



FINMA		
ORG	03. NOV. 2009	SB
<i>VZ</i>		
Bemerkung: <i>Zur</i>		

Einschreiben

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Krankenversicherungsaufsicht
Herr Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Aadorf, 29. Oktober 2009 / dr

Anhörung zum Rundschreiben „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“

Sehr geehrter Herr Januth

Mit dem Schreiben vom 31. August 2009 wurde carena schweiz eingeladen, im Rahmen der Anhörung zum Rundschreiben „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ eine Stellungnahme einzureichen. Es ist uns ein grosses Anliegen, die Sicht der kleinen und mittleren Krankenversicherer im Rahmen der Erarbeitung dieser für die Krankenzusatzversicherung entscheidenden Normen einzubringen. Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Meinungsäusserung und nehmen diese gerne wahr.

1. Allgemeine Beurteilung

carena schweiz begrüsst die Absicht der FINMA, die seit dem Inkrafttreten des revidierten Aufsichtsrechts entwickelte Praxis betreffend die Krankenzusatzversicherungen zu objektivieren und das Genehmigungsverfahren zu erleichtern. Dies dürfte die Rechtssicherheit für alle am Aufsichtsprozess Beteiligten verbessern.

Allerdings dürfen bei der Normenkonkretisierung die strukturellen Unterschiede unter den Anbietern nicht ausser Acht gelassen werden. Es ist für ausgewogene Rahmenbedingungen zu sorgen, welche sowohl eine nationale als auch eine regionale Ausrichtung des Zusatzversicherungsgeschäfts zulassen.

Es dürfen keine Bestimmungen in das Rundschreiben aufgenommen werden, die einen erhöhten Aufwand für die Versicherer zur Folge haben, ohne einen nennenswerten Mehrwert für die Versicherten zu schaffen und damit zu einer unverhältnismässigen Aufblähung der Kosten führen, die sich letztlich wieder in den Prämien niederschlagen. So führt der vermehrte Einsatz des Verantwortlichen Aktuars (VA) zu erheblichen Mehrkosten insbesondere für die kleinen und mittelgrossen Krankenkassen, welche diese Funktion in der Regel auslagern.

Obschon Art. 38 VAG eine ausgewogene Prämienpolitik der Krankenzusatzversicherer erfordert, ist nur so weit in deren Wirtschaftsfreiheit einzugreifen, als zur Wahrung dieses sozialpolitischen Zieles nötig ist. Jegliche darüber hinausgehende Verpflichtung ist in aller Deutlichkeit abzulehnen.

Das VAG ist nicht darauf angelegt, die Vertragsbeziehungen zwischen den Versicherungsunternehmen einerseits und die Versicherungsnehmer sowie die mitversicherten und begünstigten Personen andererseits zu regeln. Rundschreiben und Erläuterungsbericht haben sich strikte auf die bestimmungsgemässe Überwachung versicherungsaufsichtsrechtlicher Aspekte zu beschränken.

Terminologie und Glossar

Der Entwurf weist ein Glossar auf und leistet so einen willkommenen Beitrag für ein gemeinsames Begriffsverständnis im ohnehin komplexen Bereich der Krankenzusatzversicherungen. Sehr wichtig ist jedoch auch, dass Struktur und Formulierung im Übrigen klar und einfach bleiben (Gebot der Normenklarheit). Diesen Anforderungen genügt der Entwurf jedoch noch nicht in allen Teilen. Die Ausdrucksweise ist teilweise zu kompliziert und auch für erfahrene Versicherungsspezialisten als Normadressaten nur schwer verständlich. Zahlreiche neue Begriffe werden eingeführt, welche ungenügend definiert oder voneinander abgegrenzt sind (nicht stochastische Verpflichtungen, technisches Risiko, exogene Teuerung, Antiselektionsrückstellungen, Aufteilung von Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen, Finanzierungsverfahren für Alterungsrückstellungen, Kreditfähigkeitsfaktor, Äquivalenzprinzip und Solidaritätsprinzip, produktzyklische Begriffe usw.).

