



FINMA		
ORG	30. OKT. 2009	SB
E-1		
Bemerkung: Shr		



AQUILANA
VERSICHERUNGEN

Werner Stoller
Telefon 056 203 44 59
E-mail w.stoller@aquilana.ch
Baden, 28. Oktober 2009

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Anhörung Rundschreiben ZV
Krankenversicherungsaufsicht
Herr Reto Janutz
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 31. August 2009 wurden wir eingeladen, im Rahmen der Anhörung zum Rundschreiben „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ eine Stellungnahme einzureichen. Es ist uns sehr wichtig, unsere Anliegen 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

Wir begrüßen 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.



Bruggerstrasse 46, CH-5401 Baden

Tel. 056 203 44 44, Fax 056 203 44 99

www.aquilana.ch

Seite 1 von 7



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 versicherungsaufsichtlicher 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, Kreditibilitätsfaktor, 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	<p>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 Risikoverringerung 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.</p>	<p>Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nicht-stochastischen 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.</p>	
9	<p>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>	<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>



Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 Solvenzwahrung.
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 einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.	
14	Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	Streichen



Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	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 Tarifanpassung 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 schwerwiegende 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 Kreditibilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditibilität“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditibilität“ ins Glossar.
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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 Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten 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.

Freundliche Grüsse

Aquilana Versicherungen
Geschäftsleitung

Werner Stoller
Stv. Geschäftsführer

René Planzer
Leiter Leistungen



CH-3003 Bern, BAG

A-Priority



Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FINMA
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Referenz/Aktenzeichen: 510.0002-25
Ihr Zeichen:
Unser Zeichen: PHE/Lch
Liebefeld, 31. Oktober 2009

FINMA		
ORG	03. NOV. 2009	SB
EA		
Bemerkung:		
zur		

Anhörung zum Rundschreiben 2009/x: Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns dafür, dass Sie uns Gelegenheit geben zum oben erwähnten Rundschreiben Stellung zu nehmen.

Ihre Ausführungen haben wir mit grossem Interesse gelesen und begrüssen die Zielsetzungen des Rundschreibens.

Uns ist aufgefallen, dass die Rückversicherungsleistungen im Zusammenhang mit der Krankenzusatzversicherung nicht erwähnt sind. Ansonsten gibt uns der Entwurf zu keinen Bemerkungen Anlass.

Mit freundlichen Grüssen

Abteilung Versicherungsaufsicht
Die Leiterin

Helga Portmann



FINMA		
ORG	03. NOV. 2009	SB
<i>V2</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 Risikoverringerung 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



CONCORDIA

CONCORDIA
Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG

Hauptsitz
Bundesplatz 15
Postfach, 6002 Luzern
Tel. 041 228 01 11
Fax 041 228 03 88
www.concordia.ch

lic. iur. Pia Schuler
Rechtsanwältin/Leiterin Rechtsdienst
Direktwahl 041 228 02 22
pia.schuler@concordia.ch

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FINMA
Herr Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

FINMA		
0 E1	26. OKT. 2009	SB
Benennung:		FR

Luzern, 23. Oktober 2009

Anhörung zum Rundschreiben 2009/x Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Zusatzversicherung

Sehr geehrter Herr Gschwind
Sehr geehrter Herr Januth

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Vernehmlassung zum Rundschreiben betreffend Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und zu Spezialfragen der privaten Zusatzversicherung.

Vorbemerkung:

Wir begrüssen den Erlass eines Rundschreibens zu den Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung. Der Entwurf des Rundschreibens ist begrifflich präzise und bringt inhaltlich eine Klärung in vielen Fragen der Tarifgestaltung. Das Rundschreiben wird zur Rechtssicherheit beitragen.

Wie Sie der detaillierten Stellungnahme entnehmen können, ist das Rundschreiben allerdings in einigen Punkten noch zu überarbeiten. Vor allem muss ein Ausgleich der übernommenen Risiken nicht nur innerhalb des Produkts, sondern auch innerhalb der Subbranche möglich bleiben. Weiter ist es nicht sinnvoll, die Umschreibung der Bedingungen für Gewährung/Wegfall von Rabatten in den AVB zu regeln: Rabatte sind ja Bestandteil der Tarife, welche nicht in den AVB geregelt sind. Zudem erachten wir die überaus weitgehende Informationspflicht in den Kollektivversicherungsverträgen als unnötig und auch als unzweckmässig.

Gerne nehmen wir nachfolgend detailliert Stellung.

Stellungnahme zu einigen Bestimmungen des Rundschreibens im Einzelnen:

Zu Rz 6: Die vorgeschlagene Ausgleichsregelung ist zu eng, der Ausgleich muss mindestens über die Subbranche erfolgen können. Im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, insbesondere bei den Pflegezusatzversicherungen, bestehen starke Abhängigkeiten und gegenseitige Wechselwirkungen zwischen den Produkten. So können sich bei-

spielsweise vertragliche Versicherungsleistungen im Bereich der Gesundheitsförderung positiv auf weitere Zusatzversicherungsprodukte auswirken.

Antrag: Ein Ausgleich dieser *vertraglich* übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes *einer Subbranche* über die Zeit zu gewährleisten.

Zu Rz 10: Die Regelung bezüglich Gewinn/Verlust darf nicht nur bezogen auf das einzelne Produkt gelten, sondern muss bezüglich der gesamten Subbranche gelten. Es muss ein Ausgleich innerhalb der Subbranche möglich sein. Wie oben zu Rz 6 ausgeführt, bestehen Wechselwirkungen zwischen den vertraglichen Leistungen der Produkte der Zusatzversicherungen.

Antrag: Falls über die Zeit kumulierte Ergebnisse ~~eines Produktes~~ *einer Subbranche* 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.

Zu Rz 11: Der letzte Satz ist unklar und daher zu streichen.

Zu Rz 13: Die Regelung ist für uns nachvollziehbar. In der Praxis lässt sich allerdings die Abgrenzung zwischen der exogenen Teuerung und Faktoren, die eine technische Revision des Tarifs begründen würden, nicht mit aller Schärfe vornehmen.

Zu Rz 26: In den Pflegezusatzversicherungen ist eine Verteilung allfällig nicht mehr benötigter versicherungstechnischer Rückstellungen an die Versicherten nicht sachgerecht und nicht durchführbar. Es ist nicht möglich, im Nachhinein festzustellen, welche Versicherten die Rückstellungen finanziert haben. Schliesslich dürfte auch die gesetzliche Grundlage fehlen, um die Versicherer zu verpflichten, die Rückstellungen individuell den Versicherten zurück zu erstatten. Dem Versicherer muss daher alternativ immer die Möglichkeit offen stehen, die Mittel zu Gunsten des Gesamtbestandes zu verwenden.

Antrag: Für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen (Art. 54 Abs. 2 AVO) unterbreitet das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse unverzüglich einen Verwendungsplan, sofern die Verwendung nicht bereits im Geschäftsplan geregelt ist. ~~In diesem Plan ist darzulegen, wie die Verteilung der nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen an diejenigen Versicherten erfolgt, welche diese Rückstellungen finanziert haben. Ist eine Verteilung dieser Mittel nach diesem Grundsatz nicht möglich, sind diese zu Gunsten des Gesamtbestandes zu verwenden. Der Versicherer hat darzulegen, ob die nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen an diejenigen Versicherten verteilt werden, welche die Rückstellungen finanziert haben oder ob diese Mittel zu Gunsten des Gesamtbestandes verwendet werden.~~

Zu Rz 28: Wir gehen davon aus, dass auch die Rz 28ff. über die Mitgabe von Alterungsrückstellungen

- nur für neue Produkte gelten bzw. für bisherige Produkte nur im Falle einer technischen Revision (vgl. Rz 83) und
- nur dann Geltung haben, sofern Alterungsrückstellungen im Sinne von Art. 155 AVO überhaupt gebildet werden und das Versicherungsunternehmen sich ein Kündigungsrecht vorbehält.

Zu Rz 41: Das Erfordernis, dass Bedingungen für Gewährung und Wegfall von Rabatten in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen umschrieben sein müssen, ist aus folgenden Gründen abzulehnen:

- Rabatte sind Bestandteil des Tarifs (Rz 38); wie der Tarif sind daher auch die Rabatte nicht in den AVB abzubilden. Tarif- bzw. Rabattänderungen müssen unabhängig von AVB-Änderungen erfolgen können.
- Die CONCORDIA schliesst ihre Pflegezusatzversicherungen auf Lebenszeit ab. Währenddem die AVB für den ganzen Bestand gelten, haben Rabatte nur für diejenigen Versicherten Geltung, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen. Wenn nun Rabatte in den AVB abzubilden und bei einer Anpassung der Rabatte jeweils die für alle Versicherten geltenden AVB angepasst werden müssten, müssten diese wiederum allen Versicherten zugestellt werden. Dies würde letztlich zu einer Rechtsunsicherheit führen.
- Es muss genügen, wenn die Bedingungen aus weiteren Vertragsdokumenten (z.B. vom Versicherer angenommener Versicherungsantrag) zu entnehmen sind und dass den Versicherten bei Wegfall des Rabatts und der daraus resultierenden Prämienhöhung ein ausserordentliches Kündigungsrecht zu gewähren ist.

Zu Rz 46: Aus den zu Rz 6 und Rz 10 genannten Argumenten ist auch hier nicht auf das Produkt, sondern auf die Subbranche abzustellen.

Antrag: Eine Revision muss das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse beantragen, wenn der zulässige Rahmen des technischen Gewinns im Sinne von Rz 9 überschritten wird oder die kumulierten jährlichen Ergebnisse für ein Produkt für eine Subbranche zu einem Verlust führen.

Zu Rz 64f.: Die unter dieser Rz vorgesehene Informationspflicht ist entschieden abzulehnen:

- Die auch für Kollektivversicherungsverträge geltende vorvertragliche Informationspflicht des Versicherers ist in Art. 3 VVG geregelt. Sie verlangt diesbezüglich lediglich, dass über die "geschuldeten Prämien" (Art. 3 Abs. 1 Bst. c VVG) informiert werde. Art. 123 AVO regelt nicht die Informationspflicht, sondern die Anforderung, dass die Einteilung in Tarifklassen und die Erfahrungstarifizierung nur angewandt werden dürfe, sofern vereinbart. Die im Rundschreiben vorgesehene vorvertragliche Informationspflicht sprengt somit den gesetzlichen Rahmen.
- Die in Rz 64 vorgesehene Regelung über die Informationspflicht geht auch aus anderen Gründen über die gesetzliche Anforderung hinaus: Währenddem die AVO die Einteilung in Tarifklassen als *Möglichkeit* zulässt, scheint das Rundschreiben generell von einer Tarifstruktur mit Tarifklassen auszugehen (was nicht der Fall ist).
- Schliesslich ist eine generelle Informationspflicht über die Faktoren der Herauf- und Herabstufung auch aus Wettbewerbssicht zu verneinen. Diese Faktoren/Merkmale bilden (insbesondere gegenüber der Konkurrenz zu wahrende) Geschäftsgeheimnisse.

Antrag: Streichung der Randziffern 64 und 65.

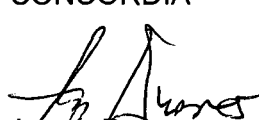
Zu Rz 83: Wir begrüssen die klare Übergangsregelung.

Zum Anhang: Wir schlagen vor, zusätzlich die Definition der Begriffe "Tarifprämie" und "Prämientarif" in den Anhang aufzunehmen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Vernehmlassung und ersuchen Sie, unsere Überlegungen in der definitiven Version des Rundschreibens zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

CONCORDIA



Agnes Durrer
Stv. CEO



Pia Schuler
Leiterin Rechtsdienst



EINSCHREIBEN

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Herrn Reto Januth
Einsteinstr. 2
3003 Bern

FINMA		
ORG	30. OKT. 2009	SB
EA		
Bemerkung:		Re

Zürich, 28. Oktober 2009

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 02. September 2009 wurden wir eingeladen, im Rahmen der Anhörung zum Rundschreiben „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ eine Stellungnahme einzureichen. Es ist uns ein Anliegen, unsere Meinung 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

Die GALENOS 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.

GALENOS

Militärstrasse 36, Postfach, CH-8021 Zürich
Telefon 044 245 88 88, info@galenos.ch, www.galenos.ch

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 bereits der vermehrte Einsatz des Verantwortlichen Aktuars (VA) zu erheblichen Mehrkosten insbesondere für eine kleine Krankenkasse, 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, Kreditibilitätsfaktor, 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	<p>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 Risikoverringerung 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.</p>	<p>Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nicht-stochastischen 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.</p>	
9	<p>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>	<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>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 Solvenzwanngung.
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 einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.	
14	Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	Streichen


Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	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)

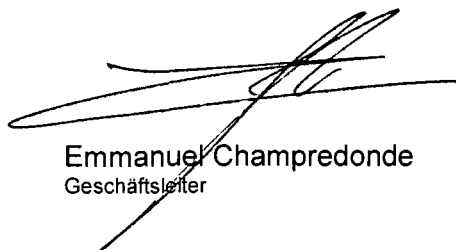
Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
42	Gesuche für Verwendung von Rabatten sind der FINMA bei neuen Produkten oder bei Tarifrevisionen im Sinne der Rz 43 f. und Rz 45 ff. (Art. 4 Abs. 2 Bst. r i.V. mit Art. 5 Abs. 1 VAG) zur Genehmigung vorzulegen.	Wird z.B. bei einer minimalen Anpassung der Rabattbandbreite bei Kollektivverträgen oder bei zeitlich beschränkten Marketingrabatten eine ausserordentliche Tarifanpassung 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 schwerwiegende 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 Kreditibilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditibilität“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditibilität“ ins Glossar.
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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 Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten 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.

Freundliche Grüsse


Hans-Peter Lang
Vize-Präsident des Vorstandes


Emmanuel Champredonde
Geschäftsführer



Generalsekretariat
Kontaktperson: Daniel Volken
Tel. 058 758 31 71

FINMA	
ORF	02. NOV. 2009
E1	
Bemerkung:	FLP

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Herrn Reto Januth
Einsteinstrasse 2
CH-3003 Bern

Martigny, 30. Oktober 2009

Stellungnahme der Groupe Mutuel zur Anhörung betreffend die Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Januth

Wir möchten Ihnen für die uns gebotene Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Anhörung zum Entwurf des Rundschreibens betreffend die Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung danken.

Allgemeine Bemerkungen

Ziel des Rundschreibens ist es, bereits in der Praxis der Aufsichtsbehörde angewandte Normen auszuformulieren, um dadurch einerseits die Rechtssicherheit und andererseits die Rechtsgleichheit in der Anwendung derselben sicherzustellen. Neben der Vereinheitlichung der Fachsprache soll zudem die erforderliche Transparenz in der Rechnungslegung verbessert werden, was wiederum zu Effizienzsteigerung auf beiden Seiten führen soll.

Dem von der finma im Rundschreiben verfolgten Grundgedanken können wir uns seitens der Groupe Mutuel grundsätzlich anschliessen. Wir vertreten jedoch den Standpunkt, dass sich die entsprechenden Bestimmungen auf die wichtigsten Rahmenbedingungen beschränken sollten, so dass die Wirtschaftsfreiheit der Versicherer nicht durch eine übermässige Regelungsdichte unnötig beschnitten wird. Dies umso mehr, als wir uns im Anwendungsbereich der Versicherungsgesetzes befinden, in welchem neben der Vertragsfreiheit auch die übrigen gängigen Marktmechanismen Gültigkeit haben. Zudem sind wir der Ansicht, dass es grundsätzlich nicht in den prioritären Aufgabenbereich der Aufsichtsbehörde fällt, die Prämien und Rabatte auf Produktebene zu genehmigen, sondern die Solvabilität des Unternehmens als Ganzes zu überwachen und zu beurteilen.

In denjenigen Bereichen, in welchen eine Regelung seitens der finma unumgänglich ist, würden wir es begrüssen, wenn die Bestimmungen eindeutig und klar ausformuliert sind, so dass für die

betroffenen Kreise kein Interpretationsspielraum mehr besteht. Des Weiteren sollen die Regelungen bereits im voraus auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden.

Bemerkungen zu den einzelnen Randziffern

Nach Durchsicht des Rundschreibens, möchten wir uns zu den einzelnen Randziffern wie folgt äussern:

I. Geltungsbereich Rz 1 - 4

Rz 2

In sachlicher Hinsicht gilt dieses Rundschreiben für die von den privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen angebotenen Zusatzversicherungsverträge zur sozialen Krankenversicherung einschliesslich Einzel-Krankentaggeldversicherungen der Branchen B2 und A5, welche auf dem VVG beruhen. Tarife und Allgemeine Versicherungsbedingungen, welche in der Schweiz verwendet werden, bilden Bestandteil des Geschäftsplans und sind vorab durch die Aufsichtsbehörde zu genehmigen (Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG i.V. mit Art. 5 Abs. 1 VAG).

Wir sind der Ansicht, dass nicht nur die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen, sondern auch die Einzel-Krankentaggeldversicherungen keine Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung darstellen und daher der präventiven Tarifkontrolle der finma nicht unterliegen.

II. Vorlagepflicht Rz 5 - 8

Rz 6

~~Ein Ausgleich dieser übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes über die Zeit zu gewährleisten.~~

Die beiden Begriffe „Bestand“ und „über die Zeit“ sind nicht klar definiert und lassen den betroffenen Kreisen einen erheblichen Interpretationsspielraum. Zudem sind die Versicherer im Rahmen der Solvenz verpflichtet, den Ausgleich der übernommenen Risiken zu gewährleisten. Die Randziffer 6 ist daher zu streichen.

Rz 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.~~

Wir beantragen die Streichung dieser Randziffer. Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention können aufgrund des technischen und medizinischen Fortschritts jederzeit Bestandteil eines Produktes werden. Eine vorgängige Ermittlung der zu erwartenden Schadensminderung ist in diesem Fall nicht möglich und kann daher auch nicht als Rabatt im Rahmen der Prämien genehmigung eingereicht werden.

Rz 8

Anderweitige Leistungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu Gunsten der Versicherten gelten nicht als genehmigungspflichtiger Rabatt. ~~Diese sind aus Eigenmitteln des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu finanzieren.~~ In den Statistiken zur Begründung von Tarifanpassungen dürfen diese Leistungen nicht aufgeführt werden.

Diese Leistungen werden schlussendlich in jedem Fall aus Eigenmitteln finanziert. Die im 2. Satz der Randziffer 8 gemachte Präzisierung ist daher obsolet und kann dementsprechend weggelassen werden.

III. Versicherungstechnik

A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Produkteergebnisses

Rz 9 – 10

Rz 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.~~

Im Rahmen des Zusatzversicherungsgeschäfts bewegen wir uns in einem freien Markt. Wir erachten es als nicht angebracht, dass hier seitens der Aufsichtsbehörde allzu einengende Vorgaben im Bezug auf die zu erzielenden Gewinne gemacht werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich hier der Markt aufgrund der herrschenden Konkurrenz unter den Marktteilnehmern selber reguliert und daher ein staatlicher Eingriff hinfällig wird bzw. unnötig ist.

Rz 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.~~

Wie bereits einleitend ausgeführt, gehen wir davon aus, dass die Hauptaufgabe einer Aufsichtsbehörde nicht darin besteht, die Rentabilität eines jeden einzelnen Produktes zu überprüfen, sondern über die Solvabilität eines Gesamtunternehmens zu wachen. Insbesondere was die nicht gerechtfertigten hohen Gewinne anbelangt, gehen wir davon aus, dass hier der Markt regulierend eingreifen wird und sich daher eine entsprechende Massnahme seitens der finma erübrigt.

B. Erfassung aller wesentlichen Risiken

a. Anforderung an den Tarif Rz 11 - 13

Rz 13

~~Tarifanpassungen zur Sicherung der Solvenz dürfen nur die nicht im Voraus kalkulierbare exogene Teuerung berücksichtigen.~~

Die Randziffer 13 ist zu streichen. Wir sind der Ansicht, dass die Formulierung der vorliegenden Bestimmung zu wenig griffig ist und in dieser Form nicht in die Praxis umgesetzt werden kann. Dies unter anderem, weil eine Unterscheidung von im voraus kalkulierbaren und nicht kalkulierbaren exogenen Teuerungsfaktoren praktisch unmöglich ist.

b. Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren Rz 14 - 15

Rz 15

~~Eine Solidarität zwischen den Altersgruppen darf nicht ohne die Bildung einer geeigneten Alterungsrückstellung erfolgen, welche das Alterungsrisiko langjährig umverteilt.~~

Wir beantragen die Streichung des Teilsatzes „...welche das Alterungsrisiko langjährig umverteilt.“ Die langjährige Umverteilung des Alterungsrisikos erachten wir als nicht praktikabel, da neben der Demographie und des medizinischen Fortschritts noch weitere, nicht quantifizierbare Elemente berücksichtigt werden müssten, welche zum heutigen Zeitpunkt nicht bekannt sind. Die von uns vorgeschlagene Formulierung würde es dem einzelnen Versicherer ermöglichen, die für ihn relevanten Kriterien zur Bildung der geeigneten Altersrückstellungen selber zu definieren.

C. Versicherungstechnische Rückstellungen

a. Bewertung und Bildung Rz 16 - 22

Rz 18

b. Alterungsrückstellung: Unter der Bedingung, dass eine Solidarität unter den einzelnen Altersgruppen vorgesehen ist, ist das Alterungsrisiko unter Berücksichtigung der Dynamik in den Versichertenbeständen und des Tarifprofils technisch zu bewerten. ~~Gestützt darauf und auf die Bedingung von Rz 15 sind Alterungsrückstellungen zu bilden, welche die langfristige Umverteilung sicherstellen und die mit der Alterung verbundenen Parameterrisiken abdecken. Auch bei Anwendung eines altersgerechten Tarifs (nach Effektivalter) ist eine Alterungsrückstellung zu bilden, sofern diesbezüglich ein Parameterrisiko vorliegt.~~

Die Randziffer 18 ist unseres Erachtens einleitend mit dem von uns vorgeschlagenen Text zu ergänzen. Der Schluss der Bestimmung ist zu streichen, da unter den gegebenen Umständen innerhalb sämtlicher Altersklassen Alterungsrückstellungen gemacht werden müssten. Der Begriff der Alterungsrückstellungen wird aufgrund des von uns formulierten Textvorschlages klarer umschrieben und trägt zu dessen Praxistauglichkeit bei.

Rz 19

c. Schwankungsrückstellung: Die für die einzelnen Produkte oder Produktklassen technisch bewerteten unsystematischen Schwankungen sind bei der Bestimmung der Höhe der Schwankungsrückstellung zwecks Ausgleichs der technischen Ergebnisse über die Zeit zu berücksichtigen.

Die Bezeichnung „...oder Produktklassen...“ ist in den Text der Randziffer 19 aufzunehmen. Die folgende Ergänzung trägt unserer Ansicht wesentlichen zur Praxistauglichkeit der Bestimmung bei.

Rz 20

d. Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden. ~~welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.~~

Ohne eine genaue Umschreibung des „Unternehmensrisikos“ dürfen die Sicherheitsrückstellungen nicht Bestandteil der technischen Rückstellungen sein. Des Weiteren ist es nicht sachlogisch, dass Gewinne ausgewiesen werden, welche man anschliessend besteuert und schlussendlich ins Fremdkapital verbucht werden.

Rz 21

e. Sicherheitsrückstellung der Krankenkassen: Die Krankenkassen, die den Vorschriften über die Eigenmittel nach VAG nicht unterliegen, können ~~müssen~~ die aus dem Betrieb der Krankenversicherungen nach VVG anfallenden Risiken entweder entsprechend reduzieren oder dafür Sicherheitsrückstellungen ~~aus erzielten Gewinnen~~ aufbauen.

Sicherheitsrückstellungen dürfen nicht Bestandteil der technischen Rückstellungen sein. Der Term „müssen“ ist durch „können“ zu ersetzen, weil einerseits seitens der Krankenkassen die gesetzliche Grundlage für keine entsprechende Verpflichtung besteht, und andererseits die Krankenversicherer unter der Beachtung des Gleichbehandlungsgebots gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen nicht schlechter gestellt werden dürfen.

Rz 22

f. 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.~~

Die Antiselektion gehört nicht zu den in Art. 69 Bst. g AVO explizit aufgeführten versicherungstechnischen Rückstellungen. Daher vertreten wir den Standpunkt, dass diese Art von Rückstellung von der finma nicht aufoktruiert, sondern bloss versichererseitig aus freien Stücken gebildet werden sollte.

c. Auflösung Rz 25

Rz 25

Die Auflösung der versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Art. 54 Abs. 3 AVO ist im Geschäftsplan ~~unter Angabe des Verwendungszwecks~~ festzuhalten und hat dem Zweck von Art. 69 AVO Rechnung zu tragen. Der Bedarf zur Auflösung versicherungstechnischer Rückstellungen ergibt sich aus der Tarifikalkulation und dem Finanzierungsverfahren.

Die Präzisierung „unter Angabe des Verwendungszwecks“ ist in Art. 54 Abs. 3 AVO abschliessend geregelt und muss somit nicht explizit im Rundschreiben aufgeführt werden.

d. Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen Rz 26 - 27

Rz 26

a. Für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen (Art. 54 Abs. 2 AVO) ~~unterbreitet~~ erstellt das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse ~~unverzüglich~~ einen Verwendungsplan, sofern die Verwendung nicht bereits im Geschäftsplan geregelt ist. ~~In diesem Plan ist darzulegen, wie die Verteilung der nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen an diejenigen Versicherten erfolgt, welche diese Rückstellungen finanziert haben. Ist eine Verteilung dieser Mittel nach diesem Grundsatz nicht möglich, sind diese zu Gunsten des Gesamtbestands zu verwenden.~~

Im ersten Abschnitt ist das Wort „unterbreitet“ durch das Wort „erstellt“ zu ersetzen, da diese Terminologie im Zusammenhang mit dem Geschäftsplan den Sinn und Zweck der Bestimmung besser wieder gibt.

Der zweite Satz von Randziffer 26 ist vollständig zu streichen. Gemäss unserem Wissensstand entbehrt er jeglicher gesetzlicher Grundlage. Des Weiteren zweifeln wir an der Umsetzbarkeit dieser Bestimmung und weisen darauf hin, dass diese allenfalls mit einem unverhältnismässigen administrativen Aufwand verbunden wäre. Zudem werden nicht alle versicherungstechnischen Rückstellungen direkt durch die Versicherten finanziert. Ihnen erwächst daher aus der Auflösung der nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen kein Anspruch.

D. Gestaltung der Tarifstruktur Rz. 33 – 37

Rz 33

~~Eine versicherungstechnische Ungleichbehandlung gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO liegt vor, wenn für ein vergleichbar hohes Risiko stark unterschiedliche Prämien verlangt oder wenn für die gleiche Prämie deutlich unterschiedliche Risiken gedeckt werden. Insbesondere ist zu vermeiden, dass ein Teil der Versicherten zu tiefe Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt.~~

Die Randziffer 33 ist in ihrer Gesamtheit zu streichen. Art. 117 Abs. 2 AVO regelt den Begriff des Missbrauchs ausführlich und abschliessend, so dass diese Thematik im Rundschreiben der finma nicht nochmals aufgenommen werden muss.

Rz 34

~~Der Tarif hat deshalb genügend Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufzuweisen, um insbesondere der Gefahr einer Antiselektion vorzubeugen.~~

Bezugnehmend auf den Kommentar unter Randziffer 22 ist die Randziffer 34 ebenfalls zu streichen. Der Begriff „genügend“ ist sehr offen gefasst. Wird diese Bestimmung restriktive angewandt, würde die Tarifgestaltung der Versicherer sehr eng reglementiert, was sowohl der Innovation als auch dem Wettbewerb unter den Versicherern hinderlich wäre.

Rz 36

~~Umverteilungskomponenten zur Bildung von Solidaritäten sind zulässig, sofern das Antiselektionsrisiko gebührend berücksichtigt ist.~~

Siehe Bemerkungen unter Randziffer 22 und 34.

E. Rabatte Rz. 38 - 42

Was die Randziffern 38 – 42 anbelangt möchten wir vorausschicken, dass diese Bestimmungen die Handlungsfreiheit der Versicherer wesentlich einschränken und mit einem unverhältnismässigen Mehraufwand verbunden sind. Des Weiteren entbehren sie unserer Einschätzung nach jeglicher gesetzlichen Grundlage. Im Rahmen ihrer Tätigkeit würden wir es wie bereits einleitend erwähnt begrüßen, wenn die finma ihre Rolle als Aufsichtsorgan schwerpunktmässig auf Unternehmens- und nicht auf Produktebene wahrnehmen würde.

Rz 38

~~Rabatte bilden einen besonderen Fall von Tarifmerkmalen (vgl. Rz 33 ff.) und sind als Bestandteile der Tarife vorlage- und genehmigungspflichtig.~~

Gestützt auf die Anmerkungen unter Randziffer 7 ist auch die Randziffer 38 zu streichen.

Rz 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.~~

Wir verweisen auf die Bemerkungen unter den Randziffern 7, 33 und 38 und beantragen daher die Streichung von Randziffer 39.

Rz 40

Die genehmigte Regelung von Rabatten gilt, solange keine Revision der technischen Grundlagen im Sinne von Rz 45 ff. durchgeführt wird. Sie gilt für alle Versicherten desselben Bestandes, welche die Bedingungen der Gewährung des Rabatts erfüllen.

Idem Randziffer 39.

Rz 41

Die Bedingungen für die Gewährung und den Wegfall von Rabatten müssen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klar umschrieben sein.

Die Angaben bezüglich der Rabatte sind in jedem Fall allgemeiner Natur und fallen in den Anwendungsbereich der Informationspflicht. Die Versicherer dürfen keinesfalls verpflichtet werden, die Höhe der Rabatte in allen Details zu umschreiben.

Rz 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.

Idem Randziffer 39

Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife (ordentliche Anpassung) Rz 43 - 44

Rz 43

Ein bestehender Tarif darf höchstens im Umfang der Entwicklung der exogenen Teuerung angepasst werden, sofern ein Ausgleich innerhalb des Kollektivs und über die Zeit gewährleistet ist.

Der Begriff „exogen“ ist zuwenig klar umschrieben und trägt nicht zum besseren Verständnis im Bereich der periodischen Anpassung des Prämienniveaus bei. Die aus den Randziffern 43 und 44 abzuleitenden Konsequenzen sind im Bezug auf die aktuelle und zukünftige Tätigkeit nicht abschätzbar. Wir beantragen daher die Streichung der beiden Randziffern.

Rz 44

~~Weitere Tarifanpassungen, d.h. solche, die das Ausmass der exogenen Teuerung übersteigen, sind nur unter den Voraussetzungen von Rz 45 ff. möglich.~~

Siehe Bemerkungen unter Randziffer 43

F. Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs (ausserordentliche Anpassung) Rz 45 - 49

Rz 46

~~Eine Revision muss das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse beantragen, wenn der zulässige Rahmen des technischen Gewinns im Sinne von Rz 9 überschritten wird oder die kumulierten jährlichen technischen Ergebnisse für ein Produkt zu einem Verlust führen.~~

Randziffer 46 des Rundschreibens ist zu streichen. Wie bereits mehrfach erwähnt, soll das Hauptaugenmerk der Aufsichtsbehörde bei der Solvabilität des Gesamtunternehmens und nicht bei einem einzelnen Produkt liegen.

Rz 49

~~b. wenn Erhöhungen über der exogenen Teuerung weder zu einer technischen Ungleichbehandlung noch zu einer zu erwartenden höheren Stornoquote führen. Senkungen von Tarifen unterhalb des Niveaus einer Bedarfsprämie dürfen ebenfalls keine technische Ungleichbehandlung zur Folge haben.~~

Randziffer 49 ist wie oben aufgeführt anzupassen, einerseits weil wie bereits unter Randziffer 43 und 44 ausgeführt der Begriff „exogen“ einen zu grossen Interpretationsspielraum zulässt und andererseits, weil die Bestimmung in ihrer ursprünglichen Form nicht praxistauglich ist, da seitens des Versicherers nicht vorausgesagt werden kann, wie preissensibel der einzelne Kunde ist und ab wann mit einer höheren Stornoquote als erwartet gerechnet werden muss.

G. Technische Erklärungen im Geschäftsplan

b. Tarifstruktur

aa. Tarifniveau Rz 53 – 55

Rz 53

Bei Wahl eines ~~mehrheitlich individuellen~~ Bedarfsdeckungsverfahrens:
Die Tarifprämie folgt der Risikoprämie. Die Tarifprämie ist explizit Teil der geschäftsplanmässigen Erklärung.

Der Terminus „mehrheitlich individuellen“ ist in Randziffer 53 zu streichen.

Rz 54

Bei Wahl eines ~~überwiegend individuellen Kapitaldeckungsverfahrens oder eines überwiegend kollektiven Bedarfsdeckungsverfahrens:~~
~~Das Verhältnis zwischen Tarif und Risikoprämien ist anzugeben.~~

Je nachdem wie sich die Prämie eines jeweiligen Produktes entwickelt, kann sich das Verhältnis zwischen Tarif- und Risikoprämie verschieben, so dass dazu nur bedingt eine Aussage gemacht werden kann. Randziffer 54 ist demnach komplett zu streichen.

c. Versicherungstechnische Rückstellungen Rz 57 – 62

Rz 59

b. Bezeichnung der versicherungstechnischen Rückstellungen mit den ihnen zugeordneten ~~quantifizierten~~ Risiken im Sinne von Rz 23.

Der Begriff „quantifizierten“ ist im Text von Randziffer 59 zu streichen, da er zu allgemein ist, und somit eine einheitliche Anwendung der Bestimmung verunmöglicht wird.

Rz 61

~~e. Angewendete Methoden zur laufenden Information des Managements über die Höhe der versicherungstechnischen Rückstellungen und deren Bedeckung durch das gebundene Vermögen.~~

Wir beantragen die Streichung von Randziffer 61, da sie unserer Ansicht nach jeglicher gesetzlichen Grundlage entbehrt.

IV. Kollektivkrankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO)

A. Information des Versicherungsnehmers Rz 64 – 65

Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die Ausführungen unter Bst. A überhaupt notwendig sind, da die Versicherer bereits heute, gestützt auf Art. 3 VVG verpflichtet sind, die Versicherungsnehmer angemessen zu informieren.

Was die Bekanntgabe der Faktoren für die Prämienbestimmung anbelangt, vertreten wir den Standpunkt, dass dies wettbewerbsrechtlich äusserst problematisch ist, und der Versicherungsnehmer selber mit diesen Informationen nur sehr wenig anfangen kann.

B. Tarifgestaltung Rz 66 – 68

Gemäss Art. 123 AVO, welcher ebenfalls auf den Bereich der kollektiven Krankentaggeldversicherung anwendbar ist, muss die Tarifizierung derselben nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden erfolgen. Daher kann gemäss unserer Meinung auf die Ausführungen unter Bst. B ebenfalls verzichtet werden.

V. Materielle Anforderungen an die Eingabe von Tarifgesuchen nach Rz 5 ff., Rz 9 bis 42 und Rz 45 ff.

A. Einführung und Wachstumsphase eines Produkts

a. Erstgesuch von Produkten Rz 69 - 72

Rz 72

Zentral ist ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, der ~~mittels verschiedener Szenarien~~ zeigt, dass das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse die Investitionskosten und eine Periode mit negativen Ergebnissen tragen kann.

Es ist von einem realistischen Szenario auszugehen. Es geht nicht an, dass man alle möglichen Szenarien simuliert, obwohl mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass diese gar nie eintreten werden. Der Teilsatz „mittels verschiedener Szenarien“ ist aus Randziffer 72 zu streichen.

b. Weiterentwicklung von Produkten Rz 73 - 74

Rz 74

Auch hier treten die gleichen Unsicherheiten wie bei der Neuentwicklung auf, jedoch in geringerem Ausmass. Die vorhandenen Statistiken sind zu präsentieren und zu interpretieren. Auch hier muss der verantwortliche Aktuar eine Nachkalkulation des Tarifes vornehmen und bei Bedarf eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen. ~~Ein Bedarf ist beispielsweise bei einer erheblichen Abweichung des finanziellen Ergebnisses des Produktes von den Projektionen oder bei erheblichen ungerechtfertigten Abweichungen der Ergebnisse zwischen den Tarifklassen gegeben. Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan inklusive Szenarien ist notwendig.~~

Eine erhebliche Abweichung kann ihre Wirkung auch nur vorübergehend entfalten. In diesem Fall ist eine Revision technischen Grundlagen nicht angezeigt. Erneut macht es Sinn nur dasjenige Szenario zu simulieren, welches mit grösster Wahrscheinlichkeit auch eintreten wird. Der zweite Teil von Randziffer 74 ist zu streichen.

c. Spezielle Finanzierungsverhältnisse Rz 75 - 77

Rz 75

Verwendung eines kollektiven Finanzierungsverfahrens:

Eine absolut zentrale Rolle für die Beurteilung des Finanzierungsverfahrens spielt die Bedarfsprämie. Die Angabe der Bedarfsprämien nach den relevanten Tarifklassen erlaubt es, den Umfang der allfälligen Umverteilungen zu messen. Angesichts dessen ist in den Produktvorlagen auf die Ermittlung der Bedarfsprämien besonders zu achten. Wie sie ermittelt worden sind, ist unter Vorbehalt von Rz 69 und 73 schlüssig darzulegen.

Unter Randziffer 75 ist auf die Randziffern 69 und 73 zu verweisen. In diesen beiden Fällen ist es dem Versicherungsunternehmen gemäss Rundschreiben gerade nicht möglich, sich auf verlässliche statistische Daten abzustützen. Daher ist es auch nicht in der Lage, die Ermittlung der Bedarfsprämie schlüssig darzulegen.

Rz 76

~~Finanzierung kleiner Bestände:~~

~~Bei kleinen Beständen sind die Abweichungen vom Erwartungswert der Schäden mittels geeigneter statistischer Methoden zu berücksichtigen. Dabei muss sowohl den Abweichungen, die mit der Schadenverteilung verbunden sind, als auch denjenigen, die durch die Bestandesgrösse bedingt sind, Rechnung getragen werden.~~

Der Inhalt dieser Bestimmung ist zum Zeitpunkt der Markteinführung von neuen Produkten nicht anwendbar, da man in der Anfangsphase eines jeden Produktes von kleinen Beständen ausgehen muss. Die Randziffer 76 ist daher zu streichen.

B. Reifephase Rz 78 - 79

Rz 78

~~Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten 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.~~

Rz 79

~~Selektive Prämienanpassungen sollten aber die Ausnahme sein und werden entsprechend restriktiv genehmigt. Häufiger dürften teuerungsbedingte Prämienanpassungen sein, die in den meisten Fällen linear vorgenommen werden können. In beiden Fällen sind die Prämienanpassungen anhand von Statistiken zu belegen.~~

Die unter Bst. B aufgeführten Randziffern sind zu streichen. Die Produkte aufgrund eines Produktzyklus differenziert zu betrachten ist unserer Ansicht nach systemfremd. Einerseits sind wir der Ansicht, dass diese Zyklen nicht klar voneinander zu trennen sind und andererseits gibt es Produkte die sich einem entsprechenden Zyklus entziehen.

C. Sättigungs- und Rückbildungsphase Rz 80

Siehe Kommentare unter Bst. B.

Sollte die Randziffer 80 in die endgültige Fassung des Rundschreibens einfließen, sollte der Text derselben wie folgt angepasst werden:

Rz 80

~~Noch in der Sättigungsphase dürfen Anpassungen am Finanzierungsverfahren im Sinne von Rz 45 ff. vorgenommen werden, sofern erhebliche, nicht vorhersehbare Risiken eingetreten sind. Die Überwälzung dieser Risiken auf die Versicherten ist nach Abschluss der Sättigungsphase grundsätzlich nicht vorgesehen.~~

Die Randziffer 80 ist in der uns unterbreiteten Form interpretationsbedürftig und schafft zusätzliche Verwirrung. Wir schlagen daher vor, die Randziffer 80 zu streichen, da deren Text inhaltlich diejenigen Punkte übernimmt, welche bereits in den Randziffern 47, 48 und 49 abschliessend geregelt sind.

VI. Liste einzureichender Dokumente für neue Produkte oder Revisionen der technischen Grundlagen Rz 81

Rz 81

Zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem vollständigen Tarif sind folgende Angaben erforderlich:

1. Bei Revision der technischen Grundlagen ist eine Begründung unter Berücksichtigung von Rz 45 ff. zu liefern.
2. Beschreibung des Finanzierungsverfahrens des Produktes und gegebenenfalls der Rückversicherung.
3. Begründete Ermittlung der Risikoprämien und –zuschläge, in aussagekräftigen Statistiken, oder mangels Statistiken mit geeigneten Berechnungen unter Angabe der Annahmen.
4. Beschreibung der Struktur der Prämien und deren wesentlichen Komponenten (~~Tarifklassen, Risikoprämie, Risikozuschläge, Zuschlag für Verwaltungskosten, allfällige Umverteilungs- oder Alterskomponente, Gewinnmarge~~).
5. ~~Beschreibung und Begründung des Rabattsystems oder der Überschussbeteiligung.~~
6. ~~Nachweis mittels geeigneter Szenarien, dass das gewählte Finanzierungsmodell die mittel- bis langfristige Beständigkeit des Produktes erlaubt, falls eine zeitliche Umverteilung vorgesehen ist.~~
7. Präzise Beschreibung der Bildung und der Auflösung der jeweiligen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen (gemäss Art. 54 Abs. 3 sowie 69 AVO).
8. ~~Beschreibung der Akquisitionspolitik sowie der mittelfristig erwarteten Bestandesstruktur.~~
9. Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, welcher insbesondere die Anzahl Versicherter, den Schadenaufwand, die Verwaltungskosten, die Bildung und die Auflösung der Rückstellungen aufzeigt, der auch den Anforderungen nach Rz 69 ff. Rechnung trägt.
10. Plan zur Rückerstattung der Alterungsrückstellungen, falls Art. 155 AVO zur Anwendung kommt.

Wir beantragen, dass die Randziffer 81 im oben aufgeführten Sinne angepasst wird. Die einzureichenden Unterlagen sind aufgrund der von uns gemachten Kommentare nicht notwendig und entbehren mehrheitlich jeglicher gesetzlicher Grundlage.

VII. Übergangsbestimmungen Rz 82 - 83

Rz 83

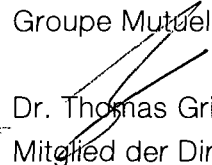
Für die genehmigten Produkte der Zweige B2 und A5 sind die vorliegenden Bestimmungen anwendbar, sobald eine technische Revision gemäss Rz 45 ff. vorgenommen wird.

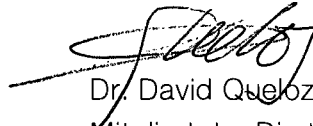
Aufgrund unserer Stellungnahme ist der Begriff „ff.“ bei der Rz. 45 zu streichen.

Wir möchten Sie bitten, die von uns gemachten Kommentare im Rahmen der Überarbeitung des Rundschreibens sachdienlich zu berücksichtigen und stehen Ihnen für allfällige Fragen und Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Groupe Mutuel


Dr. Thomas Grichting
Mitglied der Direktion
Generalsekretär


Dr. David Queloz
Mitglied der Direktion
Verantwortlicher Aktuar



Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
Herrn Reto Januth
Einsteinstrasse 2
CH - 3003 Bern

FINMA		
ORG	02. NOV. 2009	SB
VZ <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Bemerkung: FLU		

28. Oktober 2009

Anhörung Rundschreiben 2009/x "Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung"

Sehr geehrter Herr Januth

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zum Entwurf des Rundschreibens Stellung nehmen zu dürfen. Unsere Stellungnahme haben wir frühzeitig auch der Schweizerischen Aktuarvereinigung sowie dem Schweizerischen Versicherungsverband zur Verfügung gestellt.

Einleitung

Das vorliegende Rundschreiben behandelt versicherungstechnische Fragen zur Krankenversicherung nach VVG. Diese werden in Form von Normen formuliert, die bereits in der Praxis der Aufsichtsbehörde zur Anwendung kommen. Dabei regelt die FINMA sämtliche Punkte auf Stufe Produkt und vernachlässigt dabei, dass wesentliche Elemente für eine Versicherung typischerweise gerade nicht auf Produktstufe zu definieren sind. Dazu gehören insbesondere

- Solvabilität | Solvenz
- Rentabilität (max. Rentabilität; Beitrag an Solvenz)
- Verschiedene Positionen im Bereich der versicherungstechnischen Rückstellungen (z.B. Schwankungsrückstellungen)

Im Sinne der Solvenz- und Bandbreitenaufsicht besteht keine Veranlassung, auf Produktstufe detailliert Vorgaben zu machen. Die Unternehmenssicht muss im Vordergrund stehen. Wir sind insgesamt der Meinung, dass viele der aufgeführten Vorschläge einerseits viel zu detailliert und andererseits grundsätzlich unnötig sind. Darum empfehlen wir, das Rundschreiben unter diesem Gesichtspunkt zu überarbeiten.

Zu den wesentlichen Elementen geben wir nachfolgend trotzdem gerne unsere Stellungnahme ab.

Grundsätzliches

Verfassung: Schutz vor Insolvenz und nicht vor zu hohen Versicherungsprämien

Art. 94 Abs. 1 BV verankert den Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit und bindet Bund und Kantone an diesen Grundsatz, welche grundsätzlich nur Vorschriften erlassen dürfen, die mit ihm vereinbar sind. Als mit diesem Grundsatz konform gelten verhältnismässige wirtschaftspolizeiliche Massnahmen, also Massnahmen, die der Gefahrenabwehr (Polizeigüterschutz im Bereich der Wirtschaft) dienen, sowie bestimmte sozialpolitische Vorschriften und andere Eingriffe in die Wirtschaftsfreiheit, die nicht wirtschaftspolitisch motiviert sind. Art. 98 Abs. 3 BV verpflichtet den Bund, Vorschriften über das Privatversicherungswesen zu erlassen. Diese Bestimmung stellt jedoch keine Ermächtigung dar, vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit abzuweichen, es dürfen nur wirtschaftsfreiheitskonforme Massnahmen erlassen werden. So geht es nicht an, in die freie Konkurrenz einzugreifen, um sie zu beschränken oder um eine Marktännerung herbeizuführen. Die Kompetenz nach Art. 98 BV bezieht sich auf Gefahrenabwehr. Im Vordergrund steht der Versichertenschutz, genauer der Schutz der Versicherten vor Insolvenz des Versicherungsunternehmens. Gleichzeitig soll aber die gestützt auf Art. 98 Abs. 3 BV erlassene Gesetzgebung auch einen funktionierenden Versicherungsmarkt gewährleisten, als wichtige Voraussetzung für die wirtschaftliche Wohlfahrt. Die im VAG z.T. beibehaltene präventive Tarifgenehmigungspflicht ist gemäss verschiedenen Autoren nur insofern verfassungskonform, als sie der Solvenzerhaltung des Versicherungsunternehmens dient. Der Schutz der Versicherungsnehmer vor zu hohen Prämien per se sei keine wirtschaftskonforme Massnahme (Burki/Pfund/Waldmeier, in: Jürg Waldmeier (Hrsg.), *Versicherungsaufsicht*, Zürich 2007, S. 5 f., mit Hinweisen).

