

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Camille Bosgiraud
Laupenstrasse 27
CH-3003 Bern
regulation@finma.ch

Pfäffikon, 30. Oktober 2020

Stellungnahme zur Teilrevision des Rundschreibens «Krankenversicherung nach VVG»

Sehr geehrte Frau Bosgiraud

Am 01. September wurde die Medienmitteilung bezüglich der Anhörung zur Teilrevision des Rundschreibens «Krankenversicherung nach VVG» auf der Webseite der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA veröffentlicht. Interessenten wurden eingeladen, zum Entwurf der Teilrevision des Rundschreibens und zum entsprechenden Erläuterungsbericht Stellung zu nehmen. Mit diesem Schreiben leisten wir Ihrer Einladung Folge und überreichen Ihnen unsere Anmerkungen, die wir in drei Themenkreise strukturiert haben:

- Konsistenz der Regulierung in sozialversicherungsnahen Versicherungszweigen
- Transparenz – Fehlende gesetzliche Grundlage
- Diverses

Im Folgenden gehen wir detaillierter auf die Themenkreise ein.

1. Konsistenz der Regulierung in sozialversicherungsnahen Versicherungszweigen

Art. 1 Abs. 2 VAG sieht insbesondere vor, dass die Versicherungsnehmer vor Missbrauch zu schützen sind. Zu diesem Zweck sieht der Gesetzgeber in Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG für die sozialversicherungsnahen Zweige vor, dass die Tarife und AVB vor der Anwendung durch die FINMA zu genehmigen sind. Im Konkreten davon betroffen sind die Versicherungszweige der beruflichen Vorsorge und der Krankenzusatzversicherung. In Art. 38 VAG wird dann präzisiert, dass die zu genehmigenden Tarife weder Solvenz gefährdend noch missbräuchlich zu sein haben. Hier darf davon ausgegangen werden, dass die aufsichtsrechtliche Praxis eine Gleichbehandlung beider Versicherungszweige gewährleistet.

So werden im Rundschreiben 2018/04 «Tarifizierung – berufliche Vorsorge» analoge Prinzipien angewendet, aber keine konkreten Grenzwerte zur Tarifizierung festgelegt. Dies stellt eine Inkonsistenz zur gängigen Regulierungspraxis im Bereich der Krankenzusatzversicherung dar. Hierbei ist sicherlich dem Grundsatz zu genügen, dass Gleiches gleichbehandelt wird. Gerade die Behandlung von Limiten halten wir jedoch für ein Gebiet, das gleichzubehandeln ist. Wir finden jedoch in den beiden Rundschreiben eine deutlich andere Handhabung. Das Rundschreiben zur beruflichen Vorsorge sieht keine konkrete Angabe von Limiten vor, hingegen finden wir im vorgelegten Rundschreiben zur Krankenzusatzversicherung sogar sehr detaillierte Grenzwerte vor.

Im Sinne der prinzipienbasierten Regulierung und einer Gleichbehandlung von den der Sozialversicherung nahestehenden Versicherungszweigen regen wir an, im Rundschreiben auf die Angabe expliziter Grenzwerte zu verzichten und überdies das vorliegende Rundschreiben mit dem Rundschreiben zur beruflichen Vorsorge nach dem Prinzip «Gleiches gleichbehandeln» zu harmonisieren.

2. Transparenz – Fehlende gesetzliche Grundlagen

Ein wesentlicher Aspekt des neuen Rundschreibens sind die Transparenzanforderungen, die wir im Grunde begrüßen. Die Anforderungen an transparente Vertragsinformationen sollen die Auswirkungen auf die Prämie bei einem Altersklassenwechsel aufzeigen. Dies wird als wichtiges Element zur Sicherstellung des Schutzes der Versicherten vor Missbrauch dargelegt und im Erläuterungsbericht werden die Kernpunkte hierzu beschrieben.

Nach geltendem Recht lassen sich allerdings weder im VAG noch in der AVO Transparenzanforderungen an den Versicherungsvertrag finden. Auch die vorliegende Teilrevision des VAG formuliert keine Transparenzanforderungen oder Transparenzverbesserungen im Bereich der Krankenzusatzversicherung.

Wir sind daher der Ansicht, dass sich die im neuen Rundschreiben vorgesehenen Transparenzanforderungen nicht aus dem bestehenden Gesetz ableiten lassen. Entsprechend sind wir der Ansicht, dass solche Anforderungen zunächst auf Gesetzesstufe respektive auf Stufe der Verordnungen formuliert werden sollten, bevor die dazugehörige Aufsichtspraxis in einem Rundschreiben festgelegt wird.

Wir regen daher an, auf die Transparenzanforderungen auf Stufe des Rundschreibens zu verzichten. Sollte man in der Teilrevision des Rundschreibens «Krankenversicherung nach VVG» trotzdem an den Transparenzanforderungen festhalten, möchten wir auf folgende Punkte hinweisen:

a) Widerspruch zwischen Rundschreiben und Erläuterungsbericht

Die Transparenzanforderungen werden in Randziffer 31 wie folgt formuliert: «Die Altersklassen und die Auswirkungen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie sind in den AVB aufzuführen.»

Im Erläuterungsbericht wird dazu unter Punkt 3.4 Tarifmerkmale und Transparenz (Rz 31) Folgendes bemerkt:

«Im Falle einer Tarifierung nach dem Lebensalter, bei welcher die Prämienhöhe vom tatsächlichen Alter der versicherten Person abhängt, sind die Auswirkungen eines (Effektiv-) Altersklassenwechsels auf die Prämie zu nennen. Es wird nicht erwartet, dass die konkreten Prämienunterschiede zwischen den Altersklassen in den Vertragsbedingungen genannt werden, vielmehr soll es aus aufsichtsrechtlicher Sicht in der Regel genügen, wenn der Versicherungsnehmer bzw. Antragssteller in den Vertragsbedingungen darauf hingewiesen wird, dass der Wechsel in eine der genannten höheren Altersklassen in aller Regel mit einer Erhöhung der Prämie verbunden sein wird. Die Versicherungsunternehmen sind frei, weitere Informationen zur Verfügung zu stellen.»

Ferner wird zum Ende des zweiten Kapitels im Erläuterungsbericht aufgeführt:

«Die Versicherungsinteressenten werden mit dieser Transparenz, wenn ihnen z. B. ein Angebot mit eher tiefer Anfangsprämie vorliegt, die Altersgruppen in den AVB zur Kenntnis nehmen und allenfalls beim Verkäufer nachfragen, was dies für die Prämienentwicklung im Alter bedeutet.»

Aus unserer Sicht liegt in der Formulierung der Randziffer 31 mit der Aufführung der *Auswirkung* eines Altersklassenwechsels auf die Prämie und der dazugehörigen Darlegung im Erläuterungsbericht ein Widerspruch vor beziehungsweise mag die Formulierung der Randziffer 31 höhere Erwartungen an die Transparenz wecken.

Wir schlagen daher vor, die Formulierung in der Randziffer 31 so zu gestalten, dass sie mit den gewünschten Transparenzanforderungen gemäss Erläuterungsbericht übereinstimmt. Unser Verständnis der Auswirkung auf die Prämie wäre sonst, dass man diese in den AVB konkret darlegt und nicht nur einen Hinweis darauf gibt.

b) «Exogene Teuerung»

In die Tarifierung fliessen verschiedene Aspekte ein. Beispielsweise gehören dazu die Höhe der Versicherungsleistungen, Sterblichkeiten, Stornoverhalten, Zinserwartungen, Aufwendungen für Abschluss- und Verwaltungskosten. Ein Tarif darf nach Randziffer 39 grundsätzlich höchstens im Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung erhöht werden.

Die exogene Teuerung ist im Anhang wie folgt definiert:

«Die exogene Teuerung ist die Zunahme des Schadenaufwandes pro Versicherten abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandesveränderungen.»

Diese Definition – insbesondere der Teil «... abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandesveränderungen» – ist unklar formuliert. Kann z. B. eine Erhöhung des Tarifs nur stattfinden, wenn die berücksichtigte Teuerung der Leistungen höher als erwartet ausfällt, oder gilt es auch Erhöhungen im Tarif zu berücksichtigen, wenn andere Faktoren wie Sterblichkeit, Stornoverhalten, Zinserwartungen und Aufwendungen für Abschluss- und Verwaltungskosten (beispielsweise Inflation) von der Erwartung abweichen, sodass sie zu einer Tarifierhöhung führen.

