



Österreichische Finanzmarktaufsicht
zH Herrn Dr Jan Suesserott
Otto-Wagner-Platz 5
1090 Wien

BUNDESARBEITSKAMMER
PRINZ EUGEN STRASSE 20-22
1040 WIEN
T 01 501 65
www.arbeiterkammer.at
DVR 1048384

Per Email: begutachtung@fma.gv.at

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel 501 65 Fax 501 65	Datum
FMA- LE0001.210/0GST/Pr/MS 019-INT/2018	BAK/KS-	Christian Prantner	DW 12511DW 12693	13.07.2018

Stellungnahme zur Verordnung der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), mit der die Krankenversicherung Informationspflichtenverordnung (KV-InfoV) geändert werden soll

Sehr geehrter Herr Dr Suesserott!

Die Bundesarbeitskammer (BAK) bedankt sich für die Möglichkeit einer Stellungnahme zum oa Verordnungsentwurf und nimmt dazu Stellung.

Vorbemerkungen

Gemäß § 255 Abs 4 Versicherungsaufsichtsgesetz 2016 (VAG 2016) hat die Österreichische Finanzmarktaufsicht (FMA) besondere Informationspflichten des § 255 Abs 1 und 2 VAG für die private Krankenversicherung (und private Lebensversicherungen) zu konkretisieren. Auf Grund des § 135e Abs 3 des VAG 2016 fallen die Verweise auf § 255 Abs 1 bis Abs 2, die in der derzeitigen Fassung der Krankenversicherung Informationspflichtenverordnung enthalten sind, weg.

Die BAK hat zur zu begutachtenden Verordnung einige grundsätzliche und konkrete Anmerkungen.

Zusammenfassende Bewertung

- Es ist zu begrüßen, wenn potentielle VersicherungsnehmerInnen vor Vertragsabschluss und während der Laufzeit eines Vertrages in kompakter, verständlicher Form informiert werden. Die BAK regt allerdings an, dass die **Produkt- bzw Basisinformationsblätter**, die im Versicherungsbereich vorgeschrieben bzw in Planung sind, **aufeinander abgestimmt** werden, damit VersicherungsnehmerInnen einen einheitlichen Informationsstandard vorfinden. Diese Standardisierung bzw weitgehende Angleichung (Aufbau, Umfang, Symbolik etc) sollte auch im Interesse der Versicherer sein, die sich administrativen Aufwand ersparen können.
- Auch ist **ausdrücklich zu begrüßen**, dass die Verordnung zu den Informationspflichten bei Krankenversicherungen vorsieht, dass potentielle VersicherungsnehmerInnen – neben den versicherten Risiken – über Wartezeiten (§ 2 Abs 1 KV-InfoV), Risikoausschlüsse (§ 2 Abs 2 Zi 1) und die Modalitäten der Prämienanpassung (§ 3) sowie die wirtschaftlichen Folgen der Kündigung eines Krankversicherungsvertrages (§ 4) informiert werden müssen. Auch gesetzlichen Regelungen zu den laufenden Informationspflichten des Versicherers (§ 5) sind sinnvoll und notwendig. Dennoch regt die BAK einige Ergänzungen an.
- Die BAK schlägt vor, **dass das gesetzliche Erfordernis, dass Prämien erhöhungen während der Laufzeit eines Vertrages durch die Darlegung der „konkreten Gründe“ (§ 5 KV-InfoV) erläutert werden müssen, dahingehend konkretisiert wird, dass die Versicherer aufzuschlüsseln haben, wie sich die Prämienhöhung quantitativ zusammensetzt**. Ein Beispiel zur Illustration: eine 5%-ige Prämienhöhung setzt sich zu 70 % aus „gestiegener Lebenserwartung“ und zu 30 % aus „häufigerer Inanspruchnahme von Leistungen“ zusammen. Die BAK regt auch an, dass die Versicherer in leicht verständlicher Form (zB durch Symbole) angeben, wie sich **alle** im Versicherungsvertragsgesetz angegebenen Prämienanpassungsfaktoren entwickelt haben.
- § 5 der KV-InfoV könnte – aufgrund der Erfahrungen von etlichen Beschwerden von KonsumentInnen über die Prämienhöhung eines Krankenversicherers in den AK-Konsumentenberatungseinrichtungen im Juli 2017 – dahingehend ergänzt werden, dass die VersicherungsnehmerInnen nicht nur über die genauen Gründe der Prämienanpassung, sondern auch **rechtzeitig**, dh **mit ausreichender Frist** informiert werden müssen.
- Die BAK regt daher an, für einen Krankenversicherungstarif maßgebliche **Punkte in das vorvertragliche Informationsblatt aufzunehmen**. Zum Beispiel durch die Formulierungen: *Gibt es Selbstbehalte im Vertrag? Gibt es Selbstbehaltsvarianten? Gibt es die Möglichkeit einer Prämienrückerstattung, wenn keine Leistungen im Beobachtungszeitraum bezogen werden? Kann der Vertrag stillgelegt werden? Bis zu welchem Alter gelten Kinder als mitversichert?*