Bundesgericht: Schutz vor Übervorteilung – keine Kompetenz für die "gerechte" Prämie

Gemäss Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG sind die Tarife und AVB, welche in der Schweiz bei der Versicherung der beruflichen Vorsorge und der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung verwendet werden, Bestandteil des genehmigungspflichtigen Geschäftsplans. Beabsichtigt das Versicherungsunternehmen eine Änderung dieser Tarife und AVB, so hat es vorab die Änderung der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung zu unterbreiten (Art. 5 Abs. 2 Satz 1 VAG). Im Genehmigungsverfahren muss das Versicherungsunternehmen der Aufsichtsbehörde Tarifberechnungen vorlegen, aus denen sich zu ergeben hat, dass sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen gewährleistet, andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbräuchen sicherstellt (Art. 38 VAG; Weber/Umbach; *Versicherungsaufsichtsrecht*, Bern 2006, S. 163). Diese klare Begrenzung der Tarifaufsicht auf die einerseits übervorteilende, andererseits Solvenz erhaltende Prämie geht auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 99 I b 51) zurück. In jenem Urteil ging es um die Bedeutung und Umfang der staatlichen Aufsicht über die privaten Versicherungsunternehmen im Bereich der obligatorischen Motorfahrzeughaftpflichtversicherung. Das Bundesgericht führte u.a. aus, dass dem VAG ausschliesslich gewerbepolizeilicher Charakter zukomme. Sein Zweck beschränke sich somit auf den Schutz der öffentlichen Ordnung, die Wahrung von Sicherheit, Ruhe, Gesundheit und Sittlichkeit und von Treu und Glauben im Geschäftsverkehr. Die Aufsichtsbehörde habe vor der Genehmigung der Prämientarife nicht nur zu prüfen, ob die vorgesehenen Prämienätze das versicherungstechnisch erforderliche Minimum nicht unterschritten, sondern auch darüber zu wachen, dass das Publikum nicht übervorteilt werde. Dabei verstehe sich, dass die Pflicht der Aufsichtsbehörde, den Versicherten vor Übervorteilung zu schützen, nicht etwa die Kompetenz einschliesse, die „gerechte“ Prämie zu ermitteln und verbindlich festzulegen. Die Aufsichtsbehörde habe nur gerade insoweit in das privatrechtliche Verhältnis zwischen Versicherer und Versicherten einzugreifen, als dies der Schutz des Versicherten vor Übervorteilung erfordert. Weitergehende Eingriffe liessen sich vor der Handels- und Gewerbebefreiheit nicht halten. Zwischen der versicherungstechnisch gerade noch genügenden und der übersetzten Prämie bestehe ein Spielraum, den der Versicherer nach dem heute geltenden Recht bei der Prämienfestlegung frei benützen darf (BGE 99 I b 51 E.4 b; vgl. auch Burki/Pfund/Waldmeier, in: Jürg Waldmeier (Hrsg.), *Versicherungsaufsicht*, Zürich 2007, S 27 f.).

Keine Verordnungskompetenz für die Konkretisierung des Missbrauchsbegriffs

Dies muss umso mehr nach der Deregulierungs- und Liberalisierungsphase der letzten Jahre gelten, denn EU-Kompatibilität bedeutet gleichzeitig Wegfall der präventiven AVB- und Tarifkontrolle. Genehmigungspflichtig sind nur noch Tarife und AVB der beruflichen Vorsorge und der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Mit Art. 38 VAG ist diese Bandbreitenaufsicht neu nun gesetzlich verankert und auf die einzige Ausnahme – Art. 33 Abs. 3 VAG – wird klar hingewiesen: In der Elementarschadenversicherung erstreckt sich die Aufsichtskompetenz auch auf die Risiko- und Kostengerechtigkeit der Prämie. Die Aufsichtsbehörde prüft dort – aber nur dort – die „gerechte“ Prämie. E contrario wird dadurch die Bandbreitenaufsicht bei allen übrigen Versicherungszweigen bestätigt. Selbst bei den noch der materiellen Aufsicht unterstellten Versicherungsbereichen – wie eben bei der Krankenzusatzversicherung – bleibt es gemäss Art. 38 VAG bei einer Bandbreitenaufsicht. Wie schon im vorerwähnten BGE 99 I b 51 festgehalten, besteht zwischen der versicherungstechnisch gerade noch genügenden und der übersetzten Prämie ein Spielraum, den der Versicherer bei der Prämienfestlegung frei benützen darf. Die Aufsichtsbehörde darf nicht eine „gerechte“ Prämie festlegen. Dies gilt umso mehr für Rabatte, die ein Versicherer gewährt. Diese wären höchstens dann Gegenstand der Aufsichtskompetenz, wenn sie die Solvenz des Versicherers gefährden würden (Roland Schaar; Modernes Versicherungsrecht, Bern 2007, S. 115).

Neben dem Schutz vor Insolvenzrisiken wird in Art. 1 Abs. 2 VAG als Hauptzweck der Versicherungsaufsicht auch der Schutz der Versicherten vor Missbräuchen ausdrücklich genannt. Gemäss Art. 46 Abs. 1 lit. f VAG wird die Aufsichtsbehörde mit der Aufgabe betraut, die Versicherten gegen Missbräuche der Versicherungsunternehmen und der Vermittler zu schützen. Damit soll ein gesetzeskonformes und faires Verhalten der Versicherungsunternehmen und der Vermittler den Versicherten gegenüber gewährleistet werden. Was unter einem Missbrauch zu verstehen ist, wurde im Gesetz nicht geregelt. Stattdessen wurden dem Bundesrat im Zusammenhang mit dem Schutz der Versicherten vor Missbräuchen zwei Verordnungskompetenzen eingeräumt. Die eine Kompetenz besteht darin, die Schutzfunktion der Aufsichtsbehörde und die Wahrnehmung dieser Funktion durch diese näher zu umschreiben (Art. 46 Abs. 3 VAG). Andererseits kann der Bundesrat zum Schutz der Versicherten einschränkende Vorschriften für verschiedene Versicherungszweige erlassen (Art. 31 VAG). Obwohl sich im Gesetz keine diesbezügliche Kompetenz finden lässt, hat der Bundesrat in Art. 117 AVO den Missbrauchs begriff definiert. Dies ist deshalb zu kritisieren, weil die Verordnungskompetenz im Bereich von Vollziehungsverordnungen eng definiert wird und der Bundesrat zumindest vom Wortlaut der Bestimmung her mit der Konkretisierung des Missbrauchsbegriffs diesen Kompetenzrahmen zum Teil überschritten hat (Burki/Pfund/Waldmeier, a.a.O., S. 65 f.). Aus verfassungs- bzw. verwaltungsrechtlicher Sicht gilt es bei der Konkretisierung des Missbrauchsbegriffs und bei der Auslegung desselben zu beachten, dass die Missbrauchsaufsicht gemäss der Funktion des Versicherungsaufsichtsrechts als Teil des Wirtschafts- und Gewerbepolizeirechts wirtschafts- und gewerbepolizeilicher Natur ist. Im Auge zu behalten gilt es deshalb, dass sich die Aufgabe der Aufsichtsbehörde auf die Aufsicht im öffentlichen Interesse beschränkt, d.h. auf Fälle, bei denen eine Vielzahl von Personen betroffen sind. Für den Schutz ihrer Individualinteressen zu sorgen, bleibt grundsätzlich den einzelnen Versicherten überlassen. Hierzu steht den Versicherten der Weg an die Zivilgerichte offen (Burki/Pfund/Waldmeier, a.a.O., S. 66 f., Stephan Hartmann, HAVE 2007, S. 31).

Vertragsautonomie: Verordnung des Gleichbehandlungsgebotes nicht zulässig

Von der herrschenden Lehre wird kritisiert, dass die Verpflichtung zur Gleichbehandlung der Versicherten einen Eingriff in die Vertragsfreiheit des Versicherungsunternehmens darstellt. Gemäss Bundesgericht und dem überwiegenden Teil der Lehre sind Versicherer wie Versicherungsnehmer im Versicherungsvertragsrecht nicht an die Grundrechte und damit auch nicht an das Gleichbehandlungsgebot gebunden. Einschränkungen sind nur haltbar, wenn sie mit der Wirtschaftsfreiheit vereinbar sind.

Sie bedürfen einer gesetzlichen Grundlage, müssen durch ein überwiegendes öffentliches Interesse gerechtfertigt sein und den Grundsatz der Verhältnismässigkeit beachten (Burki/Pfund/Waldmeier, a.a.O, S. 70). Zitat diesbezüglich aus dem Bundesgerichtsurteil 5P.97/2006 vom 1. Juni 2006, E. 3.3: "Vielmehr gilt im Anwendungsbereich des VVG die Vertragsautonomie (Art. 1 VVG). Sowohl Versicherer wie auch Versicherte sind im Versicherungsvertragsrecht frei in der Wahl des Vertragspartners und des Vertragsschlusses. Auch wenn das Zusatzversicherungsgeschäft wirtschaftlich bedeutend ist, wie der Beschwerdeführer ausführt, ändert dies nichts daran, dass es sich dabei nicht um eine staatliche Aufgabe handelt. Die Beschwerdegegnerin ist daher im Zusatzversicherungsbereich nicht im Sinne von Art. 35 Abs. 2 BV an die Grundrechte gebunden."

Wenn das Schweizer Aufsichtsrecht auf Gesetzesstufe kein ausdrückliches Gleichbehandlungsgebot enthält, so darf die Verwaltung nicht auf Verordnungsstufe durch eine Interpretation des Missbrauchsbegriffes ein solches einführen. Missbrauch ist der qualifizierte Verstoss gegen die rechtlichen Rahmenbedingungen des Versicherungsgeschäftes. Wenn es aber kein Gleichbehandlungsgebot gibt, so kann ein Verstoss dagegen auch nicht missbräuchlich sein. Solange die Solvenz eines Versicherers nicht gefährdet ist, muss er die Möglichkeit haben, aus kaufmännischen Überlegungen Differenzierungen vornehmen zu können (z.B. Rabattaktionen zur Gewinnung von Neukunden, Rabatte für Einsteiger, um junge Kunden an sich zu binden; Verteuerungen von unerwünschten Risiken etc.). Nach dem klaren Willen des Gesetzgebers soll der Wettbewerb und nicht die Verwaltung dem Kunden ein optimales Preis-/Leistungsverhältnis sichern (Stephan Weber, in: HAVE, Aktuelle Entwicklungen im schweizerischen Versicherungsaufsichtsrecht, Zürich 2005, S. 95).

Antrag:

Die FINMA lebt im Rundschreiben den hiervor aufgeführten Grundsätzen über weite Strecken nicht nach. Die im Entwurf des Rundschreibens angeführten Bestimmungen gehen weit über die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Vorgaben hinaus. Viele sind für den Schutz des Versicherten vor Insolvenz nicht notwendig. Sie schränken den Spielraum der Kunden und der Versicherer unnötig erheblich ein und belasten die schweizerische Versicherungswirtschaft. Ausserdem verursachen sie unnötigen, administrativen Aufwand. Aus diesen Gründen ist das Rundschreiben grundsätzlich zu überarbeiten und nochmals in die Vernehmlassung zu geben.

Einzelne Bestimmungen

I. Geltungsbereich

Normen	RZ	Stellungnahme Helsana
In persönlicher Hinsicht gilt das vorliegende Rundschreiben für alle privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen, welche Krankenversicherungen nach VVG gemäss den Versicherungszweigen A5 und B2 (vgl. Anhang 1 AVO) betreiben.	1	Unserer Ansicht nach stellen nicht nur die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen, sondern auch die Einzel-Krankentaggeldversicherungen keine Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dar und unterliegen infolgedessen auch nicht der präventiven Tarifkontrolle.
In sachlicher Hinsicht gilt dieses Rundschreiben für die von den privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen angebotenen Zusatzversicherungsverträge zur sozialen Krankenversicherung einschliesslich Einzel-Krankentaggeldversicherungen der Branchen B2 und A5, welche auf dem VVG beruhen. Tarife und Allgemeine Versicherungsbedingungen, welche in der Schweiz verwendet werden, bilden Bestandteil des Geschäftsplans und sind vorab durch die Aufsichtsbehörde zu genehmigen (Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG i.V. mit Art. 5 Abs. 1 VAG).	2	Mit Urteil B-1298/2006 vom 25. Mai 2007 hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen keine Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind. Es begründete dies u.a. mit der Eigenheit der Zusatzversicherungen, dass sie die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG mit zusätzlichen Leistungen ergänzen. Diese Zusatzversicherungen wiesen daher immer einen Bezug zur sozialen Krankenpflegeversicherung auf. Ihre Ausgestaltung als die Grundversicherung ergänzende Versicherungen habe den Gesetzgeber dazu bewogen, diese Versicherungsprodukte weiterhin der präventiven Tarifkontrolle zu unterstellen. Bei der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung handle es sich hingegen um eine selbständige, umfassende Versicherung des Privatrechts, die den Arbeitgeber gegen den Schaden versichert, welcher ihm in Falle eines krankheitsbedingten Ausfalls seiner Angestellten entstehen kann. Diese Versicherung sei nicht als Sozialversicherung ausgestaltet und stelle auch keine Zusatzversicherung im oben ausgeführten Sinne dar. Diese Überlegungen des Bundesverwaltungsgerichts treffen vollumfänglich auch auf die Einzeltaggeldversicherung zu, zumal diese lediglich den Zweck hat, die kollektive Krankentaggeldversicherung im Rahmen einer Einzelversicherung weiterzuführen. Ein Bezug zur sozialen Krankenpflegeversicherung lässt sich mithin bei der Einzeltaggeldversicherung ebensowenig wie bei der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung feststellen.
Die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen gelten nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Dementsprechend unterliegen sie nicht der präventiven Kontrolle. Bei den Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen sind allerdings die Bestimmungen über die Einteilung versicherter Risiken in Tarifklassen und die Erfahrungstarifizierung gemäss Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO zu beachten, welche in Rz 64 ff. konkretisiert werden. Abgesehen von den Übergangsbestimmungen (Rz 82 f.) gelten die übrigen Bestimmungen für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen nicht.	3	
Ebenfalls nicht vorlagepflichtig sind die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Deckung akzessorischer Krankheitsrisiken, die in Versicherungsprodukten enthalten sind, sofern die Deckung gemessen an der zu erwartenden Schadenlast geringer als die Summe der übrigen in denselben Verträgen gedeckten Risiken ist	4	

II Vorlagepflicht

Der Tarifvorlagepflicht unterliegen Prämienberechnungen in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, welche sich aus den vertraglichen Verpflichtungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse ergeben.	5	
Ein Ausgleich dieser übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes über die Zeit zu gewährleisten.	6	Streichen, nicht mit Grundsatz der Bandbreitenaufsicht vereinbar (siehe Einleitung).
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 Risikoverringerng 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.	7	Streichen, nicht mit Grundsatz der Bandbreitenaufsicht vereinbar (siehe Einleitung).
Anderweitige Leistungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu Gunsten der Versicherten gelten nicht als genehmigungspflichtiger Rabatt. Diese sind aus Eigenmitteln des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu finanzieren. In den Statistiken zur Begründung von Tarifanpassungen dürfen diese Leistungen nicht aufgeführt werden.	8	Streichen, nicht mit Grundsatz der Bandbreitenaufsicht vereinbar (siehe Einleitung).

III Versicherungstechnik

A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Produktergebnisses

<p>Das erwartete technische Ergebnis, das aus der Tariffkalkulation 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>	9	<p>Streichen</p> <p>Entspricht nicht Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung). Zwischen der versicherungstechnisch gerade noch genügenden und der "übersetzten" Prämie besteht ein Spielraum, den der Versicherer bei der Prämienfestlegung frei benützen darf. Die Überprüfungsbefugnis der Aufsichtsbehörde erstreckt sich eben gerade nicht auf die Risiko- und Kostengerechtigkeit der Prämie. Es muss zulässig sein, dass bei einzelnen Produkten das technische Ergebnis auch negativ ausfällt, solange für den Versicherer insgesamt kein Solvenzrisiko besteht.</p> <p>Ebenfalls muss es auch möglich sein, im Sinne eines Produkt- und Portfoliomix, bei anderen Produkten höhere Gewinne zu erzielen. Alles Andere liefe auf eine unzulässige Festsetzung einer gerechten Prämie hinaus.</p>
<p>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>	10	<p>Textvorschlag: "einen revidierten Tarif, unter Berücksichtigung der Solvenzanforderungen, für die betroffenen Produkte ein".</p>

B. Erfassung aller wesentlichen Risiken

a) Anforderungen an den Tarif

<p>Zur Begründung des Tarifs für ein neues Produkt oder einer Revision des Tarifs für ein bestehendes Produkt evaluiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse für die vertraglichen Verpflichtungen die aktuell vorhersehbaren wesentlichen Risiken, wie etwa diejenigen der negativen finanziellen Auswirkungen einer potenziellen Antiselektion, der Schwankungsrisiken sowie eines ungenügenden Ausgleichs unter den Risiken (z.B. Alterung). Es ist darzulegen, wie die finanzielle Deckung erfolgen soll. Krankenkassen berücksichtigen diese Risiken ausschliesslich in der Tariffkalkulation.</p>	11	<p>Entspricht nicht Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung)</p>
--	----	--

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.	12	
Tarifanpassungen zur Sicherung der Solvenz dürfen nur die nicht im Voraus kalkulierbare exogene Teuerung berücksichtigen.	13	Streichen, Gewinn und damit Solvenzauf-/ausbau muss zulässig sein (siehe Einleitung); aufgrund Kündigungsmöglichkeit bei Tarifanpassung muss Teuerung zumindest für 3-4 Jahre vorweggenommen werden können, denn sonst müsste der Tarif jedes Jahr angepasst werden (Kündigungsrecht Versicherter)

b) Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren

a. Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.	14	Entspricht nicht Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung). Zudem können auch im Ausgaben-Umlageverfahren mit Bildung von Rückstellungen/Deckungskapitalien die Risiken der Veränderung der Bestandesstruktur abgefangen werden. Es geht nicht hervor, welches Verfahren die FINMA anstelle des Ausgaben-Umlageverfahren akzeptiert.
b. Eine Solidarität zwischen den Altersgruppen darf nicht ohne die Bildung einer geeigneten Alterungsrückstellung erfolgen, welche das Alterungsrisiko langfristig umverteilt.	15	

C. Versicherungstechnische Rückstellungen

a) Bewertung und Bildung

Art. 16 VAG und Art. 54 Abs. 1 AVO verlangen die Bildung ausreichender versicherungstechnischer Rückstellungen zur Deckung der Verpflichtungen. Deren Bewertung basiert sowohl auf dem evaluierten Umfang der spezifizierten Risiken als auch dem zu Grunde liegenden Finanzierungsverfahren. Auf dieser Grundlage werden die entsprechenden Prämienanteile bei der Festsetzung des Tarifs kalkuliert. Die Bedingungen der Bildung von versicherungstechnischen Rückstellungen sind im Geschäftsplan festzulegen und deren Bewertung zu dokumentieren. Es bestehen folgende Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen:	16	
---	----	--

<p>a. Schadenrückstellung: Es sind nach dem Verfahren der Schaden- und Zahlungsabwicklung Schadenrückstellungen zu bilden. Dabei kann der in der Krankenversicherung geläufigen Usanz Rechnung getragen werden, wonach die Schäden dem Behandlungs-, nicht dem Ereignisjahr zugeordnet werden.</p>	17	
<p>b. Alterungsrückstellung: Das Alterungsrisiko ist unter Berücksichtigung der Dynamik in den Versichertenbeständen und des Tarifprofils technisch zu bewerten. Gestützt darauf und auf die Bedingung von Rz 15 sind Alterungsrückstellungen zu bilden, welche die langfristige Umverteilung sicherstellen und die mit der Alterung verbundenen Parameterrisiken abdecken. Auch bei Anwendung eines altersgerechten Tarifs (nach Effektivalter) ist eine Alterungsrückstellung zu bilden, sofern diesbezüglich ein Parameterrisiko vorliegt.</p>	18	
<p>c. Schwankungsrückstellung: Die für die einzelnen Produkte technisch bewerteten unsystematischen Schwankungen sind bei der Bestimmung der Höhe der Schwankungsrückstellung zwecks Ausgleichs der technischen Ergebnisse über die Zeit zu berücksichtigen.</p>	19	<p>Diese Regelung macht so keinen Sinn -> gewisse Rückstellungsarten sind nicht pro Produkt zu definieren -> sondern nur insgesamt (d.h. für Tarif ist mit unterschiedlichen Pauschalen zu arbeiten). Textvorschlag: "Die Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen gemäss Art. 69 lit. c AVO sind nach den im Rundschreiben 2008/42 'Versicherungstechnische Rückstellungen in der Schadenversicherung' dargelegten Prinzipien zu ermitteln. Die Schwankungsrückstellungen werden für technisch bewertete unsystematische Schwankungen für das gesamte Produktportfolio gebildet".</p>
<p>d. Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.</p>	20	<p>Streichen (siehe Kommentar Rz19). Der Hinweis auf die Finanzierung aus Gewinnen ist irreführend. Es kann ja wohl nicht gemeint sein, dass zuerst Gewinne ausgewiesen werden, diese dann besteuert werden und dann ins Fremdkapital gebucht wird.</p>
<p>e. Sicherheitsrückstellung der Krankenkassen: Die Krankenkassen, die den Vorschriften über die Eigenmittel nach VAG nicht unterliegen, müssen die aus dem Betrieb der Krankenversicherungen nach VVG anfallenden Risiken entweder entsprechend reduzieren oder dafür Sicherheitsrückstellungen aus erzielten Gewinnen aufbauen.</p>	21	<p>Das müsste in ein neues Kapitel: Hat mit versicherungstechnischen Rückstellungen nichts zu tun, da Eigenmittel-Charakter.</p>

f. 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.	22	
--	----	--

b) Zuordnung

Die versicherungstechnischen Rückstellungen für in die Tarifikalkulation einbezogene Risiken sind einer der Kategorien von versicherungstechnischen Rückstellungen nach Art. 69 AVO zuzuordnen. Die Zuführung der finanziellen Mittel auf die verschiedenen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen im Rechnungsjahr erfolgt nach den entsprechenden Erklärungen im Geschäftsplan.	23	Textvorschlag: "wird im Geschäftsplan grundsätzlich erläutert."
Die privaten Versicherungsunternehmen und die Krankenkassen führen die Schwankungsrückstellung und die Sicherheitsrückstellung in der Buchhaltung getrennt.	24	Streichen. Die beiden Komponenten lassen sich per Definition nicht trennen. Auch in Art. 69 AVO ist keine Trennung vorgesehen.

c) Auflösung

Die Auflösung der versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Art. 54 Abs. 3 AVO ist im Geschäftsplan unter Angabe des Verwendungszwecks festzuhalten und hat dem Zweck von Art. 69 AVO Rechnung zu tragen. Der Bedarf zur Auflösung versicherungstechnischer Rückstellungen ergibt sich aus der Tarifikalkulation und dem Finanzierungsverfahren.	25	Streichen. Ist im Art. 54 Abs. 3 AVO genügend geregelt. Definition Verwendungsplan oder Verwendungszweck ist im übrigen im Rundschreiben 2008/42 nicht vorgesehen.
--	----	--

d) Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen

a. Für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen (Art. 54 Abs. 2 AVO) unterbreitet das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse unverzüglich einen Verwendungsplan, sofern die Verwendung nicht bereits im Geschäftsplan geregelt ist. In diesem Plan ist darzulegen, wie die Verteilung der nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen an diejenigen Versicherten erfolgt, welche diese Rückstellungen finanziert haben. Ist eine Verteilung dieser Mittel nach diesem Grundsatz nicht möglich, sind diese zu Gunsten des Gesamtbestands zu verwenden.	26	Streichen. Art. 54 und Art. 69 AVO sagen nicht, dass die aufgelösten Rückstellungen den Versicherten zu Gute kommen müssen und andererseits müssen die für ein Produktportfolio gebildeten versicherungstechnischen Rückstellungen auch wieder gesamthaft aufgelöst werden können. Zudem werden nicht alle versicherungstechnischen Rückstellungen durch die Versicherten finanziert und sind daher auch nicht an sie zu verteilen.
b. In seinem jährlichen Bericht an die Geschäftsleitung des Versicherungsunternehmens gemäss Art. 3 AVO-FINMA informiert der verantwortliche Aktuar über nicht mehr benötigte Rückstellungen.	27	

e) Mitgabe von Alterungsrückstellungen

Für die Mitgabe von Alterungsrückstellungen nach Art. 155 AVO gilt Folgendes:	28	
a. Bei individuell pro Versicherten gebildeten Alterungsrückstellungen gilt als angemessener Teil der für den Versicherten bis zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung geäußerte Betrag. Negative Beträge (z.B. als Folge des in bestimmten Altersbereichen sinkenden Risikos bei Frauen) sind dabei auf Null zu setzen. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen.	29	
b. Bei pauschal gebildeten Alterungsrückstellungen basiert die Anteilsberechnung auf dem der Bildung und Auflösung zu Grunde liegenden mathematischen Modell, aus dem sich der angemessene Anteil herleiten lassen muss. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen.	30	
c. Abzüge („Rückkaufkosten“), insbesondere für das Zinsrisiko, das Risiko von nicht amortisierten Abschlusskosten sowie für das Risiko von Massenkündigungen, sind - sofern begründet - zugelassen.	31	
d. Im Todesfall des Versicherten entfällt der Anspruch auf Ausschüttung.	32	

D. Gestaltung der Tarifstruktur

Eine versicherungstechnische Ungleichbehandlung gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO liegt vor, wenn für ein vergleichbar hohes Risiko stark unterschiedliche Prämien verlangt oder wenn für die gleiche Prämie deutlich unterschiedliche Risiken gedeckt werden. Insbesondere ist zu vermeiden, dass ein Teil der Versicherten zu tiefe Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt.	33	Rz 33 – 37 sind zu streichen. Die Regelungen haben keine rechtlichen Grundlagen und sind unzulässig (siehe Einleitung). Sie lassen sich weder mit dem Prinzip der Bandbreitenaufsicht vereinbaren, noch besteht eine Verpflichtung der Versicherer zur Gleichbehandlung der Versicherten. Es gibt kein Verbot der Ungleichbehandlung.
Der Tarif hat deshalb genügend Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufzuweisen, um insbesondere der Gefahr einer Antiselektion vorzubeugen.	34	Textvorschlag: "Der Tarif kann Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufweisen."
Zur Beurteilung des Umfangs der Umverteilungen sind die Bedarfs- und die Risikoprämien nach den relevanten Tarifklassen in geeigneter Weise abzubilden. Die Ermittlung dieser Prämien ist schlüssig anhand aussagekräftiger Statistiken oder bei Produktentwicklungen anhand geeigneter und begründeter Berechnungsannahmen darzulegen. Die Herleitung der Risikozuschläge ist ebenfalls zu erläutern.	35	

Umverteilungskomponenten zur Bildung von Solidaritäten sind zulässig, sofern das Antiselektionsrisiko gebührend berücksichtigt ist.	36	
Die genehmigten Tarifmerkmale sowie die wesentliche Struktur der Tarifklassen dürfen nur in Zusammenhang mit einer grundlegenden technischen Revision gemäss Rz 45 ff. abgeändert werden.	37	

E. Rabatte

Rabatte bilden einen besonderen Fall von Tarifmerkmalen (vgl. Rz 33 ff.) und sind als Bestandteile der Tarife vorlage- und genehmigungspflichtig.	38	Rz 38 – 42 streichen, Regelungen unzulässig (siehe Einleitung). Die Rabatte wären höchstens dann Gegenstand der Aufsichtskompetenz, wenn sie die Solvenz des Versicherers gefährden würden (Roland Schaer, Modernes Versicherungsrecht, Bern 2007, S. 115):
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.	39	Textvorschlag: "Unter Berücksichtigung der Solvenzeinhaltung können Rabatte gewährt werden."
Die genehmigte Regelung von Rabatten gilt, solange keine Revision der technischen Grundlagen im Sinne von Rz 45 ff. durchgeführt wird. Sie gilt für alle Versicherten desselben Bestandes, welche die Bedingungen der Gewährung des Rabatts erfüllen.	40	
Die Bedingungen für die Gewährung und den Wegfall von Rabatten müssen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klar umschrieben sein.	41	
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.	42	

F. Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife (ordentliche Anpassung)

Ein bestehender Tarif darf höchstens im Umfang der Entwicklung der exogenen Teuerung angepasst werden, sofern ein Ausgleich innerhalb des Kollektivs und über die Zeit gewährleistet ist.	43	Rz 43/44 streichen. Es fehlt an der gesetzlichen Grundlage (siehe Einleitung). Sie lassen sich weder mit dem Prinzip der Bandbreitenaufsicht vereinbaren, noch besteht eine Verpflichtung der Versicherer zur Gleichbehandlung der Versicherten bzw. ein Verbot der Ungleichbehandlung.
Weitere Tarifanpassungen, d.h. solche, die das Ausmass der exogenen Teuerung übersteigen, sind nur unter den Voraussetzungen von Rz 45 ff. möglich.	44	

G. Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs (ausserordentliche Anpassung)

Eine Revision der technischen Grundlagen liegt vor, wenn der entsprechende Sachverhalt gestützt auf Art. 5 VAG zu einer genehmigungspflichtigen Änderung des Geschäftsplans nach Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r VAG führt.	45	Bst. d findet hier keine Anwendung
Eine Revision muss das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse beantragen, wenn der zulässige Rahmen des technischen Gewinns im Sinne von Rz 9 überschritten wird oder die kumulierten jährlichen technischen Ergebnisse für ein Produkt zu einem Verlust führen.	46	Rz 46 – 49 streichen. Entspricht nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht und es wird unzulässigerweise von einem Gleichbehandlungsgebot ausgegangen (siehe Einleitung).
Eine Revision kann vom privaten Versicherungsunternehmen oder der Krankenkasse beantragt werden,	47	
a. wenn technisch hinreichend begründet ist, weshalb eine Tarifsanierung erfolgen soll,	48	
b. wenn Erhöhungen über der exogenen Teuerung weder zu einer technischen Ungleichbehandlung noch zu einer zu erwartenden höheren Stornoquote führen. Senkungen von Tarifen unterhalb des Niveaus einer Bedarfsprämie dürfen ebenfalls keine technische Ungleichbehandlung zur Folge haben.	49	

H. Technische Erklärungen im Geschäftsplan

Für einen genehmigungspflichtigen Tarif sind mindestens folgende Angaben einzureichen:	50	
a) Finanzierungsverfahren		
Im Geschäftsplan ist das gewählte Finanzierungsverfahren oder die kombinierte Form unter Verwendung der Begriffe gemäss Glossar (Anhang 1) zu beschreiben. Dazu gehört die Beschreibung der relevanten Risiken, der Bewertungsmethode sowie der Bildung und Auflösung der entsprechenden versicherungstechnischen Rückstellungen.	51	
b) Tarifstruktur		
Im Geschäftsplan ist die Tarifstruktur wie folgt zu beschreiben:	52	

aa) Tarifniveau

Bei Wahl eines mehrheitlich individuellen Bedarfsdeckungsverfahrens: Die Tarifprämie folgt der Risikoprämie. Die Tarifprämie ist explizit Teil der geschäftsplanmässigen Erklärung.	53	Entspricht nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht und es wird unzulässigerweise von einem Verbot der Ungleichbehandlung ausgegangen. (siehe Einleitung).
Bei Wahl eines überwiegend individuellen Kapitaldeckungsverfahrens oder eines überwiegend kollektiven Bedarfsdeckungsverfahrens: Das Verhältnis zwischen Tarif- und Risikoprämien ist anzugeben.	54	Entspricht nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht und es wird unzulässigerweise von einem Verbot der Ungleichbehandlung ausgegangen. (siehe Einleitung).
Bei Wahl eines überwiegend kollektiven Kapitaldeckungsverfahrens: Das Verhältnis zwischen Tarif-, Risiko- und Bedarfsprämien ist geeignet zu beschreiben.	55	

bb) Tarifpositionen

Für alle Finanzierungsverfahren sind die Tarifmerkmale und die Altersklassen vollständig aufzulisten.	56	
---	----	--

c) Versicherungstechnische Rückstellungen

Für alle Finanzierungsverfahren sind folgende Angaben im technischen Teil des Geschäftsplans festzuhalten:	57	
a. Quantitative Bewertung der einzelnen versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Rz 16 ff.	58	Textvorschlag: "Bewertungsgrundsätze für die einzelnen vers. techn. Rückstg. gem. Rz 16 ff."
b. Bezeichnung der versicherungstechnischen Rückstellungen mit den ihnen zugeordneten quantifizierten Risiken im Sinne von Rz 23.	59	Entspricht nicht Bandbreitenaufsicht
c. Ausmass und Regeln für die Auflösung von versicherungstechnischen Rückstellungen.	60	
d. Angewendete Methoden zur laufenden Information des Managements über die Höhe der versicherungstechnischen Rückstellungen und deren Bedeckung durch das gebundene Vermögen.	61	Streichen. Methoden zur Information des Managements gehören nicht in den Geschäftsplan. Dies ist Aufgabe des Internen Kontrollsystems bzw. des Risikomanagements.
Bei genehmigten Produkten sind der FINMA jeweils der Tarif und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder die Zusatzbedingungen in den verwendeten Sprachen zweifach einzureichen.	62	

I. Werbung für noch nicht genehmigte Produkte

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.	63	
---	----	--

IV. Kollektivkrankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO)

A. Information des Versicherungsnehmers

Vor Vertragsabschluss oder –änderung informiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse den Versicherungsnehmer über die Tarifklassifikation seines Betriebs und gegebenenfalls über Systeme der Gewinnbeteiligung, der Erfahrungstarifizierung und der Abhängigkeit der Prämie von der Lohnsumme.	64	
Ist es dem privatem Versicherungsunternehmen oder der Krankenkasse wegen der Komplexität des angewendeten Systems nicht oder nur begrenzt möglich, die Voraussetzungen der Herauf- und Herabstufung quantitativ anzugeben, so sind dem Versicherungsnehmer zumindest die Faktoren, welche für die Prämienbestimmung massgebend sind, bekannt zu geben.	65	

B Tarifgestaltung

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 Kreditibilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	66	
Der Kreditibilitätsfaktor wird anhand eines in der anerkannten Literatur angegebenen Verfahrens bestimmt, wobei die Methode gegebenenfalls an die spezifische Situation anzupassen ist.	67	
Die Fälle $z=1$ und $z=0$ sind soweit begründet zugelassen. Dies gilt insbesondere, wenn keine individuelle Schadenerfahrung vorliegt oder wenn die kollektive Schadenerfahrung nicht relevant ist (Full Credibility, atypischer Risikobestand, Bonus/Malus-System).	68	

V Materielle Anforderungen an die Eingabe von Tarifgesuchen nach Rz 5 ff., Rz 9 bis 42 und Rz 45 ff.

A. ~~Einführungs- und Wachstumsphase eines Produktes~~ streichen

Der ganze Abschnitt V ist zu streichen. Die Einteilung in Reife-, Sättigungs- und Rückbildungsphasen ist unnötig und es fehlt an einer genauen Definition, sodass Abgrenzungsprobleme vorprogrammiert sind. Ausserdem ist die vorgenommene Einteilung lebensfremd, da eine solche bei vielen Produkten nicht zutreffen dürfte, sei es mangels Zyklus, sei es infolge wellenförmiger Bestandszahlen. Das Vorgehen bei der Einführung neuer Tarife oder der Anpassung bestehender Tarife ist zudem in den vorhergehenden Abschnitten genügend geregelt.

a) Erstgesuch von Produkten

Bei einem neuen Produkt (z.B. Pflegeversicherung) verfügt das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse über keine eigenen verlässlichen statistischen Daten. Auch sind oftmals keine öffentlich zugänglichen geeigneten Daten vorhanden. Ferner ist das Kundenverhalten ungewiss.	69	Streichen, siehe Kommentar Einleitung Abschnitt V
Geeignete technische Grundlagen sind zu erarbeiten, damit eine adäquate Evaluation und Quantifizierung der massgeblichen Risiken (vgl. Rz 11 ff. und Rz 16 ff.), die das Produkt deckt, ermöglicht werden.	70	
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.	71	
Zentral ist ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, der mittels verschiedener Szenarien zeigt, dass das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse die Investitionskosten und eine Periode mit negativen Ergebnissen tragen kann.	72	

b) Weiterentwicklung von Produkten

Bei einer Weiterentwicklung eines bestehenden Produktes (z.B. Spitalzusatzversicherung mit Wahlmöglichkeit) sind statistische Daten verfügbar, aber eventuell nicht in der benötigten Form oder Detaillierung. Zudem ist das Kundenverhalten mit Unsicherheit behaftet.	73	Streichen, siehe Kommentar Einleitung Abschnitt V
--	----	---

<p>Auch hier treten die gleichen Unsicherheiten wie bei der Neuentwicklung auf, jedoch in geringerem Ausmass. Die vorhandenen Statistiken sind zu präsentieren und zu interpretieren. Auch hier muss der verantwortliche Aktuar eine Nachkalkulation des Tarifes vornehmen und bei Bedarf eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen. Ein Bedarf ist beispielsweise bei einer erheblichen Abweichung des finanziellen Ergebnisses des Produktes von den Projektionen oder bei erheblichen ungerechtfertigten Abweichungen der Ergebnisse zwischen den Tarifklassen gegeben. Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan inklusive Szenarien ist notwendig.</p>	74	<p>Streichen, siehe Kommentar Einleitung Abschnitt V . Entspricht zudem nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung). Weiter ist daran zu erinnern, dass im Privatversicherungsbereich das Gleichbehandlungsgebot keine Anwendung findet.</p>
--	----	---

c) Spezielle Finanzierungsverhältnisse

<p>Verwendung eines kollektiven Finanzierungsverfahrens: Eine absolut zentrale Rolle für die Beurteilung des Finanzierungsverfahrens spielt die Bedarfsprämie. Die Angabe der Bedarfsprämien nach den relevanten Tarifklassen erlaubt es, den Umfang der allfälligen Umverteilungen zu messen. Angesichts dessen ist in den Produktvorlagen auf die Ermittlung der Bedarfsprämien besonders zu achten. Wie sie ermittelt worden sind, ist schlüssig darzulegen.</p>	75	<p>Streichen, siehe Kommentar Einleitung Abschnitt V . Entspricht zudem nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung).</p>
<p>Finanzierung kleiner Bestände: Bei kleinen Beständen sind die Abweichungen vom Erwartungswert der Schäden mittels geeigneter statistischer Methoden zu berücksichtigen. Dabei muss sowohl den Abweichungen, die mit der Schadenverteilung verbunden sind, als auch denjenigen, die durch die Bestandesgrösse bedingt sind, Rechnung getragen werden.</p>	76	<p>Streichen, siehe Kommentar Einleitung Abschnitt V. Bei Markteinführung von neuen Produkten nicht anwendbar, da in der Anfangsphase kleine Bestände vorkommen können bzw. man davon ausgehen muss.</p>

d) Gesuch um Revision technischer Grundlagen

<p>Wird um Revision von technischen Grundlagen ersucht, sind die Angaben nach Rz 81 einzureichen.</p>	77	<p>Streichen, siehe Kommentar Einleitung Abschnitt V.</p>
---	----	---

B. Reifephase

streichen

Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten ändern (z.B. bei der Krankentaggeldversicherung) oder die Rechtsprechung zur Verteuerung bestimmter Leistungskategorien führen, so dass die Prämieeinnahmen mit der Zeit nicht mehr ausreichen, kann eine selektive Prämienanpassung notwendig werden.	78	Streichen, siehe Kommentar Einleitung Abschnitt V.
Selektive Prämienanpassungen sollten aber die Ausnahme sein und werden entsprechend restriktiv genehmigt. Häufiger dürften teuerungsbedingte Prämienanpassungen sein, die in den meisten Fällen linear vorgenommen werden können. In beiden Fällen sind die Prämienanpassungen anhand von Statistiken zu belegen.	79	

C. Sättigungs- und Rückbildungsphase

streichen

Noch in der Sättigungsphase dürfen Anpassungen am Finanzierungsverfahren im Sinne von Rz 45 ff. vorgenommen werden, sofern erhebliche, nicht vorhersehbare Risiken eingetreten sind. Die Überwälzung dieser Risiken auf die Versicherten ist nach Abschluss der Sättigungsphase grundsätzlich nicht vorgesehen.	80	Streichen, siehe Kommentar Einleitung Abschnitt V.
---	----	--

VI Liste einzureichender Dokumente für neue Produkte oder Revisionen der technischen Grundlagen

<p>Zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem vollständigen Tarif sind folgende Angaben erforderlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Revision der technischen Grundlagen ist eine Begründung unter Berücksichtigung von Rz 45 ff. zu liefern. 2. Beschreibung des Finanzierungsverfahrens des Produktes und gegebenenfalls der Rückversicherung. 3. Begründete Ermittlung der Risikoprämien und -zuschläge, in aussagekräftigen Statistiken, oder mangels Statistiken mit geeigneten Berechnungen unter Angabe der Annahmen. 4. Beschreibung der Struktur der Prämien und deren wesentlichen Komponenten (Tarifklassen, Risikoprämie, Risikozuschläge, Zuschlag für Verwaltungskosten, allfällige Umverteilungs- oder Alterskomponente, Gewinnmarge). 5. Beschreibung und Begründung des Rabattsystems oder der Überschussbeteiligung. 6. Nachweis mittels geeigneter Szenarien, dass das gewählte Finanzierungsmodell die mittel- bis langfristige Beständigkeit des Produktes erlaubt, falls eine zeitliche Umverteilung vorgesehen ist. 7. Präzise Beschreibung der Bildung und der Auflösung der jeweiligen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen (gemäss Art. 54 Abs. 3 sowie 69 AVO). 8. Beschreibung der Akquisitionspolitik sowie der mittelfristig erwarteten Bestandesstruktur. 9. Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, welcher insbesondere die Anzahl Versicherter, den Schadenaufwand, die Verwaltungskosten, die Bildung und die Auflösung der Rückstellungen aufzeigt, der auch den Anforderungen nach Rz 69 ff. Rechnung trägt. 10. Plan zur Rückerstattung der Alterungsrückstellungen, falls Art. 155 AVO zur Anwendung kommt. 	81	5 streichen gem. Bemerkungen zu RZ 38-42
---	----	--

VII Übergangsbestimmungen

Das vorliegende Rundschreiben löst die früheren Vorgaben dieser Behörde bzw. ihrer Vorgängerbehörde, des Bundesamts für Privatversicherungen, ab, soweit diese dieselben Sachverhalte abdecken wie dieses Rundschreiben.	82	
Für die genehmigten Produkte der Zweige B2 und A5 sind die vorliegenden Bestimmungen anwendbar, sobald eine technische Revision gemäss Rz 45 ff. vorgenommen wird.	83	

Wir bitten Sie, unsere Anliegen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse
Helsana Versicherungen AG


Manfred Manser
Vorsitzender der Konzernleitung


Daniel Schmutz
Mitglied der Konzernleitung

FINMA		
ORG	06. NOV. 2009	SB
E1		
Bemerkung: SHV		



Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Aufsicht Krankenversicherung
Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Winterthur 31. Oktober 2009

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 31. August 2009 wurden wir von der FINMA 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, unsere Sicht als kleinerer und erfolgreicher 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

Auch wir begrüssen die Absicht der FINMA, die seit dem Inkrafttreten des revidierten Aufsichtsrechts entwickelte Praxis betreffend die Krankenzusatzversicherungen zu objektivieren, transparenter zu gestalten 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 erlassen werden, die einen erhöhten Aufwand für die Versicherer zur Folge haben, ohne einen erkennbaren 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, externen Aktuars (VA) für uns zu erheblichen Mehrkosten!

Obschon Art. 38 VAG eine ausgewogene Prämienspolitik 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.

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, Kreditibilitätsfaktor, 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 Risikoverringerung 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 nicht-stochastischen 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 Gegenwartwert 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 Solvenzverwaltung.

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 actuarielle Ermittlung ist abzulehnen. Dies führt zu einem hohen Kostenaufwand wenn einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.	
14	Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandsstruktur 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!
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	Streichen!

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 und nicht praxisgerecht. Eine Umsetzung dieser Bestimmung hätte für die Krankenkassensicherer 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 Kreditwürdigkeit des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditwürdigkeit“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditwürdigkeit“ ins Glossar.

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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.
78	Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten ändern (z.B. bei der Krankentaggeldversicherung) oder die Rechtsprechung zur Verteuerung bestimmter Leistungskategorien führen, sodass 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 sind uns selbstverständlich bewusst, dass unsere Stellungnahme in weiten Teilen der Haltung unseres Verbandes RVK entspricht. Damit wird aber auch klar belegt, dass diese Gemeinschaft mit über 800.000 Versicherten legitimiert ist, eine Lösung zu fordern welche auch für uns alle die Weiterführung des Zusatzversicherungsgeschäftes mit einer vernünftigen, plausiblen Aufwand zu betreiben, ermöglicht, wie dies von unserem langjährigen Versicherten eindeutig erwartet und gewünscht wird!

Wir bedanken uns für die Beachtung unserer Überlegungen und Anträge und sind jederzeit auch gerne bereit, bei Bedarf substantielle Beiträge und Unterstützung zu leisten.

Mit freundlichen Grüssen

kmu-Krankenversicherung



Jürg Allenspach
Geschäftsführer



Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Krankenversicherungsaufsicht
Herrn Reto Januth
Einsteinstr. 2
3003 Bern

FINMA		
ORG	12. NOV. 2009	CB
E1		
Bemerkung: Fee		

Dübendorf, 06.11.09

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 2. September 2009 haben Sie uns eingeladen, im Rahmen der Anhörung zum Rundschreiben „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ eine Stellungnahme einzureichen. Es ist uns ein Anliegen, unsere Sicht zu den geplanten Änderungen im Krankenzusatz-Versicherungs-Geschäft einzubringen. Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Meinungsäusserung und nehmen diese gerne wahr.

1. Allgemeine Beurteilung

Kolping 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	<p>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 Risikoverringerung 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.</p>	<p>Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nicht-stochastischen 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.</p>	
9	<p>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>	<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>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 Solvenzwanngung.
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 einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.	
14	Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	Streichen

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	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 Tarifanpassung 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 schwerwiegende 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 Kreditibilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditibilität“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditibilität“ ins Glossar.
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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.

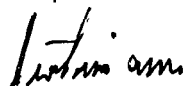
Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
78	Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten ändern (z.B. bei der Krankentaggeldversicherung) oder die Rechtsprechung zur Verteuerung 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.

Freundliche Grüsse

KOLPING KRANKENKASSE AG

Hauptsitz



E. Hürlimann

Geschäftsleiter



M. Künzler

Leiter Leistungen

FINMA Rundschreiben 2009/x – Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

Entwurf vom 01. September 2009
Anhörungsverfahren

Kommentar der KPT Versicherungen AG, Bern (KPT)

I. Vorbemerkungen

Die KPT Versicherungen AG ist in den Versicherungszweigen A3 (sonstige Lebensversicherung), B1 (Unfall) und B2 (Krankheit) tätig.

Der Schwerpunkt unserer Geschäftstätigkeit liegt im Bereich diverser Heilungskosten-Zusatzversicherungen, in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG. Damit gehört die KPT Versicherungen AG in erster Linie zur Kategorie der Schadenversicherer (siehe Anhang 1 zur AVO vom 9. November 2005).

Gestützt auf dieses Tätigkeitsgebiet sind für uns im Entwurf des Rundschreibens und im Erläuterungsbericht insbesondere folgende Punkte relevant, zu denen wir uns nachfolgend äussern werden.

II. Kommentierung

ad I. Geltungsbereich

Keine Bemerkungen.

In persönlicher und sachlicher Hinsicht gilt das Rundschreiben für private Versicherungsunternehmen, die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung der Branchen A5 und B2 anbieten.

Die KPT ist in der Branche B2 (Krankheit) tätig und fällt somit in den Geltungsbereich dieses Rundschreibens.

ad II. Vorlagepflicht

Rz. 6: Welchen Zeithorizont umfasst der Begriff „über die Zeit“? In der Krankenzusatzversicherung mit ihrem oft kurzen Zeithorizont von nur einem Jahr (formale Laufzeit vieler Verträ-

ge) erfolgt ein Ausgleich der übernommenen Risiken ohne allfällige Quersubventionierung aus andern Produkten mehrheitlich sofort.

ad III. Versicherungstechnik

A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Produktergebnisses

Rz. 9: Der Begriff „über die Zeit“ ist zu vage. Für den Versicherer ist nicht klar, ab welchem Zeithorizont von einem Missverhältnis des übernommenen technischen Risikos auszugehen ist und wann es erlaubte Schwankungen sind. Dies trifft insbesondere bei solchen Versicherungen zu, bei denen der Eintritt des versicherten Ereignisses eher selten ist, dafür einschneidende Auswirkungen auf das Resultat hat.