Wir schlagen vor, die Möglichkeiten zur Erhöhung eines Tarifs klarer zu formulieren, um dem Versicherungsinteressenten die Einflussmöglichkeiten für eine Anpassung der Prämie klar und verständlich darzulegen.

3. Diverses

Ungleichbehandlung

In einem gewissen Rahmen lässt das Rundschreiben in Randziffer 30 eine «Ungleichbehandlung» gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO zu. Dient eine Ungleichbehandlung gemäss Randziffer 32 der Begünstigung von Kindern, jungen Erwachsenen und Familien, so gilt Randziffer 30 nicht.

Aus unserer Sicht wird zu wenig klar dargelegt, ob die in Randziffer 32 genannte Begünstigung auch unter die Restriktionen, welche in den Randziffern 37 ff. aufgeführt sind, fällt oder ob solche Begünstigungen dort nicht zu erfassen sind. Ferner sind die Begriffe Kinder, junge Erwachsene und Familien im Anhang nicht definiert.

Wir empfehlen, die Unsicherheiten in der Behandlung solcher Abschlüsse klarer darzulegen und die genannten Begriffe zu definieren.

Definition Technisches Ergebnis

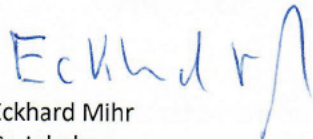
Im Glossar wird in der Definition des Technischen Ergebnisses der letzte Satz «Beim Kapitaldeckungsverfahren sind die zugeteilten Kapitalerträge als Einnahmen hinzuzufügen» gestrichen. Da in das technische Ergebnis auch die «Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen» einfließen, wozu implizit auch ein technischer Zins beiträgt, stellt sich die Frage, warum man diesen Satz, der die entsprechende Gegenposition zum technischen Zins darstellt, streicht.

Wir empfehlen, diesen Satz nicht zu streichen.

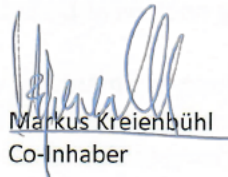
Wir bedanken uns für die Kenntnisnahme und stehen Ihnen für allfällige Fragen zu unserer Stellungnahme gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Alma | Life, Health and Pension AG



Eckhard Mihr
Co-Inhaber



Markus Kreienbühl
Co-Inhaber

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Assura SA

Abkürzung der Firma / Organisation : Assura

Adresse : Av. C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully

Kontaktperson : Hélène Wetzel

Telefon : +41 21 544 37 38

E-Mail : hwetzel@assura.ch

Datum : 30.10.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen des SVV zur Revision des FINMA-Rundschreibens 2010/3	3
Bemerkungen des SVV zur Revision des FINMA-Rundschreibens 2010/3	4

Allgemeine Bemerkungen zur Revision des FINMA-Rundschreibens 2010/3	
Thema	Bemerkung / Anregung
	<p>Assura schliesst sich im allgemeinen der Stellungnahme des SVV an und nimmt hier zu ausgewählten Themen gesondert Stellung.</p> <p>Die Obergrenze von 10% des zulässigen technischen Ergebnisses (Rz 8f.) ist zu starr und zu eng. Es fehlen sowohl eine juristische als auch eine technische Begründung. Da die Änderung anderer Randziffern die vom Versicherer zu übernehmenden Risiken signifikant erhöhen würde, ist die Änderung nicht eine unveränderte Übernahme bestehender Praxis.</p> <p>Die Aufhebung der Untergrenze von null für das technischen Ergebnis bestehender Produkte (Rz 8) erhöht die vom Versicherer übernommenen Risiken erheblich. Sie führt zu einer Querfinanzierung aus Margen anderer Produkte, was zu neuen Ungleichbehandlungen führen könnte. Es sollten mildere Regulierungsvarianten geprüft werden, mit denen das Aufsichtsziel «Missbrauchsschutz» ebenfalls erreicht werden könnte.</p> <p>Gleiches gilt für die Aufhebung der Ausnahmeklausel für geschlossene Produkte (Rz 38). Dem Schutz der Versicherten vor übermässigen Prämien (in geschlossenen Produkten) wird mit dem bestehenden Übertrittsrecht (Art. 156 AVO) hinlänglich Rechnung getragen. Die angedachte Änderung leert Art. 156 AVO jeglicher Bedeutung. Art. 156 AVO würde de facto keine Anwendung mehr finden. Die Streichung der Ausnahmeregel entspricht somit nicht der aktuellen Rechtsgrundlage.</p> <p>Auch für offene Bestände muss unter Umständen eine Tarifierhöhung über der exogene Teuerungsrate notwendig sein (Rz 39, 39.3). Bei Produkten mit einer zeitlichen Umverteilung führt die Anpassung an die exogene Teuerung zu einem Nachfinanzierungsbedarf der Alterungsrückstellung. Auch die Anpassung der Tarifgrundlagen an veränderte Diskontsätze und Sterblichkeitsannahmen führt im Rahmen des Äquivalenzprinzips zu einem Tarifanpassungsbedarf.</p> <p>Die Streichung von Rz 40–44 verbaut jede Möglichkeit zu Tarifrevisionen, die gemäss den revidierten Rz 30ff. notwendig werden könnten, z.B. wenn sich das technische Ergebnis nachhaltig ausserhalb des zulässigen Rahmens bewegt. Versicherer, welche über Jahre ein schlechtes technisches Ergebnis verzeichnen, könnten erst handeln, wenn ihnen die Insolvenz droht und wenn es wahrscheinlich schon zu spät ist.</p>

Bemerkungen zur Revision des FINMA-Rundschreibens 2010/3			
Titel	Rz	Bemerkung / Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Technisches Ergebnis	8	<p><i>Betreffend Obergrenze des technischen Ergebnisses</i></p> <p>Diese Bestimmung übersteigt den Rahmen einer fachtechnischen Bestimmung von untergeordneter Bedeutung deutlich. Deshalb ist sie unvereinbar mit Art. 7 FINMAG und Art. 5 Verordnung zum FINMAG.</p> <p>Die FINMA darf gestützt auf Art. 38 VAG nur dann Korrekturen in der Tarifierung anordnen, wenn sie Missbräuche feststellt. Hierbei ist auf die Erheblichkeit gemäss Bundesgericht abzustellen. Die Quantifizierung eines fixen Prozentsatzes ist nur insoweit zulässig, als auch Abweichungen davon geregelt werden. In Einzelfällen können sich fixe Grenzen als unverhältnismässig herausstellen. Allenfalls liegt eine Kompetenzüberschreitung hinsichtlich der Obergrenze des technischen Ergebnisses vor. Darum müssen im Rundschreiben sachbezogene Ausnahmetatbestände formuliert werden.</p> <p>Der Schwellwert ist weder aus dem Gesetz noch aus der Rechtsprechung ableitbar und hat kein versicherungsmathematisches Fundament. Die Herleitung (das Doppelte der mittleren historischen Gewinnmarge) beinhaltet mutmasslich auch das Kollektivtaggeldgeschäft, das der präventiven Tarifkontrolle gar nicht unterliegt. Ohne diese sachfremde Berücksichtigung des Kollektivtaggeldgeschäfts ergäbe der gleiche Herleitungsansatz einen wesentlich höheren Schwellwert.</p> <p>Der pauschale Schwellwert bildet die Risiken der einzelnen Produkte nicht ab. Beispielsweise sind Produkte mit Kapitaldeckungsverfahren dem Risiko fallender Finanzmarktrenditen ausgesetzt, und Produkte mit Leistungen, die im Alter stark ansteigen, sind dem Risiko morbider Langlebigkeit ausgesetzt. Ein fixer Schwellwert für alle Produkte ist deshalb nicht sachgemäss.</p> <p><i>Betreffend Aufhebung der Untergrenze von 0 des technischen Ergebnisses für bestehende Produkte</i></p>	<p>Erste zwei Sätze wie in der bisherigen Fassung beibehalten: «Das erwartete technische Ergebnis resultiert aus der Tarifikalkulation. Es ist zumindest null und überschreitet eine marktgerechte Entschädigung für das übernommene technische Risiko zuzüglich des Zinses für eine risikofreie Kapitalanlage nicht wesentlich.»</p> <p>Die bestehende Praxis soll im Sinne der Bemerkungen überarbeitet werden und auf Ebene Wegleitung verbleiben.</p> <p><i>Alternativ, falls dem obigen Antrag nicht gefolgt wird, sind Ausnahmeregelungen vorzusehen.</i></p>