Erläuterungsbericht

Im Erläuterungsbericht sind weitergehende Erklärungen vorhanden, welche als Auslegungshilfe zu einzelnen Elementen des Rundschreibens zu verstehen sind. Es gibt aber keine durchgängige Kongruenz zwischen beiden Dokumenten und die Terminologie wird nicht immer einheitlich angewendet. Es ist aus unserer Sicht keine Gesamtstruktur gegeben. Relevante Inhalte des Erläuterungsberichts, wie zum Beispiel Prinzipien, sollten im Rundschreiben integriert werden.

2. Anträge und Anmerkungen zu den einzelnen Normen

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
7	Vertragliche Verpflichtungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse, denen keine Stochastizität zu Grunde liegt, sind zulässig, sofern sie zur Lenkung des Verhaltens von Versicherten, zur Risikoverringering oder -vermeidung, insbesondere zur Gesundheitsförderung und Prävention, dienen. Die daraus erwarteten Schadenminderungen gelten als Rabatt (vgl. Rz 38 ff.), der zusammen mit der Tarifeingabe zur Genehmigung vorzulegen ist.	Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nichtstochastischen Verpflichtungen neu als Rabatt aufgefasst, dürfte der Zusatzaufwand für die damit verbundenen Anpassungen der AVB (Rz 7 i.V. mit Rz 41) kaum mit dem Gebot der Verhältnismässigkeit vereinbar sein.	

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
9	Das erwartete technische Ergebnis, das aus der Tarifikalkulation resultiert, muss positiv ausfallen und damit einen Gewinn darstellen. Der kumulierte Gewinn über die Zeit darf den Gegenwert der Entschädigung für das übernommene technische Risiko zuzüglich des Zinses für eine risikofreie Kapitalanlage nicht wesentlich überschreiten.	<p>Der Terminus „technisches Risiko“ fehlt im Glossar.</p> <p>Unklar ist, was mit „wesentlich“ gemeint ist. Hier wird das Gebot der Normenbestimmtheit unseres Erachtens strapaziert. Es ist nicht absehbar, wie die FINMA, aber auch Gerichte im Rahmen allfälliger Überprüfungen, diese Spanne auslegen.</p> <p>Treffen heutige Betrachtungen auch auf vergangene Gewinne zu?</p>	<p>Aufnahme im Glossar</p> <p>Schaffen quantifizierbarer Schwellenwerte.</p>
10	Falls über die Zeit kumulierte Ergebnisse eines Produktes zu nicht mehr gerechtfertigt hohen Gewinnen oder zu einem Verlust führen, reicht das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse rechtzeitig eine revidierte technische Grundlage für die betroffenen Tarife ein.	<p>Unklar: „gerechtfertigt hohe Gewinne“ (vgl. vorstehende Bemerkungen zum Terminus „wesentlich“).</p> <p>Diese Regelung ist abzulehnen, da sie unnötig tief in die unternehmerische Freiheit der Krankenversicherer eingreift. Insbesondere die Vermeidung übermässig hoher Gewinne ist im Lichte des verfassungsmässigen Verbots wirtschaftspolitischer Massnahmen im Privatversicherungsbereich fragwürdig.</p> <p>Bei der Beurteilung von zulässigen Gewinnen aus der Vergangenheit ist eine Rückwirkung nicht statthaft.</p>	Beschränkung auf die Solvenz-wahrung.
12	Aus den vertraglichen Verpflichtungen ist aktuariell der erwartete nominelle jährliche Aufwand für die während eines Geschäftsjahres anfallenden Schadenfälle unter Berücksichtigung der Abweichungen von diesem Wert zu ermitteln.	Die aktuarielle Ermittlung ist abzulehnen. Dies führt zu einem hohen Kostenaufwand wenn ein externer verantwortlicher Aktuar (VA) beigezogen wird.	