Die Umschreibung des „nicht mehr gerechtfertigt hohen“ Gewinns ist äusserst offen formuliert und lässt Raum für grosse Interpretationen.

Können Gewinnmargen unlimitiert kumuliert werden oder können / müssen sie bei Erreichen von Limiten in Eigenkapital umgewandelt werden?

Die Vorgabe der Verzinsung zum risikolosen Zinssatz gefährdet die Systemstabilität, weil diese einen behördlich verordneten Weg in die Unterkapitalisierung darstellt und damit letztendlich die Solvenz gefährdet.

Rz. 10: Die Regulierung des zulässigen Gewinns stellt aus unserer Sicht einen unzulässigen Eingriff in die verfassungsrechtlich garantierte Handels- und Gewerbefreiheit dar. Eine genügende gesetzliche Grundlage, z.B. im VAG, zur Einführung von „sozialen Komponenten“ in der Krankenzusatzversicherung findet sich dafür nicht. Andernfalls müsste man konsequenterweise weitere Sachversicherungsbranchen wie beispielsweise die Motorfahrzeughaftpflicht oder Gebäudeversicherung mit sozialen Auflagen bezüglich Gewinns belegen.

B. Erfassung aller wesentlichen Risiken

a) Anforderungen an den Tarif

Rz. 11: Es ist unklar, was die konkreten Vorgaben für die Begründungen von Tarifvorlagen bezüglich der „aktuell vorhersehbaren wesentlichen Risiken“ wie Antiselektion, Schwankungsrisiken oder Bestandesstruktur sind. Welche Sicherheit besteht, Tarifvorlagen ausreichend begründet zu haben? Da die Voraussetzungen und Beurteilungsprinzipien nicht genannt sind, besteht für die Aufsicht ein grosser Spielraum, Begründungen zu akzeptieren oder nicht zu akzeptieren.

Es ist nicht erkennbar, weshalb Krankenkassen anders als ein privater Versicherer zu behandeln sind (Berücksichtigung der Risiken ausschliesslich in der Tarifikalkulation). Wo berücksichtigen private Versicherer diese Risiken, wenn nicht in der Tarifikalkulation?

Rz. 12: Welche Risiken zählen nicht zur exogenen Teuerung und dürfen bei einer Tarifanpassung nicht berücksichtigt werden. Gemäss Glossar handelt es sich um Risiken, welche das Versicherungsunternehmen kaum beeinflussen kann. Dazu gehören offenbar die Antiselektion im Allgemeinen und die Alterung im Besonderen. Dazu zählen könnte man allerdings auch die Leistungsteuerung aufgrund gestiegener Tarifvereinbarungen.

b) Beschränkung bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren

Keine Bemerkungen.

C. Versicherungstechnische Rückstellungen

a) Bewertung und Bildung

Rz. 16 ff: Das Rundschreiben sieht vor, dass in der Krankenversicherung eine Bedarfsreservierung vorgenommen werden soll. In diesem Fall ist zu definieren, in welchem Zeitpunkt ein Krankheitsfall als eingetreten gilt und alle Folgen des Schadens, auch diejenigen für die späteren Jahresperioden, sind diesem Schadenfall und damit dem Ereignisjahr zuzuordnen. Dies bedingt, dass eine Einzelschadenfallreservierung vorgenommen werden muss.

Die FINMA postuliert nun, dass die Krankenversicherer, analog geübter Praxis, die in einer Zeitperiode anfallenden Zahlungen dem Anfalljahr, nicht dem Ereignisjahr zuordnen dürfen. Wenn dies umgesetzt wird, stimmen aber die Definitionen für die Alterungsrückstellungen nicht. Gleichzeitig ergeben sich Auswirkungen auf die Reservierungspraxis und dem Versicherer bieten sich diverse Möglichkeiten zur buchhalterischen Verbuchung noch nicht angefallener Leistungen.

Rz. 18: Unklare Definition der langfristigen Umverteilung (gemäss Anhang I). Nach welchen Kriterien wird die Dynamik der Versichertenbestände für die Beurteilung von Alterungsrückstellungen bemessen? Was versteht man unter den mit der Alterung verbundenen Parametrisiken?

Rz. 20: Wenn bei privaten Versicherungsunternehmen Sicherheitsrückstellungen gebildet werden, sind diese dann Bestandteil des gebundenen Vermögens, auch wenn sie aus Gewinnen finanziert werden?

Rz. 19 bis 22: Welches sind die Voraussetzungen der verschiedenen Rückstellungen zur Anrechenbarkeit an die Eigenmittel? Gemäss AVO Art. 68 (Definition des gebundenen Vermögens in der Schadenversicherung) wird im Gegensatz zur Lebensversicherung offensichtlich im Geschäftsplan festgelegt, welche versicherungstechnischen Rückstellungen zum gebundenen Vermögen zählen (siehe auch Rz. 23).

Rz. 22: Unklare Definition der Antiselektionsrückstellungen. Die Antiselektion als Beispiel eines SST-Szenarios stellt keine aktuelle Verpflichtung dar, sondern geht von einem in der Zukunft liegenden Risiko aus. Wenn überhaupt, dann sind derartige Risiken durch Sicherheitsrückstellungen abzubilden. Denn sie können im weitesten Sinn als Unternehmensrisiken ta-

xiert und damit aus Eigenmitteln abgedeckt werden. Somit gehören Sicherheitsrückstellungen offensichtlich nicht zum gebundenen Vermögen, sondern zum Eigenkapital.

b) Zuordnung

Rz. 24: Gilt diese Trennung der Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen nur für Schadenversicherer, welche die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung durchführen? In der Aufsichtsverordnung ist jedenfalls für Schadenversicherer keine Trennung speziell für die Bilanzierung vorgesehen.

c) Auflösung

Rz. 25 - 27: Die Voraussetzungen und Grundlagen der Beurteilung der verschiedenen Rückstellungen und Limiten, ab welchen versicherungstechnische Rückstellungen aufgelöst werden müssen sind unklar definiert. Gelten diese auch für die kumulierten Gewinne der Vergangenheit, wenn die Gewinnmargen im zulässigen Bereich lagen?

D. Gestaltung der Tarifstruktur

Rz. 33: Wird eine Ungleichbehandlung im Sinne von Art. 117 Abs. 2 AVO nur bei einer ausserordentlichen Tarifanpassung geprüft oder auch bei ordentlichen Tarifanpassungen?

Rz. 35: Wo liegt das Problem der technischen Ungleichheit, wenn alle Versicherungsnehmer denselben Vertrag unterschreiben, vertraglich also alle gleich behandelt werden?

Rz. 36: Wie steht die Umverteilungskomponente zur technischen Ungleichbehandlung?

E. Rabatte

Rz. 38: Der Entwurf des Rundschreibens führt aus, dass Rabatte einen besonderen Fall von Tarifmerkmalen bilden und daher als Bestandteile der Tarife vorlage- und genehmigungspflichtig seien.

Einleitend kommen wir auf unsere „Vernehmlassung zur Rabatt-/Werberichtlinie im Bereich der Krankenzusatzversicherungen“ vom 16. Februar 2007 an das ehemalige Bundesamt für Privatversicherungen zurück und bestätigen unsere seinerzeitige Position. Der Entwurf des Rundschreibens definiert nun immerhin die Rabatte als besondere Tarifmerkmale. Im Grundsatz gilt es jedoch erneut darauf hinzuweisen, dass die Aufsichtskompetenz der FINMA im Rahmen der sogenannten Bandbreitenaufsicht gegeben ist. Dies bedeutet, dass die FINMA die von den Versicherern vorgelegten Tarifberechnungen (und damit die Rabatte als deren Bestandteil) nur dahingehend zu prüfen hat, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet.

Rz. 41: Die Bedingungen für die Gewährung und den Wegfall von Rabatten müssen gemäss Entwurf in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klar umschrieben sein. Dieses Erfordernis ist zu bestreiten. Es hat zu genügen, dass die Voraussetzungen und Bedingungen der Rabattgewährung gegenüber den Versicherten verständlich und transparent kommuniziert werden, was nicht zwingend mittels Umschreibung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu geschehen hat.

F. Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife

Rz. 43: Ungenügende Definition der exogene Teuerung betreffend die ordentliche Tarifierpassung (gem. Anhang I). Welches ist die gesetzliche Grundlage, dass diese nur in der ordentlichen Tarifierpassung berücksichtigt werden?

Gelten für kleine Bestände Spezialbedingungen, da bei kleinen Beständen ein Ausgleich innerhalb des Kollektivs und über die Zeit oft nicht gewährleistet ist?

G. Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs

Rz. 45 bis 49: Es ist unklar, ob bei Geschäftsplanänderungen wie der Rückstellungspolitik nur die entsprechenden technischen Grundlagen der Rückstellungspolitik vorgelegt werden müssen oder alle Unterlagen gemäss Punkt VI (Rz. 81).

Die Definition, wann eine ausserordentliche Tarifierpassung vorliegt, ist unklar, z. B. bei geringfügigen Anpassungen von Rabatten. Gelten dieselben Voraussetzungen auch bei einer ordentlichen Tarifierpassung?

Im Übrigen wird eine notwendige ausserordentliche Tarifierpassung erneut vom zulässigen Rahmen des technischen Gewinns bzw. Verlustes eines Produktes abhängig gemacht (siehe auch Rz. 9).

H. Technische Erklärungen im Geschäftsplan

Für die Versicherer bedeuten die geforderten Angaben einen administrativen Mehraufwand.

Der Umfang der einzureichenden Unterlagen geht über das bisherige hinaus. Selbst einzelne Tarifelemente wie kantonale Gliederung, Altersklassen usw. sind nun Teil des Geschäftsplanes gemäss Rz. 56.

a) Finanzierungsverfahren

Rz. 51: Sind die im Anhang 1 genannten Finanzierungsverfahren (Rz. 51-55) abschliessend oder sind weitere Verfahren, Zwischenlösungen möglich?

Woraus leitet sich die gesetzliche Grundlage für die Festlegung der Finanzierungsverfahren ab, insbesondere die Aufsplittung von Prämienanteilen und fixe Verknüpfung mit Rückstellungskomponenten? Welche Prinzipien gelten für Alterungsrückstellungen? Sind auch Finanzierungsverfahren z.B. für temporär limitierte Umverteilungen, Solidaritätsprinzip für Alter > 70 Jahre mittels kollektivem Bedarfsdeckungsverfahren möglich?

b) Tarifstruktur

Rz. 52-56: Die im Geschäftsplan aufgeführten Tarifelemente gehen weit über die bisher üblichen Detailangaben bezüglich Tarifstruktur hinaus und können eine unverhältnismässige Häufung von Geschäftsplanänderungen zur Folge haben. Nach bisherigem Verständnis enthielt der Geschäftsplan im Wesentlichen allgemeine Angaben zum Finanzierungsverfahren und zur Höhe der Rückstellungen, jedoch keine Details zu einzelnen Tarifelementen.

c) Versicherungstechnische Rückstellungen

Die Höhe der Rückstellungen wird wohl in Zukunft nicht mehr pauschal angegeben werden können, sondern die einzelnen Rückstellungskategorien müssen im Geschäftsplan differenziert allenfalls sogar für die einzelnen Produkte festgelegt werden.

I. Werbung für noch nicht genehmigte Produkte

Rz. 63: Das Rundschreiben sieht vor, dass Werbemassnahmen für noch nicht genehmigte Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarife mit einem für den Konsumenten eindeutigen und sichtbaren Vorbehalt der Genehmigung durch die FINMA (von Produkten, Tarifen, Rabatten und/oder AVB) versehen werden.

Der Erläuterungsbericht stiftet nun mehr Verwirrung als er Klarheit schafft: Gemäss Text wird der Abschluss von Versicherungsverträgen sowie der Antrag zum Vertragsabschluss vor der Erteilung der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde als unzulässig erklärt. Hingegen werden Werbemassnahmen für noch nicht genehmigte Produkte (Tarife inkl. Rabatte und AVB) für erlaubt erklärt, sofern keine Irreführung der Versicherten entsteht.

Diese Differenzierung erscheint nicht praktikabel. Werbemassnahmen für Versicherungsprodukte werden regelmässig auf den Abschluss eines Versicherungsvertrages abzielen. Aus unserer Sicht muss es genügen, in den Werbeunterlagen und/oder den Versicherungsantragsformularen bei noch nicht genehmigten Produkten (Tarif, Rabatt und/oder AVB bestehender oder neuer Produkte) den Hinweis „unter Vorbehalt der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde“ anzubringen. Dieses Vorgehen entspricht demjenigen bei den Deckungen / Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und hat sich bewährt.

ad IV. Kollektivkrankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen

Rz. 64 - 68: Die KPT bietet keine Kollektivkrankentaggeldversicherung an, weshalb auf eine Kommentierung verzichtet wird.

ad V. Materielle Anforderungen an die Eingabe von Tarifgesuchen

A. Einführungs- und Wachstumsphase eines Produkte

Keine Bemerkungen.

B. Reifephase

Keine Bemerkungen.

C. Sättigungs- und Rückbildungsphase

Keine Bemerkungen.

ad VI. Liste einzureichender Dokumente für Anträge neuer Produkte oder Revisionen der technischen Grundlagen

Rz. 81:

Ziffer 6: Welchen Anforderungen hat der „Nachweis mit Szenarien“ zu genügen? Welche Anforderungen hat ein Finanzierungsmodell zu erfüllen, um eine mittel- bis langfristige Beständigkeit des Produktes zu erlauben?

Ziffer 9: Ist für jede ausserordentliche Tarifierfassung der Businessplan durch die GL zu verabschieden?

ad VII. Übergangsbestimmungen

Keine Bemerkungen.

III. Schlussbemerkungen

Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn sich das Rundschreiben vermehrt auf die gesetzlichen Grundlagen beziehen würde. Auch ein Rundschreiben hat gesetzeskonform zu sein.

Als beaufsichtigte Versicherungsgesellschaft wünscht die KPT, in einem Rundschreiben Frage und Hilfestellung auf sich stellende Probleme zu finden. Das vorliegende Rundschreiben genügt in dieser Hinsicht nicht. Es wird versucht, viele Details zu regeln, erreicht wird aber gerade das Gegenteil. Neue unbestimmte Rechtsbegriffe führen zu einer vermehrten Rechtsunsicherheit und die Transparenz geht verloren. Die Regulierungsdichte produziert

unverhältnismässig hohen administrativen Mehraufwand und mündet letztendlich in einer Verteuerung der Versicherungsprodukte.

Die Voraussetzungen und Prinzipien der Beurteilung entsprechender Gesuche an die FINMA müssten weiter konkretisiert werden. Diese sind explizit und klar aufzuzeigen. Ohne die Offenlegung von Voraussetzungen und Prinzipien einer genügenden Begründung der einzelnen Vorlagen verschafft das Rundschreiben keine erhöhte Rechtssicherheit - was ja das Ziel wäre.

Bern, den 31. Oktober 2009 / Wca / Tol / Bh

KPT Versicherungen AG, Bern

FINMA		
ORG	02. NOV. 2009	SB
Bemerkung: Shr		



Brugg, 30. Oktober 2009

EINSCHREIBEN

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Anhörung Rundschreiben Zusatzversicherungen
Krankenversicherungsaufsicht
Herrn Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 31. August 2009 laden Sie die beaufsichtigten Krankenkassen ein, im Rahmen der Anhörung zum Rundschreiben „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ eine Stellungnahme einzureichen. Es ist uns als Anbieter mittlerer Grösse ein grosses Anliegen, Ihnen unsere Sicht darzulegen.

1. Allgemeine Beurteilung

Die Krankenkasse Agrisano 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, Kreditibilitätsfaktor, 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 nicht-stochastischen 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	<p>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>	<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	<p>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>	<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>	<p>Beschränkung auf die Solvenz- wahrung.</p>

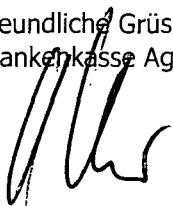
Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
12	Aus den vertraglichen Verpflichtungen ist aktuariell der erwartete nominelle jährliche Aufwand für die während eines Geschäftsjahres anfallenden Schadenfälle unter Berücksichtigung der Abweichungen von diesem Wert zu ermitteln.	Die aktuarielle Ermittlung ist abzulehnen. Dies führt zu einem hohen Kostenaufwand wenn einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.	
14	Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	Streichen
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	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.	Antiselektion stellt keine aktuelle Verpflichtung dar, sondern geht von einem in der Zukunft liegenden Risiko aus. Derartige Risiken werden durch Sicherheitsrückstellungen abgebildet.	

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
39	<p>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.</p>	<p>Es ist unklar, was unter dem Terminus „nicht technisch begründete Rabatte“ zu verstehen ist.</p>	<p>Aufnahme im Glossar</p>
41	<p>Die Bedingungen für die Gewährung und den Wegfall von Rabatten müssen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klar umschrieben sein.</p>	<p>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.</p>	<p>Beschreibung im Geschäftsplan (Rz 81 Ziff. 5)</p>
42	<p>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.</p>	<p>Wird z.B. bei einer minimalen Anpassung der Rabattbandbreite bei Kollektivverträgen oder bei zeitlich beschränkten Marketingrabatten eine ausserordentliche Tarifanpassung notwendig?</p>	
63	<p>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.</p>	<p>Sachfremd.</p> <p>Eine Umsetzung dieser Bestimmung hätte für die Krankenversicherer schwerwiegende Einschränkungen der Verkaufsaktivitäten zur Folge, zumal die (formelle) Genehmigung von Produkten, AVB usw. in der Praxis z. T. sehr spät erfolgt.</p> <p>Unklar: gilt dies nur bei neuen oder auch bei angepassten Produkten?</p>	<p>Streichen</p>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 Kreditibilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditibilität“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditibilität“ ins Glossar.
71.	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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.
78	Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Struktur Anpassung 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.

Freundliche Grüsse
Krankenkasse Agrisano



Damian Keller
Geschäftsführer



Beat Meier
Leitung Finanzen

Ono	03. NOV. 2009	SB
ET		
Bemerkung: <i>Sbr</i>		



EINSCHREIBEN

Eidgenössische
Finanzmarktaufsicht FINMA
Anhörung Rundschreiben
Zusatzversicherungen
Krankenversicherungsaufsicht
Herrn Reto Januth
Einsteinstr. 2
3003 Bern

Elm, 29. Oktober 2009

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 2. September 2009 wurde die Krankenkasse Elm 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 einer kleinen Krankenkassensicherer 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

Die Krankenkasse Elm 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, Kreditibilitätsfaktor, 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	<p>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 Risikoverringerung 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.</p>	<p>Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nicht-stochastischen 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.</p>	
9	<p>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>	<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>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
10	<p>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>	<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>	<p>Beschränkung auf die Solvenzwahrung.</p>
12	<p>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.</p>	<p>Die aktuarielle Ermittlung ist abzulehnen. Dies führt zu einem hohen Kostenaufwand wenn einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.</p>	
14	<p>Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.</p>	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	<p>Streichen</p>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	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 Tarifrrevisionen 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 Tarifanpassung 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 schwerwiegende 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 Kreditibilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditibilität“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditibilität“ ins Glossar.
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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 Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten 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.

Freundliche Grüsse

KRANKENKASSE ELM

der Präsident

die Geschäftsführerin



Walter Elmer



Margaretha Streiff



ÖKK
Direktion
Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart

T 058 456 10 10
F 058 456 10 11
D 058 456 11 21

stefan.schena@oekk.ch
www.oekk.ch



FINMA		
ORG	02. NOV. 2009	SB
VE EA		
Bemerkung:		STE

Einschreiben
Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FINMA
Herrn Reto Januth
Einsteinstr. 2
3003 Bern

Landquart, 29. Oktober 2009

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

Sehr geehrter Herr Januth

Hiermit nehmen wir im Rahmen der obgenannten Anhörung Stellung. Es ist uns ein grosses Anliegen, unsere Sichtweise als qualitätsbewusster, mittelgrosser Krankenversicherer bei der Erarbeitung dieser für unsere Geschäftstätigkeit sehr wichtigen Normen einzubringen.

ÖKK begrüsst die Absicht der FINMA, ihre Aufsichtsrechtpraxis betreffend die Krankenzusatzversicherungen zu objektivieren und das Genehmigungsverfahren zu erleichtern. Dies dürfte namentlich die Rechtssicherheit für alle am Aufsichtsprozess Beteiligten verbessern.

1. Allgemeine Bemerkungen

- **Den wirtschaftlichen Auswirkungen ist Rechnung zu tragen:**

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 für uns, weil wir diese Funktion auslagern.

- **Die Wettbewerbsfreiheit der Zusatzversicherer darf nur soweit eingeschränkt werden, als dies zur Korrektur von Schutzdefiziten der Versicherten nötig ist:**

Obschon Art. 38 VAG eine ausgewogene Prämienpolitik der Krankenzusatzversicherer erfordert, ist nur so weit in deren Wirtschaftsfreiheit einzugreifen, als zur Wahrung dieses sozialpolitischen Zieles unbedingt nötig ist. Dazu gehört insbesondere der Insolvenzzrisikoschutz. Jegliche darüber hinausgehende Verpflichtung ist in aller Deutlichkeit abzulehnen. Problematisch sind namentlich Begrenzungen von Marktpreisen (Verbot wirtschaftspolitischer Massnahmen im Privatversicherungsbereich!).

ÖKK

- **Das Rundschreiben hat sich strikte auf die Regelung versicherungsaufsichtlicher, nicht aber -vertragsrechtlicher Aspekte zu beschränken:**

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 versicherungsaufsichtlicher Aspekte zu beschränken.

- **Die Regulierung hat so einfach wie möglich zu erfolgen:**

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 klar und einfach bleiben (Gebot der Normenklarheit und -bestimmtheit). Diesen Anforderungen genügt der Entwurf 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.).

2. Kommentierung des Rundschreibens

Rz.	Entwurf FINMA	Bemerkungen ÖKK	Alternativvorschlag ÖKK
2	In sachlicher Hinsicht gilt dieses Rundschreiben für die von den privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen angebotenen Zusatzversicherungsverträge zur sozialen Krankenversicherung einschliesslich Einzel-Krankentaggeldversicherungen der Branchen B2 und A5, welche auf dem VVG beruhen. Tarife und Allgemeine Versicherungsbedingungen, welche in der Schweiz verwendet werden, bilden Bestandteil des Geschäftsplans und sind vorab durch die Aufsichtsbehörde zu genehmigen (Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG i.V. mit Art. 5 Abs. 1 VAG).	Die Reihenfolge der Branchenbezeichnung sollte alphabetisch geordnet werden	A5 und B2

ÖKK

Rz.	Entwurf FINMA	Bemerkungen ÖKK	Alternativvorschlag ÖKK
3	Die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen gelten nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Dementsprechend unterliegen sie nicht der präventiven Kontrolle. Bei den Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen sind allerdings die Bestimmungen über die Einteilung versicherter Risiken in Tarifklassen und die Erfahrungstarifizierung gemäss Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO zu beachten, welche in Rz 64 ff. konkretisiert werden. Abgesehen von den Übergangsbestimmungen (Rz 82 f.) gelten die übrigen Bestimmungen für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen nicht.	Fussnote (Zitierweise)	Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts sollte vollständig zitiert werden (wie im Erläuterungsbericht).
4	Ebenfalls nicht vorlagepflichtig sind die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Deckung akzessorischer Krankheitsrisiken, die in Versicherungsprodukten enthalten sind, sofern die Deckung gemessen an der zu erwartenden Schadenlast geringer als die Summe der übrigen in denselben Verträgen gedeckten Risiken ist.	Sehr kompliziert formuliert, wohingegen die Erläuterungen klarer sind.	Neuformulierung unter Bezug der Formulierung in den Erläuterungen (insbesondere Nennung des Schwerpunktprinzips). AVB als (anerkannte) Abkürzung verwenden (im ganzen RS).
5	Der Tarifvorlagepflicht unterliegen Prämienberechnungen in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, welche sich aus den vertraglichen Verpflichtungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse ergeben.	Verschreiber: Zusatzversicherung	Zusatzversicherung
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 Risikoverminderung oder -vermeidung, insbesondere zur Gesundheitsförderung und Prävention, dienen. Die daraus erwarteten Schadenminderungen gelten als Rabatt (vgl. Rz 38 ff.), der zusammen mit der Tarifein-gabe zur Genehmigung vorzulegen ist.	Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nicht-stochastischen 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.	Streichen

ÖKK

Rz.	Entwurf FINMA	Bemerkungen ÖKK	Alternativvorschlag ÖKK
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.	Der Terminus „technisches Risiko“ fehlt im Glossar. 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. Treffen heutige Betrachtungen auch auf vergangene Gewinne zu?	Aufnahme im Glossar Schaffen quantifizierbarer Schwellenwerte.
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.	Unklar: „ungerechtfertigt hohe Gewinne/Verluste“ (vgl. vorstehende Bemerkungen zum Terminus „wesentlich“). Diese Regelung ist abzulehnen, da sie unnötig tief in die unternehmerische Freiheit der KVer eingreift. Insbesondere die Vermeidung übermässig hoher Gewinne ist im Lichte des verfassungsmässigen Verbots wirtschaftspolitischer Massnahmen im Privatversicherungsbereich fragwürdig; es handelt sich um Marktpreise (!). Bei der Beurteilung von zulässigen Gewinnen aus der Vergangenheit ist eine Rückwirkung nicht statthaft.	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 bei externen VA.	Streichen „aktuariell“
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen sowie die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränken die Handlungsfähigkeit der Versicherer übermässig ein.	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.	Wir berücksichtigen das Anti-Selektions-Risiko im Rahmen der Sicherheitsrückstellungen (im Geschäftsplan ersichtlich). Deshalb erachten wir eine buchhalterische Sonderung als unnötig.	Streichen

ÖKK

Rz.	Entwurf FINMA	Bemerkungen ÖKK	Alternativvorschlag ÖKK
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 KVer übermässig. Zudem ist fraglich, ob die Konsumenten in der Lage sind, die Rabattmechanismen 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)
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 eine ausserordentliche Tarifanpassung notwendig?	Gesuche für Verwendung von Rabatten sind der FINMA bei neuen Produkten oder bei <u>wesentlichen</u> Tarifrevisionen im Sinne ...
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.	Eine Umsetzung dieser Bestimmung hätte für die KVer schwerwiegende Einschränkungen der Verkaufsaktivitäten zur Folge, zumal die (formelle) Genehmigung von Produkten, AVB usw. in praxi z. T. sehr spät erfolgt. Unklar: gilt dies nur bei neuen oder auch bei angepassten Produkten? Vgl. auch Bemerkungen zum Erläuterungsbericht 3. III. I. Abs. 1.	Streichen
64	Vor Vertragsabschluss oder -änderung informiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse den Versicherungsnehmer über die Tarifklassifikation seines Betriebs und gegebenenfalls über Systeme der Gewinnbeteiligung, der Erfahrungstarifizierung und der Abhängigkeit der Prämie von der Lohnsumme.	Tippfehler (Gedanken- statt Trennstrich vor „-änderung“)	

ÖKK

Rz.	Entwurf FINMA	Bemerkungen ÖKK	Alternativvorschlag ÖKK
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 Tarifikalkulation 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 VAG 24 ableiten.	VA aus dem Passus streichen.
78	Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Struktur Anpassung 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).
83	Für die genehmigten Produkte der Zweige B2 und A5 sind die vorliegenden Bestimmungen anwendbar, sobald eine technische Revision gemäss Rz 45 ff. vorgenommen wird.	Die Reihenfolge der Branchenbezeichnung sollte alphabetisch umgekehrt werden	A5 und B2

3. Kommentierung des Glossars

Tarifmerkmal	Tippfehler (Gedanken, statt Bindestrich)
Tarifstruktur	Tippfehler (Gedanken, statt Bindestrich)
Tarif	Der Zusammenhang der Begriffe „Tarifprämie“, „Bedarfsprämie“ und „Risikoprämie“ sollte schematisch-bildlich dargestellt werden.

4. Kommentierung des erläuternden Berichts

Allgemein	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. Die Terminologie wird z. T. uneinheitlich einheitlich angewandt. Es fehlt unseres Erachtens eine Gesamtstruktur. Materiell relevante Inhalte des Erläuterungsberichts, wie zum Beispiel Prinzipien, sollten im Rundschreiben integriert werden.	
3. III. A. Abs. 2	Trennfehler („ungerechtfertigt“)	Korrigieren
3. III. I. Abs. 1	Dieser Abs. ist sachfremd (hat mit Werbung nichts zu tun) und gehörte von seiner Bedeutung her auf Verordnungs- oder gar Gesetzesstufe. Zudem betrifft dies den VVG-Bereich. Eine Umsetzung dieser Bestimmung hätte für die KVer schwer wiegende Einschränkungen der Verkaufstätigkeiten zur Folge, zumal die (formelle) Genehmigung von Produkten, AVB usw. in praxi z. T. sehr spät erfolgt.	Dieser Abs. ist ersatzlos zu streichen.
3 IV Abs. 3	Satz 2: Es fehlen die Anführungszeichen bei „angemessen“.	Ergänzen

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Meinungsäußerung und stehen Ihnen für Rückfragen jederzeit und gerne zur Verfügung.

Freundlich grüssen Sie


Stefan Schena
Vorsitzender der Geschäftsleitung


Heinz Dinner
Mitglied der Geschäftsleitung

Per E-Mail

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Anhörung Rundschreiben Zusatzversicherungen
Krankenversicherungsaufsicht
Herrn Reto Januth
Einsteinstr. 2
3003 Bern

Winterthur, den 30. Oktober 2009

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 31. August 2009 die ProVAG Versicherungen AG (ProVAG) eingeladen, im Rahmen der Anhörung zum Rundschreiben „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ eine Stellungnahme einzureichen. Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Meinungsäusserung und nehmen diese gerne wahr.

1. Allgemeine Beurteilung

Die ProVAG 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, Kreditibilitätsfaktor, 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	<p>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 Risikoverringerung 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.</p>	<p>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.</p>	
9	<p>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>	<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>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 Solvenzverwaltung.
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 einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.	
14	Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	Streichen
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	Streichen

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 besneidet 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)
42	Gesuche für Verwendung von Rabatten sind der FINMA bei neuen Produkten oder bei Tariffrevisions 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 Tarifanpassung notwendig?	

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
63	<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Unklar: gilt dies nur bei neuen oder auch bei angepassten Produkten?</p>	<p>Streichen</p>
66	<p>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 Kreditabilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.</p>	<p>Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditabilität“ im Glossar.</p>	<p>Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditabilität“ ins Glossar.</p>
71	<p>Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation zu rechnen. Der verantwortliche Aktuar muss daher den Tarif überwachen und gegebenenfalls eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen sowie den Geschäftsplan anpassen.</p>	<p>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.</p>	<p>VA aus dem Passus streichen.</p>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
78	Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturanpassung 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.

Freundliche Grüße

ProVAG Versicherungen AG

Enrico Giovanoli
Delegierter des VR / GF



FINMA		
ORG	30. OKT. 2009	SB
EA		
Bemerkung: Shr		

EINSCHREIBEN

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FINMA
Anhörung Rundschreiben
Zusatzversicherungen
Krankenversicherungsaufsicht
Herrn Reto Januth
Einsteinstr. 2
3003 Bern

Brugg den 29. Oktober 2009

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 31. August 2009 wurde die Publisana Krankenversicherung 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 eines kleinen 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

Die Publisana 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 Publisana Krankenversicherung

Hauptstrasse 24, Postfach, 5201 Brugg, T. 056 442 33 11, F. 056 442 33 17, info@publisana.ch, www.publisana.ch

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) bei uns zu erheblichen Mehrkosten, 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, Kreditibilitätsfaktor, 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	<p>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 Risikoverringerung 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.</p>	<p>Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nicht-stochastischen 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.</p>	
9	<p>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>	<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>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
10	<p>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>	<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 Krankensicherer 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>	<p>Beschränkung auf die Solvenzwanngung.</p>
12	<p>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.</p>	<p>Die aktuarielle Ermittlung ist abzulehnen. Dies führt zu einem hohen Kostenaufwand wenn einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.</p>	
14	<p>Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.</p>	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	<p>Streichen</p>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	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 Tarifanpassung 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 schwerwiegende 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 Kreditabilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditabilität“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditabilität“ ins Glossar.
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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.

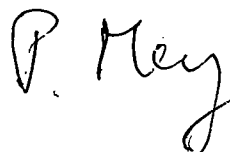
Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
78	Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten ändern (z.B. bei der Krankentaggeldversicherung) oder die Rechtsprechung zur Verteuerung 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 danken Ihnen die Beachtung unserer Überlegungen und Anträge.

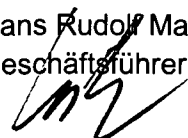
Mit freundliche Grüßen

Publisana Krankenversicherung

Peter Merz, Präsident



Hans Rudolf Matter,
Geschäftsführer





FINMA		
ORG	30. OKT. 2009	SB
E7		
Bemerkung: <i>shr</i>		

EINSCHREIBEN

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Anhörung Rundschreiben Zusatzversicherungen
Krankenversicherungsaufsicht
Herrn Reto Januth
Einsteinstr. 2
3003 Bern

Heerbrugg, den 28. Oktober 2009

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 31. August 2009 wurde die rhenusana eingeladen, im Rahmen der Anhörung zum Rundschreiben „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ eine Stellungnahme einzureichen. Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Meinungsäusserung und nehmen diese gerne wahr.

1. Allgemeine Beurteilung

Die rhenusana 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, Kreditibilitätsfaktor, 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	<p>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 Risikoverminderung 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.</p>	<p>Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nicht-stochastischen 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.</p>	
9	<p>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>	<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>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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.	Unklar: „gerechtfertigt hohe Gewinne“ (vgl. vorstehende Bemerkungen zum Terminus „wesentlich“). 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. Bei der Beurteilung von zulässigen Gewinnen aus der Vergangenheit ist eine Rückwirkung nicht statthaft.	Beschränkung auf die Solvenzwanung.
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 einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.	
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
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	Streichen

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
22	Antiselektion: Für das Risiko der Antiselektion, welches infolge ungünstiger Bestandeseentwicklungen 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)
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 Tarifanpassung 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 schwerwiegende 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

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 Kreditibilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditibilität“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditibilität“ ins Glossar.
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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.
78	Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturanpassung 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.

Freundliche Grüsse

rhenusena



Josef Hutter
Geschäftsführer



Esther Meschenmoser
Leiterin Finanz- und Rechnungswesen



FINMA		
ORG	30. OKT. 2009	SB
E7		
Bemerkung: Shr		



EINGESCHRIEBEN

FINMA
Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
Anhörung Rundschreiben Zusatzversicherungen
Herr Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

RVK
Haldenstrasse 25
6006 Luzern
Telefon 041 417 05 00
Telefax 041 417 05 01
www.rvk.ch
info@rvk.ch

MWSt-Nr. 461 762

Marcel Graber
Direkt 041 417 05 65
m.graber@rvk.ch

Luzern, 29. Oktober 2009

Anhörung zum Rundschreiben «Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung»

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 31. August 2009 wurde der RVK – Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer 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.

I. Allgemeine Beurteilung

Der RVK 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.



RVK – Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer

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 versicherungsaufsichtlicher 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, Kreditibilitätsfaktor, 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	<p>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 Risikoverringerung 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.</p>	<p>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.</p>	
9	<p>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>	<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>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
10	<p>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>	<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>	<p>Beschränkung auf die Solvenz-wahrung.</p>
12	<p>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.</p>	<p>Die aktuarielle Ermittlung ist abzulehnen. Dies führt zu einem hohen Kostenaufwand wenn einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.</p>	
14	<p>Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.</p>	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	<p>Streichen</p>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	Streichen
22	Antiselektion: Für das Risiko der Antiselektion, welches infolge ungünstiger Bestandentwicklungen 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)
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 Tarifanpassung notwendig?	

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
63	<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Unklar: gilt dies nur bei neuen oder auch bei angepassten Produkten?</p>	<p>Streichen</p>
66	<p>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 Kreditabilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.</p>	<p>Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditabilität“ im Glossar.</p>	<p>Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditabilität“ ins Glossar.</p>
71	<p>Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation zu rechnen. Der verantwortliche Aktuar muss daher den Tarif überwachen und gegebenenfalls eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen sowie den Geschäftsplan anpassen.</p>	<p>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.</p>	<p>VA aus dem Passus streichen.</p>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
78	Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifierung mit Struktur- anpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versi- chertenverhalten ändern (z.B. bei der Krankentaggeld- versicherung) oder die Recht- sprechung zur Verteuerung be- stimmter Leistungskategorien führen, so dass die Prämien- einnahmen mit der Zeit nicht mehr ausreichen, kann eine se- lektive Prämienanpassung not- wendig werden.	Die aufsichtsrechtliche Ver- wendung produktzyklischer Begriffe birgt unseres Erachtens erhebliche terminologische Un- schärfen.	Einführung bestimmbarer Kriterien (z. B. Anzahl Jahre).

Wir bedanken uns für die Beachtung unserer Überlegungen und Anträge.

Freundliche Grüsse
RVK



Dr. Charles Giroud
Präsident



Marcel Graber
Direktor



FINMA		
ORG	30. OKT. 2009	SB
EA		
Bemerkung:		STE

EINSCHREIBEN

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FINMA
Anhörung Rundschreiben
Zusatzversicherungen
Krankenversicherungsaufsicht
Herr Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Vals, 29.10.2009

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

Geschätzter Herr Januth

Mit Schreiben vom 31. August 2009 haben Sie uns 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, aus Sicht von einem kleinen 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

Der sanavals Gesundheitskasse 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, Kreditibilitätsfaktor, 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	<p>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 Risikoverminderung 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.</p>	<p>Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nicht-stochastischen 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.</p>	
9	<p>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>	<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>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
10	<p>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>	<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>	<p>Beschränkung auf die Solvenzgewinnung.</p>
12	<p>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.</p>	<p>Die aktuarielle Ermittlung ist abzulehnen. Dies führt zu einem hohen Kostenaufwand wenn einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.</p>	
14	<p>Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.</p>	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	<p>Streichen</p>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	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 Tarifanpassung 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 schwerwiegende 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 Kreditabilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditabilität“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditabilität“ ins Glossar.
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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 Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten 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).

Ich denke, dass ein Unterschied zwischen dem grossen und dem kleinen Versicherer gemacht werden muss. Durch die neuen Vorschriften und Auflagen von den entsprechenden Bundesämtern entstehen massive, zusätzliche Kosten. Im Allgemeinen sollte eigentlich gespart werden, was machen die Behörden, das Gegenteil! Eine vernünftige Kontrolle und Aufsicht ist in Ordnung, aber was noch auf uns zukommt geht zu weit. Ich denke, dass die Vorschriften in den nächsten Jahren so verschärft werden, dass alle kleinen Versicherer vom Markt verschwinden. Welche Versicherer sind kostengünstig, die Kleinen, sicher nicht die Grossen!

Wir bedanken uns für die Beachtung unserer Überlegungen und Anträge.

Freundliche Grüsse

sanavals Gesundheitskasse

Geschäftsleiter



Tönz Anton



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

Römerstrasse 20
Postfach
CH-4502 Solothurn
Tel. 032 625 41 41
Fax 032 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

FINMA		
ORG	10. NOV. 2009	SB
€1		
Bemerkung: <i>zur</i>		

Eidg. Finanzmarktaufsicht FINMA
Herrn Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Für Rückfragen:
Judith Petermann Büttler, Dr. iur.
Direktwahl: 032 625 42 68
judith.petermann@santesuisse.ch

Solothurn, 9. November 2009

Vernehmlassung Rundschreiben 2009/x Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezial- fragen der privaten Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur oben erwähnten Vorlage Stellung zu nehmen.

Bei der Revision des Aufsichtsrechts wurde die präventive Prüfung und Genehmigung der Prämien und Versicherungsbedingungen im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG aufrechterhalten. Nach unserem Verständnis sollte die bislang gelebte Versicherungsaufsicht damit bestehen bleiben, was die FINMA einleitend auch unter Punkt 1 bestätigt. Leider lassen die Bestimmungen des Rundschreibens diese Intention nicht erkennen. So regelt die FINMA sämtliche Normen auf Stufe Produkt, was in der Regel nicht sinnvoll ist. Wir wollen dies wie folgt begründen:

Zum einen vernachlässigt die FINMA den Grundsatz, dass wesentliche Elemente für eine Versicherung typischerweise gerade nicht auf Produktstufe zu definieren sind. Dazu gehören insbesondere

- Solvabilität – Solvenz
- Rentabilität (max. Rentabilität; Beitrag an Solvenz)
- Verschiedene Positionen im Bereich der versicherungstechnischen Rückstellungen

Zum anderen macht diese Betrachtungsweise aber auch keinen Sinn, wenn man sich vor Augen führt, dass zum Beispiel immer Produkte auf dem Markt existieren, die vorübergehend zeitlich befristet nicht selbsttragend sind. Eine laufende Prüfung und Genehmigung solcher Produkte durch die FINMA mit Sicht auf Solvenz- und Risikofragen würde auch im Umgang mit den Versicherten zu mehr Unsicherheit denn Sicherheit führen. Wir denken, dass kann nicht die Absicht der FINMA gewesen sein, bestehende und marktgängige Produkte zu vernichten.

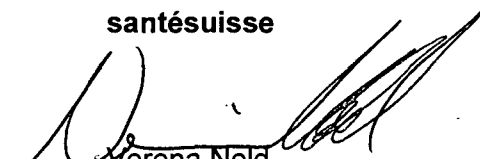
Zuletzt erlauben wir uns noch den Hinweis, dass zwar entsprechende Rechtsgrundlagen für die Etablierung der Regulierungsinhalte des Rundschreibens bestehen. Eine gesetzliche Grundlage für das „Herunterbrechen“ der Vorschriften bis auf Produkte, ist keinesfalls ersichtlich. Es stellt sich daher schon die Frage, ob die FINMA überhaupt berechtigt ist, die einzelnen Anforderungen bis auf Produktebene zu verlangen oder sie nicht Kompetenzen beansprucht, für die gar keine Rechtsgrundlagen bestehen.

Nach unserem Verständnis schränken die im Rundschreiben aufgeführten Vorschriften die unternehmerischen Freiheiten der Versicherer solchermassen ein, dass sie nicht über ein Rundschreiben eingeführt werden können, sondern eines verfassungsmässigen Rechts bzw. einer gesetzlichen Grundlage im formellen Sinn bedürfen. Diese fehlen jedoch in den einschlägigen Gesetzen (VAG, VVG). Daher müssten – wenn überhaupt – die Inhalte der Richtlinien grundsätzlich zunächst auf gesetzliche Grundlagen abgestützt werden. So zum Beispiel die Vorschriften, welche jegliche Solidarität in der Krankenzusatzversicherung verbieten oder auch die Definition des Rabattes als Teil des zu genehmigenden Tarifs. Solange die Zusatzversicherer sämtliche Voraussetzungen für die Durchführung der Geschäftstätigkeit und insbesondere die Solvabilitätsvorgaben erfüllen, sehen wir keine Notwendigkeit, dass die FINMA präventiv in die Gestaltungsfreiheit der Zusatzversicherer eingreift. Eine Vereinheitlichung und starke Durchnormierung der Rahmenbedingungen (analog soziale Krankenversicherung) ist im Privatversicherungsbereich nicht vorgesehen und auch nicht gewollt.

santésuisse teilt aus diesen Gründen die Auffassung des SVV, dass viele **der aufgeführten Normen viel zu detailliert sind und über den eigentlichen Zweck der Aufsicht hinausgehen und infolgedessen nicht verhältnismässig sind**. Allfällige Regulierungen müssen sich auf die wichtigsten Rahmenbedingungen beschränken, so dass die Wirtschaftsfreiheit der Versicherer nicht durch eine übermässige Regelungsdichte beschnitten wird. Wenn Regulierungen tatsächlich notwendig sind, dann müssen sie eindeutig, klar, effektiv und praktikabel sein, das heisst, sie dürfen nicht zu einer unnötigen administrativen Mehrbelastung führen. Dem Kriterium der Praxistauglichkeit ist ein besonderes Gewicht zu geben, vor allem im Hinblick auf den Genehmigungsprozess, der effektiv und effizient bleiben muss. Daher fordert auch santésuisse, dass das Rundschreiben grundsätzlich überarbeitet und nochmals in die Vernehmlassung gegeben werden soll. In Bezug auf diese Forderung und in Bezug auf die Würdigung der einzelnen Bestimmungen **verweisen wir auf die ausführliche und fundierte Stellungnahme des SVV. santésuisse schliesst sich dieser Stellungnahme vollumfänglich an.**

Freundliche Grüsse

santésuisse



Verena Nold
Stv. Direktor



Stefan Holenstein
Leiter Abteilung Support

Zürich, den 29. Oktober 2009

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FINMA
Herr Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern



FINMA		
ORG	30. OKT. 2009	SB
EA		
Bemerkung: <i>Skr</i>		

**Vernehmlassung
Zusatzversicherung zur Sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten
Krankenversicherungen**

Sehr geehrter Herr Januth

In der Beilage erhalten Sie die Stellungnahme der Schweizerischen Aktuarvereinigung (SAV) zum Entwurf des Rundschreibens "Zusatzversicherung zur Sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherungen".

Es handelt sich hier um ein schwieriges und in höchstem Grade aktuarielles Thema. Deshalb ist unsere Stellungnahme auch entsprechend ausführlich ausgefallen. Wie Sie unserer Stellungnahme entnehmen können, gibt es viele offene Punkte und hängige Fragen, die unseres Erachtens noch einer Überarbeitung bedürfen.

Für Rückfragen und eine vertiefte Diskussion stehen wir Ihnen zur Verfügung.

Falls die noch hängigen Fragen mit Experten in einer Arbeitsgruppe diskutieren werden sollen, wie dies beim Rundschreiben zu den technischen Rückstellungen in der Schadenversicherung nach der ersten Vernehmlassung der Fall war, so ist die SAV gerne bereit, in einem solchen Experten-Gremium mitzuwirken.

Freundliche Grüsse

Hanspeter Tobler
Präsident

Alois Gisler
Vizepräsident

Zürich, den 27. Oktober 2009

Vernehmlassung

Zusatzversicherung zur Sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherungen

Stellungnahme der Schweizerischen Aktuarvereinigung (SAV)

1 Allgemeines

Wir bedanken uns, dass die FINMA die SAV zu einer Stellungnahme zum Entwurf des Rundschreibens „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ eingeladen hat. Das Rundschreiben wurde unter dem Aspekt verfasst, die Solvenz der Versicherungseinrichtungen zu gewährleisten und die Versicherten vor Missbrauch zu schützen. Grundsätzlich begrüssen wir diese Absicht. Im vorliegenden Entwurf wurden jedoch einige wichtige Punkte ineinander verwoben, und die mit der Tarifgestaltung und den möglichen Finanzierungsverfahren verbundenen aktuariellen Fragestellungen und Definitionen sind leider teilweise unglücklich formuliert. Wir wären gerne bereit, zum Beispiel in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe zur Klärung der aktuariellen Prinzipien und Begriffe beizutragen. Nun zu unserer Stellungnahme:

2 Generelle Bemerkungen

2.1 Ausgangslage

Gemäss Zi. 2 des Erläuterungsberichts bezieht der vorliegende Entwurf des Rundschreibens „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ der FINMA seine Berechtigung aus Art. 38 VAG. Nach diesem Artikel prüft „Die FINMA ... im Genehmigungsverfahren auf Grund der von den Versicherungsunternehmen vorgelegten Tarifberechnungen, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet“. Mit dem vorliegenden Rundschreiben möchte die FINMA die Grösse dieses „Rahmens“ näher festlegen und das Genehmigungsverfahren regeln. Daraus abgeleitet werden Bedingungen an die Finanzierung, die versicherungstechnischen Rückstellungen und den Geschäftsplan gestellt.

Der im Rundschreiben definierte Rahmen sieht in groben Zügen wie folgt aus: Das Tarifniveau muss für jedes einzelne Produkt ausreichend sein, Solidaritätsgemeinschaften sind nur begrenzt erlaubt und es dürfen keine übermässigen Gewinne eingefahren werden.