	<p>Diese Änderung zielt wahrscheinlich auf Lockvogelangebote mit anfänglich zu niedrigen Prämien und nachträglichen Erhöhungen. Hat ein Versicherer in der Vergangenheit diese Praxis verfolgt, trägt er mit der Aufhebung der Untergrenze von null die Folgen. Unprofitable Produkte sind jedoch nicht zwingend auf eine solche missbräuchliche Praxis zurückzuführen. Beispielsweise könnten Antiselektionseffekte, Tarifierpassungen unterhalb der exogenen Teuerung des Produktes, oder bei Produkten mit Umverteilung über die Zeit eine Erosion der Anlagerenditen sowie erhöhte Langlebigkeit zu einer solchen Situation führen.</p> <p>Zudem ist ein Tarif, der ein technisches Ergebnis von null ergibt, kaum missbräuchlich, denn die Prämien decken lediglich die Leistungen und die dazugehörigen Rückstellungen sowie die Verwaltungskosten ab. Deshalb sind mildere Regulierungsvarianten zu prüfen, die ja nach Situation eine Untergrenze von null oder eine Limitierung der Verluste vorsehen. Auch mit einer solchen milderen Variante wäre das umschriebene Ziel erreichbar, und die Regulierung würde nur soweit gehen, wie es zur Erreichung des Aufsichtsziels «Missbrauchsschutz» notwendig ist.</p> <p><i>Allgemein</i></p> <p>Es fehlt eine Wirkungsanalyse, die nach Art. 7 der Verordnung zum FINMAG vorgeschrieben ist. Der Hinweis, es handle sich nur um die Übernahme bestehender Praxis in das Rundschreiben, ist ungenau, denn mit der Teilrevision werden die von den Versicherern zu übernehmenden Risiken stark erhöht (eingeschränkte Möglichkeiten für Tarifierhöhungen, Abschaffung von Tarifierrevisionen). Deshalb sind die Schranken für das technische Ergebnis nicht mehr vergleichbar mit der bisherigen Praxis, und eine Wirkungsanalyse ist notwendig. Diese sollte unter anderem auch die Frage beantworten, ob und wie nachträgliche Erhöhung der vom Versicherer übernommenen Risiken (z.B. wegen der Aufhebung der Nullgrenze) finanziert würde, und wie weit die Regelung zu einer Querfinanzierung aus den Margen anderer Produkte führen würde. Eine solche Querfinanzierung könnte zu neuen Ungleichbehandlungen führen.</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Missbräuchlich hohe Tarife</p>	<p>9</p>	<p>Die obigen Bemerkungen zu Rz 8 gelten sinngemäss.</p> <p>Der rein retrospektive Ansatz ist aus versicherungsmathematischer Sicht unzulässig. Das lässt sich anhand eines einfachen Beispiels zeigen. Nehmen wir an, eine Versicherungsgesellschaft erzielte in den Jahren 2018 und 2019 ein technisches Ergebnis von je 20% der Prämieinnahmen. Im Jahr 2020 werden die Tarife gesenkt und das technische Ergebnis sinkt auf 10%. Der Schnitt des technischen Ergebnisses über drei Jahre liegt aber immer noch über 15%, und die Tarife müssten erneut gesenkt werden. Das kann nicht im Sinn der Regelung sein. In diesem Beispiel sind die Daten vor der letzten Tarifierfassung nicht mehr repräsentativ und müssen angepasst werden. Allgemein müssen die historischen Daten, gemäss anerkannter versicherungsmathematischer Praxis, bezüglich bekannter Effekte angepasst werden, damit sie für die künftigen Tarifperioden repräsentativ sind.</p> <p>Bei neuen Produkten sind die Leistungen in den ersten Jahren unterdurchschnittlich, da der Bestand anfänglich nur aus neu eingetretenen Versicherungsnehmern besteht, die vor Vertragsabschluss eine Gesundheitsprüfung absolviert haben. Im Gegenzug fallen bei Vertragsabschluss höhere Verwaltungskosten an. Beide Effekte verzerren die Ergebnisse in den Anfangsjahren stark. Die neue Regelung könnte dazu führen, dass bei einem auf lange Sicht fair tarifierten neuen Produkt wegen Rz 9 Prämienreduktionen gemacht werden müssten, die dann mittel- bis langfristig zu nicht auskömmlichen Tarifen führen, ohne die Möglichkeit einer Wiederanhebung (falls keine Solvenzgefährdung vorliegt).</p>	<p>Streichung Rz 9. Die bestehende Praxis soll im Sinne der Bemerkungen überarbeitet werden und auf Ebene Wegleitung verbleiben.</p> <p><i>Alternativ</i>, falls dem obigen Antrag nicht gefolgt wird, Ergänzung von Rz 9 in folgendem Sinn ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Prämienenkungen während der evaluierten Periode muss das technische Ergebnis neu rückwirkend, basierend auf den gesenkten Prämien, berechnet werden. • In den Anfangsjahren nach Einführung eines neuen Produktes findet Rz 9 keine Anwendung. • Ausnahmeregelungen sind vorzusehen
<p>Tarifmerkmale und Transparenz</p>	<p>31</p>	<p>Assura SA begrüsst das Transparenzanliegen. Die Präzisierung im Erläuterungsbericht ist ebenfalls zu begrüssen und sollte zur Vorbeugung späterer Interpretationsschwierigkeiten in die Formulierung der Rz 31 einfließen, damit nicht bei jeder Prämienanpassung die AVB überarbeitet werden müssen.</p>	<p>Rz 31 ergänzen mit: «ohne zwingend die konkreten Prämienunterschiede aufzuführen.»</p>

