuführung bzw. Auflösung latenter Steuern nicht in die Basis für die Mindestgewinnbeteiligung einfließen zu lassen.

Zu Abs. 5: Für Versicherungsunternehmen in der Krankenversicherung ist ein Vorwegabzug von höchstens 5% der abgegrenzten Prämien, die den Krankenversicherungsverträgen gemäß § 1 Abs. 2 zuzurechnen sind, zulässig. Damit soll pauschal den besonderen versicherungstechnischen Risiken Rechnung getragen werden, die das Versicherungsunternehmen in der Krankenversicherung zu tragen hat.

Zu § 4:

Der im Vergleich zur Vorgängerverordnung neu eingefügte Abs. 1 orientiert sich an § 5 Abs. 1 der Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung – LV-GBV, BGBl. II Nr. 292/2015, und regelt, dass die Höhe der Gewinnbeteiligung im Einklang mit dem Gewinnplan und unter Berücksichtigung der Stellungnahme des verantwortlichen Aktuars im Rahmen des Jahresabschlusses festgelegt wird.

Abs. 2 entspricht im Wesentlichen § 5 der Vorgängerverordnung und regelt die Aufteilung der Gewinne. Die Formulierung wird an § 6 Abs. 2 LV-GBV angeglichen; eine inhaltliche Änderung im Vergleich zur Vorgängerverordnung ist hiermit nicht verbunden.

Versicherungsverträge können bezüglich der Gewinnverteilung in Abrechnungsverbände unterteilt werden. Ein Abrechnungsverband ist ein Teilbestand des gesamten Versicherungsbestandes für gewinnberechtigende Verträge der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung aus dem direkten Geschäft, der gebildet wird, um die Gewinnbeteiligung verursachungsgerecht vornehmen zu können, und

der Versicherungsverträge zusammenfasst, die nach ihrer Struktur in gleicher Weise zum Gewinn beitragen. Aus Gründen der Vereinheitlichung wird anstatt der früher nicht immer einheitlich verwendeten Begriffe „Gewinn- und Abrechnungsverbände“ nur mehr der Begriff „Abrechnungsverband“ für alle Teilbestände des Versicherungsbestands und deren weitere Untergliederungen verwendet.

Prinzipiell ist eine Aufteilung der Aufwendungen und Erträge auf die Abrechnungsverbände vorzunehmen, soweit dies nach aktuarieller Beurteilung möglich und sinnvoll ist. Pauschale Methoden sind zulässig, soweit sich dadurch keine unverhältnismäßige Abweichung vom Prinzip der verursachungsgemäßen Aufteilung der Gewinne auf die Abrechnungsverbände ergibt bzw. soweit ein Ausgleich von Gewinnen innerhalb der durchschnittlichen Laufzeit der betroffenen Versicherungsverträge zu erwarten ist. Ist die Gewinnbeteiligung – etwa im Vergleich zu den Kosten der Gewinnermittlung oder -verteilung – von vernachlässigbarer Größe, so kann auf eine exakte, verursachungsgerechte Ergebniszuteilung verzichtet werden. So wird es etwa bei Zusatzversicherungen zulässig sein, die dort entstandenen Gewinne auf die entsprechenden Haupttarife zu verteilen.

Abs. 3 entspricht im Wesentlichen § 4 der Vorgängerverordnung und normiert, binnen welchen Zeitraums die „erklärten“ Gewinnanteile zugunsten der Versicherten verwendet werden müssen. Es ist im Interesse der Versicherten, dass ihre Gewinnanteile, sofern sie auf die Einzelverträge zugeteilt werden sollen, nicht übermäßig lange in der Rückstellung für die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung bzw. Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer verbleiben. Abs. 2 nennt zudem demonstrativ Verwendungsmöglichkeiten.

Zu § 5:

Diese Bestimmung regelt das Inkrafttreten der Verordnung.