Nach dem Rundschreiben besteht eine notwendige Bedingung an die Solvenz darin, dass das Tarifniveau für jedes einzelne Produkt ausreichend ist. Der Schutz vor Missbrauch ist gegeben, falls weder allzu heterogene Solidaritätsgemeinschaften gebildet noch übermässige Gewinne erzielt werden. Insbesondere werden Quersubventionierungen zwischen einzelnen Produkten oder Solidaritäten zwischen einzelnen Altersgruppen innerhalb eines Produkts explizit verboten.

Die FINMA versucht mit dem vorliegenden Rundschreiben folgende Bereiche abzudecken:

- die Tarifgestaltung,
- die möglichen Finanzierungsverfahren,
- die versicherungstechnischen Rückstellungen,

- den Geschäftsplan,
- das Tarifgenehmigungsverfahren,
- das Prämienanpassungsverfahren
- die zulässige Gewinnspanne.

Vielleicht ist dieser Rahmen etwas breit gesteckt. Unglücklicherweise ist das Rundschreiben nicht klar nach diesen Bereichen gegliedert, sondern sie werden miteinander verwoben. So sind Überschneidungen und Doppelspurigkeiten vorhanden. Unter der Überschrift „Vorlagepflicht“ finden wir zum Beispiel in Rz 6 den Passus, dass ein Ausgleich über die Zeit zu gewährleisten sei, was eigentlich das Finanzierungsverfahren betrifft, und auch die Rz 7 und 8 passen nicht so recht zum Titel des Kapitels. Das Verbot von übermässigen Gewinnen fungiert in Rz 9 und 10 unter der Überschrift „Versicherungstechnik“, unter demselben Titel können wir auch lesen, dass Rabatte genehmigungspflichtig sind oder was in den AVB beschrieben werden sollte, und in Rz 63 gar Vorschriften zu den Werbemassnahmen. Rz 13 ist identisch mit Rz 43, und Rz 15 steht im Widerspruch zu Rz 36. Dies sind nur einige Beispiele. Überdies sind einige Formulierungen unpräzise oder sogar offenbar nicht im Sinne des Erfinders, wie zum Beispiel die Rz 9 oder die Definition der exogenen Teuerung. Einige der Aussagen sind interpretationsbedürftig oder wie zum Beispiel Rz 49 unverständlich. Auch die versicherungstechnischen Definitionen lassen zu wünschen übrig. So wird zwischen der Risikoprämie und der Bedarfsprämie unterschieden, zwei Begriffen, die normalerweise synonym verwendet werden. Und das Alterungsrisiko umfasst hier unter anderem das Modellrisiko und das Parameterrisiko, also Risiken, die separat zu bewerten und auszuweisen sind. Auf das den Alterungsrückstellungen innewohnende Zinsrisiko wird dagegen an keiner Stelle eingegangen.

Wir wären gerne bereit, in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe zur Klärung der versicherungstechnischen Prinzipien und Begriffe beizutragen.

2.2 Verhältnismässigkeit

Der vorliegende Entwurf bezieht sich auf sämtliche Produkte, die in der Krankenzusatzversicherung angeboten werden. Jedes einzelne Produkt muss für sich genommen selbsttragend sein und darf keine übermässigen Solidaritäten beinhalten. Bei den meisten der angebotenen Produkte, vor allem im ambulanten Bereich, ist dies weder sinnvoll noch machbar. Und das Abschaffen der Solidaritäten zwischen Alt und Jung, zum Beispiel bei speziellen Tarifen für Kinder oder Familien, würde auch bei den Versicherten auf wenig Gegenliebe stossen. Das Rundschreiben sollte sich vielmehr auf die Bereiche konzentrieren, die wirklich problematisch sind. Dies sind zum einen Produkte, bei denen der absolute Betrag der einjährigen Risikoprämie im Alter hoch werden kann, wie zum Beispiel die Spitalzusatzversicherung Halbprivat oder Privat, und zum anderen der Umgang mit geschlossenen Beständen.

2.3 Gesetzliche Grundlagen

Rundschreiben haben die Aufgabe, Gesetze und Verordnungen zu präzisieren. Der vorliegende Entwurf geht manchmal über dieses Ziel hinaus. Einige Punkte sollten eher auf Verordnungsebene oder gar Gesetzesebene geregelt werden, wie zum Beispiel die Vorschriften in Zi. III. D., welche Solidaritäten in der Krankenzusatzversicherung stark einschränken.

2.4 Rolle des Geschäftsplans

Die Anforderungen der FINMA an den Geschäftsplan sind sehr detailliert; viele Angaben sind gemäss Rundschreiben-Entwurf zu quantifizieren. Dieses Verständnis steht in Kontrast zu unserer Auffassung, dass ein Geschäftsplan prinzipienbasiert sein soll. Wir haben Mühe einzusehen, warum eine Abkehr von den Prinzipien nötig ist. Das damalige BPV selbst hat sich mit den Erfassungsformularen (insbesondere mit Formular D) sowie den zugehörigen Erläuterungen zum Geschäftsplan (Ausgabe 08/2007) zum prinzipienbasierten Geschäftsplan bekannt. Es kann nicht sein, dass ein anstehendes Tarifgenehmigungsverfahren auch zur automatischen Revision des Geschäftsplans führen muss, solange nicht die Prinzipien tangiert werden!

Mit den Anforderungen zu FIRST und zum Swiss Solvency Test erhält die FINMA schon ausserhalb von anstehenden Tarifgenehmigungsverfahren genügend Angaben zur Rentabilität der Produkte bzw. zur Solvenz.

2.5 Versicherungstechnische Rückstellungen

Zu den versicherungstechnischen Rückstellungen existiert bereits das Rundschreiben 2008/42 „Versicherungstechnische Rückstellungen in der Schadenversicherung“ der FINMA. Dieses enthält in der Randziffer 4 den Vermerk, dass die Besonderheiten der Branche B2 separat geregelt werden. Insbesondere gilt das Rundschreiben ganz allgemein auch für die Branche Kranken. Wir vermissen im vorliegenden Entwurf einen Zusammenhang zu diesem Rundschreiben. Insbesondere finden wir in Rundschreiben 2008/42 eine klare Interpretation der Art. 54 und 69 AVO. Daneben werden die Begriffe Schadenrückstellungen und Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen erläutert und die Prinzipien zur ihrer Ermittlung festgehalten.

Nach Art. 54 AVO bestehen ausreichende versicherungstechnische Rückstellungen aus den versicherungstechnischen Rückstellungen zur Abdeckung der erwarteten Verpflichtungen und den Schwankungsrückstellungen zum Ausgleich der Volatilität des Geschäfts unter Berücksichtigung der Diversifikation, der Grösse und der Struktur der Versicherungsportefeuilles. So hält die FINMA im Rundschreiben 2008/42 „Versicherungstechnische Rückstellungen in der Schadenversicherung“ auch klar fest, dass die versicherungstechnischen Rückstellungen aus zwei Komponenten bestehen: den Bedarfsrückstellungen und den Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen. Die erste ist ein bester Schätzwert der zukünftigen Verpflichtungen, die zweite dient dazu, ungünstige Abwicklungsergebnisse oder inhärente Zufallsschwankungen aufzufangen.

In Zi. III. C. a) des vorliegenden Entwurfs verlangt die FINMA einerseits eine Trennung der Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen und darüber hinaus noch zusätzliche Rückstellungen zur Abdeckung des Parameterrisikos hinsichtlich der Alterung und des Risikos der Antiselektion. Alle diese Rückstellungskomponenten fallen unter die in den Art. 54 und 69 AVO vorgesehenen Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen. Eine weitere Trennung ist weder in der AVO noch im Rundschreiben 2008/42 vorgesehen.

Im vorliegenden Entwurf wird davon ausgegangen, dass sämtliche Komponenten der in Zi. III. C. a) aufgeführten versicherungstechnischen Rückstellungen zu den geschäftsplanmässigen Erklärungen eines Produktes gehören. Insbesondere bei den Schadenrückstellungen und den Schwankungsrückstellungen ist dies jedoch weder sinnvoll noch zweckmässig. Schadenrückstellungen werden in der Regel nicht nach Produkten getrennt ermittelt, sondern die Produkte werden zur Schätzung der Rückstellungen geeignet zusammengefasst, und die erhaltenen Rückstellungen werden dann mittels passender Schlüssel auf die Produkte verteilt. Und Schwankungsrückstellungen beziehen sich per Definition auf das gesamte Versicherungsportefeuille eines Unternehmens. Sie beziehen sich weder auf einzelne Versicherungszweige geschweige denn auf Produkte. Die Methoden zur Schätzung der Schadenrückstellungen und der Schwankungsrückstellungen sollten daher dem Rundschreiben 2008/42 entsprechen und unabhängig von den einzelnen Produkten an übergeordneter Stelle im Geschäftsplan festgehalten werden. Zu den geschäftsplanmässigen Erklärungen gehören auch produktspezifische Bedarfsrückstellungen. Im Versicherungszweig Kranken sind dies zum Beispiel Alterungsrückstellungen, Rückstellungen für Rückvergütungen oder Rückstellungen für Treueprämien, wobei auch bei diesen Arten von Rückstellungen nicht zwingend eine Trennung nach Produkten erfolgen muss.

An mehreren Stellen ist von der Bildung oder der Auflösung der versicherungstechnischen Rückstellungen die Rede. Rückstellungen werden weder explizit gebildet noch aufgelöst. Sie werden per Stichtag geschätzt. Dies steht auch in Einklang zu den in Zi. III. a. des Rundschreibens 2008/42 definierten Grundsätzen. Die Veränderung der Rückstellungen von einem Stichtag zum nächsten geht in der Regel in die versicherungstechnische Erfolgsrechnung ein. Die Schadenrückstellungen nehmen naturgemäss einmal zu und einmal ab, und auch die Alterungsrückstellungen können bei schrumpfenden Beständen auf natürliche Art und Weise zurückgehen. Daher kann es nicht sein, dass für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen ein Verwendungsplan definiert wird, sei dies im Geschäftsplan oder an anderer Stelle. Dies ist übrigens auch im Rundschreiben 2008/42 nicht vorgesehen.

2.6 Generelle Prinzipien

Die SAV ist der Meinung, dass es sinnvoll ist, an Stelle oder in Ergänzung von Detailanweisungen gewisse grundlegende Prinzipien zu verankern. Wir schlagen vor, dass insbesondere die beiden nachfolgenden Prinzipien aufgenommen werden. Als Folge davon können gewisse andere Punkte fallen gelassen werden, siehe hierzu unsere Bemerkungen zu den einzelnen Rz in Abschnitt 3.

Prinzip 1:

Bei den wesentlichen Produkten mit starker Altersabhängigkeit des Schadenbedarfs, insbesondere in den Spitalzusatzversicherungen, sollte das Finanzierungs- und Prämiensystem dergestalt sein, dass ein Bestand oder ein Verbund gleich gelagerter Bestände für sich allein besehen, ohne Neuzugang und vor Teuerung, selbstfinanzierend ist.

Prinzip 2:

Bei den wesentlichen Produkten mit starker Altersabhängigkeit sollte das Prämien- und Finanzierungssystem dergestalt sein, dass die Versicherung dann, wenn sie am meisten benötigt wird, nämlich im Alter, vom Kunden noch bezahlbar ist und nicht exorbitant ansteigt.

Bemerkungen zu Prinzip 1:

- Wird dieses Prinzip eingehalten, so ist gewährleistet, dass keine Prämienanpassungen nur wegen der Alterung des Bestandes nötig werden. Gemäss diesem Prinzip sind für einen solchen Bestand insgesamt immer genügend Alterungsrückstellungen vorhanden, so dass dieser ohne Neuzugang selbstfinanzierend ist.
- Beim individuellen Kapitaldeckungsverfahren ist Prinzip 1 automatisch erfüllt. Wir verstehen das kollektive Kapitaldeckungsverfahren so, dass das Äquivalenzprinzip über die gesamte Restlaufzeit zwar nicht individuell, aber für den betrachteten Bestand als gesamtes erfüllt sein muss. Trifft diese Interpretation zu, so ist auch beim kollektiven Kapitaldeckungsverfahren Prinzip 1 erfüllt, da ja dann für den betrachteten Bestand die Alterungsrückstellungen insgesamt der Summe der mit dem individuellen Kapitaldeckungsverfahren ermittelten Alterungsrückstellungen für die einzelnen Versicherten des Bestandes entsprechen muss.
- Sowohl beim kollektiven wie auch beim individuellen Kapitaldeckungsverfahren sind (vor Teuerung) keine Prämien erhöhungen infolge Alterung des Bestandes nötig. Hingegen ist das individuelle Kapitaldeckungsverfahren auch unempfindlich gegenüber jeglichen, anderen Änderungen in der Bestandesstruktur (wenn damit keine Anti-Selektion verbunden ist). Dies ist beim kollektiven Kapitaldeckungsverfahren nicht mehr zwingend der Fall. Aus rein aktuarieller Sicht ist somit dem individuellen Kapitaldeckungsverfahren der Vorzug zu geben. Es hat aber auch gewisse Nachteile. Beispielsweise führt es dazu, dass jeder Kunden eine eigene zu bezahlenden individuelle Prämie hat, die er kaum mehr nachvollziehen kann. Deshalb halten wir auch andere vernünftige Prämiensysteme, welche die obigen zwei Prinzipien erfüllen, für vertretbar.

Bemerkungen zu Prinzip 2:

- Die Konsequenz dieses zweiten Prinzips wäre, dass in den jüngeren günstigeren Jahren ein systematischer Sparprozess mit entsprechender Bildung von Alterungsrückstellungen stattfinden muss. Eine Tarifierung mit altersabhängigen Bedarfsprämien und ohne Bildung von Alterungsrückstellungen würde diesem Prinzip widersprechen. Eine solche altersabhängige Bedarfstarifierung wäre dann eigentlich nicht mehr erlaubt oder dürfte nur noch unter strengen Auflagen an die Transparenz und die Aufklärung der Kunden angeboten werden.
- Aus aktuarieller Sicht ist darauf hinzuweisen, dass ein Nebeneinander von zwei Systemen (bedarfsgerechte und altersabhängige Prämie gegenüber Prämiensystem mit Sparkomponente in den jüngeren Jahren) für die Kunden schwierig zu durchschauen ist und die Gefahr von Antiselektionen in sich birgt.

3 Zu den einzelnen Punkten des Entwurfs im Detail

I. Geltungsbereich

-
- In persönlicher Hinsicht gilt das vorliegende Rundschreiben für alle privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen, welche Krankenversicherungen nach VVG gemäss den Versicherungszweigen A5 und B2 (vgl. Anhang 1 AVO) betreiben. 1
-
- In sachlicher Hinsicht gilt dieses Rundschreiben für die von den privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen angebotenen Zusatzversicherungsverträge zur sozialen Krankenversicherung einschliesslich Einzel-Krankentaggeldversicherungen der Branchen B2 und A5, welche auf dem VVG beruhen. Tarife und Allgemeine Versicherungsbedingungen, welche in der Schweiz verwendet werden, bilden Bestandteil des Geschäftsplans und sind vorab durch die Aufsichtsbehörde zu genehmigen (Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG i.V. mit Art. 5 Abs. 1 VAG). 2
-
- Die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen gelten nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Dementsprechend unterliegen sie nicht der präventiven Kontrolle. Bei den Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen sind allerdings die Bestimmungen über die Einteilung versicherter Risiken in *Tarifklassen* und die Erfahrungstarifizierung gemäss Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO zu beachten, welche in Rz 64 ff. konkretisiert werden. Abgesehen von den Übergangsbestimmungen (Rz 82 f.) gelten die übrigen Bestimmungen für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen nicht. 3
-
- Ebenfalls nicht vorlagepflichtig sind die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Deckung akzessorischer Krankheitsrisiken, die in *Versicherungsprodukten* enthalten sind, sofern die Deckung gemessen an der zu erwartenden Schadenlast geringer als die Summe der übrigen in denselben Verträgen gedeckten Risiken ist. 4
-

II. Vorlagepflicht

-
- Der Tarifvorlagepflicht unterliegen Prämienberechnungen in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, welche sich aus den vertraglichen Verpflichtungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse ergeben. 5
-
- Ein Ausgleich dieser übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes über die Zeit zu gewährleisten. 6

Vorschlag:

Rz 6 sollte ersatzlos gestrichen werden.

Kommentar:

Rz 6 erübrigt sich, da im Folgenden detailliert erläutert wird, wie die Tarife ausgestaltet werden sollten. Ausserdem passt der Passus nicht in den Abschnitt „Vorlagepflicht“ und steht darüber hinaus in Widerspruch zu Rz 80.

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 Risikoverringerung 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.

7

Vorschlag und Kommentar:

Siehe Rz 8.

Anderweitige Leistungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu Gunsten der Versicherten gelten nicht als genehmigungspflichtiger Rabatt. Diese sind aus Eigenmitteln des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu finanzieren. In den Statistiken zur Begründung von Tarifanpassungen dürfen diese Leistungen nicht aufgeführt werden.

8

Vorschlag:

Am besten Rz 7 und Rz 8 streichen. Ansonsten ersetzen durch: „Freiwillige, also über die vertraglichen Verpflichtungen hinausgehende Leistungen sind zulässig. Sie dürfen bei Tarifeingaben dann in den Statistiken enthalten sein, falls sie der Gesundheitsförderung dienen und lediglich akzessorischen Charakter haben.“

Kommentar:

Vertragliche Verpflichtungen sind Gegenstand der AVB und somit genehmigungspflichtig. Rz 7 und Rz 8 wollen offenbar regeln, welche Leistungen im Rahmen der Krankenzusatzversicherung gemäss AVB erbracht werden dürfen und welche nicht. Mit Rz 7 und 8 können nur Leistungen erbracht werden, die aus stochastischen Risiken entstehen oder der Gesundheitsförderung dienen. Diese Regelung steht in Widerspruch zu der heute üblichen Praxis und wird auch bei den Versicherten nicht auf Gegenliebe stossen. Beiträge an Fitness-Abos wären zum Beispiel gestattet. Aber Leistungen bei Schwangerschaft, Treueprämien, Prämienbefreiung bei Kindern, Zahnspangen usw. müssten in Zukunft aus Eigenmitteln finanziert werden.

III. Versicherungstechnik

A. Ban dbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Produktergebnisses

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.

9

Vorschlag:

Ändern in: „Das erwartete *technische Ergebnis* abzüglich der risikofreien Zinserträge einer Produktpalette sollte ... Umgekehrt sollte dieser Gewinn in einem vernünftigen Rahmen zum dafür benötigten Risikokapital liegen.“

Kommentar:

Die Absicht hinter Rz 9 ist wohl, quantitative Anforderungen aufzustellen, damit ein Tarif weder solvenzgefährdend noch missbräuchlich ist.

Die SAV ist damit einverstanden, dass eine notwendige Bedingung für eine langfristige Sicherstellung der Solvenz darin besteht, dass das erwartete technische Ergebnis abzüglich der risikofreien Zinserträge positiv sein muss. Aus Solvenz-sicht muss dies primär über das Total des

gesamten Versicherungsportefeuilles gelten, wegen der Langfristigkeit der Verpflichtungen und der nicht garantierten Perennität ist dies jedoch auch für die einzelnen Produktpaletten erforderlich. Gleiches gilt für geschlossene Produkte, die sich nicht isoliert betrachten lassen. Der Wortlaut geht jedoch zu weit, wenn dies für jedes einzelne Produkt gefordert wird. Bei den kleinen Bausteinen (siehe Bemerkungen in Ziffer 2.2 zu „Verhältnismässigkeit“) sollten Solidaritäten in einem gewissen Grade zugelassen werden. Auch bei spezifischen Produkten für Kinder oder für Familien sind in der Realität Solidaritäten anzutreffen. Solange das Prinzip erfüllt ist, dass, vor Teuerung, der Tarif für den davon betroffenen Bestand (ohne Neuzuzug) über die Zeit selbstfinanzierend ist, stellt auch dies kein grösseres Problem dar.

Ab wann ein Tarif als missbräuchlich zu beurteilen ist, ist eine politische und keine aktuarielle Frage. Hingegen ist der jetzige Wortlaut auch aus aktuarieller Sicht schwammig, unklar und kaum praktikabel: kumulierter Gewinn über welche Zeit, was bedeutet „Gegenwert der Entschädigung für das übernommene technische Risiko“, etc... Zu beachten ist auch, dass keine geschlossene Rechnung vorausgesetzt werden darf und in der Vergangenheit erwirtschaftete Gewinne evt. bereits an die Aktionäre ausgeschüttet wurden. Aus aktuarieller Sicht sollte der zu erwartende Gewinn auch abhängig sein von der Gefährlichkeit des Geschäftes.

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. 10

Vorschlag:

Ergänzen: „... oder einer Produktpalette zu nicht mehr gerechtfertigt hohen Gewinnen oder zu systematischen Verlusten führen ...“

Kommentar:

Siehe auch Rz 9. Die Formulierung „zu einem Verlust“ ist zu rigide, denn sie beinhaltet auch Verluste von zum Beispiel 0,1 % der Prämie.

B. Erfassung aller wesentlichen Risiken

a) Anforderung an den Tarif

Zur Begründung des Tarifs für ein neues Produkt oder einer Revision des Tarifs für ein bestehendes Produkt evaluiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse für die vertraglichen Verpflichtungen die aktuell vorhersehbaren wesentlichen Risiken, wie etwa diejenigen der negativen finanziellen Auswirkungen einer potenziellen Antiselektion, der Schwankungsrisiken sowie eines ungenügenden Ausgleichs unter den Risiken (z.B. Alterung). Es ist darzulegen, wie die finanzielle Deckung erfolgen soll. Krankenkassen berücksichtigen diese Risiken ausschliesslich in der Tarifikalkulation. 11

Vorschlag:

Kürzen zu: „Zur Begründung des Tarifs für ein neues Produkt oder einer Revision des Tarifs für ein bestehendes Produkt evaluiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse für die vertraglichen Verpflichtungen die aktuell vorhersehbaren wesentlichen Risiken. Es ist darzulegen, wie die Finanzierung erfolgen soll.“

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. 12

Vorschlag:

Ändern in: „... für die während eines Geschäftsjahres gedeckten *Schadenfälle* ...“

Kommentar:

Die Formulierung „während eines Geschäftsjahres anfallende Schäden“ wird normalerweise synonym für „Schäden, die sich im Geschäftsjahr ereignet haben“ verwendet. Bei den Krankenversicherern können hier je nach Deckung zwei Arten von Schäden gemeint sein: die, die sich im Geschäftsjahr ereignet haben oder die, deren Behandlungsbeginn im Geschäftsjahr liegt.

Der Begriff Schadenfall sollte im Glossar definiert werden. Siehe die Definition weiter unten.

Tarifanpassungen zur Sicherung der Solvenz dürfen nur die nicht im Voraus kalkulierbare *exogene Teuerung* berücksichtigen. 13

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Prämienanpassungen sind in Rz 43 und 44 geregelt, Rz 13 ist identisch mit Rz 43.

b) Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren

Das *Ausgaben-Umlageverfahren* darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet. 14

Eine Solidarität zwischen den Altersgruppen darf nicht ohne die Bildung einer geeigneten *Alterungsrückstellung* erfolgen, welche das *Alterungsrisiko* langjährig umverteilt. 15

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

In Zi. 2.6 schlagen wir vor, das Prinzip 1 als grundlegendes Prinzip aufzunehmen. Rz 15 wird damit hinfällig.

C. Versicherungstechnische Rückstellungen**a) Bildung und Bewertung**

Art. 16 VAG und Art. 54 Abs. 1 AVO verlangen die Bildung ausreichender versicherungstechnischer Rückstellungen zur Deckung der Verpflichtungen. Deren Bewertung basiert sowohl auf dem evaluierten Umfang der spezifizierten Risiken als auch dem zu Grunde liegenden Finanzierungsverfahren. Auf dieser Grundlage werden die entsprechenden Prämienanteile bei der Festsetzung des Tarifs kalkuliert. Die Bedingungen der Bildung von versicherungstechnischen Rückstellungen sind im Geschäftsplan festzulegen und deren Bewertung zu dokumentieren. Es bestehen folgende Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen: 16

Vorschlag:

Letzter Satz: „Die Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen sind in Art. 69 AVO festgelegt.“

a. *Schadenrückstellung*: Es sind nach dem Verfahren der Schaden- und Zahlungsabwicklung *Schadenrückstellungen* zu bilden. Dabei kann der in der Krankenversicherung geläufigen Usanz Rechnung getragen werden, wonach die Schäden dem Behandlungs-, nicht dem Ereignisjahr zugeordnet werden. 17

Vorschlag:

Ändern in: Die Schadenrückstellungen gemäss Art. 69 lit. b AVO sind nach den im Rundschreiben 2008/42 „Versicherungstechnische Rückstellungen in der Schadenversicherung“ dargelegten Prinzipien zu ermitteln. Hierbei ist der Definition eines *Schadenfalls* besondere Beachtung zu schenken.

Kommentar:

Es sollte an dieser Stelle nicht eine zweite Interpretation bereits klar definierter Rückstellungsbegriffe aufgeführt werden.

Der Begriff Schadenfall sollte im Glossar definiert werden. Siehe die Definition weiter unten.

b. *Alterungsrückstellung*: Das *Alterungsrisiko* ist unter Berücksichtigung der Dynamik in den Versichertenbeständen und des Tarifprofils technisch zu bewerten. Gestützt darauf und auf die Bedingung von Rz 15 sind *Alterungsrückstellungen* zu bilden, welche die langfristige Umverteilung sicherstellen und die mit der Alterung verbundenen Parameterrisiken abdecken. Auch bei Anwendung eines altersgerechten Tarifs (nach Effektivalter) ist eine *Alterungsrückstellung* zu bilden, sofern diesbezüglich ein Parameterrisiko vorliegt. 18

Vorschlag:

Ändern in: „Falls es das Finanzierungsverfahren vorsieht, sind Alterungsrückstellungen gemäss Art. 69 lit. d zu bilden.“

Kommentar:

Die Rückstellungen für Parameterrisiken gehören zu den Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen. Insbesondere sind sie weder bedarfsgerecht noch gehören sie zu den Alterungsrückstellungen.

c. *Schwankungsrückstellung*: Die für die einzelnen *Produkte* technisch bewerteten unsystematischen Schwankungen sind bei der Bestimmung der Höhe der *Schwankungsrückstellung* zwecks Ausgleichs der *technischen Ergebnisse* über die Zeit zu berücksichtigen. 19

Vorschlag:

Ändern in: „Die Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen gemäss Art. 69 lit. c AVO sind nach den im Rundschreiben 2008/42 ‚Versicherungstechnische Rückstellungen in der Schadenversicherung‘ dargelegten Prinzipien zu ermitteln.“

Kommentar:

Es sollte an dieser Stelle nicht eine zweite Interpretation bereits klar definierter Rückstellungsbegriffe aufgeführt werden.

d. *Sicherheitsrückstellung* der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können *Sicherheitsrückstellungen* für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen. 20

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Das Rundschreiben 2008/42 „Versicherungstechnische Rückstellungen in der Schadenversicherung“ enthält eine klare Definition des Begriffs Schwankungsrückstellungen. Die Sicherheitsrückstellungen sind Bestandteil der Schwankungsrückstellungen.

e. *Sicherheitsrückstellung* der Krankenkassen: Die Krankenkassen, die den Vorschriften über die Eigenmittel nach VAG nicht unterliegen, müssen die aus dem Betrieb der Krankenversicherungen nach VVG anfallenden Risiken entweder entsprechend reduzieren oder dafür Sicherheitsrückstellungen aus erzielten Gewinnen aufbauen. 21

Vorschlag:

Ändern in: „*Risikokapital* der Krankenkassen: ... dafür Risikokapital aus erzielten Gewinnen ... Das Risikokapital ist kein Bestandteil des Sollbetrags des gebunden Vermögens.

Kommentar:

Der Begriff Sicherheitsrückstellungen ist bereits besetzt. Rz 21 stellt Eigenmittelanforderungen an die Krankenkassen, die nicht den Solvenzanforderungen des VAG unterliegen. In Analogie zu dem beim Schweizer Solvenztest benötigten Kapital möchten wir den Begriff „Risikokapital“ vorschlagen. Eigenmittel gehören nicht zu den versicherungstechnischen Rückstellungen. Daher sollten sie auch nicht durch das gebundene Vermögen gedeckt werden müssen.

f. 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. 22

Vorschlag:

Ist eine Antiselektion absehbar, sind hierfür Rückstellungen für drohende Verluste zu bilden. Sie fallen unter Art. 69 lit. g AVO. Insbesondere sind sie genau zu bezeichnen und ihr Zweck ist zu umschreiben.

Kommentar:

Das Rundschreiben 2008/42 „Versicherungstechnische Rückstellungen in der Schadenversicherung“ enthält eine klare Definition des Begriffs Schwankungsrückstellungen. Eine eventuell mögliche Antiselektion ist ein Parameterrisiko und damit verbundene Rückstellungen sind Bestandteil der Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen. Ist eine Antiselektion jedoch absehbar, müssen entsprechende Drohverlustrückstellungen gebildet werden.

b) Zuordnung

Die versicherungstechnischen Rückstellungen für in die Tarifikalkulation einbezogene Risiken sind einer der Kategorien von versicherungstechnischen Rückstellungen nach Art. 69 AVO zuzuordnen. Die Zuführung der finanziellen Mittel auf die verschiedenen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen im Rechnungsjahr erfolgt nach den entsprechenden Erklärungen im Geschäftsplan. 23

Vorschlag:

Ändern in: „Die versicherungstechnischen Rückstellungen für in die Tarifikalkulation einbezogene Risiken sind nach den entsprechenden Erklärungen im Geschäftsplan einer der Kategorien von versicherungstechnischen Rückstellungen nach Art. 69 AVO zuzuordnen.“ Letzten Satz streichen.

Kommentar:

Die Finanzanlagen lassen sich nicht einzelnen Rückstellungspositionen zuordnen.

Die privaten Versicherungsunternehmen und die Krankenkassen führen die *Schwankungsrückstellung* und die *Sicherheitsrückstellung* in der Buchhaltung getrennt.

24

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Die beiden Komponenten lassen sich per Definition nicht trennen. Auch ist weder im Schweizer Solvenztest noch in Art. 69 AVO eine Trennung vorgesehen.

c) Auflösung

Die Auflösung der versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Art. 54 Abs. 3 AVO ist im Geschäftsplan unter Angabe des Verwendungszwecks festzuhalten und hat dem Zweck von Art. 69 AVO Rechnung zu tragen. Der Bedarf zur Auflösung versicherungstechnischer Rückstellungen ergibt sich aus der Tarifikalkulation und dem *Finanzierungsverfahren*. 25

Vorschlag:

„Methoden und Prinzipien zur Bildung und Auflösung der Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen sind im Geschäftsplan festzuhalten.“

Kommentar:

Dieser Text entspricht genau demjenigen in Rundschreiben 2008/42. Es ist nicht einzusehen, dass hier für den gleichen Sachverhalt eine andere Regelung gelten soll. Als Alternative könnte man diese Rz auch gänzlich streichen und den Erläuterungen auf das Rundschreiben 2008/42 verweisen.

d) Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen

a. Für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen (Art. 54 Abs. 2 26 AVO) unterbreitet das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse unverzüglich einen Verwendungsplan, sofern die Verwendung nicht bereits im Geschäftsplan geregelt ist. In diesem Plan ist darzulegen, wie die Verteilung der nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen an diejenigen Versicherten erfolgt, welche diese Rückstellungen finanziert haben. Ist eine Verteilung dieser Mittel nach diesem Grundsatz nicht möglich, sind diese zu Gunsten des Gesamtbestands zu verwenden. 26

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Versicherungstechnische Rückstellungen werden weder explizit gebildet noch aufgelöst. Sie werden per Stichtag geschätzt. Dies steht auch in Einklang zu den in Zi. III. a. des Rundschreibens 2008/42 definierten Grundsätzen. Die Veränderung der Rückstellungen von einem Stichtag zum nächsten geht in der Regel in die versicherungstechnische Erfolgsrechnung ein. Die Schadenrückstellungen nehmen naturgemäss einmal zu und einmal ab, und auch die Alterungsrückstellungen können bei schrumpfenden Beständen auf natürliche Art und Weise zurückgehen. Daher kann es nicht sein, dass für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen ein Verwendungsplan definiert wird, sei dies im Geschäftsplan oder an anderer Stelle. Dies ist übrigens auch im Rundschreiben 2008/42 nicht vorgesehen. Darüber hinaus werden nicht alle versicherungstechnischen Rückstellungen durch die Versicherten finanziert und sind daher nicht an sie zu verteilen.

b. In seinem jährlichen Bericht an die Geschäftsleitung des Versicherungsunternehmens gemäss Art. 3 AVO-FINMA informiert der verantwortliche Aktuar über nicht mehr benötigte Rückstellungen. 27

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Der Passus kann ersatzlos gestrichen werden, da bereits in VAG Art. 24, Absatz 1c und 2 sowie AVO-FINMA Art. 3 Absatz 2 geregelt.

e) Mitgabe von Alterungsrückstellungen

Für die Mitgabe von *Alterungsrückstellungen* nach Art. 155 AVO gilt Folgendes: 28

Kommentar:

Es wäre wünschenswert, hier zu präzisieren, bei welchen Verträgen der Art. 155 AVO Anwendung findet.

a. Bei individuell pro Versicherten gebildeten *Alterungsrückstellungen* gilt als angemessener Teil der für den Versicherten bis zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung geäußerte Betrag. Negative Beträge (z.B. als Folge des in bestimmten Altersbereichen sinkenden Risikos bei Frauen) sind dabei auf Null zu setzen. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen. 29

b. Bei pauschal gebildeten *Alterungsrückstellungen* basiert die Anteilsberechnung auf dem der Bildung und Auflösung zu Grunde liegenden mathematischen Modell, aus dem sich der angemessene Anteil herleiten lassen muss. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen. 30

c. Abzüge („Rückkaufkosten“), insbesondere für das Zinsrisiko, das Risiko von nicht amortisierten Abschlusskosten sowie für das Risiko von Massenkündigungen, sind - sofern begründet - zugelassen. 31

d. Im Todesfall des Versicherten entfällt der Anspruch auf Ausschüttung. 32

D. Gestaltung der Tarifstruktur

Eine versicherungstechnische Ungleichbehandlung gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO liegt vor, wenn für ein vergleichbar hohes Risiko stark unterschiedliche Prämien verlangt oder wenn für die gleiche Prämie deutlich unterschiedliche Risiken gedeckt werden. Insbesondere ist zu vermeiden, dass ein Teil der Versicherten zu tiefe Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt. 33

Vorschlag:

Letzten Satz streichen.

Kommentar:

Art. 117 Abs. 2 AVO versteht als Missbrauch eine „versicherungstechnisch nicht begründbare erhebliche Ungleichbehandlung“. Daher sollte an dieser Stelle die Verhältnismässigkeit gewahrt bleiben. Wir interpretieren Art. 117 nicht dahingehend, dass sämtliche Solidaritäten verboten sind. So ist zum Beispiel auch in Art. 61 KVG oder in Art. 92 Abs. 6 UVG eine geschlechtsspezifische Tarifierung ausdrücklich nicht gestattet. Vor allem sollten aber die „stark unterschiedliche Prämien“ in Relation zu der absoluten Prämienhöhe jedes Einzelnen gesehen werden.

Der Tarif hat deshalb genügend *Tarifmerkmale* mit differenzierenden Ausprägungen (*Tarifklassen*) aufzuweisen, um insbesondere der Gefahr einer Antiselektion vorzubeugen. 34

Zur Beurteilung des Umfangs der Umverteilungen sind die *Bedarfs-* und die *Risikoprämien* nach den relevanten *Tarifklassen* in geeigneter Weise abzubilden. Die Ermittlung dieser Prämien ist schlüssig anhand aussagekräftiger Statistiken oder bei Produktentwicklungen anhand geeigneter und begründeter Berechnungsannahmen darzulegen. Die Herleitung der Risikozuschläge ist ebenfalls zu erläutern. 35

Vorschlag:

Ändern in: „Sind grössere Umverteilungen vorgesehen, so sind zur Beurteilung des Umfangs der Umverteilungen ...“

Kommentar:

Wir verweisen hier auf die Verhältnismässigkeit. „Erhebliche Ungleichbehandlungen“ können nur dann vorliegen, wenn die Prämien ins Gewicht fallen.

Umverteilungskomponenten zur Bildung von Solidaritäten sind zulässig, sofern das Antiselektionsrisiko gebührend berücksichtigt ist. 36

Vorschlag:

Ändern in: „... sofern das Prinzip 1 eingehalten wird.“

Kommentar:

In Zi. 2.6 schlagen wir vor, das Prinzip 1 als grundlegendes Prinzip aufzunehmen. Hier sollte darauf verwiesen werden.

Die genehmigten *Tarifmerkmale* sowie die wesentliche Struktur der *Tarifklassen* dürfen nur in Zusammenhang mit einer grundlegenden technischen Revision gemäss Rz 45 ff. abgeändert werden. 37

Vorschlag:

Ändern in: „Sind grössere Änderungen an den genehmigten ... vorgesehen, darf dies nur im Zusammenhang mit ... geschehen.“

Kommentar:

Es wäre mit unverhältnismässigem Aufwand verbunden, wenn kleine Änderungen am Tarif wie zum Beispiel die Einführung einer neuen Selbstbehaltsvariante oder einer neuen Regionalklasse zu einer vollständigen Tarifrevision mit allen Konsequenzen führen würden.

E. Rabatte

Rabatte bilden einen besonderen Fall von *Tarifmerkmalen* (vgl. Rz 33 ff.) und sind als Bestandteile der Tarife vorlage- und genehmigungspflichtig. 38

Vorschlag:

Ändern in: „Rabatte, welche das versicherungstechnische Risiko betreffen, bilden ...“

Kommentar:

Diese Formulierung steht in Einklang mit Rz 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. 39

Vorschlag:

Ändern in: „Rabatte, die das versicherte Risiko bzw. die Kosten betreffen ...“

Kommentar:

Rabatte, wie zum Beispiel Rabatte für höhere Selbstbehalte, beeinflussen nicht unbedingt das versicherte Risiko, wohl aber die Entschädigung.

Die genehmigte Regelung von *Rabatten* gilt, solange keine Revision der technischen Grundlagen im Sinne von Rz 45 ff. durchgeführt wird. Sie gilt für alle Versicherten desselben Bestandes, welche die Bedingungen der Gewährung des *Rabatts* erfüllen. 40

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Der Passus ist überflüssig.

Die Bedingungen für die Gewährung und den Wegfall von *Rabatten* müssen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klar umschrieben sein. 41

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Rabatte sind wie zum Beispiel auch die Prämien kein Bestandteil der AVB.

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. 42

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Dies steht schon in Rz 38 und ist daher an dieser Stelle überflüssig.

F. Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife

Ein bestehender Tarif darf höchstens im Umfang der Entwicklung der *exogenen Teuerung* angepasst werden, sofern ein Ausgleich innerhalb des Kollektivs und über die Zeit gewährleistet ist. 43

Vorschlag:

Ändern in: „Im Rahmen der periodischen Anpassung bestehender Tarife dürfen neben dem

Ausgleich der exogenen Teuerung auch kleine Änderungen vorgenommen werden.“

Kommentar:

Es wäre mit unverhältnismässigem Aufwand verbunden, wenn jede minimale Änderung des Tarifs, die nicht auf die exogene Teuerung zurückzuführen ist, wie zum Beispiel die Einführung neuer Selbstbehaltsvarianten oder kleine Änderungen an Faktoren zur Berücksichtigung des Selbstbehalts, des Kantons oder des Geschlechts zu einer vollständigen Tarifrèvision mit allen Konsequenzen führen würde.

Weitere Tarifierpassungen, d.h. solche, die das Ausmass der *exogenen Teuerung* übersteigen, sind nur unter den Voraussetzungen von Rz 45 ff. möglich. 44

Vorschlag:

Ändern in: „Weitere Tarifierpassungen sind nur unter den Voraussetzungen von Rz 45 ff. möglich.“

Kommentar:

Siehe Rz 43. Wünschbar wäre eine andere Reihenfolge: Zunächst wird analog Rz 37 beschrieben, in welchen Fällen eine Tarifrèvision erfolgen muss. Dann kann erläutert werden, dass andere Änderungen im Rahmen der üblichen Tarifierpassung erfolgen können.

G. Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs

Eine Revision der technischen Grundlagen liegt vor, wenn der entsprechende Sachverhalt gestützt auf Art. 5 VAG zu einer genehmigungspflichtigen Änderung des Geschäftsplans nach Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r VAG führt. 45

Vorschlag:

Ändern in: „... zu einer Änderung des Geschäftsplans nach Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r VAG führt.“

Kommentar:

Änderungen nach Art. 4 Abs. 2 Bst. d sind nicht genehmigungspflichtig.

Eine Revision muss das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse beantragen, wenn der zulässige Rahmen des technischen Gewinns im Sinne von Rz 9 überschritten wird oder die kumulierten jährlichen *technischen Ergebnisse* für ein *Produkt* zu einem Verlust führen. 46

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Im vorliegenden Entwurf wird zwischen Tarifrèvision und Tarifierpassungen unterschieden. An dieser Stelle wird eine Tarifrèvision mit allen Konsequenzen verlangt. Lineare Anpassungen sind nicht möglich. Dies führt vor allem bei kleineren Produkten zu einem nicht vertretbaren Aufwand.

Eine Revision kann vom privaten Versicherungsunternehmen oder der Krankenkasse beantragt werden, 47

- a. wenn technisch hinreichend begründet ist, weshalb eine Tarifsanierung erfolgen soll, 48
- b. wenn Erhöhungen über der *exogenen Teuerung* weder zu einer technischen Ungleichbehandlung noch zu einer zu erwartenden höheren Stornoquote führen. Senkungen von Tarifen unterhalb des Niveaus einer *Bedarfsprämie* dürfen ebenfalls keine technische Ungleichbehandlung zur Folge haben. 49

Kommentar:

Diesen Passus verstehen wir nicht.

H. Technische Erklärungen im Geschäftsplan

- Für einen genehmigungspflichtigen Tarif sind mindestens folgende Angaben einzureichen: 50

a) Finanzierungsverfahren

- Im Geschäftsplan ist das gewählte *Finanzierungsverfahren* oder die kombinierte Form unter Verwendung der Begriffe gemäss Glossar (Anhang 1) zu beschreiben. Dazu gehört die Beschreibung der relevanten Risiken, der Bewertungsmethode sowie der Bildung und Auflösung der entsprechenden versicherungstechnischen Rückstellungen. 51

Vorschlag:

Zweiten Satz ändern in: „... sowie die Methode zur Ermittlung der produktspezifischen versicherungstechnischen Rückstellungen.“

Kommentar:

Siehe Bemerkungen zu Rz 16 ff.

b) Tarifstruktur

- Im Geschäftsplan ist die Tarifstruktur wie folgt zu beschreiben: 52

aa) Tarifniveau

- Bei Wahl eines mehrheitlich individuellen Bedarfdeckungsverfahrens: Die Tarifprämie folgt der *Risikoprämie*. Die Tarifprämie ist explizit Teil der geschäftsplanmässigen Erklärung. 53

- Bei Wahl eines überwiegend individuellen Kapitaldeckungsverfahrens oder eines überwiegend kollektiven Bedarfsdeckungsverfahrens: Das Verhältnis zwischen Tarif- und *Risikoprämien* ist anzugeben. 54

- Bei Wahl eines überwiegend kollektiven Kapitaldeckungsverfahrens: Das Verhältnis zwischen Tarif-, *Risiko-* und *Bedarfsprämien* ist geeignet zu beschreiben. 55

bb) Tarifpositionen

Für alle *Finanzierungsverfahren* sind die *Tarifmerkmale* und die Altersklassen vollständig aufzulisten. 56

c) Versicherungstechnische Rückstellungen

Für alle Finanzierungsverfahren sind folgende Angaben im technischen Teil des Geschäftsplans festzuhalten: 57

a. Quantitative Bewertung der einzelnen versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Rz 16 ff. 58

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Ist in Rz 16 ff. geregelt.

b. Bezeichnung der versicherungstechnischen Rückstellungen mit den ihnen zugeordneten quantifizierten Risiken im Sinne von Rz 23. 59

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Ist in Rz 16 ff. geregelt.

c. Ausmass und Regeln für die Auflösung von versicherungstechnischen Rückstellungen. 60

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Ist in Rz 16 ff. geregelt.

d. Angewendete Methoden zur laufenden Information des Managements über die Höhe der versicherungstechnischen Rückstellungen und deren Bedeckung durch das gebundene Vermögen. 61

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Methoden zur Information des Managements gehören sicherlich nicht in den Geschäftsplan. Dies ist Aufgabe des Risikomanagements oder des Internen Kontrollsystems.

Bei genehmigten *Produkten* sind der FINMA jeweils der Tarif und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder die Zusatzbedingungen in den verwendeten Sprachen zweifach einzureichen. 62

Kommentar:

Heisst das bei neu eingereichten genehmigten Produkten oder für alle vorhandenen Produkte?

I. Werbung für noch nicht genehmigte Produkte

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. 63

IV. Kollektivkrankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung

A. Information des Versicherungsnehmers

Vor Vertragsabschluss oder -änderung informiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse den Versicherungsnehmer über die Tarifklassifikation seines Betriebs und gegebenenfalls über Systeme der Gewinnbeteiligung, der Erfahrungstarifizierung und der Abhängigkeit der Prämie von der Lohnsumme. 64

Ist es dem privaten Versicherungsunternehmen oder der Krankenkasse wegen der Komplexität des angewendeten Systems nicht oder nur begrenzt möglich, die Voraussetzungen der Herauf- und Herabstufung quantitativ anzugeben, so sind dem Versicherungsnehmer zumindest die Faktoren, welche für die Prämienbestimmung massgebend sind, bekannt zu geben. 65

B. Tarifgestaltung

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. 66

Vorschlag:

Zweiten Satz streichen

Kommentar:

Credibility ist nicht die einzige anerkannte versicherungstechnische Methode zur angemessenen Berücksichtigung der individuellen und der kollektiven Schadenerfahrung.

Der Kreditibilitätsfaktor wird anhand eines in der anerkannten Literatur angegebenen Verfahrens bestimmt, wobei die Methode gegebenenfalls an die spezifische Situation anzupassen ist. 67

Vorschlag:

Die Gewichtung der individuellen und der kollektiven Schadenerfahrung wird anhand einer anerkannten versicherungstechnischen Methode bestimmt, wobei die Methode gegebenenfalls an die spezifische Situation anzupassen ist.

Kommentar:

Siehe Rz 66.

Die Fälle $z=1$ und $z=0$ sind soweit begründet zugelassen. Dies gilt insbesondere, wenn keine individuelle Schadenerfahrung vorliegt oder wenn die kollektive Schadenerfahrung nicht relevant ist (Full Credibility, atypischer Risikobestand, Bonus/Malus-System). 68

Vorschlag:

Die Nichtberücksichtigung entweder der individuellen oder der kollektiven Schadenerfahrung ist soweit begründet zugelassen. Dies gilt insbesondere...

Kommentar:

Siehe Rz 66.

V. Materielle Anforderungen an die Eingabe von Tarifgesuchen

Vorschlag:

Der ganze Abschnitt V. sollte gestrichen werden.

Kommentar:

Die Trennung in Einführungs- und Wachstumsphase, Reifephase und Sättigungs- und Rückbildungsphase eines Produkts ist obsolet. Erstens ziehen sich die einzelnen Phasen über mehrere Jahre hin und zweitens können sie auch nicht sauber getrennt werden. Ausserdem existieren dadurch viel zu viele Spezialfälle. Hierdurch werden nicht nur den Versicherungsgesellschaften enge Grenzen gesetzt, sondern auch der FINMA bleibt so gut wie gar kein Spielraum, auf besondere Situationen einzugehen. Das Vorgehen bei der Einführung neuer Tarife oder der Anpassung bestehender Tarife ist zudem in den vorhergehenden Abschnitten genügend geregelt.