<p>Anpassung bestehender Tarife</p>	<p>38</p>	<p>Mit der Aufhebung der Ausnahmeklausel bleiben defizitäre geschlossene Bestände defizitär, und eine Querfinanzierung dieser Bestände durch offene Bestände wird in solchen Fällen unausweichlich. Dem Schutz der Versicherten vor übermässigen Prämien (in geschlossenen Produkten) wird mit dem bestehenden Übertrittsrecht hinlänglich Rechnung getragen. Eine Aufhebung der Ausnahmeklausel hingegen gefährdet diesen Schutz, indem durch Querfinanzierung aus anderen Produkten neue Ungleichbehandlungen geschaffen werden. Dieser Effekt ist insbesondere vor dem Hintergrund der strikten Margenkriterien als problematisch zu bewerten. Falls die Ausnahmeklausel aufgehoben würde, müsste der Spielraum für solche Querfinanzierungen bei der Prämien genehmigung für offene Produkte explizite Berücksichtigung finden, z.B. durch die Erhöhung der zulässigen Gewinnschwellen in Rz 8 und 9.</p> <p>Die Streichung der Ausnahmeregel basiert auf keiner Rechtsgrundlage. So gibt es z.B. keine Rechtsprechung, die sich gegen Prämien erhöhungen in geschlossenen Beständen gestellt hat. Im Gegenteil: Aus den Rechtsprechungen betreffend Art. 156 AVO (z.B. BGE 136 I 197, BGer 4A_627/205) ergeht die Möglichkeit von Prämien erhöhungen, andernfalls ergäbe das Übertrittsrecht gemäss Art. 156 AVO gar keinen Sinn. Die im Erläuterungsbericht angegebene Begründung ist nicht nachvollziehbar.</p> <p>Aus der Wirkungsanalyse (Erläuterungsbericht Abschnitt 6.3) entnimmt man: «Mit der Aufhebung der Ausnahmeklausel bei geschlossenen Beständen und der konsequenten Begrenzung der Prämienanpassungen auf die exogene Teuerung werden Spielräume bei Produkten, deren Leistungskosten deutlich ausserhalb der Marktentwicklung liegen, kleiner». Dass die Argumentierung auf der Marktentwicklung basiert, irritiert, denn weder das Rundschreiben 2010/03 noch die angestrebte Teilrevision stellen einen Bezug auf die Marktentwicklung der Tarife her. Insofern besteht eine Inkonsistenz zwischen dem Erläuterungsbericht und dem Rundschreiben.</p> <p>Die Frage nach der langfristigen Finanzierbarkeit von geschlossenen Produkten und die Querfinanzierung zwischen Produkten müsste in der</p>	<p>Die Änderung der Rz 38 soll gestrichen und die bisherige Version sollte beibehalten werden.</p> <p><i>Alternativ</i>, falls dem obigen Antrag nicht gefolgt wird, Rz 39.3 um die Tarifierpassung in den geschlossenen Beständen zu ergänzen (vgl. nachstehend Ziff. 39).</p>
--------------------------------------------	-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Wirkungsanalyse beleuchtet werden. Die für eine quantitative Analyse notwendigen Daten liegen der FINMA im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit vor. Erst nachdem eine solche Wirkungsanalyse vorliegt, kann die Tragbarkeit einer Aufhebung der Ausnahmeklausel beurteilt werden.</p>	
<p>Zulässigkeit von Prämien-erhöhungen</p>	39	<p>Für Produkte mit zeitlicher Umverteilung führt die bislang nicht berücksichtigte exogene Teuerung aufgrund des Äquivalenzprinzips zu einer überproportionalen Tarifierung. Dies kommt daher, dass die Prämien gemäss Rz 10 die künftige Inflation nicht enthalten. Die Alterungsrückstellung finanziert die künftigen Leistungen nur auf dem bestehenden Kostenniveau vor, und deshalb muss die Teuerung auf dem Teil der Leistungen, der in der Alterungsrückstellung abgedeckt ist, nachfinanziert werden. Dieser Sachverhalt sollte in der Teilrevision präzisiert werden.</p> <p>Vereinfachtes Beispiel (ohne Verwaltungskosten, Gewinnmarge, Storno, Sterblichkeit etc.): Für ein Produkt wird über die fixe Laufzeit von zehn Jahren eine Jahresprämie von CHF 100 bezahlt, die erwartete Leistung sei CHF 1'000 am Ende der Vertragsdauer. Nun gibt es eine einmalige Teuerung von 10%. Mit anderen Worten müssen die Prämien neu insgesamt Leistungskosten von CHF 1'100 finanzieren. Die notwendige Prämien-erhöhung hat je nach bereits verstrichener Laufzeit unterschiedliche Folgen: Für Neuabschlüsse erhöhen sich die Prämien von CHF 100 auf CHF 110 (Erhöhung um 10%). Für Versicherungsnehmer im vollendeten neunten Jahr beträgt die Alterungsrückstellung CHF 900, finanziert aus den bisherigen Prämien. Die Prämie für das zehnte Jahr muss von CHF 100 auf CHF 200 erhöht werden (Erhöhung um 100%). Von dieser Erhöhung ist der Anteil von CHF 10 wie im ersten Fall proportional zur Leistungsteuerung. Die übrigen CHF 90 stocken die Alterungsrückstellung auf. In beiden Fällen zahlen die Versicherungsnehmer insgesamt CHF 1100.</p> <p>Der beschriebene Effekt tritt nicht nur bei Produkten mit Eintrittsalterstarifein, sondern auch bei Produkten mit Lebensalterstarif, wenn z.B. die Progression der Prämien mit dem Alter limitiert ist, was zu einer zeitlichen Umverteilung führt, da nicht jede Altersklasse selbsttragend ist.</p>	<p>Text ergänzen mit: «Für Produkte mit einer zeitlichen Umverteilung erfolgt die Tarifierung unter Berücksichtigung des Äquivalenzprinzips.»</p>

		Ebenfalls tritt der Effekt auf, unabhängig davon, ob das Produkt offen oder geschlossen ist.	
Korrekturen	39.2	<p>Diese Randziffer schafft der FINMA einen sehr hohen Interpretationsspielraum, denn es sind keine Kriterien für ein nicht konsistentes technisches Ergebnis, inadäquate Abschluss- und Verwaltungskosten oder inadäquate Veränderungen der technischen Rückstellungen definiert. Die im Erläuterungsbericht genannten Kriterien wie «Ausreisser in der Entwicklung im Vergleich zur entsprechenden Zeitreihe» sind nicht griffig und versicherungsmathematisch unzulässig.</p> <p>Im Einzelfall verfügt die FINMA nicht über ausreichende Informationen, um eigenhändig Korrekturen vorzunehmen und deren Auswirkungen und Risiken abzuschätzen, die sie nicht selber trägt, denn die Verantwortung für das technische Ergebnis und adäquate Rückstellungen liegt bei der Gesellschaft. Es ist zielführender, wenn die FINMA wie bisher die Gesellschaft auffordert, etwaige unplausible technische Ergebnisse zu erklären, damit ein sachlicher Austausch über die Implikationen auf Tarifierpassungen möglich ist.</p>	Rz 39.2 soll ersatzlos gestrichen werden.
Erhöhung über exogene Teuerung	39.3	<p>Bei Produkten mit Umverteilung über die Zeit (z.B. bei Produkten mit Eintrittsaltertarifizierung) müssen weitere Gründe für Tarifierhöhungen, welche über der exogenen Teuerung liegen, berücksichtigt werden, und zwar folgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anpassung aufgrund einer Änderung des technischen Diskontsatzes. Die Angemessenheit des Tarifs eines Produktes mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren erfolgt mittels Barwertbetrachtung über die Restlaufzeit. Aus der Diskontierung ergibt sich ein Zinsrisiko. Eine Verringerung des Diskontsatzes erhöht den Bedarf nach Alterungsrückstellungen und führt zu einer Finanzierungslücke. Dieses exogene Risiko (wie die exogene Teuerung) ist nicht im Voraus kalkulierbar. Falls in der Vergangenheit etwaige Überschüsse der erzielten Anlagerendite gegenüber dem technischen Diskontsatz nicht ausreichen, um diese 	<p>Rz 39.3 ergänzen mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Für Produkte mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren können die Tarife bei versicherungsmathematisch begründeten Änderungen der technischen Grundlagen (wie technischer Diskontsatz, Sterblichkeit) angepasst werden, sofern der Versicherer zeigen kann, dass in der Vergangenheit etwaig erzielte Überschüsse gegenüber den bisherigen technischen Grundlagen nicht ausreichen, um die durch die Änderung entstandene Finanzierungslücke vollständig zu schliessen.»

		<p>Finanzierungslücke zu schliessen, muss eine Nachfinanzierung mit Tarifierhöhung möglich sein.</p> <p>b. Anpassung aufgrund einer Änderung der Sterblichkeit: Das analoge Argument gilt für die der Barwertbetrachtung zugrunde liegende Sterblichkeitsannahme. Hier entsteht die Finanzierungslücke, wenn die versicherten Personen länger leben als gemäss den technischen Berechnungsgrundlagen erwartet und über eine längere Zeit hohe Leistungen beziehen, bei gleichzeitig für hohe Lebensaltersgruppen nicht auskömmlichen Prämien.</p> <p>Die FINMA definiert im Erläuterungsbericht dem Begriff «Solvenzgefährdung» nicht weiter. Falls die Definition im Sinn einer niedrigen SST-Quote gemeint ist, sei hervorgehoben, dass dies allein kein angemessenes Kriterium ist, um Tarifentscheidungen zu steuern. Der SST ist eine näherungsweise Gesamtsicht der Solvenz des Versicherungsunternehmens, während die Tarifierung primär eine aktuarielle Sicht auf den Tarif eines einzelnen Produktes ist. Deshalb lässt ein SST-Ergebnis keine direkten Rückschlüsse auf einzelne Produkte der Gesellschaft zu. Zudem ist das SST-Ergebnis von Faktoren abhängig, die mit der Tarifierung nichts zu tun haben (Modelländerungen; Schwankungen der Finanzmärkte; etc.). Zudem nimmt der SST eine sofortigen Querfinanzierung etwaiger Verluste durch künftig erwartete Gewinnmargen auf profitablen Produkten an. Darum sollte der Begriff «Solvenzgefährdung» im Sinne des OR verstanden werden. Um Missverständnisse zu vermeiden schlagen wir vor dies im Rundschreiben zu präzisieren.</p> <p>Betreffend der Aufhebung der Ausnahme <u>für Tarifierhöhung in den geschlossenen Beständen</u> siehe Argumentation unter Rz 38.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «dass vom Tarif eine Solvenzgefährdung gemäss Obligationenrecht des Versicherungsunternehmens (...)» • «Für Produkte, bei denen ein Übertrittsrecht in gleichwertige offene Bestände gemäss Art. 156 AVO besteht, sind die teuerungsbedingten Erhöhungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt.»
<p>Ausserordentliche Anpassung</p>	<p>40-44</p>	<p>Aus dem Erläuterungsbericht geht nicht hervor, aus welchem Grund auf die Möglichkeit ausserordentlicher Tarifierhöhungen und die Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs verzichtet werden soll. Im Abschnitt 3.12 des Erläuterungsberichtes erklärt die FINMA nur, dass diese bei Umsetzung der angestrebten Änderungen in Rz 38–39.3 überflüssig würde,</p>	<p>Ehemalige Rz 40–44 beibehalten.</p>