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
14	Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.	Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot? Werden ausreichende versicherungstechnische Rückstellungen gemäss Rz 16 ff. gebildet und das Äquivalenzprinzip bei der Tarifierung eingehalten, muss die Anwendung des Ausgaben-Umlageverfahrens weiterhin zulässig bleiben.	Streichen
22	Antiselektion: Für das Risiko der Antiselektion, welches infolge ungünstiger Bestandesentwicklungen zusätzlich zum Teuerungs- und Alterungsrisiko eintreten kann, sind Rückstellungen im Sinne von Art. 69 Bst. g AVO zu bilden.	Anti-Selektion stellt keine aktuelle Verpflichtung dar, sondern geht von einem in der Zukunft liegenden Risiko aus. Derartige Risiken werden durch Sicherheitsrückstellungen abgebildet.	
39	Rabatte, die das versicherte Risiko bzw. die Kosten beeinflussen, sind nach den Grundsätzen von Rz 33 ff. zu begründen. Rabatte, die nicht technisch begründet sind, können als Element der Umverteilungskomponente zugelassen werden, sofern keine erhebliche Ungleichbehandlung nach Rz 33 eintritt.	Es ist unklar, was unter dem Terminus „nicht technisch begründete Rabatte“ zu verstehen ist.	Aufnahme im Glossar
41	Die Bedingungen für die Gewährung und den Wegfall von Rabatten müssen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klar umschrieben sein.	Die Einführung dieser Bestimmung beschneidet den Handlungsspielraum der Krankenversicherer übermässig. Zudem ist fraglich, ob die Konsumenten in der Lage sind, die Rabattierungsmechanismen zu verstehen. Wenn, dann sollte dies im genehmigungspflichtigen Geschäftsplan geregelt werden, ansonsten der AVB-Anpassungsaufwand sehr gross wäre.	Beschreibung im Geschäftsplan (Rz 81 Ziff. 5)

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
42	Gesuche für Verwendung von Rabatten sind der FINMA bei neuen Produkten oder bei Tarifrevisionen im Sinne der Rz 43 f. und Rz 45 ff. (Art. 4 Abs. 2 Bst. r i.V. mit Art. 5 Abs. 1 VAG) zur Genehmigung vorzulegen.	Wird z.B. bei einer minimalen Anpassung der Rabattbandbreite bei Kollektivverträgen oder bei zeitlich beschränkten Marketingrabatten eine ausserordentliche Tarifierfassung notwendig?	
63	Werbemassnahmen für noch nicht genehmigte Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarife müssen mit einem für den Konsumenten eindeutigen und sichtbaren Vorbehalt der Genehmigung durch die FINMA versehen werden.	Sachfremd. Eine Umsetzung dieser Bestimmung hätte für die Krankenversicherer schwer wiegende Einschränkungen der Verkaufsaktivitäten zur Folge, zumal die (formelle) Genehmigung von Produkten, AVB usw. in der Praxis z. T. sehr spät erfolgt. Unklar: gilt dies nur bei neuen oder auch bei angepassten Produkten?	Streichen
66	Für einen bestimmten Vertrag oder eine bestimmte Tarifklasse muss die angewendete Prämie die individuelle und die kollektive Schadenerfahrung angemessen berücksichtigen. Dies bedeutet, dass der Gewichtungsfaktor der individuellen Schadenerfahrung (z) und der Gewichtungsfaktor der kollektiven Schadenerfahrung (1-z) in einem Verhältnis stehen müssen, welches der Kreditfähigkeit des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditfähigkeit“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditfähigkeit“ ins Glossar.
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifkalkulation zu rechnen. Der verantwortliche Aktuar muss daher den Tarif überwachen und gegebenenfalls eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen sowie den Geschäftsplan anpassen.	Die zwangsweise Einbindung des VA ist abzulehnen. Sie ist nicht in allen Fällen nötig und führt insbesondere bei externen VA zu höheren Verwaltungskosten. Diese Aufgabe lässt sich unseres Erachtens auch nicht aus Art. 24 VAG ableiten.	VA aus dem Passus streichen.

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
78	Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturangepassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versicherungsverhalten ändern (z.B. bei der Krankentaggeldversicherung) oder die Rechtsprechung zur Verteuerung bestimmter Leistungskategorien führen, so dass die Prämieinnahmen mit der Zeit nicht mehr ausreichen, kann eine selektive Prämienanpassung notwendig werden.	Die aufsichtsrechtliche Verwendung produktzyklischer Begriffe birgt unseres Erachtens erhebliche terminologische Unschärfen.	Einführung bestimmbarer Kriterien (z. B. Anzahl Jahre).

Wir bedanken uns für die Beachtung unserer Überlegungen und Anträge und stehen Ihnen gerne für weitere Auskünfte zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

carena.schweiz



Daniel Rochat
 Stv. Direktor



Mehmet Ender
 Leiter Finanzen