Zu vorgeschlagenen Bestimmungen im Einzelnen

Die BAK regt in folgenden Punkten konkreten Verbesserungsbedarf an, um die Informationspflichten im Interesse der potentiellen VersicherungsnehmerInnen genauer zu fassen:

Abstimmung der diversen vorvertraglichen Informationsblätter im Versicherungsbereich

Es ist sinnvoll und informationseffizient, wenn Vorgaben zu Aufbau und Umfang der vorvertraglichen Informationen zu Lebens- und Nichtlebensversicherungsprodukten („Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ gemäß Durchführungsverordnung EU 2017/1469 der Kommission) einem möglichst einheitlichen Standard in Punkto Les- und Erfassbarkeit, Verständlichkeit, Vergleichbarkeit, Symbolik bzw grafischen Elementen und Umfang (Seitenanzahl) folgen. Dazu gehört auch, dass die Vorgaben zu Packaged Retail and Insurance-based Investment Products (gemäß PRIIPS-VO / Verordnung (EU) 1286/2014), Lebensversicherungsprodukten (gemäß LV-InfoV), zur prämiengeforderten Zukunftsvorsorge (PZV) sowie zum vorvertraglichen Informationsblatt für Risikoversicherungen (kurz: LIPID gemäß LV-InfoV) aufeinander abgestimmt werden, um Wiedererkennung bzw Bewusstsein für KonsumentInnen zu schaffen und folglich Konsumentenvertrauen in vorvertragliche Informationen zu etablieren. Eine **möglichst weitgehende Angleichung** der vorvertraglichen Informationsblätter im Versicherungsbereich sollte auch im Interesse der Versicherungswirtschaft sein (durch Senkung administrativer Kosten).

Zu § 5 der Verordnung: Konkretisierung der Prämienenerhöhungsgründe

Private Krankenzusatzversicherungen sind teure (dh prämienaufwendige) Personenversicherungsverträge, die sich durch Prämienenerhöhungen auszeichnen, die häufig über das Ausmaß des (allgemeinen) Verbraucherpreisindex (VPI) hinausgehen. Die Krankenversicherungsunternehmen berufen sich bei diesen Prämienenerhöhungen auf die in § 178f Abs 2 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) festgehaltenen bzw erschöpfend aufgezählten Gründe. Die Versicherer teilen die Prämienenerhöhungen den VersicherungsnehmerInnen brieflich mit. Diese Praxis der brieflichen Benachrichtigung sorgt immer wieder für Unverständnis bei den KonsumentInnen. Denn die Versicherer kommunizieren eine Prämienenerhöhung in einem laufenden Krankenversicherungsvertrag derart, dass sie **alle** im Versicherungsvertragsgesetz angeführten Gründe **in Bausch und Bogen heranziehen**, um die Prämienenerhöhung zu erklären bzw zu begründen. Das bedeutet, dass diese Informationsschreiben der Versicherer in der Regel nicht genauer aufschlüsseln, wie sich die einzelnen Prämienenerhöhungsgründe (wie zum Beispiel „durchschnittliche Lebenserwartung“, „vermehrt in Anspruch genommene Leistungen“ etc) konkret auf die Prämienanpassung auswirken. Ein einfaches Beispiel: Die Information, wonach die Jahresprämie um 5 % angehoben werden müsse, weil der pauschale Hinweis auf alle im Versicherungsvertragsgesetz festgehaltenen Gründe – sinngemäß, dass die Kosten und die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen sowie die durchschnittliche Lebenserwartung, die Kostenersätze gestiegen seien, es gesetzliche Änderungen gegeben habe – versetzt den/die betroffenen Vertragsinhaber/in nicht in die Lage, die Prämienenerhöhung nachzuvollziehen. Diese Informationspraxis bedeutet, dass die Aufzählung aller Gründe, die zur Prämienenerhöhung berechtigen, bloß eine Scheintransparenz für die VertragsinhaberInnen schafft.