	<p>ohne den eigentlichen Grund der angestrebten Praxisänderung anzugeben.</p> <p>In Wechselwirkung mit Rz 30f. ist die Streichung von Rz 40-44 höchst problematisch. Falls ein bestehender Tarif nicht im Einklang mit Rz 31 ist (z.B. falls er ein wesentliches Tarifmerkmal nicht enthält, was zu einer unzulässigen Umverteilung führt), so verbaut die Aufhebung von Rz 40-44 jede Möglichkeit, dies zu beheben.</p> <p>Niemand kann heute wissen, welche Krankheiten es in 20 Jahren gibt, wie sie behandelt werden, und wie diese Behandlungen finanziert werden. Die Streichung der Möglichkeit ausserordentlicher Tarifierpassungen ignoriert diese Unwägbarkeiten.</p> <p>Es ist unverständlich, inwiefern Rz 38-39.3 die Rz 41 ersetzt. Die neu unter Rz 39.3 erwähnte Solvenzgefährdung kann nicht gleich gestellt werden mit «wenn sich das technische Ergebnis nachhaltig ausserhalb des zulässigen Rahmens bewegt.» Die Aufhebung dieser Klausel ist gefährlich für den Versicherungsmarkt. Versicherer, welche über Jahre ein schlechtes technisches Ergebnis verzeichnen, könnten erst handeln, wenn ihnen die Insolvenz droht und wenn es wahrscheinlich schon zu spät ist.</p> <p>Es fehlt eine Wirkungsanalyse.</p>	
<p>Glossar</p> <p>Exogene Teuerung</p>	<p>In der Vorkonsultation hatte die FINMA eine Änderung der «Definition auf Basis allgemeiner, langjähriger Marktentwicklungen» vorgeschlagen. Es ist zu begrüßen, dass vorliegend von dieser Änderung abgesehen wurde.</p> <p>Die bestehende Definition ist ganz klar auf den Bestand eines Produktes bezogen und nicht auf den Gesamtmarkt, denn einerseits beruht sie auf Bestandsveränderungen, und andererseits ist auch der mittlere Schadenaufwand pro Versicherten eine Bestandsgrösse, der sich aufgrund unterschiedlicher Deckungen und Bestandszusammensetzungen selbst zwischen ähnlichen Produkten wesentlich unterscheiden kann.</p> <p>Da die Prämientarife für einzelne Produkte festgelegt werden, muss auch die exogene Teuerung produktbezogen definiert werden, nicht über einen Marktdurchschnitt, denn die Kostentreiber hängen von der jeweiligen</p>	<p>Definition ergänzen mit: «Die exogene Teuerung wird im jeweiligen Produkt bzw. in der jeweiligen Produktgruppe der Gesellschaft bestimmt. Die exogene Teuerung berücksichtigt bekannte künftige Effekte prospektiv.»</p>

	<p>Deckung, dem Selbstbehalt, und der regionalen Bestandszusammensetzung ab (die Finanzierung der Spitäler unterscheidet sich von Kanton zu Kanton). Weshalb sollte gemäss Rz 31 zur Vermeidung des Antiselektionsrisikos ein Tarif genügend Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen aufweisen, bei späteren Anpassungen des Tarifniveaus hingegen überhaupt keine Unterscheidung mehr zulässig sein?</p> <p>Die Verwendung einer marktweiten Teuerung würde zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. Für Produkte mit einer exogenen Teuerung unter dem Marktdurchschnitt wären ungerechtfertigte Tarifierhöhungen möglich. Umgekehrt würden die Tarife für Produkte mit überdurchschnittlicher exogener Teuerung über die Zeit technisch nicht gerechtfertigte Verluste verursachen, mit langfristig adversen Implikationen auf die Solvenz. Die fehlende Differenzierung würde das Antiselektionsrisiko erhöhen.</p> <p>Es fällt auf, dass die FINMA in letzter Vergangenheit bei der präventiven Tarifkontrolle oft mit einer marktweiten exogenen Teuerung argumentiert hat. In der angestrebten Teilrevision wird hingegen auf eine entsprechende Anpassung der Definition verzichtet. Es ist letztlich unklar, wie dieses wichtige Thema in Zukunft behandelt wird. Um jegliche Interpretation zu vermeiden, sollte klar festgehalten werden, dass die exogene Teuerung produktbezogen zu verstehen ist.</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht Finma
Camille Bosgiraud
Laupenstrasse 27
CH-3003 Bern

Zug, 2. November 2020

Stellungnahme Azenes AG | Anhörung Teilrevision des Finma-Rundschreibens 2010/3 «Krankenversicherung nach VVG»

Grüezi Camille Bosgiraud

Mit der Teilrevision des Finma-Rundschreibens 2010/3 *«integriert [die Finma] ihre bestehende und etablierte Aufsichtspraxis bei Krankenzusatzversicherungen im Bereich des Missbrauchsschutzes in ihr entsprechendes Rundschreiben»*.

Wir danken für die Möglichkeit zur Anhörung, von der wir gerne Gebrauch machen. Dabei folgen wir dem Aufbau Ihrer Medienmitteilung vom 1. September 2020, die wir bei Bedarf genauso wie die anderen, von der Finma zur Verfügung gestellten Unterlagen zitieren (*kursiv hervorgehoben*).

Zitierte Randziffern beziehen sich, sofern nicht anders vermerkt, jeweils auf das diskutierte, in Revision befindliche Rundschreiben 2010/3 der Finma, welches allgemein mit «Rundschreiben» referenziert wird.

1 Zusammenfassung

Die bisherige und voraussichtlich unrevidiert bleibende Rz 1 des Rundschreibens fasst den Zweck desselben zusammen: *«Im Rundschreiben werden in grundsätzlicher Weise versicherungstechnische Fragen zur Tarifierung und zu den Rückstellungen behandelt.»* Dieser damit beibehaltene Fokus auf die *grundsätzliche* Behandlung *versicherungstechnischer Fragen zu Tarifierung Rückstellungen* wird begrüsst.

Aus unserer Sicht stehen zahlreiche der vorgesehenen Anpassungen im Widerspruch zu dem einleitend formulierten Zweck bzw. gehen deutlich darüber hinaus: So werden nicht nur tiefgreifende Mechanismen festgelegt – im Gegensatz zu Grundsätzlichkeit und damit die prinzipienbasierte Aufsicht in Richtung regelbasierte Aufsicht

entwickelnd – sondern auch Themen in einer Art behandelt, die einer versicherungstechnischen, aktuariellen Betrachtungsweise nicht standhalten können.

