

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 Tarifierpassungen 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. Bandbreite 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 actuarielle Frage. Hingegen ist der jetzige Wortlaut auch aus actuarieller 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 actuarieller 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 actuariell 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 Solvenzttest 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 25
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*.

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) 26
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.

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 Stichtatum 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 27
Art. 3 AVO-FINMA informiert der verantwortliche Aktuar über nicht mehr benötigte
Rückstellungen.

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 Tarifrevision mit allen Konsequenzen führen würde.

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

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 Tarifrevision 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 45
 gestützt auf Art. 5 VAG zu einer genehmigungspflichtigen Änderung des Geschäftsplans nach
 Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r VAG führt.

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, 46
 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.

Vorschlag:

Streichen.

Kommentar:

Im vorliegenden Entwurf wird zwischen Tarifrevision und Tarifierpassungen unterschieden. An dieser Stelle wird eine Tarifrevision 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 47
 werden,

- 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 Kreditibilität 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 Kreditabilitätsfaktor 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 76
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.

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. Übergangbestimmungen

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 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.