Es ist daher begrüßenswert, wenn die FMA die Krankenversicherer dazu anhält (**§ 5 der KV-InfoV**), die Versicherungsnehmer darüber zu informieren, „welche konkreten Gründe der vorgenommenen Prämienanpassung zugrunde liegen“. Die BAK schlägt allerdings vor, **dass dieses gesetzliche Erfordernis dahingehend konkretisiert wird, dass die Versicherer aufzuschlüsseln haben, wie sich die Prämienhöhung quantitativ zusammensetzt**. Ein Beispiel zur Illustration: eine 5 %-ige Prämienhöhung setzt sich zu 70 % aus „gestiegener Lebenserwartung“ und zu 30 % aus „häufigerer Inanspruchnahme von Leistungen“ zusammen.

Die BAK hält fest, dass **alle Faktoren, die zur Prämienanpassung** gemäß § 178f Abs 2 VersVG – wie Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen, wie insbesondere Aufenthaltsdauer in Spitälern, Kostenersatz, gesetzlich begründete Änderungen im Gesundheitswesen usw – herangezogen und in die Prämienkalkulation einfließen müssen. Das betrifft vor allem die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen. Wenn also die Schadensquote (dh die Inanspruchnahme von Leistungen in einem Versicherungs- bzw. Beobachtungsjahr) in der versicherten Gemeinschaft eines Krankenversicherungstarifes zurückgeht, dann muss dieser Effekt konsequenterweise in sinkenden Prämienhöhen münden. Wenn die Lebenserwartung steigt, gleichzeitig jedoch die Inanspruchnahme der Leistungen in der Gruppe sinkt, dann sind diese beiden gegenläufigen Faktoren kalkulatorisch zu berücksichtigen. Prämienanpassungen bedeuten daher nicht automatisch, dass die Prämienhöhe steigt; denn es ist denkbar, dass Prämien auch sinken können. Dieser Effekt prämiemindernder Faktoren geht üblicherweise aus den Anpassungsschreibern der Versicherer nicht hervor. Die BAK schlägt daher vor, dass die erforderlichen Angaben zu Prämienanpassungen gemäß § 5 der VO mit der Information ergänzt werden, **wie sich alle prämiembestimmenden Faktoren gemäß § 178f Abs 2 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) in einem Beobachtungszeitraum (Versicherungsjahr) entwickelt – also gestiegen oder gesunken – haben**. Alternativ zu einer beispielsweise symbolhaften Darstellung der Prämienanpassungsfaktoren („Pfeilchen“) könnte ein verbaler **Hinweis** am Basisinformationsblatt gegeben werden, wo bzw in welchen weiterführenden Unterlagen Informationen über die Entwicklung der Prämienanpassungsfaktoren für den Tarif zu finden sind.