Zusammengefasst beantragen wir daher

- **Streichung** der Rz 6, Rz 37.2, Rz 39.1 und Rz 39.2;
- **Präzisierung** der Rz 11, Rz 18, Rz 35, Rz 58, Rz 59, Rz 62 und Glossar;
- **Beibehaltung** der Rz 9, Rz 40, Rz 41, Rz 42, Rz 43 und Rz 44; sowie
- **Verschiedenes** zu Rz 8 (teilweise Beibehaltung bisheriger Formulierung und andere Anträge), Rz 14 (Ergänzung), Rz 19 (Präzisierung und Vereinfachung), Rz 20* (Anpassung an Art. 69 AVO), Rz 31 (Typographie), Rz 37.5 (Ergänzung), Rz 38 (Ergänzung), Rz 39 und Rz 39.3 (verschiedene Ergänzungen und Präzisierungen).

Als folgerichtige Konsequenz regen wir zudem eine

- **Teilrevision der AVO-Finma**

an.

Die Begründung sowie weitere Details finden Sie im Abschnitt 3.

2 Zielsetzung der Finma

Zur Umsetzung von Art. 117 AVO setzt die Finma direkt auf den *Schutz der Versicherten vor erheblicher Ungleichbehandlung* mittels verschiedener Massnahmen, darunter die Unterbindung von *missbräuchlichen Gewinnmargen*. Ein spezielles Augenmerk gilt weiter dem *Schutz in geschlossenen Beständen* und der Sicherstellung von *mehr Transparenz*.

Während wir dem letzten Anliegen nach mehr Transparenz¹ uneingeschränkt zustimmen können, möchten wir die Gelegenheit nutzen, unsere Bedenken aus aktuarieller Sicht gegenüber zahlreichen anderen, vorgesehenen Massnahmen auszudrücken.

Für Rückmeldungen aus juristischer Sicht verweisen wir auf die Stellungnahmen entsprechender Körperschaften bzw. Personen, wie den Schweizerischen Versicherungsverband.

¹ Siehe dazu Abschnitt 3.9 zu Altersklassenwechsel.

3 Stellungnahme zu einzelnen Aspekten

3.1 Rz 6 | Zulässige Leistungen

3.1.1 Rückmeldung

Die Einschränkung der Leistungen gemäss Rz 6 ist zu umfassend, da sie auch die eigentlichen, versicherungstechnischen Leistungen wie Hospitalisationskosten etc. ausschliesst.

3.1.2 Antrag Streichung.

3.1.3 Eventualantrag Präzisierung.

3.2 Rz 8 | Bandbreite des gesetzlich zulässigen technischen Ergebnisses eines Produkts

3.2.1 Rückmeldung

Grundsätzliches

Die überarbeitete Rz 8 sieht für das erwartete technische Ergebnis sowohl bei neuen Verträgen als auch beim Bestand eine Obergrenze von 10 % der Prämieeinnahmen vor. Diese Obergrenze wird mit Hinweis auf die bestehende Praxis begründet.

Der nach Art. 38 VAG zu gewährleistende Schutz der Versicherten vor Missbrauch ist unbestritten. Demgegenüber stellt die in der Tarifrevision kodifizierte Praxis einen erheblichen, nicht prinzipienbasierten Eingriff in die Vertragsfreiheit dar und übersteigt damit unseres Erachtens den Rahmen einer fachtechnischen Bestimmung von untergeordneter Bedeutung. Eine Einführung neuer Regulierung via Ebene Wegleitung, unter Umgehung einer Wirkungsanalyse, würde die Verordnung zum FINMAG umgehen.²

Die starre Festlegung einer Obergrenze der Ergebnismarge könnte für den Gesamtmarkt einen Anreiz schaffen, kompensatorisch das Leistungsvolumen auszuweiten.³ Dies würde für die versicherten Personen zu teureren Leistungen (mit fraglichem Mehrwert) und höheren Prämien führen.

² Es ist festzuhalten, dass sich der willkürlich erscheinende Schwellwert von 10 % aus der Rechtsgrundlage nicht direkt ableiten lässt. Der Hinweis auf die bestehende Regulierungspraxis ersetzt eine solche Herleitung nicht. Ebenso fehlt für ebendiese Regulierungspraxis die Wirkungsanalyse gemäss Art. 7 der Verordnung zum FINMAG, und auch diesbezüglich ist der Hinweis auf bestehende Regulierungspraxis kein adäquater Ersatz. Welche Regulierungsvarianten wurden geprüft? Welches sind die zugrundeliegenden Annahmen?

³ Siehe dazu auch das illustrative Beispiel in Abschnitt 3.2.1 bzw. direkt in Tabelle 3.

Darf gegen dieses Szenario eingewendet werden, der Markt würde korrigierend spielen, wenn gleichzeitig die Notwendigkeit einer Tarifobergrenze durch Verneinung ebendieses Mechanismus begründet wird?

Problematik einer Limite

Die Wegleitung für Gesuche betreffend die Einreichung von Tarifierungsvorlagen in der Krankenzusatzversicherung (Ausgabe vom 1. Mai 2020) dokumentiert die Überlegung, wie die 10 % festgelegt wurden. Ausgehend von einem mittleren marktweiten technischen Ergebnis von 5 % der Prämieinnahmen sei davon auszugehen, dass ein technisches Ergebnis, welches mehr als doppelt so hoch wie der Marktdurchschnitt ist, missbräuchlich sei. Hierbei ist die Wahl des Faktors 2 nicht weiter begründet.

Diese Überlegung an sich ist versicherungsmathematisch unzulässig, denn sie führt zu einem Widerspruch: Die Inkonsistenz besteht darin, dass der Schwellwert auf Ebene Gesamtmarkt (inklusive der nichtprofitablen Produkte) bestimmt, dann jedoch sachfremd als einseitige Obergrenze auf Ebene Produkt appliziert wird. Die nachfolgende Tabelle zeigt anhand eines vereinfachten Beispiels, dass dadurch der Marktdurchschnitt (als Bezugspunkt der Überlegung) verändert wird. Eine wiederholte Anwendung derselben Überlegung würde zu einem abweichenden Ergebnis führen, was den Widerspruch zeigt.

Techn. Ergebnis im Verhältnis zur Prämie	Iteration 0 Ohne Begrenzung	Iteration 1 Begrenzung auf 10 %	Iteration 2 Begrenzung auf 5 %	Iteration 3 Begrenzung auf 0 %
Produkt 1	20 %	10 %	5 %	0 %
Produkt 2	10 %	10 %	5 %	0 %
Produkt 3	0 %	0 %	0 %	0 %
Produkt 4	-10 %	-10 %	-10 %	-10 %
Gesamtmarkt	5 %	2.5 %	0 %	-2.5 %
Verdoppelung	10 %	5 %	0 %	-5 %

Tabelle 1: Vereinfachtes Beispiel zur Illustration der Auswirkung einer Limitierung des technischen Ergebnisses pro Produkt auf das mittlere technische Ergebnis des Gesamtmarktes, nach drei Iterationen.

Bei Umsetzung der angestrebten Teilrevision würde es wegen der vorgesehenen, strikteren Hürden für Tarifierhöhungen gemäss Rz 38 sogar vermehrt Produkte mit einem negativen technischen Ergebnis geben.

Herleitung der vorgesehenen Limite

Es ist nicht dokumentiert, welche Statistik dem von der Finma aufgeführten, mittleren marktweiten technischen Ergebnis von 5 % der Prämieinnahmen zugrunde liegt. Diese Herleitung muss gemäss Art. 7 der Verordnung zum FINMAG dargelegt und gemäss Art. 11 ebenda publiziert werden.

Entsprechend haben wir versucht, die Herleitung der Angabe der Finma basierend auf öffentlich verfügbaren Daten zu rekonstruieren.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die historischen Leistungsquoten für verschiedene Sparten der Krankenversicherung: Zusammengefasst über alle Zweige der Krankenversicherung ergibt sich im Beobachtungszeitraum 2013–2018 eine mittlere Leistungsquote von 75 %. Zusammen mit einem Kostensatz von 20 % ergibt sich ein Combined Ratio von 95 %, oder eben ein mittleres technisches Ergebnis von 5 % der Prämie.

Jahr	Alle Zweige	Erwerbsausfall Kollektiv (KTG)	Alle Zweige ohne KTG
2013	72 %	87 %	65 %
2014	75 %	90 %	68 %
2015	76 %	89 %	69 %
2016	77 %	88 %	71 %
2017	74 %	85 %	69 %
2018	73 %	83 %	67 %
Mittelwert 2013–2018	75 %	87 %	68 %

Tabelle 2: Historische Leistungsquoten in der Krankenzusatzversicherung, ohne Veränderung von versicherungstechnischen Rückstellungen.