A. Einführungs- und Wachstumsphase eines Produktes

a) Erstgesuch von Produkten

Bei einem neuen *Produkt* (z.B. Pflegeversicherung) verfügt das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse über keine eigenen verlässlichen statistischen Daten. Auch sind oftmals keine öffentlich zugänglichen geeigneten Daten vorhanden. Ferner ist das Kundenverhalten ungewiss. 69.

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

Geeignete technische Grundlagen sind zu erarbeiten, damit eine adäquate Evaluation und Quantifizierung der massgeblichen Risiken (vgl. Rz 11 ff. und Rz 16 ff.), die das *Produkt* deckt, ermöglicht werden. 70

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation zu rechnen. Der verantwortliche Aktuar muss daher den Tarif überwachen und gegebenenfalls eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen sowie den Geschäftsplan anpassen. 71

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

Zentral ist ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, der mittels verschiedener *Szenarien* zeigt, dass das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse die Investitionskosten und eine Periode mit negativen Ergebnissen tragen kann. 72

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

b) Weiterentwicklung von Produkten

Bei einer Weiterentwicklung eines bestehenden *Produktes* (z.B. Spitalzusatzversicherung mit Wahlmöglichkeit) sind statistische Daten verfügbar, aber eventuell nicht in der benötigten Form oder Detaillierung. Zudem ist das Kundenverhalten mit Unsicherheit behaftet. 73

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

Auch hier treten die gleichen Unsicherheiten wie bei der Neuentwicklung auf, jedoch in geringerem Ausmass. Die vorhandenen Statistiken sind zu präsentieren und zu interpretieren. Auch hier muss der verantwortliche Aktuar eine Nachkalkulation des Tarifes vornehmen und bei Bedarf eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen. Ein Bedarf ist beispielsweise bei einer erheblichen Abweichung des finanziellen Ergebnisses des *Produktes* von den Projektionen oder bei erheblichen ungerechtfertigten Abweichungen der Ergebnisse zwischen den *Tarifklassen* gegeben. Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan inklusive *Szenarien* ist notwendig. 74

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

c) Spezielle Finanzierungsverhältnisse

Verwendung eines kollektiven Finanzierungsverfahrens: Eine absolut zentrale Rolle für die Beurteilung des Finanzierungsverfahrens spielt die *Bedarfsprämie*. Die Angabe der *Bedarfsprämien* nach den relevanten *Tarifklassen* erlaubt es, den Umfang der allfälligen Umverteilungen zu messen. Angesichts dessen ist in den Produktvorlagen auf die Ermittlung der *Bedarfsprämien* besonders zu achten. Wie sie ermittelt worden sind, ist schlüssig darzulegen. 75

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

Bei kleinen Beständen sind die Abweichungen vom Erwartungswert der Schäden mittels geeigneter statistischer Methoden zu berücksichtigen. Dabei muss sowohl den Abweichungen, die mit der Schadenverteilung verbunden sind, als auch denjenigen, die durch die Bestandesgrösse bedingt sind, Rechnung getragen werden. 76

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

d) Gesuch um Revision technischer Grundlagen

Wird um Revision von technischen Grundlagen ersucht, sind die Angaben nach Rz 81 einzureichen. 77

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

B. Reifephase

Bei einem *Produkt* in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten 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. 78

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

Selektive Prämienanpassungen sollten aber die Ausnahme sein und werden entsprechend restriktiv genehmigt. Häufiger dürften teuerungsbedingte Prämienanpassungen sein, die in den meisten Fällen linear vorgenommen werden können. In beiden Fällen sind die Prämienanpassungen anhand von Statistiken zu belegen. 79

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

C. Sättigungs- und Rückbildungsphase

Noch in der Sättigungsphase dürfen Anpassungen am *Finanzierungsverfahren* im Sinne von Rz 45 ff. vorgenommen werden, sofern erhebliche, nicht vorhersehbare Risiken eingetreten sind. Die Überwälzung dieser Risiken auf die Versicherten ist nach Abschluss der Sättigungsphase grundsätzlich nicht vorgesehen. 80

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Siehe Bemerkungen am Anfang von Zi. V.

VI. Dokumente für Anträge neuer Produkte oder Grundlagen-Revisionen

Zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem vollständigen Tarif sind folgende Angaben erforderlich: 81

1. Bei Revision der technischen Grundlagen ist eine Begründung unter Berücksichtigung von Rz 45 ff. zu liefern.
2. Beschreibung des Finanzierungsverfahrens des Produktes und gegebenenfalls der Rückversicherung.
3. Begründete Ermittlung der Risikoprämien und -zuschläge, in aussagekräftigen Statistiken, oder mangels Statistiken mit geeigneten Berechnungen unter Angabe der Annahmen.
4. Beschreibung der Struktur der Prämien und deren wesentlichen Komponenten (Tarifklassen, Risikoprämie, Risikozuschläge, Zuschlag für Verwaltungskosten, allfällige Umverteilungs- oder Alterskomponente, Gewinnmarge).
5. Beschreibung und Begründung des Rabattsystems oder der Überschussbeteiligung.
6. Nachweis mittels geeigneter Szenarien, dass das gewählte Finanzierungsmodell die mittel- bis langfristige Beständigkeit des Produktes erlaubt, falls eine zeitliche Umverteilung vorgesehen ist.
7. Präzise Beschreibung der Bildung und der Auflösung der jeweiligen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen (gemäss Art. 54 Abs. 3 sowie 69 AVO).

Vorschlag:

Ändern in: „... der Ermittlung der produktspezifischen versicherungstechnischen Rückstellungen.“

Kommentar:

Siehe Bemerkungen in Zi. 2.5 und zu Rz 16 ff.

8. Beschreibung der Akquisitionspolitik sowie der mittelfristig erwarteten Bestandesstruktur.

Vorschlag:

Ändern in: „Bei wesentlichen Produkten mit starker Altersabhängigkeit des Schadenbedarfs Beschreibung ...“

Kommentar:

Die Verhältnismässigkeit sollte gewahrt bleiben.

9. Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, welcher insbesondere die Anzahl Versicherter, den Schadenaufwand, die Verwaltungskosten, die Bildung und die Auflösung der Rückstellungen aufzeigt, der auch den Anforderungen nach Rz 69 ff. Rechnung trägt.

Vorschlag:

Ändern in: „Bei wesentlichen Produkten mit starker Altersabhängigkeit des Schadenbedarfs ein von der ...“

Kommentar:

Die Verhältnismässigkeit sollte gewahrt bleiben.

10. Plan zur Rückerstattung der Alterungsrückstellungen, falls Art. 155 AVO zur Anwendung kommt.

Kommentar:

Rz 81 ist eigentlich in den vorherigen Absätzen zur Genüge abgehandelt.

VII. Übergangsbestimmungen

Das vorliegende Rundschreiben löst die früheren Vorgaben dieser Behörde bzw. ihrer Vorgängerbehörde, des Bundesamts für Privatversicherungen, ab, soweit diese dieselben Sachverhalte abdecken wie dieses Rundschreiben.	82
Für die genehmigten <i>Produkte</i> der Zweige B2 und AS sind die vorliegenden Bestimmungen anwendbar, sobald eine technische Revision gemäss Rz 45 ff. vorgenommen wird.	83

Zum Glossar in Anhang 1

Die SAV möchte für das Glossar im Rahmen dieser Stellungnahme keine ausformulierten Verbesserungsvorschläge machen, aber doch anhand von wenigen Beispielen auf verschiedene Ungereimtheiten hinweisen. Gerne sind wir auch bereit, beispielsweise im Rahmen einer Arbeitsgruppe zur Klärung der versicherungstechnischen Prinzipien und Begriffe beizutragen.

An verschiedenen Stellen stellt die SAV eine Vermischung der Begriffe bedarfsgerecht/risikogerecht, Bedarfsprämien/Risikoprämien etc. fest. Selbst unter Aktuaren wird nicht immer das Gleiche darunter verstanden; häufig werden sie jedoch synonym verwendet. In einem FINMA-Rundschreiben ist daher auf eine einheitliche Bezeichnung zu achten. Da der Begriff Risikoprämie in der Finanzwelt anders besetzt ist, bevorzugt die SAV die Begriffe "bedarfsgerecht" und "Bedarfsprämien" und regt an, auf die Begriffe "risikogerecht" und "Risikoprämien" konsequent zu verzichten.

In der Definition des Äquivalenzprinzips fehlt das Wort "Barwert".

Die einzelnen Finanzierungsverfahren sind ziemlich salopp formuliert.

Die Definition von "Szenario" im Glossar ist keine Definition, sondern sie enthält Ausführungsbestimmungen, die nicht an diese Stelle gehören. Zudem möchten wir daran erinnern, dass der Begriff "Szenario" etwa im Schweizer Solvenztest anders besetzt ist als hier dargestellt.

Die jährliche exogene Teuerung ist definiert durch die Differenz des Schadenaufwands, den ein bestimmter Versichertenbestand mit identischer Alters- und Gesundheitsstruktur im Vergleich zum laufenden Jahr ein Jahr später aufweist. Zur exogenen Teuerung zählen somit insbesondere alle Faktoren, die ein Versicherungsunternehmen nicht oder nur geringfügig beeinflussen kann, z.B. Tarifänderungen der Leistungserbringer, Mengenausweitungen, der medizinische Fortschritt der Behandlungsmethoden, veränderte Finanzierungssysteme aufgrund veränderter rechtlicher Grundlagen, etc. Die exogene Teuerung ist schwierig zu ermitteln und in der Praxis nicht leicht von anderen Einflüssen zu trennen.

Irgendwo im Dokument sollte zudem erwähnt werden, dass im Bedarfsdeckungsverfahren mit Alterungsrückstellungen zur exogenen Teuerung auch Nachfinanzierungen zur Erhöhung der Alterungsrückstellungen gehören.

Die Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen sind wie im Rundschreiben 2008/42 zu definieren. Insbesondere sollte keine getrennte Betrachtung erfolgen.

Unter den Schadenrückstellungen verstehen wir die Rückstellungen für die künftigen Schadenzahlungen oder die künftigen Leistungen. Die Schadenrückstellungen per Stichtag sind ein Schätzer für alle Schadenzahlungen, die nach dem Stichtag für die Schäden mit Schadendatum bis zum Stichtag erbracht werden. Nach der Definition der Schweizerischen Aktuarvereinigung heissen die Schadenrückstellungen bedarfsgerecht oder Bedarfsschadenrückstellungen, falls es sich hierbei um einen erwartungstreuen Schätzer der nicht diskontierten Schadenzahlungen handelt. Bedarfsschadenrückstellungen gelten als bestmögliche Schätzung, sind also weder auf der vorsichtigen noch auf der unvorsichtigen Seite und enthalten insbesondere keine bewussten Verstärkungen.

Zentral für die Ermittlung der Schadenrückstellungen ist die zeitliche Leistungspflicht des Versicherers gemäss AVB, denn aus dieser ergibt sich, welche der nach dem jeweiligen Stichtag anfallenden Schadenzahlungen aus Prämien finanziert werden müssen, die vor dem Stichtag Deckung getragen haben.

In der oben aufgeführten Definition der Schadenrückstellungen per Stichtag sind dies gerade die Schäden mit Schadendatum bis und mit Stichtag. Verwenden wir also in diesem Zusammenhang das Schadendatum, dann sollte dessen Definition der zeitlichen Leistungspflicht Rechnung tragen.

Bei den Krankenversicherern können mehrere Varianten der Leistungspflicht existieren: In der obligatorischen Krankenversicherung ist bei den Heilungskosten das Behandlungsdatum für die Leistungen des Versicherers massgebend. Beim Krankentaggeld ist es der Beginn der Arbeitsunfähigkeit, wobei die Arbeitsunfähigkeit mit jedem Jahreswechsel erneut per 1. 1. beginnt. In der Krankenzusatzversicherung wird dies im Allgemeinen genau gleich gehandhabt wie im Obligatorium. Bei Produkten der Krankentaggeldversicherung kann jedoch auch der Beginn der Arbeitsunfähigkeit an sich massgeblich sein, also ohne Neubeginn per 1. 1. Bei Produkten der Unfallversicherung kann auch das Unfalldatum die Leistungspflicht definieren. Dementsprechend existieren drei Definitionen des Schadendatums: Im Allgemeinen ist das Schadendatum das Datum, an dem die Behandlung oder der Spitalaufenthalt beginnt. Jede neue Behandlung und jeder neue Spitalaufenthalt wird als neuer Schadenfall mit einem neuen Schadendatum betrachtet. In der Krankentaggeldversicherung ist das Schadendatum generell das Datum, an dem die Arbeitsunfähigkeit beginnt. In den angesprochenen Produkten der Unfallversicherung ist das Schadendatum das Datum, an dem sich der Schaden ereignet hat, also der Unfall passiert ist. Das Schadenjahr eines Schadens ist jedoch in allen Fällen auf dieselbe Art und Weise definiert: Es ist das Jahr, in dem das Schadendatum liegt. Gleiches gilt für den Schadenaufwand per Stichtag: es ist in allen Fällen die Summe aus den bis zum Stichtag geleisteten Schadenzahlungen und den Rückstellungen per Stichtag. Der Schadenaufwand ist also ein Schätzer für sämtliche Leistungen, die insgesamt erbracht werden müssen.

Die Rückstellungen für Schadenbearbeitungskosten per Stichtag dienen dazu, alle Kosten abzudecken, die nach dem Stichtag für die Bearbeitung der Schäden anfallen, deren Schadendatum kleiner oder gleich dem Stichtag ist. Grundsätzlich gilt: Werden Schadenrückstellungen gebildet, dann sind auch Rückstellungen für Schadenbearbeitungskosten nötig. Rechnen wir mit zukünftigen Zahlungen, die von den bereits verdienten Prämien finanziert werden müssen, so müssen auch die bei der Bearbeitung dieser Zahlungen anfallenden Kosten von den Prämien finanziert werden, die bereits verdient worden sind.

FINMA - Eidgenössische
Finanzmarktaufsicht
Herr Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

29. Oktober 2009 / IS

Anhörung zum Rundschreiben 2009/x: Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

Aus Sicht der privaten Krankentaggeldversicherer

Sehr geehrter Herr Januth

Wir möchten Ihnen für die uns gebotene Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Anhörung zum Entwurf des Rundschreibens betreffend die Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung danken und nehmen wie folgt Stellung:

1. Zu Ziffer I.: Geltungsbereich

Das Rundschreiben soll in sachlicher Hinsicht für die Zusatzversicherungsverträge zur sozialen Krankenversicherung einschliesslich Einzelkrankentaggeldversicherungen gelten.

Die Privatversicherer bieten die Einzelkrankentaggeldversicherung vor allem an, um den im Rahmen einer kollektiven Krankentaggeldversicherung versicherten Personen das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung garantieren zu können. Die Einzelkrankentaggeldversicherungen und weitere Geldleistungen der Versicherungszweige B2 und A5 (Spitaltaggeld, Kapital oder Rente bei Tod und Invalidität) stellen unseres Erachtens aus den nachstehend aufgeführten Erwägungen keine Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dar und unterliegen daher - ebenso wie die kollektiven Krankentaggeldversicherungen - nicht der präventiven Kontrolle:

- Art. 4 Abs. 2 lit. r des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG vom 17. Dezember 2004) lautet wie folgt: *"Der Geschäftsplan muss folgende Angaben und Unterlagen enthalten: die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche in der Schweiz verwendet werden bei der Versicherung von sämtlichen Risiken in der beruflichen Vorsorge und in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung".*
- Der Ständerat hat im Rahmen der Beratungen der VAG-Vorlage am 18. Dezember 2003 bezüglich präventiver Kontrolle eine Änderung zum bundesrätlichen Vorschlag beschlossen. Es kann auf die Ausführungen von Herrn Ständerat David verwiesen werden: *"Artikel 4 ist sicher einer der grundsätzlichen Artikel. Es geht hier nämlich um die Frage, inwieweit man von der präventiven Kontrolle weggehen und inwieweit man sich zur nachträglichen Kontrolle bekennen will. Die Kommission ist im Grundsatz der Meinung, dass das, was uns der Bundesrat hier vorschlägt, richtig ist. Sie wird Ihnen aber nachher noch - das wird weiter hinten kommen, in Absatz 2 Buchstabe r - bei zwei Versicherungen, in zwei Bereichen, vorschlagen, bei der bisherigen Ordnung einer präventiven Kontrolle zu bleiben.*
*Wir weisen noch ein Mal darauf hin, dass nach diesem Artikel insbesondere für die Einzellebensversicherung in Zukunft keine präventive Tarifkontrolle mehr existiert. Über Absatz 2 Buchstabe r hat die Kommission ziemlich ausführlich diskutiert. Die Geschehnisse dieses Sommers haben diese Diskussion im Bereich der beruflichen Vorsorge auch beeinflusst. Sie wissen, dass die "Winterthur"-Versicherung im Sommer ein neues Modell kreiert hat. Dieses Modell wurde dann von der Versicherungsaufsicht geprüft, wie es nach dem geltenden Recht notwendig ist, und die Versicherungsaufsicht hat zu diesem neuen Modell das «Okay» gegeben. Über den Inhalt dieses Prüfungsentscheidendes äussern wir uns nicht mehr. Der Bundesrat hatte vorgeschlagen, dass solche Prüfungen überhaupt nicht mehr stattfinden würden, d. h., die "Winterthur" hätte dieses Modell in der beruflichen Vorsorge ohne Prüfung durch eine Aufsichtsbehörde einführen können. Das wäre der neue Ansatz, auch für die Kollektiv-, nicht nur für die Einzelversicherung in der beruflichen Vorsorge. **Die zweite Versicherung, die betroffen ist, ist die Zusatzversicherung zur Krankenversicherung, die sogenannte Halbprivat- und Privatversicherung.** Auch jene Tarife würden nach dem bundesrätlichen Entwurf durch die Aufsichtsbehörde nicht mehr vorgängig überprüft. In beiden Bereichen ist die Kommission der Meinung, dass es richtig ist, beim jetzigen System zu bleiben, weil diese beiden Bereiche sehr nahe am Sozialversicherungsrecht sind. Sie stehen dem Sozialversicherungsrecht bei der beruflichen Vorsorge näher, weil dort ein Obligatorium besteht, das durch das BVG geregelt ist. Wir sprechen beispielsweise den Punkt an, dass man auch überlegen muss, ob in beiden Systemen unterschiedliche Umwandlungssätze möglich sein sollen usw. Sozialversicherung und*

*Nichtsozialversicherung, Obligatorium und Überobligatorium sind miteinander sehr stark "verhängt". Wir sind daher der Meinung, dass eine vorgängige Tarifkontrolle in beiden Bereichen richtig ist. **Ähnlich ist es bei der Krankenversicherung: Die Grundversicherung untersteht einer totalen vorgängigen Kontrolle, und die Zusatzversicherung ist natürlich - von den Leistungen, der Umschreibung und dem Risiko her - der Grundversicherung nahe.** Daher ist es nach Meinung der Kommission richtig, wegen dieser Nähe zur Sozialversicherung die präventive Kontrolle weiterhin zu belassen".*

Der Nationalrat hat sich dann bei seinen Beratungen am 17. März 2004 dem Ständerat angeschlossen und dessen Formulierung von Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG übernommen.

- Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil vom 25. Mai 2007 (das im Rundschreibenentwurf zitiert wird) folgende Feststellungen getroffen:
 - *"Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) regelt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (vgl. Art. 1a KVG). Neben der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist es den Krankenkassen und den gestützt auf Art. 11 Bst. b KVG als Krankenversicherer zugelassenen privaten Versicherungsunternehmen möglich, Zusatzversicherungen anzubieten, welche den von der Grundversicherung angebotenen Leistungskatalog ergänzen (vgl. Art. 12 Abs. 2 KVG). So bieten beispielsweise die Halbprivat- und Privatversicherungen dem Versicherten im Falle eines stationären Spitalaufenthalts einen höheren Komfort als die Grundversicherung, die lediglich die Kosten für eine stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Spitals übernimmt (vgl. Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG). Diese Zusatzversicherungen unterstehen dem Versicherungsvertragsgesetz und sind damit Gegenstand des Privatversicherungsrechts (vgl. Art. 12 Abs. 3 KVG). Die Eigenheit dieser Zusatzversicherungen ist, dass sie die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG mit zusätzlichen versicherten Leistungen ergänzen. Diese Zusatzversicherungen weisen daher immer einen Bezug zur sozialen Krankenpflegeversicherung auf. Ihre Ausgestaltung als die Grundversicherung ergänzende Versicherungen hat den Gesetzgeber dazu bewogen, diese Versicherungsprodukte weiterhin der präventiven Tarifkontrolle zu unterstellen". [E. 2.2]*
 - *"Bei der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach dem VVG handelt es sich um eine Versicherung, die ein Arbeitgeber abschliesst, um sich gegen die Folgen der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht bei unverschuldeter Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung infolge Krankheit, Unfall etc. zu versichern (vgl. Art. 324a OR). Es handelt sich um eine selbständige, umfassende Versiche-*

rung des Privatversicherungsrechts, die den Arbeitgeber gegen den Schaden versichert, welcher im Falle eines krankheitsbedingten Ausfalls seiner Angestellten entstehen kann. Diese Versicherung ist nicht als Sozialversicherung ausgestaltet. Sie stellt auch keine Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im oben ausgeführten Sinn dar. Bei der kollektiven Taggeldversicherung nach VVG handelt es sich vielmehr um eine freiwillige Privatversicherung". [E. 2.3] Diese Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichtes treffen vollumfänglich auch auf die Einzeltaggeldversicherung zu. Denn die Letzere verfolgt keinen anderen Zweck, als die Weiterführung der kollektiven Krankentaggeldversicherung im Rahmen einer Einzelversicherung.

- Dass sowohl zwischen der Kollektiv- als auch der Einzel-Krankentaggeldversicherung und dem KVG keinerlei Zusammenhang besteht, zeigt sich auch im Rahmen der Schadenabwicklung. *"Mit überzeugender Begründung hat deshalb FUHRER dafür votiert, den Begriff der Zusatzversicherung auf die ergänzenden Krankenversicherungsprodukte im engeren Sinn zu beschränken: Halbprivat- und Privat-Spitalzusatzversicherungen sowie Zahnpflegeversicherungen. Nur diese sind Ergänzungen zum Kern der KVG-Grunddeckung für Krankenpflegekosten"* [F. Hunziker-Blum, Der Rechtsweg bei Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung: eine 'Zivilisierung' durch die kantonalen Gesetzgeber liegt im Interesse aller Beteiligten, AJP/PJA 6/2008, S. 730f.; vgl. auch St. Fuhrer, Anmerkungen zu privatversicherungsrechtlichen Entscheidungen des Bundesgerichts, HAVE/REAS 3/2007, S. 263].
- Die Privatversicherer haben weder für die Durchführung der Kollektiv- noch für die Durchführung der Einzel-Krankentaggeldversicherung eine Bewilligung des Eidgenössischen Departementes des Innern gemäss Art. 13 in Verbindung mit Art. 11 lit. b KVG einholen müssen.

2. Zu Ziffer IV.: Kollektivkrankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO)

Zu A.: Information des Versicherungsnehmers

Es stellt sich die Frage, ob die Ausführungen unter Buchstabe A. überhaupt notwendig sind. Dies im Hinblick auf die in Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG, SR 221.229.1) geregelte Informationspflicht der Versicherer.

Was die Bekanntgabe der Faktoren für die Prämienbestimmung betrifft, so ist einerseits festzuhalten, dass diese Aussage im Rundschreiben auslegungsbedürftig ist. Andererseits wäre eine umfassende Bekanntgabe der Faktoren wettbewerbsrechtlich äusserst problematisch.

Und schliesslich könnten die Versicherungsnehmer wohl mit der Bekanntgabe der Faktoren wenig bis nichts anfangen. Das Resultat wäre somit nichts weiter als eine unnötige Aufblähung der Vertragsbestimmungen und der Informationsmittel betreffend die vorvertragliche Information, verbunden mit administrativem Mehraufwand und entsprechenden Kosten.

Zu B.: Tarifgestaltung

Während Art. 157 AVO lediglich festhält, Art. 123 AVO gelte auch für die kollektive Krankentaggeldversicherung, enthält Art. 123 AVO einige Bestimmungen betreffend die "*Tarifklassen und Erfahrungstarifizierung*". Einen eigentlichen Tarifierungsgrundsatz enthält jedoch lediglich Abs. 4 von Art. 123 AVO, indem er festhält: "*Die Tarifierung muss nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden erfolgen*". Dies ist jedoch eine Selbstverständlichkeit und für die Versicherer weder neu noch eine besondere Herausforderung. Im Hinblick auf die bereits in Art. 123 AVO enthaltenen Bestimmungen stellt sich daher auch bei den Ausführungen unter Buchstabe B. die Frage, ob sie überhaupt notwendig sind.


Wir danken Ihnen für die uns gewährte Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Überlegungen. Für allfällige Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Lucius Dür
Direktor



Iris Schultheiss
Bereichsleiterin Kranken/Unfall

FINMA - Eidgenössische
Finanzmarktaufsicht
Herr Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

29. Oktober 2009

Stellungnahme zum FINMA Rundschreiben 2009/x: Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

Aus Sicht der privaten Krankenzusatzversicherer

Sehr geehrter Herr Januth

Wir möchten Ihnen für die uns gebotene Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Anhörung zum Entwurf des Rundschreibens betreffend die Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung danken.

I. Einleitende Bemerkungen

Gemäss den Erläuterungen möchte die FINMA mit dem Rundschreiben Normen formulieren, die bereits in der Praxis der Aufsichtsbehörde zur Anwendung kommen. Die damit verbundenen und erklärten Absichten der FINMA, wie die Verbesserung der Rechtssicherheit und Transparenz, sind zu begrüßen. Der SVV und die ihm angeschlossenen Krankenversicherer sind aber entgegen diesen Erläuterungen der Ansicht, dass das Rundschreiben über die erwähnte Praxis hinausgeht und zudem weit in versicherungstechnische Fragen der Krankenversicherung eingreift.

Wir sind uns bewusst, dass bei der Revision des Aufsichtsrechts die präventive Prüfung und Genehmigung der Prämien und Versicherungsbedingungen im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG aufrechterhalten wurde. Nach unserem Verständnis sollte die bislang gelebte Versicherungsaufsicht damit bestehen bleiben,

was die FINMA einleitend auch unter Punkt 1 bestätigt. Leider lassen die Bestimmungen des Rundschreibens diese Intention nicht erkennen.

So regelt die FINMA regelt sämtliche Normen auf Stufe Produkt, was in der Regel nicht sinnvoll ist. Wir wollen dies wie folgt begründen:

Zum einen vernachlässigt die FINMA den Grundsatz, dass wesentliche Elemente für eine Versicherung typischerweise gerade nicht auf Produktstufe zu definieren sind. Dazu gehören insbesondere

- Solvabilität – Solvenz
- Rentabilität (max. Rentabilität; Beitrag an Solvenz)
- Verschiedene Positionen im Bereich der versicherungstechnischen Rückstellungen

Zum anderen macht diese Betrachtungsweise aber auch keinen Sinn, wenn man sich vor Augen führt, dass zum Beispiel immer Produkte auf dem Markt existieren, die vorübergehend zeitlich befristet nicht selbsttragend sind. Eine laufende Prüfung und Genehmigung solcher Produkte durch die FINMA mit Sicht auf Solvenz- und Risikofragen würde auch im Umgang mit den Versicherten zu mehr Unsicherheit denn Sicherheit führen. Wir denken, dass kann nicht die Absicht der FINMA gewesen sein, bestehende und marktgängige Produkte zu vernichten.

Zuletzt erlauben wir uns noch den Hinweis, dass zwar entsprechende Rechtsgrundlagen für die Etablierung der Regulierungsinhalte des Rundschreibens bestehen. Eine gesetzliche Grundlage für das „Herunterbrechen“ der Vorschriften bis auf Produkte, ist keinesfalls ersichtlich. Es stellt sich daher schon die Frage, ob die FINMA überhaupt berechtigt ist, die einzelnen Anforderungen bis auf Produktebene zu verlangen oder sie nicht Kompetenzen beansprucht, für die gar keine Rechtsgrundlagen bestehen.

Nach unserem Verständnis schränken die im Rundschreiben aufgeführten Vorschriften die unternehmerischen Freiheiten der Versicherer solchermassen ein, dass sie nicht über ein Rundschreiben eingeführt werden können, sondern eines verfassungsmässigen Rechts bzw. einer gesetzlichen Grundlage im formellen Sinn bedürfen. Diese fehlen jedoch in den einschlägigen Gesetzen (VAG, VVG). Daher müssten – wenn überhaupt– die Inhalte der Richtlinien grundsätzlich zunächst auf gesetzliche Grundlagen abgestützt werden. So zum Beispiel die Vorschriften, welche jegliche Solidarität in der Krankenzusatzversicherung verbieten oder auch die Definition des Rabattes als Teil des zu genehmigenden Tarifs.

Solange die Zusatzversicherer sämtliche Voraussetzungen für die Durchführung der Geschäftstätigkeit und insbesondere die Solvabilitätsvorgaben erfüllen, sehen wir keine Notwendigkeit, dass

die FINMA präventiv in die Gestaltungsfreiheit der Zusatzversicherer eingreift. Eine Vereinheitlichung und starke Durchnormierung der Rahmenbedingungen (analog soziale Krankenversicherung) ist im Privatversicherungsbereich nicht vorgesehen und auch nicht gewollt.

Antrag

Wir sind aufgrund der dargelegten Überlegungen der Auffassung, dass viele der aufgeführten Normen viel zu detailliert sind und über den eigentlichen Zweck der Aufsicht hinausgehen und infolgedessen nicht verhältnismässig sind.

Daher empfehlen wir, das Rundschreiben unter diesem Gesichtspunkt grundsätzlich zu überarbeiten und nochmals in die Vernehmlassung zu geben.

Nachfolgend begründen wir unsere Auffassung und nehmen anschliessend zu den einzelnen Randziffern im Detail Stellung.

II. Grundsätzliches zum Inhalt der Aufsicht

1.1 Aufsicht zur Gefahrenabwehr von Insolvenz und Missbrauch

Art. 94 Abs. 1 BV beinhaltet den ordnungspolitischen Grundentscheid für eine prinzipiell wettbewerbsgesteuerte Privatwirtschaft. Versicherungen, welche Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach VVG führen, sind private Versicherungseinrichtungen und geniessen als solche die Handels- und Gewerbefreiheit. In Verbindung mit Abs. 4 schützt sie insbesondere vor staatlichen Massnahmen, die sich gegen den Wettbewerb richten: Bund und Kantone dürfen nur Vorschriften erlassen, die mit diesem Grundsatz vereinbar sind. Als mit diesem Grundsatz konform gelten verhältnismässige wirtschaftspolizeiliche Massnahmen, also Massnahmen, die der Gefahrenabwehr (Polizeigüterschutz im Bereich der Wirtschaft) dienen, sowie bestimmte sozialpolitische Vorschriften und andere Eingriffe in die Wirtschaftsfreiheit, die nicht wirtschaftspolitisch motiviert sind.

Art. 98 Abs. 3 BV verpflichtet den Bund, Vorschriften über das Privatversicherungswesen zu erlassen, welches damit der Aufsicht und Gesetzgebung des Bundes unterstellt ist. Die Kompetenz der Aufsicht ist einerseits Gefahrenabwehr und andererseits der Schutz des Vermögens. Im Vordergrund steht der Versichertenschutz, genauer der Schutz der Versicherten vor Insolvenz des Versicherungsunternehmens. Dieser Schutz wird mittels Prüfung der Solvabilitätsspanne sichergestellt. Die Solvenz wird im Rahmen der jährlichen Berichterstattung der Versicherungsunternehmen an die Aufsichtsbehörde nachgewiesen. Gleichzeitig soll aber die gestützt auf Art. 98 Abs. 3 BV erlassene Gesetzgebung auch einen funktionierenden Versicherungsmarkt gewährleis-

ten, als wichtige Voraussetzung für die wirtschaftliche Wohlfahrt. Diese Bestimmung stellt jedoch keine Ermächtigung dar, vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit abzuweichen; es dürfen nur mit der Wirtschaftsfreiheit konforme Massnahmen erlassen werden. Da sich die Aufsicht zur Hauptsache auf Gefahrenabwehr beschränkt, darf sie nicht die Geschäftsführung der Versicherungsunternehmen positiv oder gestalterisch bestimmen. Mit den vorliegenden Richtlinien wird dieser gestalterische Spielraum, den die privaten Versicherungsunternehmen aufgrund der Handels- und Gewerbefreiheit und der daraus abgeleiteten Vertragsfreiheit besitzen, unverhältnismässig eingeschränkt.

1.2 Bundesgericht: Schutz vor Übervorteilung – keine Kompetenz für die "gerechte" Prämie

Gemäss Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG sind die Tarife und AVB, welche in der Schweiz bei der Versicherung der beruflichen Vorsorge und der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung verwendet werden, Bestandteil des genehmigungspflichtigen Geschäftsplans. Beabsichtigt das Versicherungsunternehmen eine Änderung dieser Tarife und AVB, so hat es vorab die Änderung der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung zu unterbreiten (Art. 5 Abs. 2 Satz 1 VAG). Gemäss Art. 38 VAG prüft die Aufsichtsbehörde auf Grundlage der von den Versicherungsunternehmen vorgelegten Tarfberechnungen, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet. Die im VAG z.T. beibehaltene präventive Tarifgenehmigungspflicht ist gemäss verschiedenen Autoren nur insofern verfassungskonform, als sie der Solvenzerhaltung des Versicherungsunternehmens dient. Der Schutz der Versicherungsnehmer vor zu hohen Prämien per se sei keine wirtschaftskonforme Massnahme (Burki/ Pfund/ Waldmeier, in: Jürg Waldmeier (Hrsg.), *Versicherungsaufsicht*, Zürich 2007, S. 5 f., mit Hinweisen).

Diese klare Begrenzung der Tarifaufsicht auf die einerseits übervorteilende, andererseits Solvenz erhaltende Prämie geht auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 99 I b 51) zurück. In jenem Urteil ging es um die Bedeutung und Umfang der staatlichen Aufsicht über die privaten Versicherungsunternehmen im Bereich der obligatorischen Motorfahrzeughaftpflichtversicherung. Das Bundesgericht führte u.a. aus, dass dem VAG ausschliesslich gewerbepolizeilicher Charakter zukomme. Sein Zweck beschränke sich somit auf den Schutz der öffentlichen Ordnung, die Wahrung von Sicherheit, Ruhe, Gesundheit und Sittlichkeit und von Treu und Glauben im Geschäftsverkehr. Die Aufsichtsbehörde habe vor der Genehmigung der Prämientarife nicht nur zu prüfen, ob die vorgesehenen Prämienätze das versicherungstechnisch erforderliche Minimum nicht unterschritten, sondern auch darüber zu wachen, dass das Publikum nicht übervorteilt werde. Dabei verstehe sich, dass die Pflicht der Aufsichtsbehörde, den Versicherten vor Übervorteilung zu schützen, nicht etwa die Kompetenz einschliesse, die „gerechte“ Prämie zu ermitteln und verbindlich festzulegen. Die Aufsichtsbehörde habe nur gerade insoweit in das

privatrechtliche Verhältnis zwischen Versicherer und Versicherten einzugreifen, als dies der Schutz des Versicherten vor Übervorteilung erfordert. Weitergehende Eingriffe liessen sich vor der Handels- und Gewerbefreiheit nicht halten. Zwischen der versicherungstechnisch gerade noch genügenden und der übersetzten Prämie bestehe ein Spielraum, den der Versicherer nach dem heute geltenden Recht bei der Prämienfestlegung frei benützen darf (BGE 99 I b 51 E.4 b; vgl. auch Burki/Pfund/Waldmeier, in: Jürg Waldmeier (Hrsg.), *Versicherungsaufsicht*, Zürich 2007, S 27 f.).

1.3 Keine Verordnungskompetenz für die Konkretisierung des Missbrauchsbegriffs

Dies muss umso mehr nach der Deregulierungs- und Liberalisierungsphase der letzten Jahre gelten, denn EU-Kompatibilität bedeutet gleichzeitig Wegfall der präventiven AVB- und Tarifkontrolle. Genehmigungspflichtig sind nur noch Tarife und AVB der beruflichen Vorsorge und der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Mit Art. 38 VAG ist diese Bandbreitenaufsicht neu nun gesetzlich verankert und auf die einzige Ausnahme – Art. 33 Abs. 3 VAG – wird klar hingewiesen: In der Elementarschadenversicherung erstreckt sich die Aufsichtskompetenz auch auf die Risiko- und Kostengerechtigkeit der Prämie. Die Aufsichtsbehörde prüft dort – aber nur dort – die „gerechte“ Prämie. E contrario wird dadurch die Bandbreitenaufsicht bei allen übrigen Versicherungszweigen bestätigt. Selbst bei den noch der materiellen Aufsicht unterstellten Versicherungsbereichen – wie eben bei der Krankenzusatzversicherung – bleibt es gemäss Art. 38 VAG bei einer Bandbreitenaufsicht. Wie schon im vorerwähnten BGE 99 I b 51 festgehalten, besteht zwischen der versicherungstechnisch gerade noch genügenden und der übersetzten Prämie ein Spielraum, den der Versicherer bei der Prämienfestlegung frei benützen darf. Die Aufsichtsbehörde darf nicht eine „gerechte“ Prämie festlegen. Dies gilt umso mehr für Rabatte, die ein Versicherer gewährt. Diese wären höchstens dann Gegenstand der Aufsichtskompetenz, wenn sie die Solvenz des Versicherers gefährden würden (Roland Schaer; *Modernes Versicherungsrecht*, Bern 2007, S. 115).

Neben dem Schutz vor Insolvenzrisiken wird in Art. 1 Abs. 2 VAG als Hauptzweck der Versicherungsaufsicht auch der Schutz der Versicherten vor Missbräuchen ausdrücklich genannt. Gemäss Art. 46 Abs. 1 lit. f VAG wird die Aufsichtsbehörde mit der Aufgabe betraut, die Versicherten gegen Missbräuche der Versicherungsunternehmen und der Vermittler zu schützen. Damit soll ein gesetzeskonformes und faires Verhalten der Versicherungsunternehmen und der Vermittler den Versicherten gegenüber gewährleistet werden. Was unter einem Missbrauch zu verstehen ist, wurde im Gesetz nicht geregelt. Stattdessen wurden dem Bundesrat im Zusammenhang mit dem Schutz der Versicherten vor Missbräuchen zwei Verordnungskompetenzen eingeräumt. Die eine Kompetenz besteht darin, die Schutzfunktion der Aufsichtsbehörde und die Wahrnehmung dieser Funktion durch diese näher zu umschreiben (Art. 46 Abs. 3 VAG). Andererseits kann der Bundesrat zum Schutz der Versicherten einschränkende Vorschriften für verschiedene Versiche-

rungszweige erlassen (Art. 31 VAG). Obwohl sich im Gesetz keine diesbezügliche Kompetenz finden lässt, hat der Bundesrat in Art. 117 AVO den Missbrauchs begriff definiert. Dies ist deshalb zu kritisieren, weil die Verordnungskompetenz im Bereich von Vollziehungsverordnungen eng definiert wird und der Bundesrat zumindest vom Wortlaut der Bestimmung her mit der Konkretisierung des Missbrauchs begriffs diesen Kompetenzrahmen zum Teil überschritten hat (Burki/Pfund/Waldmeier, a.a.O, S. 65 f.). Aus verfassungs- bzw. verwaltungsrechtlicher Sicht gilt es bei der Konkretisierung des Missbrauchs begriffs und bei der Auslegung desselben zu beachten, dass die Missbrauchsaufsicht gemäss der Funktion des Versicherungsaufsichtsrechts als Teil des Wirtschafts- und Gewerbepolizeirechts wirtschafts- und gewerbepolizeilicher Natur ist. Im Auge zu behalten gilt es deshalb, dass sich die Aufgabe der Aufsichtsbehörde auf die Aufsicht im öffentlichen Interesse beschränkt, d.h. auf Fälle, bei denen eine Vielzahl von Personen betroffen sind. Für den Schutz ihrer Individualinteressen zu sorgen, bleibt grundsätzlich den einzelnen Versicherten überlassen. Hierzu steht den Versicherten der Weg an die Zivilgerichte offen (Burki/Pfund/Waldmeier, a.a.O, S. 66 f., Stephan Hartmann, HAVE 2007, S. 31).

1.4 Vertragsautonomie: Verordnung des Gleichbehandlungsgebotes nicht zulässig

Von der herrschenden Lehre wird kritisiert, dass die Verpflichtung zur Gleichbehandlung der Versicherten einen Eingriff in die Vertragsfreiheit des Versicherungsunternehmens darstellt. Gemäss Bundesgericht und dem überwiegenden Teil der Lehre sind Versicherer wie Versicherungsnehmer im Versicherungsvertragsrecht nicht an die Grundrechte und damit auch nicht an das Gleichbehandlungsgebot gebunden. Einschränkungen sind nur haltbar, wenn sie mit der Wirtschaftsfreiheit vereinbar sind. Sie bedürfen einer gesetzlichen Grundlage, müssen durch ein überwiegendes öffentliches Interesse gerechtfertigt sein und den Grundsatz der Verhältnismässigkeit beachten (Burki/Pfund/Waldmeier, a.a.O, S. 70). Zitat diesbezüglich aus dem Bundesgerichtsurteil 5P.97/2006 vom 1. Juni 2006, E. 3.3: "Vielmehr gilt im Anwendungsbereich des VVG die Vertragsautonomie (Art. 1 VVG). Sowohl Versicherer wie auch Versicherte sind im Versicherungsvertragsrecht frei in der Wahl des Vertragspartners und des Vertragsschlusses. Auch wenn das Zusatzversicherungsgeschäft wirtschaftlich bedeutend ist, wie der Beschwerdeführer ausführt, ändert dies nichts daran, dass es sich dabei nicht um eine staatliche Aufgabe handelt. Die Beschwerdegegnerin ist daher im Zusatzversicherungsbereich nicht im Sinne von Art. 35 Abs. 2 BV an die Grundrechte gebunden."

Wenn das Schweizer Aufsichtsrecht auf Gesetzesstufe kein ausdrückliches Gleichbehandlungsgebot enthält, so darf die Verwaltung nicht auf Verordnungsstufe durch eine Interpretation des Missbrauchs begriffes ein solches einführen. Missbrauch ist der qualifizierte Verstoss gegen die rechtlichen Rahmenbedingungen des Versicherungsgeschäftes. Wenn es aber kein Gleichbehandlungsgebot gibt, so kann ein Verstoss dagegen auch nicht missbräuchlich sein. Solange die Solvenz eines Versicherers nicht gefährdet ist, muss er die Möglichkeit haben, aus kaufmänni-

schen Überlegungen Differenzierungen vornehmen zu können (z.B. Rabattaktionen zur Gewinnung von Neukunden, Rabatte für Einsteiger, um junge Kunden an sich zu binden; Verteuerungen von unerwünschten Risiken etc.). Nach dem klaren Willen des Gesetzgebers soll der Wettbewerb und nicht die Verwaltung dem Kunden ein optimales Preis-/Leistungsverhältnis sichern (Stephan Weber, in: HAVE, Aktuelle Entwicklungen im schweizerischen Versicherungsaufsichtsrecht, Zürich 2005, S. 95).

I. Geltungsbereich

Rz 1

In persönlicher Hinsicht gilt das vorliegende Rundschreiben für alle privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen, welche Krankenversicherungen nach VVG gemäss den Versicherungszweigen A5 und B2 (vgl. Anhang 1 AVO) betreiben.

Rz 2

In sachlicher Hinsicht gilt dieses Rundschreiben für die von den privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen angebotenen Zusatzversicherungsverträge zur sozialen Krankenversicherung ~~einschliesslich Einzel-Krankentaggeldversicherungen~~ der Branchen B2 und A5, welche auf dem VVG beruhen. Tarife und Allgemeine Versicherungsbedingungen, welche in der Schweiz verwendet werden, bilden Bestandteil des Geschäftsplans und sind vorab durch die Aufsichtsbehörde zu genehmigen (Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG i.V. mit Art. 5 Abs. 1 VAG).

- **Antrag:** die **Einzel-Krankentaggeldversicherungen** sind aus dem Passus zu **streichen**.
 - Unserer Ansicht nach stellen nicht nur die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen, sondern auch die Einzel-Krankentaggeldversicherungen keine Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dar und unterliegen infolgedessen auch nicht der präventiven Tarifkontrolle.

Mit Urteil B-1298/2006 vom 25. Mai 2007 hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen keine Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind. Es begründete dies u.a. mit der Eigenheit der Zusatzversicherungen, dass sie die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG mit zusätzlichen Leistungen ergänzen. Diese Zusatzversicherungen wiesen daher immer einen Bezug zur sozialen Krankenpflegeversicherung auf. Ihre Ausgestaltung als die Grundversicherung ergänzende Versicherungen habe den Gesetzgeber dazu bewogen, diese Versicherungsprodukte weiterhin der *präventiven* Tarifkontrolle zu unterstellen. Bei der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung handle es sich hingegen um eine selbständige, umfassende Versicherung des Privatrechts, die den Arbeitgeber

gegen den Schaden versichert, welcher ihm in Falle eines krankheitsbedingten Ausfalls seiner Angestellten entstehen kann. Diese Versicherung sei nicht als Sozialversicherung ausgestaltet und stelle auch keine Zusatzversicherung im oben ausgeführten Sinne dar. Diese Überlegungen des Bundesverwaltungsgerichts treffen vollumfänglich auch auf die Einzeltaggeldversicherung zu, zumal diese lediglich den Zweck hat, die kollektive Krankentaggeldversicherung im Rahmen einer Einzelversicherung weiterzuführen. Ein Bezug zur sozialen Krankenpflegeversicherung lässt sich mithin bei der Einzeltaggeldversicherung ebenso wenig wie bei der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung feststellen.

Rz 3

- Keine Anmerkung

Rz 4

- Keine Anmerkung

II. Vorlagepflicht

Rz 5

- Keine Anmerkung

Rz 6

~~Ein Ausgleich dieser übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes über die Zeit zu gewährleisten.~~

• **Antrag: Streichen von Rz 6**

- Rz 6 ist nicht mit Grundsatz der Bandbreitenaufsicht vereinbar (siehe Einleitung).
- Im Übrigen ist der Begriff Bestand nicht definiert und unklar: Ist der Gesamtbestand, ein Teilbestand oder der Bestand eines bestimmten Produktes gemeint?
- Wie auch der Begriff „über die Zeit“ unklar ist. Der Versicherer sorgt im Rahmen seiner Solvenz dafür und wählt dementsprechende Deckungen. Es braucht dazu keine weiteren Richtlinien.

Rz 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 Risikoverminderung oder -vermeidung, insbesondere zur Gesundheitsförde-~~

~~ung und Prävention, dienen. Die daraus erwarteten Schadenminderungen gelten als *Rabatt* (vgl. Rz 38 ff.), der zusammen mit der Tarifeingabe zur Genehmigung vorzulegen ist.~~

- **Antrag: Streichung von Rz 7**

- Sie ist wie in der Einleitung erläutert nicht mit Grundsatz der Bandbreitenaufsicht vereinbar.
- Die Produktentwicklung wird sehr stark eingeschränkt, da nur stochastische Risiken als Leistungen akzeptiert werden.
- Eine Bemerkung am Rande: Heute liegt wohl einer Schwangerschaft in den seltensten Fällen eine Stochastizität zu Grunde. Leistungen bei Schwangerschaft führen wohl kaum zu Schadenminderungen und fallen daher nicht unter Absatz 7, sondern unter Absatz 8, sind also aus Eigenmitteln zu finanzieren.
- Entscheidend in diesem Zusammenhang ist zusätzlich, dass Schadenminderungen nicht direkt mit Rabatten gleichgesetzt werden können.
- Auch möchten wir festhalten, dass Rabatte nicht Tarifbestandteil sind. Rabatte sind Reduktionen, die auf den Prämien des genehmigten Tarifs gewährt werden. Damit wäre das Legalitätsprinzip mit Verweis auf Art. 38 VAG eingehalten.
- Im Speziellen möchten wir dazu auch noch festhalten, dass Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention aufgrund des technischen und medizinischen Fortschritts jederzeit Bestandteil eines Produktes werden können. Eine vorgängige Ermittlung der zu erwartenden Schadensminderung ist in diesem Fall nicht möglich und kann daher auch nicht als Rabatt im Rahmen der Prämien genehmigung eingereicht werden.
- Allgemein ist zu sagen, dass die generelle Genehmigungspflicht von Rabatten zu stark in die Vertragsautonomie eingreift. Sowohl Versicherte wie auch Versicherungen müssen flexibel sein in der Ausgestaltung ihrer Verträge.
- Information der Versicherten betreffend Rabattierungsregeln: Diese erfolgt bereits aufgrund der Informationspflichten nach Art. 3 VVG. Damit ist der Schutz der Versicherten vor Missbräuchen genügend gewährleistet. Weitergehende Vorgaben sind abzulehnen.

