

Dokumentnummer: 01 / 2005  
Veröffentlichungsdatum: 04.01.2005

# RUNDSCHREIBEN BETREFFEND TARIFANPASSUNGEN IN DER KRANKEN- VERSICHERUNG NACH ART DER LEBENSVER- SICHERUNG



Dieses Rundschreiben stellt keine Verordnung dar. Es soll als Orientierungshilfe dienen und gibt die Rechtsauffassung der FMA wieder. Über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehende Rechte und Pflichten können aus Rundschreiben nicht abgeleitet werden.

Gemäß § 18d Abs. 2 VAG haben die Versicherungsunternehmen der FMA jede Änderung oder Ergänzung der verwendeten versicherungsmathematischen Grundlagen in der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung vor ihrer Anwendung mitzuteilen. Insbesondere zählen alle Parameter (bspw. Statistiken über Krankheitsfälle, Sterbetafeln, etc.), die zur Bestimmung der Höhe der Prämien und Leistungen erforderlich sind, zu den versicherungsmathematischen Grundlagen.

Die Mitteilung soll folgendermaßen erfolgen:

1. Elektronisch (kompatibel zu Adobe Acrobat und/oder als .csv-Datei (für tabellarische Daten)) per E-Mail an [krankenversicherung@fma.gv.at](mailto:krankenversicherung@fma.gv.at) oder auf einem elektronischen Speichermedium
2. und schriftlich, firmenmäßig gezeichnet. Dabei ist (um eine genaue Zuordnung und korrekte Dokumentation zu gewährleisten) anzugeben, in welcher Form und wann die versicherungsmathematischen Grundlagen der FMA übermittelt worden sind. Sind die Änderungen der versicherungsmathematischen Grundlagen per E-Mail übermittelt worden, so sind speziell das Versendedatum, die E-Mail-Adresse des Absenders und eine detaillierte Aufstellung der im E-Mail mitgeschickten Attachments (Anzahl, alle Dateinamen, jeweils die Dateigröße) anzugeben.

Um eine effektive Aufsicht zu ermöglichen, ist folgende Standardisierung notwendig:

Für jeden Tarif ist die Meldung gesondert auf einer eigenen Seite vorzunehmen, wobei für mehrere Tarife dieselbe Datei verwendet werden kann. Jede Seite ist in der rechten oder linken oberen Ecke mit folgenden Informationen zu beschriften:

- Bezeichnung des Versicherungsunternehmens
- Tarifbezeichnung und Tarifart
- Bundesland
- Sozialversicherung
- Datum der Anpassung

Die Anpassungen sind gemäß folgender Gliederung vorzunehmen; gegebenenfalls sind einzelne Punkte mit „entfällt“ zu kennzeichnen.

- **Anpassungen**

- **Tarifprämien:** Angabe der Bandbreite der Erhöhung der Tarifprämien in Prozent
- **Leistungen:** Angabe der Bandbreite der Erhöhung der Leistungen in Prozent
- **Verpflegskostensatz:** Angabe der Erhöhung des Verpflegskostensatzes (falls im Tarif als Leistung vorgesehen)
- **Ersatztagegeld:** Angabe der Erhöhung des Ersatztagegelds (falls im Tarif als Leistung vorgesehen)
- **Entbindungspauschale:** Angabe der Erhöhung der Entbindungspauschale (falls im Tarif als Leistung vorgesehen)
- **Operationsgruppe:** Angabe der Erhöhung der Leistung in der Operationsgruppe V (falls im Tarif als Leistung vorgesehen)
- **Tagsatz für konservative Behandlung:** Angabe der Erhöhung der Leistung für konservative Behandlungen (falls im Tarif als Leistung vorgesehen)
- **Durchschnittliche Erhöhung der Leistungen:** Angabe der gewichteten, durchschnittlichen Erhöhung der Leistungen in Prozent. Dabei sind bei Leistungen, die in Tagessätzen anfallen, die Tagessätze mit der kalkulierten durchschnittlichen Bestandsverweildauer (= in Anspruch genommene Tage des Bestandes / Leistungsfälle des Bestandes) zu multiplizieren. Diese durchschnittliche Erhöhung ist nur für jene Tarife anzugeben, bei denen weder einen Verpflegskostensatz, ein Ersatztagegeld, eine Entbindungspauschale, eine Operationsgruppe noch ein Tagsatz für konservative Behandlung kalkuliert ist.
- **Selbstbehalte:** Angabe der Bandbreite der Erhöhung der Selbstbehalte in Prozent und Angabe der Selbstbehalte in Euro; gibt es in diesem Tarif keine Selbstbehalte, so ist dies anzuführen („kein Selbstbehalt“); sind Selbstbehalte in Prozent und nicht in absoluten Werten vereinbart, so ist der entsprechende Prozentsatz anzugeben.
- **Prämien:** Die Höhe der Prämien in Euro ist gemäß folgender Tabelle anzugeben; dabei bezeichnet „Prämie alt“ die Höhe der Prämie vor der aktuellen Erhöhung und „Prämie neu“ die Höhe der Prämie nach der aktuellen Erhöhung.

Alter	Männer			Frauen		
	Prämie alt	Prämie neu	Erhöhung (%)	Prämie alt	Prämie neu	Erhöhung (%)
20						
30						
40						
50						
60						
70						

- **Grundkopfschaden:** Die Höhe des Grundkopfschadens vor bzw. nach der aktuellen Anpassung ist in Euro anzugeben. Außerdem ist anzuführen, auf welches Alter der Grundkopfschaden bezogen ist. Falls mehrere Profile für einen Tarif verwendet werden, so sind die Grundkopfschäden jeden Profils extra anzugeben, sowie auch die Gewichtung der Grundkopfschäden bei der Tarifikalkulation. Bei Tarifen, die ohne Verwendung von Grundkopfschäden kalkuliert werden, ist der Vermerk „wird nicht verwendet“ anzugeben.
- **Fallhäufigkeiten:** Für Tarife, die ohne die Verwendung von Kopfschäden kalkuliert sind, sind die Fallhäufigkeiten für das Alter 43 anzugeben.
- **Tageshäufigkeiten:** Für Tarife, die ohne die Verwendung von Kopfschäden kalkuliert sind, sind die Tageshäufigkeiten für das Alter 43 anzugeben.
- **Fallkosten:** Für Tarife, die ohne die Verwendung von Kopfschäden kalkuliert sind, sind die durchschnittlichen Fallkosten anzugeben.
  
- **Änderung der Rechnungsgrundlagen**
  - **Rechnungszins:** Hier ist die Höhe des Rechnungszinses sowie die prozentuelle Veränderung seit der letzten Tarifierfassung anzugeben.
  - **Sterbetafel:** Hier sind die verwendeten Sterbetafeln sowie etwaige Änderungen seit der letzten Tarifierfassung anzugeben.

- **Normierte Profile:** Hier ist anzugeben, ob andere normierte Profile bzw. Fall- und Tageshäufigkeiten als bisher verwendet werden. Normierte Profile bzw. Fall- und Tageshäufigkeiten sind erstmals im Zuge der Anpassungen der Tarife im Jahr 2006 sowie in der Folge bei Änderungen im Anhang tabellarisch und graphisch anzugeben und den bisher verwendeten gegenüberzustellen.

Die Meldung der Anpassungen ist spätestens ab 1.7.2005 gemäß diesen Bestimmungen vorzunehmen.