Quelle: <https://www.versichererreport.finma.ch/reportportal/>

Die Auswertung der von der Finma für 2019 neu hier

<https://www.finma.ch/de/dokumentation/finma-publikationen/kennzahlen-und-statistiken/kennzahlen/kennzahlen-versicherer/> zur Verfügung gestellten Angaben ergibt vergleichbare Ergebnisse.

Nun unterliegt der Zweig Erwerbsausfall Kollektiv (Kollektivtaggeld, KTG) nicht der präventiven Tarifkontrolle der Finma (BVGE 2007/50). Deshalb wäre es irreführend und sachfremd, diesen Zweig in diese Statistik einzubeziehen.⁴ Die mittlere Leistungsquote ohne das KTG-Geschäft belief sich auf 68 %, was wiederum zusammen mit einer Kostenquote von 20 % ein Combined Ratio von 88 % oder ein mittleres technisches Ergebnis von 12 % ergibt.

Vor diesem Hintergrund ist die Annahme, ein technisches Ergebnis von mehr als $2 * 5 \% = 10 \%$ sei missbräuchlich, unabhängig von den weiteren Kritikpunkten nicht haltbar.

Versicherungstechnisches Risiko und einheitliche Maximalrendite

Die Risiko- und Gewinnmarge entschädigt die Versicherungsgesellschaft für das übernommene technische Risiko. Nun sind beispielsweise Produkte mit Finanzierung nach

⁴ Zudem unterscheidet sich das Kollektivtaggeld in Bezug auf Leistungen, Vertrieb, Leistungsart, etc. (und Verwaltungskosten).

dem Kapitaldeckungsverfahren anderen Risiken unterworfen als Produkte mit Finanzierung nach dem Bedarfsdeckungsverfahren, denn die Umverteilung über die Zeit ist unter anderem von den erzielbaren Anlagerenditen abhängig. Produkte mit einer Summenversicherung – z. B. jährlicher Beitrag von CHF 100 bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose – haben ein geringeres versicherungstechnisches Risiko als Produkte, die bei Vorliegen derselben Diagnose einen variablen Betrag decken. Gleiches gilt für Produkte mit bzw. ohne Kostenbeteiligung. Produkte mit einem stark altersabhängigen Leistungsprofil (z. B. mit dem Alter stark ansteigende Leistungen) führen zum Risiko einer morbiden Langlebigkeit. Etc.

Diese Überlegungen zeigen, dass eine von Art und Ausmass des Risikos unabhängige fixe Obergrenze von 10 % für das technische Ergebnis aus versicherungsmathematischer Sicht nicht sachgemäss sein kann.

Die Wahl des Schwellwertes von 10 % wird mit dem Hinweis auf die bestehende Praxis begründet. Diese Argumentation lässt ausser Acht, dass die vorliegende angestrebte Teilrevision des Rundschreibens eine wesentliche Erhöhung der von der Versicherungsgesellschaft zu tragenden Risiken bewirken würde (Begrenzung der Tarifanpassung für geschlossene Produkte auf die exogene Teuerung gemäss Rz 39.3; signifikante Einschränkung der Möglichkeit von Tarifrevisionen gemäss Rz 38ff). Selbst unter der Annahme, dass der Schwellenwert von 10 % in der bisherigen Praxis angemessen gewesen wäre (was nicht belegt ist), würde er bei Umsetzung der Teilrevision zu einer erheblichen Reduktion der Entschädigung in Bezug auf das übernommene Risiko führen. Nur schon wegen dieser veränderten Ausgangslage ist zwingend eine Wirkungsanalyse durchzuführen.

Sollte die Entschädigung proportional zum Risiko unverändert bleiben, wäre der Schwellwert zwingend zu erhöhen.

Vergleich Motorfahrzeughaftpflicht

In den letzten zehn Jahren belief sich das mittlere Combined Ratio der Motorfahrzeughaftpflicht im Marktdurchschnitt der Schweizer Schadenversicherungsunternehmen auf weniger als 70 %, was einem mittleren technischen Ergebnis von mehr als 30 % entspricht (mit erheblichen Schwankungen zwischen den Versicherungsgesellschaften und über die Zeit).⁵ Im Gegensatz zur Krankenzusatzversicherung handelt es sich sogar um eine obligatorische Versicherungsdeckung: Zwar kann die Versicherungsgesellschaft (mit Einschränkung) gewechselt werden, ein Marktentzug ist jedoch nicht möglich.

Trotz einer mittleren Gewinnmarge, die den hier diskutierten Wert von 10 % um ein Vielfaches übersteigt, wurde wohl noch nie ernsthaft behauptet, die Prämien für

⁵ Quelle: «Bericht über den Versicherungsmarkt», Ausgaben 2010–2019. Das Combined Ratio ist für diesen Vergleich definiert als Expense Ratio plus Schadenquote des Zweiges Landfahrzeug-Haftpflicht.

Motorfahrzeughaftpflicht seien missbräuchlich hoch. Dieser Vergleich legt nahe, dass der vorliegend angestrebte Schwellwert von 10 % zu tief angesetzt ist.

Risiko eines Prämienanstiegs durch Produktdesign

Es besteht die Gefahr, dass Produkte so gestaltet werden, dass die zulässige und damit realisierbare Marge höher wird: Versicherungsgesellschaften A und B bieten je ein bis auf einen Unterschied Deckungsgleiches Produkt A bzw. B an: Letzteres Produkt bietet eine Prämienrückgewähr bei Leistungsfreiheit in Höhe von 45 %⁶:

	Produkt A	Produkt B
Frequenz	1 %	1 %
Leistung	9'000	9'000
Prämienrückgewähr bei Leistungsfreiheit	0 %	45 %
Risikoprämie	90	180
Gewinnzuschlag	10	20
Prämie	100	200
	Versicherungsgesellschaft A	Versicherungsgesellschaft B
Anzahl versicherte Personen	1'000	1'000
Prämien	100'000	200'000
Leistungen	-90'000	-90'000
Prämienrückgewähr bei Leistungsfreiheit	0	-90'000
Gewinn	10'000	20'000

Tabelle 3: Illustration, wie mittels Produktdesign die prozentuale Maximalrendite absolut übersteuert – hier: verdoppelt – werden kann.⁷

Das ökonomisch notwendige Risikokapital ist bei beiden Produkten A und B mehr oder weniger gleich gross.

Neue Produkte und Wartefristen

Die Versicherungsgesellschaft steuert die Aufnahme von neuen versicherten Personen mit einer Gesundheitsprüfung. Deshalb sind in den ersten Jahren nach Vertragsabschluss die Leistungen auf einem relativ niedrigeren Niveau und steigen im Lauf der

⁶ Der genaue Wert beträgt 45.45 %.

⁷ Vereinfachtes, illustratives Beispiel mit gerundeten Beträgen, ohne Verwaltungskosten. Die durch die Prämienrückgewähr erhoffte Risikoverringerung sei nicht eingetreten.

Zeit an. Diese Situation akzentuiert sich bei neuen Produkten sowie bei Produkten mit Wartefristen.⁸

Durch die Anwendung der vorgesehenen Regelung würde bei neu eingeführten Produkten systematisch ein aktuariell nicht gerechtfertigter, zu tiefer Tarif zur Anwendung kommen.

Da mit der vorliegenden Teilrevision Möglichkeiten zur Tarifierhöhung weitgehend fehlen werden, könnte diese Fehlsteuerung nicht kompensiert werden, ohne dass die Solvenz der Versicherungsgesellschaft gefährdet würde.

Aufhebung der Untergrenze für bestehende Tarife

Die Teilrevision legt neu eine Untergrenze von 0 % nur noch fest für Tarife, welche ausschliesslich bei neuen Verträgen angewendet werden.

Ein technisches Ergebnis von 0 % bedeutet, dass sich Aufwände und Erträge genau die Waage halten. Mit anderen Worten trägt das Versichertenkollektiv mit der Prämie genau die ihm zugutekommenden Leistungen und die für die Erbringung der Leistungen notwendigen Verwaltungskosten. Der Versicherungsgesellschaft entsteht in dieser Situation weder ein Gewinn noch ein Verlust.