Rz 8

~~Anderweitige Leistungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu Gunsten der Versicherten gelten nicht als genehmigungspflichtiger Rabatt. Diese sind aus Eigenmitteln des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu finanzieren. In den Statistiken zur Begründung von Tarifanpassungen dürfen diese Leistungen nicht aufgeführt werden.~~

- **Antrag: Streichung** von: „Diese sind aus Eigenmitteln des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu finanzieren.“

- Diese Leistungen werden in jedem Fall aus Eigenmitteln finanziert; die im 2. Satz der Randziffer 8 gemachte Präzisierung ist daher obsolet und kann dementsprechend weggelassen werden.

III. Versicherungstechnik

A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Produktergebnisses

Grundsätzlich ist die Bandbreite der Aufsicht bereits definiert durch die zu sichernde Solvenz auf der einen und dem Missbrauch auf der anderen Seite und kann sich nicht auf Ebene eines Produktes beziehen, sondern nur immer in Bezug zu einem Produktportfolio.

Rz 9

~~Das erwartete *technische Ergebnis*, das aus der Tariffkalkulation 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.~~

• Antrag: Streichung von Rz 9

- Entspricht nicht der Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung). Im Rahmen des Zusatzversicherungsgeschäfts bewegen wir uns in einem freien Markt und es können nicht seitens der Aufsichtsbehörde Vorgaben im Bezug auf die zu erzielenden Gewinne gemacht werden. Der Markt bzw. die Konkurrenz unter den Marktteilnehmern reguliert und ein staatlicher Eingriff erübrigt sich deshalb.
- Die Überprüfungsbefugnis der Aufsichtsbehörde erstreckt sich eben gerade nicht auf die Risiko- und Kostengerechtigkeit der Prämie. Zwischen der versicherungstechnisch gerade noch der Solvenz genügenden und der "übersetzten" Prämie besteht ein Spielraum, den der Versicherer bei der Prämienfestlegung frei benützen darf. Es muss zudem auch zulässig sein, dass bei einzelnen Produkten das technische Ergebnis auch negativ ausfällt, solange für den Versicherer insgesamt kein Solvenzrisiko besteht. Ebenfalls muss es auch möglich sein, im Sinne eines Produkt- und Portfoliomix, bei anderen Produkten höhere Gewinne zu erzielen. Alles Andere liefe auf eine unzulässige Festsetzung einer gerechten Prämie hinaus.
- FINMA schreibt eine Gewinnmarge vor! Der Gewinn darf nicht höher sein als die Prämie minus Verwaltungskosten plus Zins; dies sind ungefähr 90 % der Prämie. Diese Bedingung ist immer erfüllt. Oder sind mit „Entschädigung“ die Leistungen gemeint? Dann darf der Gewinn nicht höher sein als die Leistungen plus Zins, die Combined Ratio darf also nicht kleiner sein als rund 55 %! Auch diese Bedingung ist in der Regel sinnlos.

- Im Weiteren sei angemerkt, dass der sogenannte risikolose Zinssatz eine rein theoretische Grösse ist und keine allgemein anerkannte Definition existiert.

Rz 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.~~

- **Antrag: Rz 10 ist zu streichen.**

- Wie bereits einleitend ausgeführt gehen wir davon aus, dass die Hauptaufgabe einer Aufsichtsbehörde darin besteht, über die Solvabilität eines Gesamtunternehmens zu wachen (Gefahrenabwehr) und nicht die Rentabilität eines jeden einzelnen Produktes zu überprüfen. Insbesondere was die vermeintlich nicht gerechtfertigten hohen Gewinne anbelangt, kann in Übereinstimmung mit Art. 94 BV davon ausgegangen werden, dass der Markt reguliert.
- Solange die Solvenz nicht gefährdet ist, besteht kein Grund, bei Verlusten zwingend den Tarif *eines Produktes* zu revidieren, denn ein VU sichert seine Solvenz über ein ganze Produktklasse bzw. ein Produktportfolio.
- Völlig unklar ist auch der Zeitbegriff „über die Zeit“. Korrekt ist, dass sich Gewinne und Verluste über die Zeit ausgleichen können und die Solvenz daher längerfristig gesichert sein muss, aber dafür keine kurzen Fristen eingesetzt werden können.

B. Erfassung aller wesentlichen Risiken

a) Anforderung an den Tarif

Rz 11

~~Zur Begründung des Tarifs für ein neues Produkt oder einer Revision des Tarifs für ein bestehendes Produkt evaluiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse für die vertraglichen Verpflichtungen die aktuell vorhersehbaren wesentlichen Risiken, wie etwa diejenigen der negativen finanziellen Auswirkungen einer potenziellen Antiselektion, der Schwankungsrisiken sowie eines ungenügenden Ausgleichs unter den Risiken (z.B. Alterung). Es ist darzutragen, wie die finanzielle Deckung erfolgen soll. Krankenkassen berücksichtigen diese Risiken ausschliesslich in der Tarifikalkulation.~~

- **Antrag: Streichen der markierten Satzteile.**

- Es besteht auf Ebene Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung) keine Notwendigkeit, weil jede Änderung dem Versicherungsnehmer aufgrund der Informationspflicht bekannt gegeben werden muss und wird.
- Was bedeutet der letzte Satz? Krankenkassen berücksichtigen diese Risiken ausschliesslich in der Tarifikalkulation? Sonst nicht?

Rz 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.

- **Antrag: Notwendige Präzisierung**, denn die Formulierung „während eines Geschäftsjahres anfallende Schäden“ wird normalerweise synonym für „Schäden, die sich im Geschäftsjahr ereignet haben“ verwendet.
 - Bei den Krankenversicherern können hier je nach Deckung zwei Arten von Schäden gemeint sein: die, die sich im Geschäftsjahr ereignet haben oder die, deren Behandlungsbeginn im Geschäftsjahr liegt. Um Verwirrung zu vermeiden, sollte hier präziser formuliert werden.

Rz 13

~~Tarifanpassungen zur Sicherung der Solvenz dürfen nur die nicht im Voraus kalkulierbare *exogene Teuerung* berücksichtigen.~~

- **Antrag: Streichung von Rz 13.**
 - Denn Gewinn und damit Solvenzauf-/ausbau muss zulässig sein (siehe Einleitung); aufgrund Kündigungsmöglichkeit bei Tarifanpassung muss Teuerung zumindest für 3-4 Jahre vorweggenommen werden können, denn sonst müsste der Tarif jedes Jahr angepasst werden (Kündigungsrecht Versicherter).
 - Im Anhang 1 ist die „exogene Teuerung“ definiert als „der Anteil an der Zunahme des Schadenaufwandes pro Kopf, welcher auf Faktoren, die das Versicherungsunternehmen nicht oder nur geringfügig beeinflussen kann, zurückzuführen ist“, was praktisch alle Faktoren sind. Oder anders gesagt, kann die exogene Teuerung nicht sauber von den übrigen Elementen getrennt werden. Eine Unterscheidung von im Voraus kalkulierbaren und nicht kalkulierbaren exogenen Teuerungsfaktoren ist daher nicht möglich.
 - Gemäss FINMA dürfte bei einer exogenen Teuerung von 10 % und bei einer gleichzeitigen Leistungssteigerung von 20 % nur eine Tarifanpassung um 10 % erfolgen, womit die Solvenz gefährdet, sicher aber nicht gesichert wäre.

- Jede Änderung des Tarifs, die nicht auf die exogene Teuerung zurückzuführen ist, wie zum Beispiel kleine Änderungen an Faktoren zur Berücksichtigung des Kantons oder des Geschlechts würde nach Rz 13 zu einer vollständigen Tarifrevision mit allen Konsequenzen (vgl. Absatz 43, 44).

b) Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren

Rz 14

a. ~~Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.~~

• **Antrag: Streichung der Rz 14.**

- Entspricht nicht Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung).
- Zudem können auch im Ausgaben-Umlageverfahren mit Bildung von Rückstellungen/ Deckungskapitalien die Risiken der Veränderung der Bestandesstruktur abgefangen werden.
- Es geht nicht hervor, welches Verfahren die FINMA anstelle des Ausgaben-Umlageverfahren akzeptiert. Was einerseits nachvollziehbar ist, weil es auch Mischformen geben kann, andererseits aber auch zeigt, dass eine theoretische Vorgabe nicht möglich ist.

Rz 15

b. Eine Solidarität zwischen den Altersgruppen darf nicht ohne die Bildung einer geeigneten *Alterungsrückstellung* erfolgen, ~~welche das Alterungsrisiko langjährig umverteilt.~~

• **Antrag: Streichung des Teilsatzes „...welche das Alterungsrisiko langjährig umverteilt.“**

- Die langjährige Umverteilung des Alterungsrisikos erachten wir als nicht praktikabel, da neben der Demographie und des medizinischen Fortschritts noch weitere, nicht quantifizierbare Elemente berücksichtigt werden müssten, welche zum heutigen Zeitpunkt nicht bekannt sind.
- Zudem ist es ein Widerspruch in sich: Alterungsrückstellungen bedeuten ja gerade, dass keine Solidarität zwischen den Altersgruppen besteht. In Absatz 36 werden Umverteilungskomponenten zwischen einzelnen Tarifklassen erlaubt. Zu den Tarifklassen gehören in der Regel auch Altersklassen. Gilt jetzt Absatz 15 oder Absatz 36? Und überhaupt: Wenn Solidaritäten grundsätzlich erlaubt sind, warum nicht die zwischen Jung und Alt?
- Folglich ist das Verbot einer Alterssolidarität eine rigorose Einengung möglicher Finanzierungsarten.

- Die von uns vorgeschlagene Formulierung würde es dem einzelnen Versicherer ermöglichen, die für ihn relevanten Kriterien zur Bildung der geeigneten Altersrückstellungen selber zu definieren.

C. Versicherungstechnische Rückstellungen

Grundsätzliches zum Kapitel C.

Gemäss AVO Art. 54 bestehen die versicherungstechnischen Rückstellungen aus den Bedarfsrückstellungen und den Schwankungsrückstellungen zum Ausgleich der Volatilität des Geschäfts. In Absatz 16 ff des Rundschreibens verlangt die FINMA zusätzlich Rückstellungen zur Abdeckung des Parameterrisikos hinsichtlich der Alterung und des Risikos der Antiselektion. Alle Rückstellungskomponenten ausser den Bedarfsrückstellungen haben Eigenkapitalcharakter. Störend ist, dass sie neu zu den geschäftsplanmässigen Rückstellungen und damit zum Sollbeitrag des gebundenen Vermögens gehören. Zudem fliessen sie in die Tarifikalkulation ein, was die Prämie verteuert.

Das Risiko der Antiselektion wird an mehreren Stellen erwähnt. Dies können wir jedoch nur bedingt beeinflussen oder gar bemessen, denn es hängt sehr stark davon ab, wie sich die Konkurrenz verhält.

a) Bewertung und Bildung

Rz 16

Art. 16 VAG und Art. 54 Abs. 1 AVO verlangen die Bildung ausreichender versicherungstechnischer Rückstellungen zur Deckung der Verpflichtungen. Deren Bewertung basiert sowohl auf dem evaluierten Umfang der spezifizierten Risiken als auch dem zu Grunde liegenden Finanzierungsverfahren. Auf dieser Grundlage werden die entsprechenden Prämienanteile bei der Festsetzung des Tarifs kalkuliert. Die Bedingungen der Bildung von versicherungstechnischen Rückstellungen sind im Geschäftsplan festzulegen und deren Bewertung zu dokumentieren. Es bestehen folgende Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen:

- Rz 16 enthält mitunter bereits die wesentlichen versicherungstechnischen Grundlagen, die notwendig und hinreichend sind die Aufsicht wahrzunehmen.
- Daher sei an dieser Stelle noch einmal wiederholt, dass es wünschenswert wäre, dass sich die FINMA auf das erforderlich notwendig Mass für die Aufsicht beschränkt.

Rz 17

a. Schadenrückstellung: Es sind nach dem Verfahren der Schaden- und Zahlungsabwicklung *Schadenrückstellungen* zu bilden. Dabei kann der in der Krankenversicherung geläufigen Usanz Rechnung getragen werden, wonach die Schäden dem Behandlungs-, nicht dem Ereignisjahr zugeordnet werden.

- Ob die Schäden dem Behandlungs- oder dem Ereignisjahr zuzuordnen sind, hat nichts mit der Usanz zu tun, sondern mit den AVB!
- Bei den Krankenversicherern kann dies je nach Deckung das Behandlungs- oder das Ereignisjahr sein. Vgl. auch Bemerkung zu Abs. 12.

Rz 18

b. *Alterungsrückstellung*: Unter der Bedingung, dass eine Solidarität unter den einzelnen Altersgruppen vorgesehen, ist Das Alterungsrisiko ist unter Berücksichtigung der Dynamik in den Versichertenbeständen und des Tarifprofils technisch zu bewerten. ~~Gestützt darauf und auf die Bedingung von Rz 15 sind *Alterungsrückstellungen* zu bilden, welche die langfristige Umverteilung sicherstellen und die mit der Alterung verbundenen Parameterrisiken abdecken. Auch bei Anwendung eines altersgerechten Tarifs (nach Effektivalter) ist eine *Alterungsrückstellung* zu bilden, sofern diesbezüglich ein Parameterrisiko vorliegt.~~

- **Antrag 1:** Der erste Satz sei wie folgt **zu ergänzen:** „Alterungsrückstellung: Unter der Bedingung, dass eine Solidarität unter den einzelnen Altersgruppen vorgesehen, ist“
- **Antrag 2: Streichen des zweiten Teils der Rz 18.**
 - Unter den gegebenen Umständen müssten innerhalb sämtlicher Altersklassen Alterungsrückstellungen gemacht werden. Der Begriff der Alterungsrückstellungen wird aufgrund des von uns formulierten Textvorschlages klarer umschrieben und trägt zu dessen Praxis-tauglichkeit bei.
 - Die Rückstellungen für Parameterrisiken sind Rückstellungen für drohende Verluste und sind nicht bedarfsgerecht. Sie gehören daher zum Beispiel im SST zum Eigenkapital. Insbesondere gehören sie nicht zu den Alterungsrückstellungen und müssen gesondert ausgewiesen werden.

Rz 19

c. *Schwankungsrückstellung*: Die für die einzelnen *Produkte* oder *Produkteklassen* technisch bewerteten unsystematischen Schwankungen sind bei der Bestimmung der Höhe der Schwankungsrückstellung zwecks Ausgleichs der technischen Ergebnisse über die Zeit zu berücksichtigen.

- **Antrag 1:** In den Text der Randziffer 19 sei um folgende **Präzisierung** zu ergänzen: Die Bezeichnung „...oder Produktklassen...“ ist aufzunehmen. Die folgende Ergänzung trägt unserer Ansicht wesentlich zur Praxistauglichkeit der Bestimmung bei.
 - Weil diese Regelung sonst keinen Sinn macht, denn gewisse Rückstellungsarten sind nicht pro Produkt zu definieren, sondern nur insgesamt (d.h. für Tarif ist mit unterschiedlichen Pauschalen zu arbeiten).
- **Antrag 2:** Textvorschlag: "Die Schwankungsrückstellungen werden für technisch bewertete unsystematische Schwankungen für das gesamt Produktportfolio gebildet".

Rz 20

d. *Sicherheitsrückstellung* der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können *Sicherheitsrückstellungen* für spezifische Unternehmensrisiken bilden, ~~welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.~~

- **Antrag: Streichen des letzten Teilsatzes in Rz 20.**
 - Der Hinweis auf die Finanzierung aus Gewinnen ist irreführend. Es kann ja wohl nicht gemeint sein, dass zuerst Gewinne ausgewiesen werden, diese dann besteuert werden und dann ins Fremdkapital gebucht wird.
 - Ohne eine genaue Umschreibung des „Unternehmensrisikos“ dürfen die Sicherheitsrückstellungen nicht Bestandteil der technischen Rückstellungen sein.

Rz 21

e. *Sicherheitsrückstellung* der Krankenkassen: Die Krankenkassen, die den Vorschriften über die Eigenmittel nach VAG nicht unterliegen, müssen die aus dem Betrieb der Krankenversicherungen nach VVG anfallenden Risiken entweder entsprechend reduzieren oder dafür Sicherheitsrückstellungen ~~aus erzielten Gewinnen~~ aufbauen.

- **Antrag 1: Streichen von „aus erzielten Gewinnen“.**
 - Das müsste in ein neues Kapitel, denn es hat mit versicherungstechnischen Rückstellungen nichts zu tun, da Eigenmittel-Charakter.
- **Antrag 2: Es ist die Bezeichnung „...oder Produktklassen...“ aufzunehmen, analog Rz 19.**
 - Rückstellungen werden auf Ebene Produktklassen gebildet.

- **Antrag 3: „müssen“ ist durch „können“ zu ersetzen (entsprechend Rz 20)**

- Es ist im Weiteren störend, dass unter Rz 20 und Rz 21 zwischen den privaten Versicherungsunternehmen und den Krankenkassen zwischen „können“ und „müssen“ unterschieden wird, weil einerseits seitens der Krankenkassen die gesetzliche Grundlage für keine entsprechende Verpflichtung besteht, und andererseits die Krankenversicherer unter der Beachtung des Gleichbehandlungsgebots gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen nicht schlechter gestellt werden dürfen. Eine solche ungleiche Behandlung würde zu einer verordneten Marktverzerrung führen.

Rz 22

~~f. — 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.~~

- **Antrag: Streichen von Rz 22.**

- Die Antiselektion gehört nicht zu den in Art. 69 Bst. g AVO explizit aufgeführten versicherungstechnischen Rückstellungen. Daher vertreten wir den Standpunkt, dass diese Art von Rückstellung von der FINMA nicht aufoktroiert, sondern bloss versichererseitig aus freien Stücken gebildet werden sollte.

b) Zuordnung

Rz 23

Die versicherungstechnischen Rückstellungen für in die Tarifikalkulation einbezogene Risiken sind einer der Kategorien von versicherungstechnischen Rückstellungen nach Art. 69 AVO zuzuordnen. Die Zuführung der finanziellen Mittel auf die verschiedenen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen im Rechnungsjahr ~~erfolgt nach den entsprechenden Erklärungen im Geschäftsplan.~~

- **Antrag:** alternativer Textvorschlag: "wird im Geschäftsplan grundsätzlich erläutert."

Rz 24

Die privaten Versicherungsunternehmen und die Krankenkassen führen die *Schwankungsrückstellung* und die *Sicherheitsrückstellung* in der Buchhaltung getrennt.

c) Auflösung

Rz 25

Die Auflösung der versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Art. 54 Abs. 3 AVO ist im Geschäftsplan ~~unter Angabe des Verwendungszwecks~~ festzuhalten und hat dem Zweck von Art. 69 AVO Rechnung zu tragen. Der Bedarf zur Auflösung versicherungstechnischer Rückstellungen ergibt sich aus der Tarifikalkulation und dem *Finanzierungsverfahren*.

- **Antrag 1: Streichen, ist im Art. 54 Abs. 3 AVO genügend geregelt.**
- **Antrag 2: Eventualiter** ist zu präzisieren bzw. folgender Passus zu streichen: „unter Angabe des Verwendungszwecks“ ist in Art. 54 Abs. 3 AVO abschliessend geregelt und muss somit nicht explizit im Rundschreiben aufgeführt werden.

d) Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen

Rz 26

a. Für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen (Art. 54 Abs. 2 AVO) ~~unterbreitet~~ erstellt das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse ~~unverzüglich~~ einen Verwendungsplan, sofern die Verwendung nicht bereits im Geschäftsplan geregelt ist. ~~In diesem Plan ist darzulegen, wie die Verteilung der nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen an diejenigen Versicherten erfolgt, welche diese Rückstellungen finanziert haben. Ist eine Verteilung dieser Mittel nach diesem Grundsatz nicht möglich, sind diese zu Gunsten des Gesamtbestands zu verwenden.~~

- **Antrag:** Im ersten Satz ist zu ersetzen: unterbreitet durch erstellt zu ersetzen (auf dem Hintergrund des Geschäftsplans adäquater).
 - Art. 54 und Art. 69 AVO sagen nicht, dass die aufgelösten Rückstellungen den Versicherten zu Gute kommen müssen und andererseits müssen die für ein Produktportfolio gebildeten versicherungstechnischen Rückstellungen auch wieder gesamthaft aufgelöst werden können.
 - Nicht alle versicherungstechnischen Rückstellungen werden durch die Versicherten finanziert und sind daher nicht an sie zu verteilen. Zum Beispiel die Sicherheitsrückstellung gemäss Art. 20.
 - Zudem sind die Begriffe Bildung und Auflösung der Rückstellungen obsolet. Rückstellungen werden per Stichtag berechnet. Hier wird also weder explizit gebildet noch aufgelöst. In die Erfolgsrechnung geht in der Regel die Veränderung der Rückstellungen von einem Stichtag zum anderen ein und eine Auflösung kommt daher automatisch den Versicherten zu Gute.

- Der zweite Satz von Randziffer 26 ist vollständig zu streichen. Gemäss unserem Wissensstand entbehrt er jeglicher gesetzlicher Grundlage. Des Weiteren zweifeln wir an der Umsetzbarkeit dieser Bestimmung und weisen darauf hin, dass diese allenfalls mit einem unverhältnismässigen administrativen Aufwand verbunden wäre.

Rz 27

~~b. In seinem jährlichen Bericht an die Geschäftsleitung des Versicherungsunternehmens gemäss Art. 3 AVO-FINMA informiert der verantwortliche Aktuar über nicht mehr benötigte Rückstellungen.~~

- Der Passus kann ersatzlos gestrichen werden, da bereits in VAG Art. 24, Absatz 1c und 2 sowie AVO-FINMA Art. 3 Absatz 2 geregelt.

e) Mitgabe von Alterungsrückstellungen

Rz 28

Für die Mitgabe von *Alterungsrückstellungen* nach Art. 155 AVO gilt Folgendes:

Rz 29

a. Bei individuell pro Versicherten gebildeten *Alterungsrückstellungen* gilt als angemessener Teil der für den Versicherten bis zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung geäufter Betrag. Negative Beträge (z.B. als Folge des in bestimmten Altersbereichen sinkenden Risikos bei Frauen) sind dabei auf Null zu setzen. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen.

- Diese Bestimmung schreibt vor, dass individuell gebildete Altersrückstellungen bei Vertragsauflösung mitgegeben werden müssen, und zwar jeweils der bis zur Vertragsauflösung geäufter Betrag. Dieser Betrag kann positiv oder negativ sein. Die Bestimmung ist völlig asymmetrisch, weil positive Beiträge mitgegeben werden müssen, negative dagegen nicht. **Das führt dazu, dass das Versicherungsunternehmen zwingend bei Auflösung einen Verlust machen muss. Es muss möglich sein, die negativen Reserven mit den positiven zu verrechnen.**

Rz 30

b. Bei pauschal gebildeten *Alterungsrückstellungen* basiert die Anteilsberechnung auf dem der Bildung und Auflösung zu Grunde liegenden mathematischen Modell, aus dem sich der angemessene Anteil herleiten lassen muss. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen.

Rz 31

c. Abzüge („Rückkaufkosten“), insbesondere für das Zinsrisiko, das Risiko von nicht amortisierten Abschlusskosten sowie für das Risiko von Massenkündigungen, sind – sofern begründet – zugelassen.

Rz 32

d. Im Todesfall des Versicherten entfällt der Anspruch auf Ausschüttung.

D. Gestaltung der Tarifstruktur

- **Antrag: Rz 33 – 37 sind zu streichen.**
 - Art. 117 Abs. 2 AVO regelt den Begriff des Missbrauchs ausführlich und abschliessend, so dass diese Thematik im Rundschreiben der FINMA nicht nochmals aufgenommen werden muss.
 - Die Regelungen haben keine rechtlichen Grundlagen und sind unzulässig (siehe Einleitung). Sie lassen sich weder mit dem Prinzip der Bandbreitenaufsicht vereinbaren, noch besteht eine Verpflichtung der Versicherer zur Gleichbehandlung der Versicherten. Es gibt kein Verbot der Ungleichbehandlung.

Rz 33

~~Eine versicherungstechnische Ungleichbehandlung gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO liegt vor, wenn für ein vergleichbar hohes Risiko stark unterschiedliche Prämien verlangt oder wenn für die gleiche Prämie deutlich unterschiedliche Risiken gedeckt werden. Insbesondere ist zu vermeiden, dass ein Teil der Versicherten zu tiefe Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt.~~

- **Antrag: Die Randziffer 33 ist in ihrer Gesamtheit zu streichen.**
 - Speziell störend ist, dass sehr wohl Tarife zulässig sind, welche bei jüngeren Versicherten preisgünstig sind, im höheren Alter aber nicht mehr bezahlbare Prämien enthalten.

Rz 34

~~Der Tarif hat deshalb genügend Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufzuweisen, um insbesondere der Gefahr einer Antiselektion vorzubeugen.~~

- **Antrag:** Bezugnehmend auf den Kommentar unter Randziffer 22 ist **die Randziffer 34 ebenfalls zu streichen.**

- Was bedeuten genügend Tarifmerkmale? Auch und gerade mit eindeutiger Begriffsfassung wird die Tarifgestaltung ausserordentlich eng reglementiert. Die Gründe sind nicht nachvollziehbar.
 - Zudem ist folgende zwingende Logik implizit enthalten: Die meisten Produkte der verschiedenen Versicherer sind sehr ähnlich. Nehmen wir zwei Versicherer A und B mit Produkt PA und PB. Beide Produkte weisen dieselben Tarifmerkmale $T = \{t_1, t_2, t_3\}$ auf. Wenn nun der Versicherer A gemäss Rz 45 eine Revision des Tarifs T beantragt, weil er ein neues Tarifkriterium t_4 einführen will, und die Aufsichtsbehörde diese Revision genehmigt, so ist daraus zu schliessen, dass es sich beim Tarifkriterium t_4 um nötiges differenzierendes Kriterium handelt. Die FINMA hat daraufhin den Versicherer B die Weisung zu erteilen, das Produkt B ebenfalls einer Revision zu unterziehen, damit das Produkt "genügend" Tarifmerkmale aufweist ($T = \{t_1, t_2, t_3, t_4\}$).
 - Daraus kann verallgemeinert werden, dass in der Krankenversicherungsbranche alle ähnliche Produkte mit denselben Tarifkriterien aufweisen müssen.
- **Eventualiter** ist Rz 34 folgendermassen zu präzisieren: "Der Tarif kann Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufweisen."

Rz 35

~~Zur Beurteilung des Umfangs der Umverteilungen sind die Bedarfs- und die Risikoprämien nach den relevanten Tarifklassen in geeigneter Weise abzubilden. Die Ermittlung dieser Prämien ist schlüssig anhand aussagekräftiger Statistiken oder bei Produktentwicklungen anhand geeigneter und begründeter Berechnungsannahmen darzulegen. Die Herleitung der Risikozuschläge ist ebenfalls zu erläutern.~~

- **Antrag: Rz 35 ist zu streichen.**

Rz 36

~~Umverteilungskomponenten zur Bildung von Solidaritäten sind zulässig, sofern das Antiselektionsrisiko gebührend berücksichtigt ist.~~

- **Antrag:** Siehe Bemerkungen unter Randziffer 22 und 34.
 - Wird hier jegliche Solidarität verboten? Z.B Erwachsene zu Kindern, Männer zu Frauen usw.

Rz 37

~~Die genehmigten Tarifmerkmale sowie die wesentliche Struktur der Tarifklassen dürfen nur in Zusammenhang mit einer grundlegenden technischen Revision gemäss Rz 45 ff. abgeändert werden.~~

- **Antrag: Rz 37 ist zu streichen.**

E. Rabatte

- **Antrag: Rz 38 – 42 sind zu streichen.**
 - Die Regelungen sind unzulässig (siehe Einleitung), denn die Regulierung führt zu einer unnötigen Einschränkung des Wettbewerbs, die nicht zu rechtfertigen ist. Die zu garantierende und zu überwachende Solvenz kann auf anderem Wege sichergestellt werden.
 - Im Gesetz fehlt eine Definition für Rabatte und Vergünstigungen, sondern es spricht nur von „Tarif“. Wir sind der klaren Ansicht, dass die Regelung von Rabatten in einer Richtlinie den rechtsstaatlichen Anforderungen nicht genügt (insbes. Legalitätsprinzip). Rabatte sind wie eingangs erwähnt nicht Tarifbestandteil und somit nicht vorlagepflichtig.
 - Rabatte sind gemäss unserem Verständnis Reduktionen, die auf den Prämien des genehmigten Tarifs gewährt werden. Die Rabatte dürfen weder die Solvenz der Versicherung gefährden noch zum Missbrauch der Versicherten führen (Art. 38 VAG). Rabatte müssen versicherungstechnisch begründet sein.
 - Die FINMA muss sich auf die Solvabilitätsprüfung konzentrieren. Solange die Rabatte diese nicht beeinträchtigen und technisch begründbar sind, ist nicht einzusehen, weshalb hier das zusätzliche Erfordernis der Vorlagepflicht über die Hintertür der Richtlinie eingeführt werden soll. Eine Vorlagepflicht ist unter diesen Umständen unnötig und somit abzulehnen.
 - Die Rabatte wären höchstens dann Gegenstand der Aufsichtskompetenz, wenn sie die Solvenz des Versicherers gefährden würden (Roland Schaer, Modernes Versicherungsrecht, Bern 2007, S. 115). M.a.W. fehlt den Rz 38 – 42 die gesetzlichen Grundlagen und wäre unverhältnismässiger Eingriff, der die Handlungsfreiheit der Versicherer wesentlich einschränkt.
 - Die Rechtslage bezüglich den Rabatten muss auch im Rahmen der Informationspflicht nach Art. 3 VVG möglich sein. Die meisten Versicherer besitzen ein Kundeninformationsblatt. Da der Vertragsschluss unter der Voraussetzung gültig ist, dass die Infopflichten nach Art. 3 VVG erfolgt sind, muss die Aufklärung über die Rabatte auf diesem Weg als genügend erachtet werden. Im Übrigen entspricht dies auch der bisherigen Praxis der FINMA

- Wie auch die geforderte Gleichbehandlung jeglicher gesetzlicher Grundlage entbehrt. Jede Versicherung führt im Rahmen von Risikoausgleichmechanismen zu ungleicher Behandlung.

Rz 38

~~Rabatte bilden einen besonderen Fall von Tarifmerkmalen (vgl. Rz 33 ff.) und sind als Bestandteile der Tarife vorlage- und genehmigungspflichtig.~~

- **Antrag: Randziffer 38 ist zu streichen**, gestützt auf die Anmerkungen unter Randziffer 7.
- **Eventualiter** ist der Text zu ersetzen: "Unter Berücksichtigung der Solvenzeinhaltung können Rabatte gewährt werden."
 - Mit einer solchen Bestimmung würde das Unternehmensgeschäft auf Standard-Rabattsysteme reduziert. Aushandeln von Kollektiv-Rabatten mit einer Unternehmung ohne Genehmigung ist nicht mehr möglich. Zudem müssten wir alle KV-Rabatte in Zukunft genehmigen lassen – inklusive „aktuariellem "Beweis" für dessen Angemessenheit.

Rz 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.~~

- **Antrag:** Wir verweisen auf die Bemerkungen unter den Randziffern 7, 33 und 38 und beantragen daher die **Streichung von Randziffer 39**.

Rz 40

~~Die genehmigte Regelung von Rabatten gilt, solange keine Revision der technischen Grundtagen im Sinne von Rz 45 ff. durchgeführt wird. Sie gilt für alle Versicherten desselben Bestandes, welche die Bedingungen der Gewährung des Rabatts erfüllen.~~

- **Antrag: Rz 40 ist zu streichen. Siehe Bemerkung Rz 39.**

Rz 41

~~Die Bedingungen für die Gewährung und den Wegfall von Rabatten müssen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klar umschrieben sein.~~

- **Antrag: Rz 41 ist zu streichen. Siehe Bemerkung Rz 39.**

- Die Angaben bezüglich der Rabatte sind in jedem Fall allgemeiner Natur und fallen in den Anwendungsbereich der Informationspflicht.
- Die Versicherer dürfen keinesfalls verpflichtet werden, die Höhe der Rabatte in allen Details zu umschreiben.

Rz 42

~~Gesuche für Verwendung von Rabatten sind der FINMA bei neuen Produkten oder bei Tarifrevisi-
onen 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 Geneh-
migung vorzulegen.~~

- **Antrag: Rz 42 ist zu streichen. Siehe Bemerkung Rz 39.**

F. Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife (ordentliche Anpassung)

Rz 43

~~Ein bestehender Tarif darf höchstens im Umfang der Entwicklung der exogenen Teuerung ange-
passt werden, sofern ein Ausgleich innerhalb des Kollektivs und über die Zeit gewährleistet ist.~~

- **Antrag: Rz 43/44 streichen.**
 - Es fehlt an der gesetzlichen Grundlage (siehe Einleitung): Sie lassen sich weder mit dem Prinzip der Bandbreitenaufsicht vereinbaren, noch besteht eine Verpflichtung der Versicherer zur Gleichbehandlung der Versicherten bzw. ein Verbot der Ungleichbehandlung.
 - Wir möchten trotzdem darauf hinweisen, dass der Begriff „exogene“ zuwenig klar umschrieben ist und damit nicht zum besseren Verständnis im Bereich der periodischen Anpassung des Prämienniveaus beiträgt. Die aus den Randziffern 43 und 44 abzuleitenden Konsequenzen sind im Bezug auf die aktuelle und zukünftige Tätigkeit nicht abschätzbar. Wir beantragen daher folgerichtig die Streichung der beiden Randziffern.

Rz 44

~~Weitere Tarifanpassungen, d.h. solche, die das Ausmass der exogenen Teuerung übersteigen,
sind nur unter den Voraussetzungen von Rz 45 ff. möglich.~~

- **Antrag: Rz 44 ist zu streichen.**
 - Siehe Bemerkungen unter Randziffer 43.

G. Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs (ausserordentliche Anpassung)

Rz 45

Eine Revision der technischen Grundlagen liegt vor, wenn der entsprechende Sachverhalt gestützt auf Art. 5 VAG zu einer genehmigungspflichtigen Änderung des Geschäftsplans nach Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r VAG führt.

- **Antrag:** Siehe unter Art. 4 2 Bst. d VAG: d ist nicht genehmigungspflichtig! Der Passus ist daher zu streichen
 - VAG Art. 4 Bewilligungsgesuch und Geschäftsplan
 - Insbesondere sind Änderungen nach Artikel 4 Absatz 2 lit d nicht genehmigungspflichtig!

Rz 46

~~Eine Revision muss das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse beantragen, wenn der zulässige Rahmen des technischen Gewinns im Sinne von Rz 9 überschritten wird oder die kumulierten jährlichen technischen Ergebnisse für ein Produkt zu einem Verlust führen.~~

- **Antrag: Randziffer 46 ist zu streichen.**
 - Wie bereits mehrfach erwähnt, soll das Hauptaugenmerk der Aufsichtsbehörde bei der Solvabilität des Gesamtunternehmens und nicht bei einem einzelnen Produkt liegen.
 - Der produktbezogene Gewinnbezug ist ohne Grundlage.
 - Eine jährliche Berechnung ist nicht konform und widerspricht versicherungstechnischen Grundsätzen.
 - Rz 46 – 49 streichen. Entspricht nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht und es wird unzulässigerweise von einem Gleichbehandlungsgebot ausgegangen (siehe Einleitung).
 - Ausserdem geht eine Revision hier zu weit. Eventuell könnte man von einer Anpassung reden!

Rz 47

Eine Revision kann vom privaten Versicherungsunternehmen oder der Krankenkasse beantragt werden.

Rz 48

a. wenn technisch hinreichend begründet ist, weshalb eine Tarifsanierung erfolgen soll,

Rz 49

~~b. wenn Erhöhungen über der exogenen Teuerung weder zu einer technischen Ungleichbehandlung noch zu einer zu erwartenden höheren Stornoquote führen. Senkungen von Tarifen unterhalb des Niveaus einer Bedarfsprämie dürfen ebenfalls keine technische Ungleichbehandlung zur Folge haben.~~

- **Antrag: Rz 49 ist zu streichen.**
- **Eventualiter** sind zu streichen: „~~wenn Erhöhungen über der exogenen Teuerung weder~~ nicht zu einer technischen Ungleichbehandlung ~~noch zu einer zu erwartenden höheren Stornoquote~~ führen.“

H. Technische Erklärungen im Geschäftsplan

Rz 50

Für einen genehmigungspflichtigen Tarif sind mindestens folgende Angaben einzureichen:

a) Finanzierungsverfahren

Rz 51

Im Geschäftsplan ist das gewählte Finanzierungsverfahren oder die kombinierte Form unter Verwendung der Begriffe gemäss Glossar (Anhang 1) zu beschreiben. Dazu gehört die Beschreibung der relevanten Risiken, der Bewertungsmethode sowie der Bildung und Auflösung der entsprechenden versicherungstechnischen Rückstellungen.

b) Tarifstruktur

Rz 52

Im Geschäftsplan ist die Tarifstruktur wie folgt zu beschreiben.

aa) Tarifniveau

Rz 53

Bei Wahl eines ~~mehrheitlich individuellen~~ Bedarfsdeckungsverfahrens:
~~Die Tarifprämie folgt der Risikoprämie.~~ Die Tarifprämie ist explizit Teil der geschäftsplanmässigen Erklärung.

- **Antrag:** Der Terminus „mehrheitlich individuellen“ ist in Randziffer 53 zu streichen.

- Entspricht nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht und es wird unzulässigerweise von einem Verbot der Ungleichbehandlung ausgegangen. (siehe Einleitung).

Rz 54

Bei Wahl eines überwiegend individuellen Kapitaldeckungsverfahrens oder eines überwiegend kollektiven Bedarfsdeckungsverfahrens:

~~Das Verhältnis zwischen Tarif- und Risikoprämien ist anzugeben.~~

- **Antrag: Randziffer 54 ist komplett zu streichen.**

- Entspricht nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht und es wird unzulässigerweise von einem Verbot der Ungleichbehandlung ausgegangen. (siehe Einleitung).
- Je nachdem wie sich die Prämie eines jeweiligen Produktes entwickelt, kann sich das Verhältnis zwischen Tarif- und Risikoprämie verschieben, so dass dazu nur bedingt eine Aussage gemacht werden kann.

Rz 55

Bei Wahl eines überwiegend kollektiven Kapitaldeckungsverfahrens:

Das Verhältnis zwischen Tarif-, Risiko- und Bedarfsprämien ist geeignet zu beschreiben.

bb) Tarifpositionen

Rz 56

Für alle Finanzierungsverfahren sind die Tarifmerkmale und die Altersklassen vollständig aufzulisten

c) Versicherungstechnische Rückstellungen

Rz 57

Für alle Finanzierungsverfahren sind folgende Angaben im technischen Teil des Geschäftsplans festzuhalten:

Rz 58

~~a. Quantitative Bewertung der einzelnen versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Rz 16 ff.~~

- **Antrag: Rz 58 a. ist zu streichen.**

- **Eventualiter:** Textvorschlag: "Bewertungsgrundsätze für die einzelnen versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Rz 16 ff."

Rz 59

b. Bezeichnung der versicherungstechnischen Rückstellungen mit den ihnen zugeordneten ~~quantifizierten~~ Risiken im Sinne von Rz 23.

- **Antrag: Der Begriff „quantifizierten“ ist im Text von Randziffer 59 zu streichen,**
 - Es ist nicht möglich, sämtliche Risiken, welche die versicherungstechnischen Rückstellungen beeinflussen, zahlenmässig zu hinterlegen. Zudem ist diese Grösse laufend Veränderungen unterworfen.
 - Entspricht nicht Bandbreitenaufsicht.

Rz 60

c. Ausmass und Regeln für die Auflösung von versicherungstechnischen Rückstellungen.

- Siehe jedoch zum Begriff Auflösung die Bemerkung zu Abs. 26: Die Begriffe Bildung und Auflösung der Rückstellungen sind obsolet. Rückstellungen werden per Stichtag berechnet. Hier wird also weder explizit gebildet noch aufgelöst. In die Erfolgsrechnung geht in der Regel die Veränderung der Rückstellungen von einem Stichtag zum anderen ein und eine Auflösung kommt daher automatisch den Versicherten zu Gute.

Rz 61

d. ~~Angewendete Methoden zur laufenden Information des Managements über die Höhe der versicherungstechnischen Rückstellungen und deren Bedeckung durch das gebundene Vermögen.~~

- **Antrag: Randziffer 61 ist zu streichen,** da die gesetzliche Grundlage dafür fehlt (siehe Einleitung).
 - Weiter sei einmal mehr vermerkt, dass das gebundene Vermögen nicht auf Produktebene gebildet wird.
 - Ein derartiger Passus fällt im Übrigen bereits zum Internen Kontrollsystem (IKS) und gehört damit zum Risikomanagement, wo es bereits abgehandelt wird (aktuarielles Muss).

Rz 62

Bei genehmigten Produkten sind der FINMA jeweils der Tarif und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder die Zusatzbedingungen in den verwendeten Sprachen zweifach einzureichen.

I. Werbung für noch nicht genehmigte Produkte

Rz 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.

IV. Kollektivkrankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO)

A. Information des Versicherungsnehmers

- Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die Ausführungen unter Bst. A überhaupt notwendig sind, da die Versicherer bereits heute, gestützt auf Art. 3 VVG verpflichtet sind, die Versicherungsnehmer angemessen zu informieren.
- Was die Bekanntgabe der Faktoren für die Prämienbestimmung anbelangt, vertreten wir den Standpunkt, dass dies wettbewerbsrechtlich äusserst problematisch ist, und der Versicherungsnehmer selber mit diesen Informationen nur sehr wenig anfangen kann.
- Unklar ist ferner, was unter der Bekanntgabe von Faktoren genau verstanden wird. Eine umfassende Angabe dieser Faktoren ist wettbewerbsverzerrend. Ferner stellt sich die Frage nach der Nützlichkeit dieser Informationen für den Versicherungsnehmer. Der damit verbundene Administrativaufwand ist zu vermeiden.

Rz 64

Vor Vertragsabschluss oder –änderung informiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse den Versicherungsnehmer über die Tarifklassifikation seines Betriebs und gegebenenfalls über Systeme der Gewinnbeteiligung, der Erfahrungstarifizierung und der Abhängigkeit der Prämie von der Lohnsumme.

Rz 65

Ist es dem privaten Versicherungsunternehmen oder der Krankenkasse wegen der Komplexität des angewendeten Systems nicht oder nur begrenzt möglich, die Voraussetzungen der Herauf-

und Herabstufung quantitativ anzugeben, so sind dem Versicherungsnehmer zumindest die Faktoren, welche für die Prämienbestimmung massgebend sind, bekannt zu geben.

B. Tarifgestaltung

- Gemäss Art. 123 AVO, welcher ebenfalls auf den Bereich der kollektiven Krankentaggeldversicherung anwendbar ist, muss die Tarifierung derselben nach anerkannten versicherungs-mathematischen Methoden erfolgen. Daher kann gemäss unserer Meinung auf die Ausführungen unter Bst. B ebenfalls verzichtet werden.

Rz 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 Kreditivität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.~~

Antrag: Randziffer 61 ist zu streichen, **da die gesetzliche Grundlage dafür fehlt (siehe Ein**

Rz 67

~~Der Kreditivitätsfaktor wird anhand eines in der anerkannten Literatur angegebenen Verfahrens bestimmt, wobei die Methode gegebenenfalls an die spezifische Situation anzupassen ist.~~

Rz 68

Die Fälle $z=1$ und $z=0$ sind soweit begründet zugelassen. Dies gilt insbesondere, wenn keine individuelle Schadenerfahrung vorliegt oder wenn die kollektive Schadenerfahrung nicht relevant ist (Full Credibility, atypischer Risikobestand, Bonus/Malus-System).

V. **Materielle Anforderungen an die Eingabe von Tarifgesuchen nach Rz 5 ff., Rz 9 bis 42 und Rz 45 ff.**

~~A. Einführungs- und Wachstumsphase eines Produktes~~

Rz 69 bis Rz 80

- Die Finma führt eine Betrachtung der Produkte nach dem Produkt-Lebenszyklus ein und hält fest, dass je nach der Lebensphase eines Produktes welche Tarifierungen mit welcher Strenge beurteilt werden (ordentliche / ausserordentliche Prämienrückstellungen).
- Eine Einteilung in Reife-, Sättigungs- und Rückbildungsphasen ist unnötig, weil praxisfern, denn es fehlt an exakten Abgrenzungsdefinitionen, so dass Abgrenzungsprobleme vorprogrammiert sind.
- Ausserdem ist die vorgenommene Einteilung lebensfremd, da eine solche bei vielen Produkten nicht zutreffen dürfte, sei es mangels Zyklus, sei es infolge wellenförmiger Bestandesszahlen.

a) Erstgesuch von Produkten

Rz 69

Bei einem neuen Produkt (z.B. Pflegeversicherung) verfügt das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse über keine eigenen verlässlichen statistischen Daten. Auch sind oftmals keine öffentlich zugänglichen geeigneten Daten vorhanden. Ferner ist das Kundenverhalten ungewiss.

Rz 70

Geeignete technische Grundlagen sind zu erarbeiten, damit eine adäquate Evaluation und Quantifizierung der massgeblichen Risiken (vgl. Rz 11 ff. und Rz 16 ff.), die das Produkt deckt, ermöglicht werden.

Rz 71

Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifierkalkulation zu rechnen. Der verantwortliche Aktuar muss daher den Tarif überwachen und gegebenenfalls eine ~~Revision~~ der technischen Grundlagen veranlassen sowie den Geschäftsplan anpassen.

- **Antrag:** „~~Revision~~“ ist durch „**Änderung**“ zu ersetzen.

Rz 72

Zentral ist ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, der ~~mittels verschiedener Szenarien~~ zeigt, dass das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse die Investitionskosten und eine Periode mit negativen Ergebnissen tragen kann.

- **Antrag:** Der Teilsatz „~~mittels verschiedener Szenarien~~“ ist aus Randziffer 72 zu streichen

- Es ist von einem realistischen Szenario auszugehen. Es geht nicht an, dass man alle möglichen Szenarien simuliert, obwohl mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass diese gar nie eintreten werden.

b) Weiterentwicklung von Produkten

Rz 73

Bei einer Weiterentwicklung eines bestehenden *Produktes* (z.B. Spitalzusatzversicherung mit Wahlmöglichkeit) sind statistische Daten verfügbar, aber eventuell nicht in der benötigten Form oder Detaillierung. Zudem ist das Kundenverhalten mit Unsicherheit behaftet.