In § 5 der KV-InfoV ist auch festgehalten, dass die VertragsinhaberInnen zu informieren sind, dass bei einem Widerspruch der Prämienhöhung der Vertrag mit gleichbleibender Prämie und „angemessen geänderten Leistungen“ fortgeführt wird. In diesem Zusammenhang stellt sich auch für die VersicherungsnehmerInnen die berechnete Frage, wie sie nachvollziehen können, wenn der Versicherer die Leistung „angemessen“ reduziert. Es sind einzelne Beschwerden von KonsumentInnen in der AK Wien bekannt geworden, dass der Versicherer – nachdem der/die Versicherungsnehmer/in der Prämienhöhung widersprach – auch die **Direktverrechnung** der Leistungen zwischen dem Krankenhausträger und der Versicherung einstellte; so wurde der/dem Kundin/Kunden mitgeteilt, dass sie/er fortan zuerst die Bezahlung der Krankenhauskosten vornehmen müsse und danach die bezahlte Rechnung beim Versicherer zur Rückerstattung der Kosten einreichen könne. Diese Vorgangsweise eines Versicherers ist auch deshalb fragwürdig, weil die Krankenversicherungen mit dem grundsätzlichen Vorteil beworben werden, dass sich der/die Versicherungsnehmer/in im Leistungsfall (Hauskosten für die Inanspruchnahme der Sonderklassezimmer und Honorare für ärztliche Leistungen) nicht um die Bezahlung kümmern müsse, sondern dass die Bezahlung der vertraglich vereinbarten Leistungen direkt zwischen Krankenversicherer und Krankenanstalt abgewickelt werden.

Rechtzeitigkeit der Information zur Prämienanpassung

Die Arbeiterkammern Österreichs haben im Juli 2017 etliche Beschwerden von VersicherungsnehmerInnen einer österreichischen Versicherung erhalten, die sich über die erhebliche Prämienhöhung eines Taggeld-Tarifes und die Art der Mitteilung beschwert haben. Die betroffenen Versicherungsnehmer beschwerten sich nicht nur über die Tatsache, dass die Prämie in einem außerordentlichen Ausmaß mit Wirksamkeit 1.8.2017 „erstmalig“ angehoben wurden – mit der „deutlich steigenden Lebenserwartung“ schriftlich begründet -, sondern auch über die Tatsache, dass ihnen die Schreiben – datiert mit 17. Juli 2017 – mitten im Hochsommer zugegangen sind. Das bedeutet, dass zwischen der schriftlichen Prämieninformation per Brief und der effektiven Prämienanpassung eine äußerst kurze Frist gegeben war. Die betroffenen VersicherungsnehmerInnen konnten die Prämienhöhungen – je nach Vertrag zwischen 20 und 40 % – weder der Höhe nach nachvollziehen noch zeitgerecht eine angemessene Entscheidung treffen. § 5 der gegenständlichen VO könnte also dahingehend ergänzt werden, dass die VersicherungsnehmerInnen nicht nur über die genauen Gründe der Prämienanpassung, sondern auch **rechtzeitig**, dh **mit ausreichender Frist** informiert werden müssen.

Ergänzungen der vorvertraglichen Informationspflicht durch folgende Inhalte

Krankenversicherungsverträge sind komplexe Tarife, die sich aus mehreren Komponenten zusammensetzen können (ambulante, stationäre, zahnärztliche Heilbehandlung). Es gibt zudem Selbstbehalte bzw Selbstbehaltsvarianten, unterschiedliche Altersgrenzen für mitversicherte Kinder, Varianten für Prämienrückerstattung (bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen in einem Beobachtungszeitraum). Krankenversicherungsverträge können auch stillgelegt werden („Anwartschaft“). Die BAK regt daher an, diese für den Tarif maßgeblichen Punkte in das vorvertragliche Informationsblatt aufzunehmen. Zum Beispiel durch die Formulierungen: *Gibt es Selbstbehalte im Vertrag? Gibt es Selbstbehaltsvarianten? Gibt es die Möglichkeit einer Prämienrückerstattung, wenn keine Leistungen im Beobachtungszeitraum bezogen werden? Kann der Vertrag stillgelegt werden? Bis zu welchem Alter gelten Kinder als mitversichert?*

Mit freundlichen Grüßen

Renate Anderl
Präsidentin
F.d.R.d.A.

Melitta Aschauer-Nagl
iV des Direktors
F.d.R.d.A.