Rz 74

~~Auch hier treten die gleichen Unsicherheiten wie bei der Neuentwicklung auf, jedoch in geringerem Ausmass. Die vorhandenen Statistiken sind zu präsentieren und zu interpretieren. Auch hier muss der verantwortliche Aktuar eine Nachkalkulation des Tarifes vornehmen und bei Bedarf eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen. Ein Bedarf ist beispielsweise bei einer erheblichen Abweichung des finanziellen Ergebnisses des *Produktes* von den Projektionen oder bei erheblichen ungerechtfertigten Abweichungen der Ergebnisse zwischen den *Tarifklassen* gegeben. Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan inklusive *Szenarien* ist notwendig.~~

• **Antrag: Rz 74 ist zu streichen.**

- Entspricht nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung). Weiter ist daran zu erinnern, dass im Privatversicherungsbereich das Gleichbehandlungsgebot keine Anwendung findet.
- Eine erhebliche Abweichung kann ihre Wirkung auch nur vorübergehend entfalten. In diesem Fall ist eine Revision technischen Grundlagen nicht angezeigt. Erneut macht es Sinn nur dasjenige Szenario zu simulieren, welches mit grösster Wahrscheinlichkeit auch eintreten wird. Der zweite Teil von Randziffer 74 ist zu streichen.

c) Spezielle Finanzierungsverhältnisse

Rz 75

~~Verwendung eines kollektiven Finanzierungsverfahrens:
Eine absolut zentrale Rolle für die Beurteilung des Finanzierungsverfahrens spielt die Bedarfsprämie. Die Angabe der Bedarfsprämien nach den relevanten Tarifklassen erlaubt es, den Umfang der allfälligen Umverteilungen zu messen. Angesichts dessen ist in den Produktvorlagen auf die~~

Ermittlung der Bedarfsprämien besonders zu achten. Wie sie ermittelt worden sind, ist schlüssig darzulegen.

- **Antrag: Rz 75 wie folgt anpassen:** Unter Randziffer 75 ist auf die Randziffern 69 und 73 zu verweisen. In diesen beiden Fällen ist es dem Versicherungsunternehmen gemäss Rundschreiben gerade nicht möglich, sich auf verlässliche statistische Daten abzustützen. Daher ist es auch nicht in der Lage, die Ermittlung der Bedarfsprämie schlüssig darzulegen.

Rz 76

Finanzierung kleiner Bestände:

~~Bei kleinen Beständen sind die Abweichungen vom Erwartungswert der Schäden mittels geeigneter statistischer Methoden zu berücksichtigen. Dabei muss sowohl den Abweichungen, die mit der Schadenverteilung verbunden sind, als auch denjenigen, die durch die Bestandesgrösse bedingt sind, Rechnung getragen werden.~~

- **Antrag: Rz 76 ist zu streichen.**
 - Der Inhalt dieser Bestimmung ist zum Zeitpunkt der Markteinführung von neuen Produkten nicht anwendbar, da man in der Anfangsphase eines jeden Produktes von kleinen Beständen ausgehen muss.

d) Gesuch um Revision technischer Grundlagen

Rz 77

Wird um Revision von technischen Grundlagen ersucht, sind die Angaben nach Rz 81 einzureichen.

B. Reifephase

Antrag:

Die unter Bst. B aufgeführten Randziffern sind zu streichen. Die Produkte aufgrund eines Produktezyklus differenziert zu betrachten ist unserer Ansicht nach systemfremd. Einerseits sind wir der Ansicht, dass diese Zyklen nicht klar voneinander zu trennen sind und andererseits gibt es Produkte die sich einem entsprechenden Zyklus entziehen.

Rz 78

~~Bei einem Produkt in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten 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~~

- **Antrag: Rz 78 ist zu streichen.**

- Entspricht nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung).
- Einteilung in Reife-, Sättigungs- und Rückbildungsphasen ist unnötig und es fehlt an einer genauen Definition, sodass Abgrenzungsprobleme vorprogrammiert sind. Ausserdem ist die vorgenommene Einteilung lebensfremd, da eine solche bei vielen Produkten nicht zutreffen dürfte, sei es mangels Zyklus, sei es infolge wellenförmiger Bestandeszahlen.

Rz 79

~~Selektive Prämienanpassungen sollten aber die Ausnahme sein und werden entsprechend restriktiv genehmigt. Häufiger dürften teuerungsbedingte Prämienanpassungen sein, die in den meisten Fällen linear vorgenommen werden können. In beiden Fällen sind die Prämienanpassungen anhand von Statistiken zu belegen.~~

- **Antrag: Rz 79 ist zu streichen.**

C. Sättigungs- und Rückbildungsphase

Siehe Kommentare unter Bst. B.

Eine Einteilung in Reife-, Sättigungs- und Rückbildungsphasen ist unnötig und es fehlt an einer genauen Definition, sodass Abgrenzungsprobleme vorprogrammiert sind. Ausserdem ist die vorgenommene Einteilung lebensfremd, da eine solche bei vielen Produkten nicht zutreffen dürfte, sei es mangels Zyklus, sei es infolge wellenförmiger Bestandeszahlen.

Sollte die Randziffer 80 in die endgültige Fassung des Rundschreibens einfließen, sollte der Text derselben wie folgt angepasst werden:

Rz 80

~~Noch in der Sättigungsphase dürfen Anpassungen am Finanzierungsverfahren im Sinne von Rz 45 ff. vorgenommen werden, sofern erhebliche, nicht vorhersehbare Risiken eingetreten sind. Die Überwälzung dieser Risiken auf die Versicherten ist nach Abschluss der Sättigungsphase grundsätzlich nicht vorgesehen.~~

- **Antrag: Rz 80 ist zu streichen.**

- Entspricht nicht dem Grundsatz der Bandbreitenaufsicht (siehe Einleitung).

VI. Liste einzureichender Dokumente für neue Produkte oder Revisionen der technischen Grundlagen

Rz 81

Zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem vollständigen Tarif sind folgende Angaben erforderlich:

1. Bei Revision der technischen Grundlagen ist eine Begründung unter Berücksichtigung von Rz 45 ff. zu liefern.
2. Beschreibung des Finanzierungsverfahrens des Produktes und gegebenenfalls der Rückversicherung.
3. Begründete Ermittlung der Risikoprämien und –zuschläge, in aussagekräftigen Statistiken, oder mangels Statistiken mit geeigneten Berechnungen unter Angabe der Annahmen.
4. Beschreibung der Struktur der Prämien und deren wesentlichen Komponenten (~~Tarifklassen, Risikoprämie, Risikozuschläge, Zuschlag für Verwaltungskosten, allfällige Umverteilungs- oder Alterskomponente, Gewinnmarge~~).
5. ~~Beschreibung und Begründung des Rabattsystems oder der Überschussbeteiligung.~~
6. ~~Nachweis mittels geeigneter Szenarien, dass das gewählte Finanzierungsmodell die mittel- bis langfristige Beständigkeit des Produktes erlaubt, falls eine zeitliche Umverteilung vorgesehen ist.~~
7. ~~Präzise Beschreibung der Bildung und der Auflösung der jeweiligen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen (gemäss Art. 54 Abs. 3 sowie 69 AVO).~~
8. ~~Beschreibung der Akquisitionspolitik sowie der mittelfristig erwarteten Bestandesstruktur.~~
9. ~~Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, welcher insbesondere die Anzahl Versicherter, den Schadenaufwand, die Verwaltungskosten, die Bildung und die Auflösung der Rückstellungen aufzeigt, der auch den Anforderungen nach Rz 69 ff. Rechnung trägt.~~
10. Plan zur Rückerstattung der Alterungsrückstellungen, falls Art. 155 AVO zur Anwendung kommt.

- **Antrag: Randziffer 81 ist im oben aufgeführten Sinne anzupassen.**

- Die einzureichenden Unterlagen sind aufgrund der von uns gemachten Kommentare nicht notwendig und entbehren mehrheitlich jeglicher gesetzlicher Grundlage.

VII. Übergangsbestimmungen

Das Rundschreiben gilt nur für neue Produkte oder für Produkte, deren Grundlagen des technischen Tarifes revidiert werden (ausserordentliche Prämienanpassungen).

Es sollte im Sinne der Effizienz und zur Vermeidung von unnötiger administrative Belastung festgehalten werden, dass für alle bestehenden Produkte kein neuer technischer Geschäftsplan (insbesondere was die Bildung und Auflösung der Rückstellungen je Kategorie betrifft) bei der Finma zur Genehmigung einzureichen ist.

Rz 82

Das vorliegende Rundschreiben löst die früheren Vorgaben dieser Behörde bzw. ihrer Vorgängerbehörde, des Bundesamts für Privatversicherungen, ab, soweit diese dieselben Sachverhalte abdecken wie dieses Rundschreiben.

Rz 83

Für die genehmigten Produkte der Zweige B2 und A5 sind die vorliegenden Bestimmungen anwendbar, sobald eine technische Revision gemäss Rz 45 ff. vorgenommen wird.

Antrag: Aufgrund unserer Stellungnahme ist der Begriff „ff.“ bei der Rz. 45 zu streichen.

Abschliessende Bemerkungen

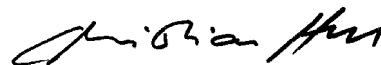
Es ist verständlich, dass die FINMA in diesem sensiblen Bereich klare Regelungen einführen möchte. Wenn Regulierungen notwendig sind, dann sollten diese effektiv und praktikabel sein, das heisst nicht zu einer unnötigen administrativen Mehrbelastung führen. Wir bitten Sie daher gerade unter dem Kriterium der Praxistauglichkeit unsere Anträge gut zu prüfen und nach Möglichkeit zu berücksichtigen. Vor allem im Hinblick auf den Genehmigungsprozess, denn dieser sollte effektiv und effizient bleiben.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Lucius Dür
Direktor



Christian Hess
Fachspezialist Krankenversicherung

FINMA - Eidgenössische
Finanzmarktaufsicht
Herr Markus Geissbühler
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

15. Dezember 2009

FINMA Rundschreiben 2009/x: Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

Eventualanträge aus Sicht der privaten Krankenzusatzversicherer

Sehr geehrter Herr Geissbühler

Wir danken für das Gespräch vom 19. November. Im Nachgang senden wir Ihnen wie vereinbart, die - wo möglich – durch die Aktuare gemachten konkreten Verbesserungsvorschläge.

Grundsätzlich halten wir an unserer Stellungnahme und den darin gegenüber dem Rundschreiben gemachten Vorbehalten fest. Daher möchten wir unsere hier vorgelegten Vorschläge als Eventualanträge verstanden wissen. In diesem Sinne hat unsere Stellungnahme vom 29. Oktober 2009 nach wie vor Gültigkeit.

Daraus ergibt sich, dass wir nur jene Randziffern aufgeführt haben, für die wir einen Eventualantrag formulieren konnten. Unveränderte Randzifferen sind daher nicht in diesem Schreiben enthalten.

Im Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass der Anhang 1 überarbeitet werden muss, den wir als äusserst wichtig und entscheidungsrelevant einstufen. Es sind im Anhang 1 zu viele Begriffsänderungen und Unklarheiten enthalten. Daher lehnt der SVV den Anhang 1 bis zu einer klärenden Überarbeitung ab. Wir erklären indessen unsere Bereitschaft bei der Überarbeitung mitzuarbeiten, sind doch die Begriffe ein wesentlicher Teil für das gemeinsame Verständnis.

Zuguterletzt möchten wir Sie bitten, die Kernfrage nach der Praxistauglichkeit im Auge zu behalten. Die Versicherer benötigen einen gewissen Spielraum, um auf Marktveränderungen innert gegebener Frist reagieren zu können.

I. Geltungsbereich

Siehe Stellungnahme.

II. Vorlagepflicht

Rz 6

Ein Ausgleich dieser übernommenen Risiken ist innerhalb eines Produktes oder einer Produktgruppe über die Zeit zu gewährleisten.

Rz 7

Vertragliche Verpflichtungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse, sind Gegenstand der AVB, die genehmigungspflichtig und einzureichen sind.

Rz 8

Anderweitige Leistungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu Gunsten der Versicherten gelten nicht als genehmigungspflichtig. Sie dürfen bei Tarifeingaben dann in den Statistiken enthalten sein, falls sie der Gesundheitsförderung und Prävention dienen.

III. Versicherungstechnik

A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Produktergebnisses

Rz 9

Das erwartete technische Ergebnis abzüglich der risikofreien Zinserträge eines *Produktes* oder einer *Produktgruppe*, das aus der Tarifikalkulation resultiert, sollte positiv ausfallen und damit einen Gewinn darstellen. Produkte bzw. Produktgruppen können auch negative technische Ergebnisse ausweisen, in diesem Fall findet Rz 10 Anwendung.

- Definition risikolose Zinssatz ist noch in einer Arbeitsgruppe zu regeln. Unklar ist ebenfalls, auf was sich der Zinssatz bezieht.

Rz 10

Falls die Ergebnisse eines *Produktes* oder einer *Produktgruppe* zu nicht mehr gerechtfertigt hohen Gewinnen oder zu systematischen Verlusten führen, die die Solvenz des Unternehmens

gefährden könnten, reicht das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse rechtzeitig eine revidierte technische Grundlage für die betroffenen Tarife ein.

- Wenn nicht nötig, soll nicht in die Prämienpolitik eines Versicherers eingegriffen werden. Grundsätzlich soll der Markt entscheiden.

B. Erfassung aller wesentlichen Risiken

a) Anforderung an den Tarif

Rz 11

Zur Begründung des Tarifs für ein neues *Produkt* oder einer neuen *Produktegruppe* oder einer Revision des Tarifs für ein bestehendes *Produkt* oder einer *Produktegruppe* evaluiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse für die vertraglichen Verpflichtungen die aktuell vorhersehbaren wesentlichen Risiken, wie etwa diejenigen der negativen finanziellen Auswirkungen einer potenziellen Antiselektion, der Schwankungsrisiken sowie eines ungenügenden Ausgleichs unter den Risiken. Es ist darzulegen, wie die Finanzierung erfolgen soll. Krankenkassen berücksichtigen diese Risiken in der Tarifikalkulation.

- Der Titel des Kapitels stimmt nicht mit dem Inhalt der Rz überein.

Rz 12

- Schadenfall sollte im Glossar definiert sein: im Geschäftsjahr ereignet oder die, deren Behandlungsbeginn im Geschäftsjahr liegt.

Rz 13

Tarifanpassungen dienen der Sicherung der Solvenz des Unternehmens und berücksichtigen unter anderem Faktoren wie die nicht im Voraus kalkulierbare *exogene Teuerung*.

- vgl. Rz 43, 44

b) Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren

Rz 14

a. Das *Ausgaben-Umlageverfahren* darf für Krankenversicherungen nach VVG verwendet werden.

- Es ist nicht nachvollziehbar, wieso die Art der Finanzierung eingeschränkt werden soll (Grundsatz). Zudem stimmt die Begründung nicht.

Rz 15

b. Bei den wesentlichen *Produkten* oder *Produktgruppen* mit starker Altersabhängigkeit des Schadenbedarfs, z.B. in den Spitalzusatzversicherungen, sollte das Prämien- und Finanzierungssystem dergestalt sein, dass die Versicherung dann, wenn sie am meisten benötigt wird, nämlich im Alter, vom Kunden noch bezahlbar ist. Das Finanzierungsverfahren kann hierzu z.B. Altersrückstellungen vorsehen.

C. Versicherungstechnische Rückstellungen

a) Bewertung und Bildung

Rz 17

a. *Schadenrückstellungen*: Die Schadenrückstellungen per Stichtag umfassen die nach dem Stichtag anfallenden Zahlungen und Kosten für alle vor dem Stichtag eingetretenen Schadenfälle. Dazu gehören die per Stichtag pendenten Schadenfälle, die per Stichtag noch nicht gemeldeten Schadenfälle (incurred but not yet reported, IBNR) und die Wiedereröffnungen der per Stichtag bereits erledigten Schadenfälle.
Die Schadenbearbeitungskosten sind die im Zusammenhang mit der Schadenregulierung anfallenden Kosten. Sie setzen sich aus den Kosten, die den einzelnen Schadenfällen direkt zuweisbar sind (allocated loss adjustment expenses, ALAE), und den Kosten, die nicht den einzelnen Schadenfällen direkt zugeordnet werden können (unallocated loss adjustment expenses, ULAE), zusammen.

- **Antrag: Oben stehende Formulierung übernehmen. Sie entspricht dem Rundschreiben 2008/42. Begriffe im Glossar erläutern.**

Rz 18

b. *Alterungsrückstellungen*: Unter der Bedingung, dass eine Solidarität unter den einzelnen Altersgruppen vorgesehen ist, ist das Altersrisiko unter Berücksichtigung der Dynamik in den Versicherungsbeständen und des Tarifprofils technisch zu bewerten.

Rz 19

c. *Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen*: Die Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen umfassen alle Beträge, die zum Ausgleich von ungünstigen Abwicklungsergebnissen der versicherungstechnischen Bedarfsmarkierungen und von Schwankungen im Schaden- aufwand dienen.

- **Antrag: Oben stehende Formulierung übernehmen. Sie entspricht dem Rundschreiben 2008/42.**

Rz 20

- **Antrag: Streichen des Rz 20. Die Sicherheitsrückstellungen sind Gegenstand der Rz 19.**

Rz 21

e. *Risikokapital der Krankenkassen:* Die Krankenkassen, die den Vorschriften über die Eigenmittel nach VAG nicht unterliegen, können die aus dem Betrieb der Krankenversicherungen nach VVG anfallenden Risiken entweder entsprechend reduzieren oder dafür Risikokapital aufbauen.

- Das müsste in ein neues Kapitel, denn es hat mit versicherungstechnischen Rückstellungen nichts zu tun, da Eigenmittel-Charakter. Daher ist folgerichtig ‚Sicherheitsrückstellungen‘ durch die Bezeichnung ‚Risikokapital‘ zu ersetzen.

Rz 22

- **Antrag:** Rz 22 ist zu streichen. Die Antiselektion gehört nicht zu den in Art. 69 Bst. g AVO explizit aufgeführten versicherungstechnischen Rückstellungen.

b) Zuordnung

Rz 23

Die versicherungstechnischen Rückstellungen sind nach den entsprechenden Erklärungen im Geschäftsplan einer der Kategorien von versicherungstechnischen Rückstellungen nach Art. 69 AVO zuzuordnen.

Rz 23

Die privaten Versicherungsunternehmen können und die Krankenkassen müssen die Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen in der Buchhaltung getrennt führen.

c) Auflösung

Rz 25

Methoden zur Bildung und Auflösung der Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen sind im Geschäftsplan festzuhalten.

- **Antrag 1: Streichen, ist im Art. 54 Abs. 3 AVO genügend geregelt.**

d) Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen

Rz 26

a. Für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen (Art. 54 Abs. 2 AVO) erstellt das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse einen Verwendungsplan, sofern die Verwendung nicht bereits im Geschäftsplan geregelt ist.

- Rückstellungen werden per Stichtag berechnet. In die Erfolgsrechnung geht in der Regel die Veränderung der Rückstellungen von einem Stichtag zum anderen ein und eine Auflösung kommt daher automatisch den Versicherten zu Gute.

Rz 27

- Der Passus kann ersatzlos gestrichen werden, da bereits in VAG Art. 24, Absatz 1c und 2 sowie AVO-FINMA Art. 3 Absatz 2 geregelt.

e) Mitgabe von Alterungsrückstellungen

Rz 29

a. Bei individuell pro Versicherten gebildeten *Alterungsrückstellungen* gilt als angemessener Teil der für den Versicherten bis zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung geäußerte Betrag. Dieser Betrag kann positiv oder negativ sein. Bei einer Auflösung können negative mit positiven Reserven verrechnet werden. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen.

D. Gestaltung der Tarifstruktur

Wir verweisen auf unsere Stellungnahme: Rz 33 – 37 sind zu streichen.

Rz 33

Als Missbrauch gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO gilt die Benachrichtigung einer versicherten oder anspruchsberechtigten Person durch einen juristischen oder versicherungstechnisch nicht begründbare erhebliche Ungleichbehandlung.

Rz 34

Der Tarif kann Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufweisen.

Rz 35

Sind grössere Umverteilungen vorgesehen, so sind zur Beurteilung des Umfangs der

Umverteilungen die Prämien nach den relevanten Tarifklassen in geeigneter Weise abzubilden. Die Ermittlung dieser Prämien ist schlüssig anhand aussagekräftiger Statistiken oder bei Produktentwicklungen anhand geeigneter und begründeter Berechnungsannahmen darzulegen. Die Herleitung der Risikozuschläge ist ebenfalls zu erläutern.

Rz 36

- **Artikel streichen, da Antiselektionsrisiko nicht definiert ist. Sobald diese vorliegt, geben wir gerne eine Beurteilung ab.**

Rz 37

Sind grössere Änderungen an den genehmigten Tarifmerkmalen oder der wesentlichen Struktur der Tarifklassen vorgesehen, darf dies nur im Zusammenhang mit einer grundlegenden technischen Revision gemäss Rz 45 ff. abgeändert werden. Kleine Änderungen am Tarif wie zum Beispiel die Einführung einer neuen Selbstbehaltsvariante oder einer neuen Regionalklasse können im Rahmen einer ordentlichen Tarifierfassung vorgenommen werden.

- **Verweis auf die üblichen Genehmigungsformalitäten (anderes Rs für Tarifierfassung)**

E. Rabatte

Rz 38

Tarifinhärente Rabatte wie zum Beispiel für höhere Selbstbehalte, Bonusrabatte und Schadenfreiheitsrabatte sind genehmigungspflichtig. Darüber hinaus können weitere Rabatte gewährt werden. Führen diese dazu, dass die Ergebnisse eines Produktes oder Produktgruppe die Solvenz eines Unternehmens gefährden, sind sie genehmigungspflichtig.

Rz 39

Rabatte, die das versicherte Risiko bzw. die Leistungskosten beeinflussen, sind nach den Grundsätzen von Rz 33 ff. zu begründen. *Rabatte*, die nicht technisch begründet sind, sind als Element der Umverteilungskomponente zugelassen, sofern keine erhebliche Ungleichbehandlung nach Rz 33 eintritt.

Rz 40

Im Falle einer Revision der technischen Grundlagen im Sinne von Rz 45ff., sind Rabatte nur dann Gegenstand der Überprüfung, wenn diese der Grund für die Revision sind. Rabatte gelten für alle Versicherten desselben Produktes oder derselben Produktgruppe, welche die Bedingungen der Gewährung des Rabatts erfüllen.

Rz 41

Die Bedingungen für die Gewährung und den Wegfall von Rabatten müssen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klar umschrieben sein.

- Weder die Tarife, Tarifmerkmale, Tarifstruktur noch die Prämien sind Bestandteil der allgemeinen Vertragsbestimmungen, weil sie anderen zeitlichen Änderungen unterworfen sind.

Rz 42

Die Vorlagepflicht von Rabatten bei neuen Produkten oder Produktgruppen oder bei Tarifrevisio-
nen ist in Rz 38 – Rz 40 geregelt.

F. Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife (ordentliche Anpassung)

Rz 43

Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife dienen der Sicherung der Sol-
venz des Unternehmens und berücksichtigen unter anderem Faktoren wie die nicht im Voraus
kalkulierbare *exogene Teuerung*.

Rz 44

Grundlegende Änderungen der Tarifstruktur sind nur unter den Voraussetzungen von Rz 45 ff.
möglich.

G. Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs (ausserordentliche Anpassung)

Rz 45

Bei einer Revision der technischen Grundlagen gemäss Rz 10 führt der entsprechende Sachver-
halt gestützt auf Art. 5 VAG zu einer genehmigungspflichtigen Änderung des Geschäftsplans nach
Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r VAG.

Rz 46

Eine Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs muss das private Versicherungsunter-
nehmen oder die Krankenkasse beantragen, wenn der zulässige Rahmen des technischen Ge-
winns oder Verlustes im Sinne von Rz 9 und Rz 10 über- bzw. unterschritten wird.
Die Liste für die einzureichenden Dokumente ist in Rz 81 geregelt.

Rz 49

b. wenn Erhöhungen über der exogenen Teuerung weder zu einer technischen Ungleichbe-
handlung noch zu einer zu erwartenden höheren Stornoquote führen. Senkungen von Tarifen

~~unterhalb des Niveaus einer Bedarfsprämie dürfen ebenfalls keine technische Ungleichbehandlung zur Folge haben.~~

- **Antrag:** Rz 49 ist zu streichen.
- Eine bestimmte Ungleichbehandlung gibt es per Definition bei jeder Versicherung (Solidarprinzip) und die FINMA geht zu Unrecht von einem Gleichbehandlungsgebot aus. Tarifierhöhungen führen nahezu immer zu einer höheren Stornoquote.

H. Technische Erklärungen im Geschäftsplan

a) Finanzierungsverfahren

Rz 51

Im Geschäftsplan ist das gewählte Finanzierungsverfahren oder die kombinierte Form unter Verwendung der Begriffe gemäss Glossar (Anhang 1) zu beschreiben. Dazu gehört die Beschreibung der relevanten Risiken, der Bewertungsmethode sowie der Bildung und Auflösung der entsprechenden produkt- bzw. produktgruppenspezifischen versicherungstechnischen Rückstellungen.

b) Tarifstruktur

Rz 52

Im Geschäftsplan ist die Tarifstruktur wie folgt zu beschreiben.

aa) Tarifniveau

Rz 53

Bei Wahl eines Bedarfsdeckungsverfahrens: Die Tarifprämie ist explizit Teil der geschäftsplanmässigen Erklärung.

- Gleichgültig, was für ein Finanzierungsverfahren gewählt wurde, sind die Tarife Teil des Geschäftsplans.

Rz 54

Bei Wahl eines überwiegend individuellen Kapitaldeckungsverfahrens oder eines überwiegend kollektiven Bedarfsdeckungsverfahrens:
Die Tarifprämie ist explizit Teil der geschäftsplanmässigen Erklärung.

Rz 55

Bei Wahl eines überwiegend kollektiven Kapitaldeckungsverfahrens:
Die Tarifprämie ist explizit Teil der geschäftsplanmässigen Erklärung.

bb) Tarifpositionen

c) Versicherungstechnische Rückstellungen

Rz 58

a. Bewertungsgrundsätze für die einzelnen produkt- oder produktgruppenspezifischen versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Rz XY ff (gemäss Rs 2008/42).

Rz 59

b. Bezeichnung der produkt- oder produktgruppenspezifischen versicherungstechnischen Rückstellungen mit den ihnen zugeordneten Risiken im Sinne von Rz XY (gemäss Rs 2008/42).

Rz 60

c. Ausmass und Regeln für die Auflösung von versicherungstechnischen Rückstellungen.

Rz 61

d. ~~Angewendete Methoden zur laufenden Information des Managements über die Höhe der versicherungstechnischen Rückstellungen und deren Bedeckung durch das gebundene Vermögen.~~

- **Antrag:** Rz 61 ist zu streichen (kein Alternativvorschlag möglich!).

IV. Kollektivkrankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO)

A. Information des Versicherungsnehmers

Rz 64

Das Versicherungsunternehmen darf die Einteilung der versicherten Risiken in Tarifklassen sowie die Tarifizierung nach der vertragsindividuellen Schadenerfahrung (Erfahrungstarifizierung) nur anwenden, wenn dies mit dem Versicherungsnehmer oder der Versicherungsnehmerin vereinbart ist.
Prämienänderungen, die sich aus der Einteilung in eine andere Tarifklasse oder aus der Erfahrungstarifizierung ergeben, sind nur zulässig, wenn mit dem Versicherungsnehmer oder der Versi-

versicherungsnehmerin vereinbart ist, unter welchen Voraussetzungen die Herauf- oder Herabstufung erfolgt.

Wendet das Versicherungsunternehmen Tarifklassen oder Erfahrungstarifizierung an, so muss für die Prämienbestimmung neben der individuellen Schadenerfahrung auch die kollektive Schadenerfahrung angemessen berücksichtigt werden.

Die Tarifizierung muss nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden erfolgen.

B. Tarifgestaltung

- Gemäss Art. 123 AVO, welcher ebenfalls auf den Bereich der kollektiven Krankentaggeldversicherung anwendbar ist, muss die Tarifizierung derselben nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden erfolgen. Daher kann gemäss unserer Meinung auf die diesbezüglichen Ausführungen unter Bst. B verzichtet werden.

Rz 66

Für einen bestimmten Vertrag oder eine bestimmte Tarifklasse muss die angewendete Prämie die individuelle und die kollektive Schadenerfahrung angemessen berücksichtigen.

- Begründung: Credibility ist nicht die einzige anerkannte versicherungstechnische Methode zur angemessenen Berücksichtigung der individuellen und der kollektiven Schadenerfahrung.
- **Antrag:** Rz ist zu streichen. Die Rz 66 ist hinfällig, da deren Sinn bereits in der Rz 64 wiedergegeben wird.

Rz 67

Die Gewichtung der individuellen und der kollektiven Schadenerfahrung wird anhand einer anerkannten versicherungstechnischen Methode bestimmt, wobei die Methode gegebenenfalls an die spezifische Situation anzupassen ist.

Rz 68

Die Nichtberücksichtigung entweder der individuellen oder der kollektiven Schadenerfahrung ist soweit begründet zugelassen. Dies gilt insbesondere, wenn keine individuelle Schadenerfahrung vorliegt oder wenn die kollektive Schadenerfahrung nicht relevant ist (Full Credibility, atypischer Risikobestand, Bonus/Malus-System).

V. Materielle Anforderungen an die Eingabe von Tarifgesuchen nach Rz 5 ff., Rz 9 bis 42 und Rz 45 ff.

~~A. Einführungs- und Wachstumsphase eines Produktes~~

a) Erstgesuch von Produkten

Rz 71

Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation zu rechnen. Das Unternehmen muss daher den Tarif überwachen und gegebenenfalls eine Tarifierfassung beantragen.

Rz 72

Die zur Tarifierfassung einzureichenden Unterlagen sind in Rz 81 aufgeführt.

b) Weiterentwicklung von Produkten

Rz 73

Bei einer Weiterentwicklung eines bestehenden *Produktes* (z.B. Spitalzusatzversicherung mit Wahlmöglichkeit) sind statistische Daten verfügbar, aber eventuell nicht in der benötigten Form oder Detaillierung. Zudem ist das Kundenverhalten mit Unsicherheit behaftet. Auch hier treten die gleichen Unsicherheiten wie bei der Neuentwicklung auf, jedoch in geringerem Ausmass.

Rz 74

Das Unternehmen muss daher den Tarif überwachen und gegebenenfalls eine Tarifierfassung beantragen. Die zur Tarifierfassung einzureichenden Unterlagen sind in Rz 81 aufgeführt.

c) Spezielle Finanzierungsverhältnisse

Rz 75

Bei der Verwendung eines kollektiven Finanzierungsverfahrens gelten die üblichen unter Rz 35 aufgeführten Bestimmungen.

Rz 76

Sind Produkte mit kleinen Beständen Bestandteil einer Produktgruppe gelten die Ausführungen dieses Rundschreibens für die Produktgruppe.
Sind Produkte mit kleinen Beständen nicht Bestandteil einer Produktgruppe sind die Abweichungen vom Erwartungswert der Schäden mittels geeigneter statistischer Methoden zu berücksichtigen.

gen. Dabei muss insbesondere den Abweichungen, die mit der Schadenverteilung verbunden sind, Rechnung getragen werden.
Zufallsschwankungen der finanziellen Ergebnisse aufgrund der kleinen Beständen können über eine Produktgruppe ausgeglichen werden.

d) Gesuch um Revision technischer Grundlagen

~~B.~~ Reifephase

Rz 78

Bei bestehenden Produkten sollten grundsätzlich keine grundlegenden Tarifrevisionen mehr nötig sein. Sollte das dennoch der Fall sein, so sind die Unterlagen gemäss Rz 81 zur Genehmigung einzureichen.

Rz 79

In der Regel kommen teuerungsbedingte Prämienanpassungen vor, diese können linear oder selektiv vorgenommen werden. In beiden Fällen sind die Prämienanpassungen anhand von Statistiken zu belegen.

~~C.~~ Sättigungs- und Rückbildungsphase

Rz 80

Noch in der Sättigungsphase dürfen Anpassungen am Finanzierungsverfahren im Sinne von Rz 45 ff. vorgenommen werden, sofern erhebliche, nicht vorhersehbare Risiken eingetreten sind. Die Überwälzung dieser Risiken auf die Versicherten ist nach Abschluss der Sättigungsphase grundsätzlich nicht vorgesehen.

- **Fundamentale Ablehnung, da im Widerspruch zu allen vorangehenden Rz.**

VI. Liste einzureichender Dokumente für neue Produkte oder Revisionen der technischen Grundlagen

Rz 81

Zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem vollständigen Tarif sind folgende Angaben erforderlich:

1. Bei Revision der technischen Grundlagen ist eine Begründung unter Berücksichtigung von Rz 45 ff. zu liefern.
2. Beschreibung des Finanzierungsverfahrens des Produktes und gegebenenfalls der Rückversicherung.
3. Begründete Ermittlung der Risikoprämien und –zuschläge, in aussagekräftigen Statistiken, oder mangels Statistiken mit geeigneten Berechnungen unter Angabe der Annahmen
4. Beschreibung der Struktur der Prämien und deren wesentlichen Komponenten (z.B. Tarifklassen, erwarteter Schadenaufwand, Zuschlag zur Bildung der Rückstellungen, Verwaltungskosten).
- ~~5. Beschreibung und Begründung des Rabattsystems oder der Überschussbeteiligung.~~
6. Nachweis, dass das gewählte Finanzierungsmodell die mittelfristige Beständigkeit des Produktes oder der Produktgruppen erlaubt, falls eine zeitliche Umverteilung vorgesehen ist.
7. Beschreibung der Bildung und der Auflösung der produkt- bzw. produktgruppenspezifischen versicherungstechnischen Rückstellungen (gemäss Art. 54 Abs. 3 sowie 69 AVO).
- ~~8. Beschreibung der Akquisitionspolitik sowie der mittelfristig erwarteten Bestandesstruktur.~~
9. Eine versicherungstechnische Produkt- oder Produktgruppen-Planerfolgsrechnung, welcher insbesondere die Anzahl Versicherter, den Schadenaufwand, die Verwaltungskosten, die Bildung und die Auflösung der Rückstellungen aufzeigt, der auch den Anforderungen nach Rz 69 ff. Rechnung trägt.
10. Plan zur Rückerstattung der Alterungsrückstellungen, falls Art. 155 AVO zur Anwendung kommt.

Unklare Begriffe:

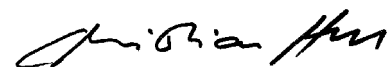
- „Struktur der Prämie“ ist nicht verständlich und zu definieren.
- „Rabattsystem“ ist nicht verständlich und zu definieren.
- Teilziffer 8 enthält keine relevanten Informationen für die Bandbreitenaufsicht und entbehrt auch einer gesetzlichen Grundlage.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Lucius Dürr
Direktor



Christian Hess
Fachspezialist Krankenversicherung



Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Herrn Gschwind
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

FINMA		
ORG	29. OKT. 2009	SB
✓		✓
Bemerkung: zw		

Datum Zürich, 28. Oktober 2009/ PS
Versichertenangaben
Ihre Kontaktperson Peter Sieber
Betreff Unser Stellungnahme - Rundschreiben 2009/x - Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

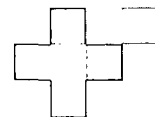
Sehr geehrter Herr Gschwind, sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Möglichkeit, uns zum Entwurf des oben genannten Zirkulares vernehmen zu lassen. Gerne nehmen wir diese Möglichkeit wahr und übermitteln Ihnen unsere nachfolgende Stellungnahme.

Wir unterteilen unsere Aussagen in Grundsatzaussagen und in Aussagen zu den einzelnen Ziffern des Zirkulares.

Grundsatzaussagen

Die FINMA hat in unserem Umfeld Kraft ihres Amtes den Auftrag, eine geordnete Krankenzusatzversicherung zu garantieren. Dabei hat sie jedoch trotz der engen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen die gemäss Art. 27 Bundesverfassung verbrieft Wirtschaftsfreiheit zugewähren. Das vorliegende Zirkular neigt in verschiedenen Punkten dazu, dieses verfassungsmässige Recht einschneidend zu beschränken, weshalb wir das Zirkular in der vorliegenden Version als nicht rechtskonform und somit nicht realisierbar ansehen. Wir haben Verständnis für die Einschätzung der FINMA, dass die Krankenzusatzversicherungen ein nicht zu unterschätzende Risikostruktur und –gemeinschaft darstellen. Nichts desto trotz ist es nicht Aufgabe der FINMA, einem solchen Risiko mit Restriktionen im unternehmerischen Freiraum zu begegnen. Wer erfolgreich sein will im Markt, braucht auch unternehmerische Freiheiten. Ein gesundes Unternehmen orientiert seine Entwicklung und seine Aktivitäten am machbaren und an den finanziellen Möglichkeiten. Für uns heisst dies konkret: Wir betreiben unser Geschäft im Sinne einer Langfristplanung und –sicherheit. Unsere Kunden erhalten von uns eine finanzielle Absicherung gegen die Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft, die sich an ihren langfristigen Bedürfnissen orientieren. Unsere Verwaltungskosten sind an die finanziellen Ergebnisse gekoppelt und unser Gehaltssystem orientiert sich an Mechanismen, die grosse



Bonusansprüche und Sonderzulagen nicht gewähren. Unsere Verwaltungskosten sind mindestens auf eine Dreijahresbetrachtung ausgelegt.

In der Vergangenheit wurden von der FINMA, bzw, deren Vorgängerbehörde bereits einschneidende Vorgaben in finanzieller Hinsicht getätigt (z.B. die Einführung des SST, sehr restriktive Anlagerichtlinien für das gebundene Vermögen. etc.). Diese sind dazu geeignet, die finanzielle Entwicklung eines jeden Versicherers in retrospektiver, als auch in prospektiver Hinsicht beurteilen zu können. Weiterführende und noch einschneidendere Restriktionen sind dementsprechend unnötig und steigern den Verwaltungsaufwand zusätzlich und überproportional.

Seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes KVG und der Abkopplung der Krankenzusatzversicherungen von der Sozialversicherung wurde der Paradigmawechsel seit nun mehr 13 Jahren vollzogen. Die Branche hat sich etabliert und es bedarf wirklichen unternehmerischen Freiheiten und nicht enger Regulation. Dies ist im Sinne der Versicherten und um deren Bedürfnisse geht es letztendlich nur und abschliessend.

Geltungsbereich

Wir sind der Auffassung, dass es aus operativer Sicht wenig sinnvoll ist, die AVB eines Versicherungsproduktes in den Geschäftsplan einzubauen (als Bestandteil), da eine AVB-Anpassung automatisch zu einer Neueinreichung des Geschäftsplanes führen würde, selbst dann, wenn sich weder versicherungstechnisch noch aus aktuarieller Sicht etwas ändern würde. Mit der Genehmigung einer Änderung der AVB ausserhalb des Geschäftsplanes haben wir indes keine Probleme. Zudem würde eine exzessive Auslegung des Zirkulares heissen, dass jede Tarifierpassung mit einer vollständigen Neueinreichung des Geschäftsplanes einhergehen würde. Im Hinblick auf die beidseitig nicht unbegrenzten personellen Ressourcen ist ein solches Vorgehen wenig sinnvoll.

Offen ist für uns aktuell die Frage, in wie weit ambulanten Zusatzversicherungen (z.B. Dental) unter die Bestimmungen des Zirkulares fallen würden.

Vorlagepflicht

Die Vorlagepflicht für Tarife besteht bereits heute und ist aufsichtsrechtlich so vorgesehen. Grundsatz jedes Zusatzversicherungstarifes ist die finanzielle Ausgewogenheit über die Zeit. Nur ergeben sich immer häufiger Peaks, die bei kleinen und mittleren Beständen nicht über eine kurze Zeit ausgeglichen werden können. Hierfür sind jedoch nach unserer Auffassung die Dienste der Aktuare von der AVO eingeführt worden, um solche Ereignisse versicherungsmathematisch zu glätten und zu dokumentieren. Die bereits bestehenden Bestimmungen reichen jedoch vollumfänglich.

Versicherungstechnik

Der erste Satz unter alinea A stellt für uns ein unternehmerische Grundhaltung dar. Wir wollen und müssen ein positives technisches Ergebnis anstreben. In wie weit ein positives technisches Ergebnis als Gewinn zu werten ist, müsste noch näher spezifiziert werden. Bereits der zweite Satz negiert jedoch die erste Aussage und stellt einen massiven Eingriff in die



Wirtschaftsfreiheit dar. Es ist wenig sinnvoll, eine solche Bestimmung einzuführen, dies umso mehr, als verschiedene Szenarien im Versicherungsmarkt (Leistungseinkauf, Finanzierungsströme stationäre Institutionen, Marktverhalten der Ärzte, etc.) einen angemessenen Gewinn und somit eine Langfristbetrachtung zwingend notwendig machen. Verschiedene Begriffe eröffnen einen allzu weiten Ermessensspielraum. Was verstehen Sie unter einem nicht gerechtfertigten hohen Gewinn, wann tritt er ein, wie kann man ihn wieder abbauen, wie verhält sich ein gutes zu einem schlechten Jahr, was ist mit dem privaten Vermögen der Versicherer? Dies sind alles Fragen, auf die das vorliegende Zirkular keine verlässlichen Antworten gibt. Sollten die Bestimmungen wie vorliegend eingeführt werden, dann bestimmt die FINMA unserer Prämien- und Reservenpolitik und beschneidet uns in unserer unternehmerischen Freiheit.

Wir fragen uns, ob die FINMA versucht unter alinea B die Finanzierungsverfahren ohne Notwendigkeit vom heutigen Verfahren wegzubringen. Offensichtlich schwebt der Behörde vor, ein reines Kapitaldeckungsverfahren einzuführen. Die Krankenzusatzversicherungen existieren seit Jahrzehnten und sind bis dato immer ohne Probleme finanzierbar geblieben. Konkurse und Exodus von Versicherten sind bis heute nachweislich ausgeblieben. Dementsprechend muss es unternehmerische Freiheit bleiben, nach welchen betriebswirtschaftlichen und aktuariellen Grundsätzen die Tarifikalkulation vorgenommen wird. Über das System des SST stehen der FINMA genügend Steuerungs- und Aktionsmechanismen für die Sicherung der Nachhaltigkeit der Krankenzusatzversicherungen zu. Zudem besteht die Möglichkeit, die Nachhaltigkeit der einzelnen Versicherungsprodukte durch eine ansprechende Alimentierung von Schwankungs- und Schadenrückstellungen sicherzustellen.

Weiter ist in alinea C unter den Artikel 21 und 25 vorgesehen, die Rückstellungs- und Reservepolitik des Zusatzversicherers entscheidend zu beeinflussen. Gut alimentierte Versicherer würden künftig mit Tarifreduktionen konfrontiert werden. Solche sind aus Konkurrenzsicht kaum Sinn und Zweck einer ausgeglichenen Krankenzusatzversicherung. Bedingt durch die jährlichen Prämienerrhöhungen in der Grundversicherung stehen den Haushalten in der Schweiz künftig immer weniger finanzielle Mittel für Krankenzusatzversicherungen zur Verfügung. Eine ausgewogene, langfristige Tarifentwicklung ist demzufolge äusserst wichtig. Diesen Grundsatz setzt die SLKK VERSICHERUNGEN konsequent um. Hierfür sind jedoch keine aufsichtsrechtlichen Vorgaben notwendig.

Unter alinea C Art. 30 taucht der Begriff „angemessener Teil“ auf, der weder rechtlich noch versicherungsmathematisch definierbar ist. Eine Angemessenheit kann je nach Produkt und Konkurrenzsituation ändern und muss dementsprechend nicht im Rahmen eines Geschäftsplanes erhoben werden. Eine restriktive Auslegung beschränkt den Versicherer in seiner Tarifgestaltung.

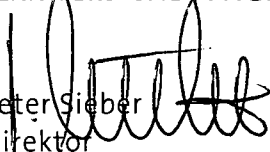
Rabatte sind notwendig und sinnvoll im Umfeld von Familie und Kollektivpartnern. Es kann nicht Sinn und Zweck der Aufsicht sein, hier einschneidende Massnahmen zu verordnen.

Besser wäre es, den Bereich Kollektivversicherung im Rahmen eines griffigen Reportings zu Handen der FINMA auf eine gute Basis zu stellen.

In diesem Sinne haben wir Ihre Ausführungen einer kritischen Würdigung unterzogen und kommen leider zum Schluss, dass das von Ihnen vorgeschlagene Zirkular bei allem Verständnis für die Bedürfnisse der Aufsicht deutlich über die vom Gesetzgeber angepeilten Vorgaben und Aufsichtspflichten hinausschiesst. Dementsprechend danken wir Ihnen für eine liberalere und weniger restriktive Fassung des Zirkulars.

Mit freundlichen Grüssen

SLKK VERSICHERUNGEN



Peter Sieber
Direktor

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Anhörung Rundschreiben Zusatzversicherungen
Krankenversicherungsaufsicht
Herrn Reto Januth
Einsteinstr. 2
3003 Bern

Sumiswald, 30. Oktober 2009

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

Sehr geehrter Herr Januth

Mit Schreiben vom 31. August 2009 wurde die Sumiswalder Krankenkasse 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, unsere Sicht 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

Die Sumiswalder Krankenkasse 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, Kreditibilitätsfaktor, 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	<p>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 Risikoverringerung 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.</p>	<p>Werden die aktuell in allen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) als Leistungen aufgeführten nicht-stochastischen 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.</p>	
9	<p>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>	<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>

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
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 Solvenzgewinnung.
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 einen externen verantwortlichen Aktuar (VA) beigezogen ist.	
14	Das Ausgaben-Umlageverfahren darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.	<p>Auf welcher Grundlage in Gesetz oder Verordnung stützt sich dieses für Krankenkassen äusserst einschneidende Verbot?</p> <p>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.</p>	Streichen

Rz	Wortlaut	Bemerkungen	Alternativvorschlag
20	Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.	Die Trennung von Schwankungs- und Sicherheitsrückstellungen und die Bildung von Sicherheitsrückstellungen aus dem Gewinn schränkt die Handlungsfähigkeit der Versicherer ein.	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 Tarifanpassung 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 schwerwiegende 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 Kreditabilität des Vertrags oder der Tarifklasse entspricht.	Die Regelung ist sehr kompliziert formuliert. Insbesondere fehlt der Begriff „Kreditabilität“ im Glossar.	Vereinfachen. Aufnahme des Begriffs „Kreditabilität“ ins Glossar.
71	Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation 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 Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versichertenverhalten 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.

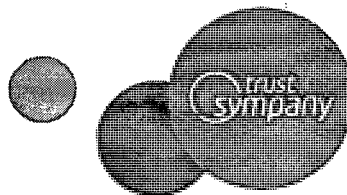
Freundliche Grüsse

sumiswalder



Rolf Pfister

Geschäftsführer



Trust Sympany
Sympany Versicherungen AG
Peter Merian Weg 4
4052 Basel
Telefon +41 58 262 30 00
Fax +41 58 262 42 05
www.trustSympany.ch

Johann Hartl
Direkt +41 58 262 44 36
Johann.Hartl@sympany.ch

FINMA		
ORG	02. NOV. 2009	SB
E1		
Bemerkung: ZHF		

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FINMA
Herrn Reto Januth
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Basel, 27.10.2009/JH

Rundschreiben (RS) 2009/x
Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung – Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit machen wir von der Möglichkeit der Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zum o.g. Rundschreibens 2009/x Gebrauch. In den nachfolgenden Ausführungen finden sich die aus unserer Sicht wesentlichen Aspekte:

1. Einleitende Bemerkungen

Die verfolgten Ziele der Transparenz und Rechtssicherheit werden begrüsst, insbesondere weil dadurch die Effizienz beim antragstellenden Versicherungsunternehmen (VU) und die Rechtssicherheit besser sichergestellt werden kann. In seiner heutigen Ausprägung verfehlt das RS unseres Erachtens jedoch diese Zielsetzungen. Die Gründe hierfür sind unter Punkt 2 im Detail aufgeführt. Wir gehen davon aus, dass einige unserer Einwände durch präzisere Definitionen resp. generell Klärung der von uns erwähnten Fragen ausgeräumt werden können. Zeit für eine solche Diskussion während der Vernehmlassungsperiode war jedoch zu kurz und wir hoffen, die Klärungen im Nachgang zur Vernehmlassung vorantreiben zu können – wenn möglich auch bereits vor einer definitiven Publikation der neuen Richtlinie.

2. Wesentliche Aspekte zum Rundschreiben (RS) und zum Erläuterungsbericht (EB)

Die materiell wesentlichen Kritikpunkte, die sich aus dem RS und dem EB ergeben, lassen sich gesamthaft in folgende Kernaussagen zusammenfassen:

- a) Erhöhung der Rechtsunsicherheit und in der Konsequenz Mehraufwand sowie Gefährdung der Rechtsgleichheit
- b) Die Rechtmässigkeit für zentrale Anliegen erscheint z.T. fragwürdig oder nicht gegeben
- c) Gefährdung der Systemstabilität und Solvenz je nach Interpretation unklar formulierter Passagen
- d) Widerspruch zur Rechnungslegung und Fehlallokation bei den Reservierungsvorschriften zwischen Eigen- und Fremdkapital
- e) Fehlende Erklärung betr. Sollbetrag des gebundenen Vermögens

Zu a) Erhöhung der Rechtsunsicherheit und in der Konsequenz Mehraufwand sowie Gefährdung der Rechtsgleichheit

Das Rundschreiben (RS) 2009/x, als auch der Erläuterungsbericht (EB) selbst beinhalten etliche unbestimmte Rechtsbegriffe, die weder im Rundschreiben, noch im Erläuterungsbericht hinreichend präzisiert sind. Es gibt keine durchgängige Kongruenz zwischen dem EB und dem RS 2009/x. Relevante Inhalte des Erläuterungsberichts wie bspw. Prinzipien sollten aus Gründen der Klarheit im Rundschreiben Eingang finden.

Es ist unklar, welches die Voraussetzungen, Prinzipien für genehmigungsfähige Eingabegesuche sind. Die Unbestimmtheit von Definitionen und Beurteilungsaspekte sollte für die definitive Fassung des Rundschreibens massgeblich verbessert werden, damit diese Fragen nicht nachträglich und umständlich auf dem Rechtsweg geklärt werden müssen.

In der nachfolgenden tabellarischen Übersicht haben wir die aus unserer Sicht wesentlichen Punkte betr. unklarer Begriffe und offenen Fragen zusammengestellt:

Randziffern (RZ) RS 2009/x und Erläuterungsbericht	Kommentar	Fragen
RZ 7 Vorlägepflicht	<p>Nicht-stochastische Leistungen (RZ 7) sind nur genehmigungsfähig, wenn sie der Leistungsminderung dienen und dürfen nicht mehr unter Leistungen ausgewiesen werden, sondern müssen als Rabatte (Genehmigungsvoraussetzung!) verbucht werden. Nachdem diese alle unter den AVB's/ZVB's genannt sind, dürfte dieser Zusatzaufwand kaum dem Gebot der Verhältnismässigkeit entsprechen.</p> <p>Für den Versicherer bleibt die Leistung unverändert stochastisch, wie auch die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme anderer ‚stochastischer‘ Leistungen ebenfalls stark von Entscheidungen der Versicherten abhängt!</p>	<p>Welche Basis besteht, genehmigte Leistungen per AVB/ZVB nicht mehr als Leistungen zu klassieren?</p>
RZ 9-11 Bandbreite eines gesetzlich zulässigen Gewinnes und EB S4 unten	<p>Die Definition des zulässigen Gewinnes sollte auf jährlicher Basis erfolgen, da auch das Risiko auf jährlicher Basis entschädigt werden muss.</p> <p>Der kumulierte Gewinn aus jährlichen, zulässigen Gewinnen sollte unbeachtet bleiben und keine Unterscheidung gemacht werden zwischen Gesellschaften, welche den Gewinn jährlich abführen oder zur Stützung der Solvenz einbehalten. Falls die Umgestaltung von einbehaltenen Gewinnen in Form</p>	<p>Welches sind die Voraussetzungen und Prinzipien der Beurteilung, welche für die Eingaben von Gewinnanteil und Schwankungsrückstellungen (als Elemente der Tarifstruktur) zur Anwendung gelangen, speziell die Definition des unzulässig hohen Gewinns scheint unklar oder irreführend (siehe EB S.4 unten; Rdschr. RZ 9)? Von welchem Zeithorizont ist hier auszugehen? Wann liegt ein Missverhältnis zum übernommenen technischen Risiko vor? Können Gewinnmargen (bestehend aus risikogerechten Ge-</p>

Randziffern (RZ) RS 2009/x und Erläuterungsbericht	Kommentar	Fragen
	<p>von Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen in Kapital gefordert würde, so würden die erwarteten Steuern eine Erhöhung der Marge um ca. 40% verlangen</p> <p>Dieser Passus kann so verstanden werden, dass ein Gewinn grösser als der risikolose Zinssatz auf den technischen Rückstellungen missbräuchlich wäre.</p> <p>Die Vorgabe der Verzinsung zum risikolosen Zinssatz bedeutet eine starke Einschränkung der unternehmerischen Freiheit, welche die Solvenz gefährdet. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass die Versicherten den Vertrag freiwillig abschliessen.</p>	<p>winnen) unlimitiert kumuliert werden oder können / müssen sie bei Erreichen von Limiten in Eigenkapital umgewandelt werden?</p> <p>Treffen heutige Betrachtungen auch auf vergangene Gewinne zu?</p> <p>Worauf stützt sich die Vorgabe der Verzinsung zum risikolosen Zinssatz ab?</p> <p>Worauf soll der risikolose Zinssatz gerechnet werden?</p>
<p>RZ 11 Erfassung aller wesentlichen Risiken (Anforderung an den Tarif)</p>	<p>Für alle aoTA sind Businesspläne mit verschiedenen Szenarien zu berechnen, welche durch die GL zu genehmigen und mit GL-Genehmigungen vorzulegen sind (RZ 81 Pkt 9).</p> <p>Da die Voraussetzungen und Beurteilungsprinzipien nicht genannt sind, besteht für die Aufsicht ein grosser Spielraum, Begründungen zu akzeptieren oder nicht zu akzeptieren.</p>	<p>Was sind die konkreten Vorgaben für die Begründungen von Tarifvorlagen (RZ 11) bezüglich der „aktuell vorhersehbaren wesentlichen Risiken“ wie Antiselektion, Schwankungsrisiken oder Bestandesstruktur?</p> <p>Welche Sicherheit besteht, Tarifvorlagen ausreichend begründet zu haben?</p>
<p>RZ 16-22 Versicherungstechnische Rückstellungen (Bewertung und Bildung)</p>	<p>Die Antiselektionsrückstellungen sind ungenügend definiert und können so nicht ausreichend von den anderen Rückstellungen separiert dargestellt werden. Im Swiss Solvency-Test sind Antiselektionsrückstellungen über Szenarien mit Eigenmitteln zu unterlegen.</p> <p>Generell sind in anderen Rückstellungen ebenfalls Bestandteile aus Veränderungen der Versichertenstruktur enthalten.</p>	<p>Gehören Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen nun ins gebundene Vermögen oder nicht? Bei Krankenkassen eventuell (Begründung jedoch noch ausstehend!), bei privaten Versicherungsunternehmen sollten Schwankungsrückstellungen und Sicherheitsrückstellungen nicht unter den Sollbetrag fallen, soweit sie künftige Verpflichtungen abdecken und nicht Art 17 Abs.1 VAG entsprechen?</p>

Randziffern (RZ) RS 2009/x und Erläuterungsbericht	Kommentar	Fragen
RZ 17 Versicherungstechnische Rückstellungen	Die Definition der Schadenrückstellungen in RZ 17 ist a) unklar (Verpflichtung aus AVB = Behandlungsdatum entspricht nicht Usanz sondern Bedingungen AVB!) und b) nicht definiert.	Gilt damit subsidiär RS 08/42, welche ALAE und ULAE wie auch Schwankungsfaktoren der Abwicklung einschliessen? Sollen Krankenzusatzversicherer ALAE und ULAE berechnen resp. reservieren? Wenn ja, wo?
RZ 18 Versicherungstechnische Rückstellungen (Alterungsrückstellungen)	Die Vorgaben für die Alterungsrückstellungen und die entsprechenden Finanzierungsverfahren (RZ 18) sind unklar. Auch hier wird eine Streichung von VE-AVO Art. 95 wieder aufgelegt. Wieder wird eine langfristige Finanzierung von zeitlichen Umverteilungen verlangt. Dabei bleibt unklar, welche zeitlichen Umverteilungen im rollenden Verfahren als mögliches Finanzierungsverfahren genehmigt werden können, da die Liste der Finanzierungsverfahren diese Optionen nicht vorzusehen scheinen. Zusätzlich könnten Komplexitäten verlangt sein, falls gemäss ‚Anhang 1: Techn. Ergebnis‘ ein Einschluss von Kapitalerträgen als Bedingung verstanden würde (ohne dies explizit in Rz 18 zu nennen), falls man ein Kapitaldeckungsverfahren anwendet.	Bedeutet der Schlusssatz, dass für Effektivaltertarife ohne Parameterrisiko keine Alterungsrückstellungen gefordert sind? Was versteht die FINMA hier unter Parameterrisiken? Was sind die Parameter für die Beurteilung von Dynamik der Versichertenbestände für die Beurteilung von Alterungsrückstellungen (RZ 18) und was heisst in diesem Zusammenhang langjährig umverteilt? Sind für kollektive Alterungsrückstellungen andere Finanzierungsverfahren möglich? Wo leitet sich die gesetzliche Grundlage für die Finanzierungsform der Alterungsrückstellungen ab?
RZ 19-22 Versicherungstechnische Rückstellungen	Alle Formulierungen im RS blenden die Eigenmittelthematik aus, obwohl innerhalb der gesetzlichen Grundlagen ein enger Zusammenhang besteht. Anti-Selektion stellt keine aktuelle Verpflichtung dar, sondern geht von einem in der Zukunft liegenden Risiko aus. Wenn überhaupt, dann sind derartige Risiken durch Sicherheitsrückstellungen abzubilden. Primär müssen aber solche Ereignisse entweder durch die vorhandene Solvenz und/oder aber durch aoTA abgedeckt werden können.	Welches sind die Voraussetzungen der verschiedenen Rückstellungen (RZ 19,20,-22) zur Anrechenbarkeit an die Eigenmittel (Solva I)? Bedeutet die Aufnahme der Antiselektion als neue Rückstellungsart nun, dass diese dem Fremdkapital zuzurechnen wären oder kann diese Rückstellungsart an die Solvenz angerechnet werden? Wie ist der Charakter von Sicherheitsrückstellungen zu quantifizieren, die für spezifische Unternehmensrisiken gebildet werden und aus Gewinnen zu finanzieren sind? Kann diese Rückstellungsart an die Solvenz angerechnet werden?

Randziffern (RZ) RS 2009/x und Erläuterungsbericht	Kommentar	Fragen
RZ 20 Versicherungstechnische Rückstellungen	Krankenkassen müssen, private Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen bilden. Soweit Krankenkassen die aus dem Betrieb des VVG-Geschäftes resultierenden Risiken reduzieren, müssen keine Sicherheitsrückstellungen gebildet werden.	<p>Wenn bei privaten Versicherungsunternehmen Sicherheitsrückstellungen gebildet werden, sind diese dann Bestandteil des gebundenen Vermögens, auch wenn sie aus Gewinnen finanziert werden (siehe hierzu auch RZ 20)?</p> <p>Welches wären typische aus dem VVG-Geschäft resultierende Risiken?</p>
RZ 23-32 Versicherungstechnische Rückstellungen	Im RS selbst finden sich keine Hinweise zu den Prinzipien der Bildung oder Auflösung von Rückstellungen.	<p>Welches sind die Voraussetzungen und Beurteilungskriterien der verschiedenen Rückstellungen und den Limiten, ab denen versicherungstechnische Rückstellungen aufgelöst werden müssen?</p> <p>Sollen diese Limiten auch für die kumulierten Gewinne der Vergangenheit zutreffen, wenn Gewinnmargen im zulässigen Bereich lagen? Falls ein Kündigungsverzicht gemäss Geschäftsplan beibehalten wird, kann dann auf eine Formulierung gemäss RZ 28-32 verzichtet werden?</p>
RZ 28-32 Mitgabe von Alterungsrückstellungen	Die Mitgabe von Alterungsrückstellungen dürfte in der praktischen Umsetzung auf erhebliche, wenn nicht gar unlösbare Probleme stossen (siehe Erfahrungen der PKV in Deutschland).	Wie ist die Einheitlichkeit und Gleichbehandlung bei der Mitgabe von Alterungsrückstellungen zwischen den Gesellschaften sichergestellt, wenn individuelle Geschäftspläne existieren?
RZ 33 Gestaltung der Tarifstruktur	Aus dem Passus geht nicht klar hervor, ob die Beurteilung der Ungleichbehandlung sich auch auf das ordentliche Tarifgenehmigungsverfahren bezieht.	Wird eine Anwendung von RZ 33 (Ungleichbehandlung) nur bei einer ausserordentlichen Tarifanpassung abgeklärt oder auch bei ordentlichen Tarifanpassungen?
RZ 33-37 Gestaltung der Tarifstruktur	Eine aktuelle technische Ungleichbehandlung ist immer nur eine Momentaufnahme, welche im Laufe der Zeit sich immer wieder verändert. Jeder Versicherungsnehmer (VN) hat die Chance, im Laufe seiner Vertragsdauer Begünstigter einer momentanen Ungleichheit der Tarife in Bezug auf die Kosten eines Teilbestandes zu sein.	<p>Wo liegt das Problem der technischen Ungleichheit, wenn alle Versicherungsnehmer denselben Vertrag unterschreiben, vertraglich also alle gleich behandelt werden?</p> <p>Was ist die Umverteilungskomponente und wie steht sie zur technischen Ungleichbehandlung?</p>

Randziffern (RZ) RS 2009/x und Erläuterungsbericht	Kommentar	Fragen
	Aus dem RS geht nicht klar hervor, wo die Grenzen der technischen Ungleichbehandlung gezogen werden.	
RZ 38-42 Rabatte	Tarife, die nur im Rahmen der exogenen Teuerung angepasst werden, stellen keine Tarifrevision dar. Dementsprechend bedarf es daher nach unserer Auffassung keiner Vorlagepflicht bezüglich der Rabatte.	Sind Rabatte oder deren Veränderung immer vorlagepflichtig, egal ob es sich um eine oTA oder aoTA handelt (siehe hierzu RZ 38-42).
RZ 43 Periodische Anpassung des Prämienniveau bestehender Tarife (ordentliche Anpassung)	Exogene Teuerung für die oTA ist praktisch nicht definiert (RZ 43, Kopfschäden, siehe auch Anhang 1, exogene Teuerung)? Diese sollte jedoch als Beobachtung der Teuerung des einzelnen Produktes einer Gesellschaft interpretiert werden können!	Ab wann gelten Spezialbedingungen für kleine Bestände? Was ist die gesetzliche Grundlage dafür, dass nur diese in der oTA berücksichtigt werden darf?
RZ 45 Revision der technischen Grundlagen eines Tarifes (ausserordentliche Tarifanpassung)	Wirkung von RZ 45 Falls eine Geschäftsplanänderung wie jener der Rückstellungspolitik gemäss RZ 45 zu einer aoTA-Eingabe für alle Produkte führt, würde dies einen gewaltigen Arbeitsaufwand bedeuten, ungeachtet von möglichen Änderungswünschen auf Produktebene, falls bestimmte Bedingungen dadurch in den Produkten geändert werden müssten. Das halten wir unter dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit nicht für sinnvoll.	Sind bei Geschäftsplanänderungen wie der Rückstellungspolitik nur die entsprechenden Rückstellungen vorzulegen oder müssen gemäss RZ 45 für alle betroffenen Produkte alle Unterlagen gemäss Punkt VI (RZ 81) eingereicht werden? Was ist hier die Intention der FINMA resp. ist das so im Schreiben auszulegen?
RZ 45-49 Revision der technischen Grundlagen eines Tarifes (ausserordentliche Tarifanpassung)	Der Aufwand (Dokumentation und Zeitfenster) für jede aoTA (ausserordentliche Tarifanpassung) ist enorm, da die Liste der einzureichenden Dokumente (siehe RZ 81) Angaben zu allen, auch nicht betroffenen Tarifmerkmalen vorsieht.	Die Frage ist nun, wann liegt konkret eine ao TA vor? Bspw. auch bei minimalen Änderungen von Rabatten?
RZ 51 -55 Technische Erklärungen im Geschäftsplan (Finanzierungsverfahren, Tarifniveau) und Anhang 1 Finanzie-	Das Verhältnis zwischen Risiko- und Bedarfsprämien (RZ 55) ist geeignet zu beschreiben (Voraussetzungen, Prinzipien?) Wir gehen davon aus, dass sowohl beim individuellen Bedarfsdeckungsverfahren, als auch beim kollektiven Bedarfs-	Welche Prinzipien gelten für Alterungsrückstellungen? Sind auch Finanzierungsverfahren z.B. für temporär limitierte Umverteilungen, Solidaritätsprinzip für Alter > 70 Jahre mittels kollektivem Bedarfsdeckungsverfahren möglich ? Sind die im Anhang 1 genannten Finanzierungsverfahren (RZ 51-55) abschliessend oder sind weitere Verfahren, Zwi-

Randziffern (RZ) RS 2009/x und Erläuterungsbericht	Kommentar	Fragen
rungsverfahren und deren Grundtypen	deckungsverfahren ohne zeitliche Umverteilung keine Altersrückstellungen zu bilden sind.	<p>schenlösungen möglich?</p> <p>Woraus leitet sich die gesetzliche Grundlage für die Festlegung der Finanzierungsverfahren ab, insbesondere die Aufsplittung von Prämienanteilen und fixe Verdrahtung mit Rückstellungskomponenten?</p>
RZ 81 Liste einzureichender Dokumente für neue Produkte oder Revisionen der techn Grundlagen	Für alle aoTA sind Businesspläne mit verschiedenen Szenarien zu berechnen, welche durch die GL zu genehmigen und mit GL-Genehmigungen vorzulegen sind (RZ 81 Pkt 9).	<p>Ist der Businessplan für jede ao TA durch die GL zu verabschieden?</p> <p>Nachweis mit Szenarien, dass Finanzierungsmodell langfristig beständig (RZ81 Pkt. 6) ist , was heisst das konkret?</p>

Aus der Vielzahl der unbestimmten Rechtsbegriffe, ist für den Antragsteller nicht erkennbar, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen und welche Beurteilungskriterien bei der Genehmigung von Eingaben angewendet werden. Als Antragsteller hat das VU u.E. ex ante das Recht zu wissen, welche konkreten Anforderungen erfüllt sein müssen, damit sein Antrag gutgeheissen wird. Diesem Anspruch wird das RS nicht gerecht. Die Vielfalt der neuen, ungenügend spezifizierten Begrifflichkeiten ist jedoch so verwirrend, so dass die beabsichtigte Zielsetzung der Rechtssicherheit konterkariert und der Spielraum für willkürliche, ungleiche Entscheide durch die Aufsicht erhöht wird.

Zu b) Die Rechtmässigkeit für zentrale Anliegen erscheint z.T. fragwürdig oder nicht gegeben

Elemente, welche vom Parlament aus dem Vorentwurf der AVO gestrichen wurden, werden durch dieses Rundschreiben wieder eingeführt.

Die Aufteilung der Prämienkomponenten für die Tarifgenehmigung, die Tarifklassenstatistiken für Krankenzusatzversicherungen und die Finanzierungsverfahren von Alterungsrückstellungen werden im Rundschreiben als zentrale Anliegen aufgeführt, obwohl diese vom Parlament in der Vorberatung aus dem Vorentwurf der AVO gestrichen wurden. Da sich in der Beurteilung von Rechtmässigkeit oder Verhältnismässigkeit kaum grundlegende Veränderungen ergeben haben, wäre eine ausführliche Klärung der Grundlagen zu diesen Erweiterungen der Aufsichtsmittel vorzusetzen, da sie in die Kompetenz des Gesetzgebers eingreift. Die rechtliche Basis von zentralen Anliegen des Rundschreibens scheint somit unseres Erachtens nicht gegeben zu sein.

Neben der rechtlichen Begründung müssten auch die Definition und die Beurteilungskriterien dieser neuartigen Elemente ausführlicher dargestellt werden.

Zu c) Gefährdung der Systemstabilität und Solvenz je nach Interpretation unklar formulierter Passagen

Eine der Kernaufgaben der Aufsicht ist es, die Systemstabilität und Solvenz der Versicherer zu schützen. Dieser Anspruch kann nicht nur dadurch erfüllt werden, dass jedes einzelne Element haarscharf bis ins Kleinste reguliert wird, unabhängig von deren ökonomischer Bedeutung. Deshalb muss es u.E. das Ziel der Regulierungsbehörde sein, das Hauptaugenmerk der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit auf die makroökonomischen Gesamtzusammenhänge zu fokussieren. Die Wirkungen der Regulierung in der Branche und auf die Volkswirtschaft im Gesamten sowie die sozialpolitischen Verknüpfungen sind zu berücksichtigen. Die vermeintliche Präzisierung der gesetzlichen Vorschriften (VAG, AVO) und mit der damit verbundenen Konzentration der Aufsicht auf Details zieht folgende negative Effekte nach sich:

- die massive Erhöhung des Aufwandes auf Seiten der Versicherer, damit die Anforderungen erfüllt werden können, führt zu einer Marktkonzentration im Bereich der Assekuranz. Das „Too-big-to-fail“ Problem nimmt zu und verschärft sich. Die Gefahr von systemischen Krisen wird somit erhöht (siehe Finanzmarktkrise), mit allen Konsequenzen, die sich für den Staat wie auch den einzelnen Bürger daraus ergeben.
- die Vorgabe eines zulässigen (nicht missbräuchlichen) Gewinns, der je nach Interpretation des RS sogar nur beim risikolosen Zinssatz auf den technischen Rückstellungen liegen könnte, führt zur Unattraktivität für Investoren, in dieses Business zu investieren. Nach dem Capital Asset Pricing Model (CAPM) müsste das Eigenkapital entsprechend dem erhöhten Risiko wohl eher mit ca. 15% verzinst werden. Ausserdem führt die Vorgabe eines zulässigen Gewinns in der Höhe des risikolosen Zinssatzes dazu, dass chronisch zu tiefe technische Gewinne erwirtschaftet werden, womit die Solvenz schleichend untergraben wird

Zu d) Widerspruch zur Rechnungslegung und Fehlallokation bei den Reservierungsvorschriften zwischen Eigen- und Fremdkapital

Das RS zielt in seinem materiellen Inhalt darauf ab, heute als Eigenmittel oder zumindest teilweise als Eigenmittel zu betrachtende Elemente den Stempel von Fremdkapitalpositionen aufzudrücken. Insbesondere gilt dies für die Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen, die eigens und zum Zwecke für künftige Verpflichtungen gebildet wurden. Eine rechtliche Grundlage für den Einbezug der Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen in den Sollbetrag des gebundenen Vermögens gibt es aus unserer Sicht nicht. Es widerspricht zudem den Prinzipien des VAG und der AVO im Bereich des SST. Ausserdem greift das RS damit in das Insolvenzrecht ein und ordnet Gelder als angebliche Verpflichtung gegenüber den Versicherten einen insolvenzgeschützten gebundenen Vermögen zu, obwohl diese keine ökonomischen oder rechtlichen Verpflichtungen ggü. dem Versicherten darstellen. Damit werden im Insolvenzfall aber alle anderen Gläubiger des VU geschädigt, was u.E. einen unzulässigen Eingriff ins Insolvenzrecht darstellt.

Die Definition einer neuen Rückstellungsposition, welche unter Art. 69 Bst. g AVO subsumiert wird, untermauert die Intention, die Eigenmittelunterlegung der Gesellschaften zugunsten der Fremdbestimmung auszuhöhlen. Gemäss Rz 22 wird verlangt, dass für die Antiselektion eine eigene Rückstellung in den Tarif eingerechnet wird und als Verpflichtung zu buchen ist. Abgesehen vom Umstand, dass Antiselektions-Szenarien kaum zuverlässig beschrieben werden können ist es ein Geschäftsrisiko, welches i.d.R. zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses mit dem Versicherten oder mit dem Zeitpunkt des Jahresabschlusses noch nicht eingetroffen ist. Es handelt sich typischerweise um ein unternehmerisches Risiko, für welches das Eigenkapital, also die Solvenz ausreichend vorhanden sein muss. Im Swiss Solvency-Test II werden derartige Risiken als Szenarien abgehandelt und sind dementsprechend mit Eigenmitteln zu unterlegen oder anders ausgedrückt führen sie zu einer Erhöhung der Zielkapitalanforderungen.

Die Verpflichtung gegenüber dem Versicherten hierfür eine separate Rückstellung buchen zu müssen, bedeutet umgekehrt eine Absenkung der Solvenz des VU und widerspricht dem SST. Die Behauptung einer Verpflichtung gegenüber dem Versicherten ist deshalb konstruiert, da es sich nicht um eine echte versicherungstechnische Verpflichtung handelt, sondern vielmehr um ein unternehmerisches Risiko. Eintrittszeitpunkt und Eintrittswahrscheinlichkeit sind rein hypothetischer Natur und können zum jeweiligen Zeitpunkt oder Vertragsabschluss nicht zuverlässig geschätzt, sondern nur über Szenarien abgebildet werden.

Zu e) Fehlende Klärung betr. Sollbetrag des gebundenen Vermögens

Das RS 2009/x selbst macht keine direkten Ausführungen zum geb. Vermögen resp. zum Sollbetrag des gebundenen Vermögens. Im RS 9/2007 wurde mit dem heutigen Rundschreibenentwurf eine Begründung für einen Einbezug der Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen von Krankenkassen zugesagt. Die fortdauernde Rechtsunsicherheit in diesem materiell sehr wichtigen Bereich birgt das Potential erheblicher Ungleichbehandlung, wie verschiedene Gespräche der jüngsten Vergangenheit zeigen. Eine Klärung der hängigen Fragen ist dringend notwendig, wobei ein schlüssiger Beleg der rechtlichen Basis für die Haltung der Aufsicht erwartet wird. Eine juristische Begründung ist im neuen RS 2009/x nicht enthalten.

3. Fazit

Die Erhöhung der Komplexität lässt den Aufwand massiv steigen.

Die kommunizierte Transparenz, Rechtssicherheit und die Vereinheitlichung durch eine gemeinsame Fachsprache, die mit der neuen Aufsichtspraxis entstehen soll, ist durch eine Vielzahl von neuen Begriffen in Frage gestellt. Der Marktzugang für viele KMU's wird erschwert, wenn nicht gar verunmöglicht. In der Konsequenz produziert die Aufsicht damit eine Marktkonzentration, die ein „too-big-to-fail-Problem“ entstehen lässt.

Die Regulierungsdichte löst unverhältnismässig hohen administrativen Mehraufwand aus und mündet letztendlich in einer Verteuerung der Krankenversicherungsprodukte. Die ungenügende Definition neuer Begriffe und die undeklarierte rechtlichen Abstützungen zentraler Positionen weisen in der gegenwärtigen Fassung des Rundschreibens einen übermässigen Aufwand an Klärungsbedarf aus. Es wäre daher aus unserer Sicht angezeigt, eine Klärung der zu präzisierenden Punkte herbeizuführen, um damit von vorneherein den Rechtsmittelweg zu minimieren.

Freundliche Grüsse.

Sympany Versicherungen AG



Reto Toscani
Geschäftsführer



Christian Meindl
Verwaltungsrat

FINMA		
ORG	03. NOV. 2009	SB
E1		
Bemerkung:		STE

FINMA
Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
Einsteinstr. 2
3003 Bern



30. Oktober 2009

Rundschreiben 2009/x Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir beziehen uns auf Ihren Entwurf „Rundschreiben 2009/x Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung“ sowie dem Erläuterungsbericht zum Rundschreiben vom 31. August 2009, worin Sie die Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens in obgenanntem Zusammenhang bekannt geben.

Für die Zustellung der Unterlagen danken wir Ihnen bestens. Die Fachkommission Versicherungen der Treuhand-Kammer hat sich mit dem Entwurf des oben erwähnten Rundschreibens im Detail auseinandergesetzt. In der Beilage unterbreiten wir Ihnen unsere Stellungnahme:

Grundsätzlich erlauben wir uns die Vorbemerkung, dass mit dem vorliegenden Rundschreiben die Aufsicht tief in das Einzelvertragsrecht eingreift. Somit könnte, wo immer dies nicht aus der Sicht der Transparenz für den schwächeren Vertragskontrahenten geschieht oder zur Sicherstellung der Leistungserbringung führt (Solvenz des Versicherers), Ihnen vorgehalten werden, dass eine Überregulierung angestrebt wird. Im Weiteren geht aus unserer Sicht nicht klar und deutlich hervor, wer diese Regelungen dann im Einzelnen überprüft. Unser Verständnis geht dahin, dass der Versicherer die geforderten Unterlagen erstellt, der verantwortliche Aktuar beurteilt und die Revisionsstelle diese Unterlagen, wo vorgesehen, formell prüft und darüber Bericht erstattet. Dies in der eben aufgeführten Reihenfolge.

Gerne sind wir bereit mit Ihnen die aufgeführten Punkte weiter zu besprechen.

Freundliche Grüsse

TREUHAND  KAMMER

Fachkommission Versicherung

J. Reber

A. Guntli

Beilage I – Anhörung Treuhand-Kammer FK Versicherungen und Subkommission Krankenkassen

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
 Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA
 Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari FINMA
 Swiss Financial Market Supervisory Authority FINMA

Rundschreiben 2009/x

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

Referenz: FINMA-RS 09/x Krankenversicherungen nach VVG
 Erlass: ... 2009
 Inkraftsetzung: ... 2009
 Rechtliche Grundlagen: FINMAG Art. 7 Abs. 1 Bst. b
 VAG Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r, 5 Abs. 1, 11 Abs. 1, Art. 16, 38, 46 AVO
 Art. 3 Abs. 1, Art. 54, 69, 117, 123, 155, 157
 AVO-FINMA Art. 3
 Anhang 1 Glossar
 Anhang 2 Verzeichnis verwendeter Abkürzungen

Adressaten					
BankG	VAG	BEHG	KAG	GWG	Andere
	Versicherer				
	X				

Einsteinstrasse 2, 3003 Bern
 Tel. +41 (0)31 327 91 00, Fax +41 (0)31 327 91 01
www.finma.ch

Entwurf des Text des Rundschreibens	RZ	Kommentare und Bemerkungen
Geltungsbereich		
Ebenfalls nicht vorlagepflichtig sind die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Deckung akzessorischer Krankheitsrisiken, die in <i>Versicherungsprodukten</i> enthalten sind, sofern die Deckung gemessen an der zu erwartenden Schadenlast geringer als die Summe der übrigen in denselben Verträgen gedeckten Risiken ist.	4	Der Begriff „akzessorisch“ ist nicht allgemeinverständlich, aus dem Kreditwesen entliehen und könnte demnach in der Praxis zu Verständnis- und Abgrenzungsschwierigkeiten im Sinne dieses Rundschreibens führen. Alternativ schlagen wir folgende Alternative vor: [...] Versicherungsbedingungen zur Deckung <i>hinzugefügter</i> Krankheitsrisiken [...].
II. Vorlagepflicht		
Der Tarifvorlagepflicht unterliegen Prämienberechnungen in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, welche sich aus den vertraglichen Verpflichtungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse ergeben.	5	Die Gespräche anlässlich der Vernehmlassung zeigten, dass die Vorlagepflicht nicht auf Anhieb erfassbar ist. Zur Verbesserung der Lesbarkeit des RS empfehlen wir, den ersten Satz wie folgt zu ergänzen: „Die Tarifvorlagepflicht (vgl. Rz 2) unterliegen [...]“
Ein Ausgleich dieser übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes über die Zeit zu gewährleisten.	6	Der Begriff „Bestand“ ist nicht ausreichend definiert. Handelt es sich in diesem Kontext um ein bestimmtes Produkt oder um alle Versicherungsverträge im Bereich der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung?
III. Versicherungstechnik		
<i>A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Produktergebnisses</i>		
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.	9	Was bedeutet der Begriff „nicht wesentlich“ im Zusammenhang mit dem kumulierten Gewinn? Der aktuelle Text im Rundschreiben gibt keinen sachdienlichen Hinweis, wann ein Gewinn als missbräuchlich erachtet wird. Die diesbezügliche Erläuterung im Begleitbericht hilft unseres Erachtens nicht eine Willkürgefahr im Sinne von Art. 38 VAG vorzubeugen. Wir empfehlen, eine Bandbreite oder eine griffigere Umschreibung zu wählen, damit eine Überprüfung der Regel überhaupt möglich ist.
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.	10	Wir verweisen auf unsere Bemerkung zur Rz 9 sinngemäss.

Entwurf des Text des Rundschreibens	RZ	Kommentare und Bemerkungen
B. Erfassung aller wesentlichen Risiken Anforderung an den Tarif		
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.	12	In Rz 12 wird keine Bezugsgrösse beschrieben. Stehen der Aufwand pro Fall oder auf der Stufe Bestand zur Diskussion?
a) Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren a. Das <i>Ausgaben-Umlageverfahren</i> darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet.	14	Gilt der Ausschluss auch für Taggeldversicherungen?
b. Eine Solidarität zwischen den Altersgruppen darf nicht ohne die Bildung einer geeigneten Alterungsrückstellung erfolgen, welche das Alterungsrisiko langjährig umverteilt.	15	Die gewählte Formulierung lässt keinen schliessenden Schluss zu, ab welcher Grenze die FINMA marktbegrenzend oder die Möglichkeit der freien Gestaltung festlegen will.
C. Versicherungstechnische Rückstellungen Bewertung und Bildung		
Art. 16 VAG und Art. 54 Abs. 1 AVO verlangen die Bildung ausreichender versicherungstechnischer Rückstellungen zur Deckung der Verpflichtungen. Deren Bewertung basiert sowohl auf dem evaluierten Umfang der spezifizierten Risiken als auch dem zu Grunde liegenden Finanzierungsverfahren. Auf dieser Grundlage werden die entsprechenden Prämienanteile bei der Festsetzung des Tarifs kalkuliert. Die Bedingungen der Bildung von versicherungstechnischen Rückstellungen sind im Geschäftsplan festzulegen und deren Bewertung zu dokumentieren. Es bestehen folgende Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen:	16	
a) Schadenrückstellung: Es sind nach dem Verfahren der Schaden- und Zahlungsabwicklung Schadenrückstellungen zu bilden. Dabei kann der in der Krankenversicherung geläufigen Usanz Rechnung getragen werden, wonach die Schäden dem Behandlungs-, nicht dem Ereignisjahr zugeordnet werden.	17	Die vorgeschlagene Zuordnung nach Behandlungs-, statt nach dem Ereignisjahr ist unseres Erachtens unklar, ob daraus eine Methodenvorgabe analog zum FINMA-RS 42/2008 Rückstellungen Schadenversicherung abzuleiten ist. Soll der Versicherungsunternehmen die Möglichkeit eines „best estimates“ oder eines Chain Ladder Verfahrens ermöglicht werden oder nicht? Ferner werden die nicht gemeldeten Ereignisse im vorgeschlagenen Bewertungsverfahren unseres Erachtens nicht berücksichtigt.
b) Alterungsrückstellung: Das Alterungsrisiko ist unter Berücksichtigung der	18	Rz 18 lässt die Frage offen, wie und über welche Frist Alterungsrückstellungen

Entwurf des Text des Rundschreibens	RZ	Kommentare und Bemerkungen
<p>Dynamik in den Versichertenbeständen und des Tarifprofils technisch zu bewerten. Gestützt darauf und auf die Bedingung von Rz 15 sind Alterungsrückstellungen zu bilden, welche die langfristige Umverteilung sicherstellen und die mit der Alterung verbundenen Parameterrisiken abdecken. Auch bei Anwendung eines altersgerechten Tarifs (nach Effektivalter) ist eine Alterungsrückstellung zu bilden, sofern diesbezüglich ein Parameterrisiko vorliegt.</p>		<p>gebildet werden dürfen. Ferner ist nicht beschrieben, ob ein Ausgleich auf der Stufe Produkt oder Bestand als Ganzes erfolgen soll. Methodisch ist unklar ob, ein Pauschalansatz erlaubt ist oder Methoden analog der Lebensversicherung pro Police zu verwenden sind. Wir empfehlen an dieser Stelle, wo immer angezeigt auf andere FINMA-Rundschreiben zu verweisen.</p>
<p>c) Schwankungsrückstellung: Die für die einzelnen Produkte technisch bewerteten unsystematischen Schwankungen sind bei der Bestimmung der Höhe der Schwankungsrückstellung zwecks Ausgleichs der technischen Ergebnisse über die Zeit zu berücksichtigen.</p>	19	<p>Wie in Rz 18 ist die Frage der erlaubten oder vorgegebenen Methodik und der zulässigen Höhe nicht ersichtlich. Wir empfehlen, sich auch in diesem Bereich auf bereits etablierte Erlasse abzustützen.</p>
<p>d) Sicherheitsrückstellung der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können Sicherheitsrückstellungen für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen.</p>	20	<p>Die Aussage der Rz 20 weicht von jener im Erläuterungsbericht ab. Die jetzige Formulierung aus „Gewinnen“ die Finanzierung sicherzustellen, ist irreführend. Diese Formulierung lässt den Schluss zu, dass die Rückstellung sowohl aus versicherungstechnischen Gewinnen als auch im Rahmen der Gewinnverwendung im Zusammenhang mit der Jahresrechnung gebildet werden könnte. Wir schlagen vor, die Bildung als auch die Auflösung klarer zu formulieren und auf die versicherungstechnischen Gewinne abzustellen.</p> <p>Ferner ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu bemerken, dass der Einbezug von Unternehmensrisiken nicht dem allgemeinen Verständnis entspricht. Unternehmensrisiken werden aus dieser Sicht durch eine entsprechende Eigenkapitalausstattung sichergestellt, was in diesem Kontext auf Art. 21 AVO hindeuten würde. Wir empfehlen, die Sicherheitsrückstellungen auf andere nicht in den Schwankungsrückstellungen bereits berücksichtigten versicherungstechnischen Risiken zu beschränken.</p>
<p>e) Sicherheitsrückstellung der Krankenkassen: Die Krankenkassen, die den Vorschriften über die Eigenmittel nach VAG nicht unterliegen, müssen die aus dem Betrieb der Krankenversicherungen nach VVG anfallenden Risiken entweder entsprechend reduzieren oder dafür Sicherheitsrückstellungen aus erzielten Gewinnen aufbauen.</p>	21	<p>Bezüglich des Verständnisses verweisen wir auf unsere Hinweise zu Rz 20.</p>
<p>f) Antiselektion: Für das Risiko der Antiselektion, welches infolge ungünstiger Bestandesentwicklungen zusätzlich zum Teuerungs- und <i>Alterungsrisiko</i> eintreten kann, sind Rückstellungen im Sinne von Art. 69 Bst. g AVO zu bilden.</p>	22	<p>Unseres Erachtens gehen die Bildung und die Bemessungsgrundlage sowie die dazu möglichen Methoden ungenügend beschrieben. Ferner ist Betrachtungsebene nicht erwähnt (Produkt oder Gesellschaft). Wir schlagen vor, auf bereits eingeführte einschlägige FIN-</p>

Entwurf des Text des Rundschreibens	RZ	Kommentare und Bemerkungen
		MA-RS zu verweisen.
<p>a) Zuordnung Die versicherungstechnischen Rückstellungen für in die Tarifikalkulation einbezogene Risiken sind einer der Kategorien von versicherungstechnischen Rückstellungen nach Art. 69 AVO zuzuordnen. Die Zuführung der finanziellen Mittel auf die verschiedenen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen im Rechnungsjahr erfolgt nach den entsprechenden Erklärungen im Geschäftsplan.</p>	23	
<p>Die privaten Versicherungsunternehmen und die Krankenkassen führen die <i>Schwankungsrückstellung</i> und die <i>Sicherheitsrückstellung</i> in der Buchhaltung getrennt.</p>	24	Zwischen der Formulierung in der Rz und dem Erläuterungsbericht („ausweisen“) besteht eine Abweichung. Reicht ein separates Konto in der Finanzbuchhaltung oder muss diese Positionen in der Jahresrechnung (Bilanz) gesondert ausgewiesen (vgl. Erläuterungsbericht S. 6)?
<p>b) Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen a. Für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen (Art. 54 Abs. 2 AVO) unterbreitet das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse unverzüglich einen Verwendungsplan, sofern die Verwendung nicht bereits im Geschäftsplan geregelt ist. In diesem Plan ist darzulegen, wie die Verteilung der nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen an diejenigen Versicherten erfolgt, welche diese Rückstellungen finanziert haben. Ist eine Verteilung dieser Mittel nach diesem Grundsatz nicht möglich, sind diese zu Gunsten des Gesamtbestands zu verwenden.</p>	26	Die Aussagen in Rz 26 sind unseres Erachtens unpräzise. Ist der Notwendigkeitsbedarf auf der Stufe Versicherter oder Gesellschaft durch den verantwortlichen Aktuar zu ermitteln?
<p>c) Mitgabe von Alterungsrückstellungen Für die Mitgabe von <i>Alterungsrückstellungen</i> nach Art. 155 AVO gilt Folgendes:</p>	28	
<p>a. Bei pauschal gebildeten Alterungsrückstellungen basiert die Anteilsberechnung auf dem der Bildung und Auflösung zu Grunde liegenden mathematischen Modell, aus dem sich der angemessene Anteil herleiten lassen muss. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen.</p>	30	Die vorliegende Formulierung steht mit der Ausführung in Rz 18 im Widerspruch. Ferner stellt sich die Frage, ob nun ein „pauschales“ oder ein „mathematisches“ Modell zur Anwendung kommen soll. Wir schlagen vor, sich auf das FINMA-RS 43/2008 abzustützen.
D Gestaltung der Tarifstruktur		
<p>Eine versicherungstechnische Ungleichbehandlung gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO liegt vor, wenn für ein vergleichbar hohes Risiko stark unterschiedliche Prämien verlangt oder wenn für die gleiche Prämie deutlich unterschiedliche Risiken gedeckt werden. Insbesondere ist zu vermeiden, dass ein Teil der Versicherten zu tiefe</p>	33	Der Abschnitt D über die Gestaltung lässt unseres Erachtens einige Fragen unbeantwortet. Beispielsweise ist unklar, wie weit diese Tarifmerkmale gehen dürfen? Nach unserem Verständnis sollten insgesamt diese Tarifklassen über eine gewisse Grösse verfügen, um den

Entwurf des Text des Rundschreibens	RZ	Kommentare und Bemerkungen
Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt.		
Der Tarif hat deshalb genügend Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufzuweisen, um insbesondere der Gefahr einer Antiselektion vorzubeugen.	34	Ausgleich im Kollektiv zu gewährleisten. Eine gewisse Solidarität entspricht auch dem ursprünglichen Versicherungsgedanken. Das Risiko der Antiselektion lässt sich von der Gesellschaft nur bedingt steuern, das Konkurrenzverhalten spielt eine wesentliche Rolle und liegt ausserhalb dem Einfluss der Gesellschaft. Wir schlagen deshalb vor, dass die an dieser Stelle vorgesehenen marktpolitischen Merkmale ausführlicher in Prinzipien gefasst werden, um in der Praxis überprüfbarer zu sein.
Zur Beurteilung des Umfangs der Umverteilungen sind die Bedarfs- und die <i>Risiko-prämien</i> nach den relevanten Tarifklassen in geeigneter Weise abzubilden. Die Ermittlung dieser Prämien ist schlüssig anhand aussagekräftiger Statistiken oder bei Produktentwicklungen anhand geeigneter und begründeter Berechnungsannahmen darzulegen. Die Herleitung der Risikozuschläge ist ebenfalls zu erläutern.	35	
<i>Umverteilungskomponenten</i> zur Bildung von Solidaritäten sind zulässig, sofern das Antiselektionsrisiko gebührend berücksichtigt ist.	36	
E. Rabatte		
<i>Rabatte</i> bilden einen besonderen Fall von <i>Tarifmerkmalen</i> (vgl. Rz 33 ff.) und sind als Bestandteile der Tarife vorlage- und genehmigungspflichtig.	38	
<i>Rabatte</i> , die das versicherte Risiko bzw. die Kosten beeinflussen, sind nach den Grundsätzen von Rz 33 ff. zu begründen. <i>Rabatte</i> , die nicht technisch begründet sind, können als Element der Umverteilungskomponente zugelassen werden, sofern keine erhebliche Ungleichbehandlung nach Rz 33 eintritt.	39	Durch die Verbindung dieser Rz mit den allgemeinen Aussagen in Rz 33 ist nicht klar, ob damit eine individuelle Rabattgewährung oder generell nur eine produktbezogene Tarifierung möglich ist. Im Sinne einer prinzipiellen Regelung erachten wir eine quantitative Angabe hilfreich.
V Materielle Anforderungen an die Eingabe von Tarifgesuchen nach Rz 5 ff., Rz 9 bis 42 und Rz 45 ff.		
A. Einführungs- und Wachstumsphase eines Produktes a) Erstgesuch von Produkten Bei einem neuen <i>Produkt</i> (z.B. Pflegeversicherung) verfügt das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse über keine eigenen verlässlichen statistischen Daten. Auch sind oftmals keine öffentlich zugänglichen geeigneten Daten vorhanden. Ferner ist das Kundenverhalten ungewiss.	69	Das aus der Konsumgüterindustrie übertragene Konzept der Überwachung der Lebensphasen eines Produktes ist in der Versicherungspraxis wenig bis nicht verbreitet. Wir erachten daher eine Unterscheidung als eingeschränkt sinnvoll.
Geeignete technische Grundlagen sind zu erarbeiten, damit eine adäquate Evaluation und Quantifizierung der massgeblichen Risiken (vgl. Rz 11 ff. und Rz 16 ff.), die das	70	Die in Rz 70 geforderte Erarbeitung von technischen Grundlagen ist unseres Erachtens daher prinzipiell durch die FINMA zum Umschreiben.

Entwurf des Text des Rundschreibens	RZ	Kommentare und Bemerkungen
<i>Produkt deckt, ermöglicht werden.</i>		
b) Spezielle Finanzierungsverhältnisse		
<p>Finanzierung kleiner Bestände: Bei kleinen Beständen sind die Abweichungen vom Erwartungswert der Schäden mittels geeigneter statistischer Methoden zu berücksichtigen. Dabei muss sowohl den Abweichungen, die mit der Schadenverteilung verbunden sind, als auch denjenigen, die durch die Bestandesgrösse bedingt sind, Rechnung getragen werden.</p>	76	
B. Reifephase		
<p>Selektive Prämienanpassungen sollten aber die Ausnahme sein und werden entsprechend restriktiv genehmigt. Häufiger dürften teuerungsbedingte Prämienanpassungen sein, die in den meisten Fällen linear vorgenommen werden können. In beiden Fällen sind die Prämienanpassungen anhand von Statistiken zu belegen.</p>	79	<p>Der Rz 79 und der zweite Teil von Rz 80 äussern sich dahingehend, dass ein sich änderndes versicherungstechnisches Risiko nur begrenzt oder nicht mehr überwältigt werden kann. Unseres Erachtens kann eine solche Vorschrift dazu führen, dass ein Produkt wegen des Imparitätsprinzips sowohl aus aktuariellen als auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen vom Markt genommen wird.</p> <p>Eine solche Unterlassungspflicht (Verunmöglichung der Tarifrevision) könnte gar zu erheblichen finanziellen Belastungen des Risikoträgers führen und das Risiko einer Solvenzgefährdung bergen.</p> <p>Ferner führt eine solche Vorschrift unseres Erachtens dazu, dass anstelle von Tarifrevisionen neue Produkte lanciert werden.</p>
<p>C. Sättigungs- und Rückbildungsphase Noch in der Sättigungsphase dürfen Anpassungen am <i>Finanzierungsverfahren</i> im Sinne von Rz 45 ff. vorgenommen werden, sofern erhebliche, nicht vorhersehbare Risiken eingetreten sind. Die Überwälzung dieser Risiken auf die Versicherten ist nach Abschluss der Sättigungsphase grundsätzlich nicht vorgesehen.</p>	80	
		<p>In diesem Zusammenhang sei auf die Problematiken von geschlossenen Beständen insbesondere bei Risikoträgern kleinerer und mittlerer Grösse hingewiesen (i.S.v. Rz 76).</p>