Es erschliesst sich nicht, aus welchem Gesetzes- oder Verordnungsartikel sich die unterschiedliche Behandlung von neuen und bestehenden Verträgen in Bezug auf das technische Ergebnis ableiten lässt. Begründet wird die neue Regelung damit, dass bei laufenden Verträgen der Schutz der versicherten Personen vor Tarifmissbrauch im Vordergrund stünde (Erläuterungsbericht Abschnitt 3.1). Es fehlt jedoch die Begründung für die Annahme, dass die Beibehaltung der Untergrenze auch für bestehende Tarife direkt zu Tarifmissbrauch führen würde bzw. eine Erläuterung, warum die Untergrenze aufzuheben sei.

Im Erläuterungsbericht Abschnitt 3.1 wird festgestellt, der Umfang von potentiellen Verlusten würde bei geschlossenen Produkten dadurch begrenzt, dass keine neuen Verträge mehr abgeschlossen werden. Es werden weder quantitative Aussagen dazu gemacht noch wird diese Feststellung näher erläutert.

3.2.2 Fazit

Die angestrebte Regelung wirft Fragen zur Vereinbarkeit mit dem FINMAG auf. Das Fehlen einer Wirkungsanalyse im Sinne von Art. 7 der Verordnung zum FINMAG steht der Umsetzung der geplanten Änderung von Rz 8 im Wege.

Der Schwellwert von 10 % ist nicht sachgemäss.

⁸ Die Abweichungen dürften regelmässig mehr als «geringfügig» sein, insbesondere bei neuen Produkten bzw. bei Produkten mit Wartefrist, was gemäss Erläuterungsbericht zulässig wäre.

Die Begründung der bisherigen Praxis ist versicherungsmathematisch widersprüchlich und berücksichtigt die von der Versicherungsgesellschaft übernommenen Risiken nicht (ausreichend).

Da sich diese Risiken bei Umsetzung der Teilrevision insgesamt signifikant erhöhen würden, ist die Übernahme des Schwellwertes aus der bisherigen Praxis unzulässig. Eine detaillierte Analyse zu den erhöhten Risiken und möglichen Auswirkungen muss vorab durchgeführt werden, idealerweise mit der oben geforderten Wirkungsanalyse.

Ein Vergleich mit anderen Versicherungszweigen nach VVG legt nahe, dass selbst ein Vielfaches der angestrebten 10 % nicht zwingend als missbräuchlich einzustufen ist.

3.2.3 Antrag

Die ersten zwei Sätze der Rz 8 in der bisherigen Fassung beibehalten: «Das erwartete technische Ergebnis resultiert aus der Tarifikalkulation. Es ist zumindest null und überschreitet eine marktgerechte Entschädigung für das übernommene technische Risiko zuzüglich des Zinses für eine risikofreie Kapitalanlage nicht wesentlich.»

Die bestehende Praxis soll im obigen Sinn überarbeitet werden und auf Ebene Wegleitung verbleiben. Die Finma soll dazu ein geeignetes Modell entwickeln und eine Wirkungsanalyse durchführen.

3.3 Rz 9 | Missbräuchlich hohe Tarife

3.3.1 Rückmeldung

Die Bemerkungen von Abschnitt 3.2 gelten sinngemäss.

Einseitigkeit

Die angestrebte Regel ist einseitig, da sie nur in Richtung Senkung wirkt. Weder aus der gesetzlichen Grundlage, der Rechtsprechung noch aus dem Erläuterungsbericht erschliesst sich der Grund für diese Einseitigkeit. Entsprechend müsste bei Unterschreiten der vorgegebenen Limite den Versicherungsgesellschaften ein Recht auf Prämienhöhung eingeräumt und mit speditiven Verfügungen umgesetzt werden.

Genauso wie die Finma Versicherungsunternehmen zu Tarifreduktionen auffordert, müsste die Finma sogar zu Tariferhöhungen auffordern.

Retrospektive vs. Prognose

Die angestrebte Bestimmung ist rein retrospektiv formuliert. Da sich eine etwaige daraus ergebende Tarifanpassung auf die künftigen Tarife wirkt, ist diese Herangehensweise kurzfristig. Die Beurteilung der Angemessenheit der Tarife muss aus versicherungsmathematischer Sicht primär prospektiv sein. Daten aus der Vergangenheit sind zudem an künftige Verhältnisse anzupassen (z. B. Berücksichtigung vergangener Prämienanpassungen oder künftiger Änderungen am Gesundheitssystem wie Auswirkungen der «Regelung in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)» zu «Ambulant vor Stationär» mit Einfluss auf die Zusatzversicherungen nach VVG).

Neue Produkte und Wartefristen

In Ergänzung zu den analogen Ausführungen zu Rz 8 in Abschnitt 3.2.1 möchten wir darauf hinweisen, dass die angestrebte Regel gemäss Rz 9 zu unsachgemässen Tarifsenkungen führen kann.

Begriffe

Die Formulierung «auf den nächstmöglichen Termin» ist unklar.

Die von der Finma aufgeführten Materialitätsgrenzen sind nicht spezifiziert, was zu Willkür führen kann. Entsprechende Kriterien (die ggf. in einer Wegleitung präzisiert werden können) sollten aufgeführt werden.

3.3.2 Fazit

Die vorgesehene Regelung wirkt einseitig, aktuariell nicht angemessen und mechanistisch. Der neu eingeführte Begriff der «Materialitätsgrenzen» kann zu Willkür führen.

3.3.3 Antrag

Formulierung der Rz 9 wie in der bisherigen Fassung: «Ein Ausgleich der übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes eines Produkts über die Zeit zu gewährleisten und führt mittelfristig zu einem durchschnittlichen technischen Ergebnis im Sinne von Rz 8.»

3.3.4 Eventualantrag

Die Formulierung «auf den nächstmöglichen Termin» muss präzisiert werden.

Der Begriff «Materialitätsgrenzen» sollte mittels Kriterien präzisiert werden. Die konkreten numerischen Werte sollten ggf. in der Wegleitung aufgeführt werden, z. B.:

- Beträge unterhalb von CHF 10 pro Monat sind nicht materiell.
- Abweichungen von der Limite von relativ 20 % sind nicht materiell.
- Etc.

3.4 Rz 11 | Nomineller Aufwand während eines Geschäftsjahres

3.4.1 Rückmeldung

Die Formulierung ist zu eng, wenn der Fokus auf nur auf «während eines Geschäftsjahres gedeckte Schadenfälle» gelegt wird.

3.4.2 Antrag

Präzisierung.

3.5 Rz 14 | Prämienüberträge

3.5.1 Rückmeldung

Die in Art. 69 AVO an erster Stelle als versicherungstechnische Rückstellungen aufgeführten Prämienüberträge fehlen.

3.5.2 Antrag

Ergänzung.

Streichung der damit redundanten Erwähnung der Prämienüberträge in Rz 21.

3.6 Rz 18 | Schwankungsrückstellungen

3.6.1 Rückmeldung

In dieser Randziffer verwirrt der Begriff «Sicherheits[risiko]».

3.6.2 Antrag

Präzisierung.

3.7 Rz 19 | Sicherheitsrückstellungen

3.7.1 Rückmeldung

Es fehlt die Präzisierung, dass hier die Sicherheitsrückstellungen beschrieben werden.

Die Unterteilung in private Versicherungsunternehmen und Krankenkassen ist nicht begründet. Zudem lässt sich die Mussformulierung mit der Bildung einer Sicherheitsrückstellung in Höhe von CHF 1 leicht umgehen.

3.7.2 Antrag

Präzisierung «Sicherheitsrückstellungen».

Streichung der Diskriminierung zwischen privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen.

Letzteres erlaubt auch, einen Sammelbegriff für «private Versicherungsunternehmen» bzw. «Krankenkassen» zu verwenden und damit das Rundschreiben einfacher lesbar zu formulieren.

3.8 Rz 20* | Übrige technische Rückstellungen

3.8.1 Rückmeldung

Die in Art. 69 AVO erwähnten Überschussbeteiligungen und Renten fehlen.

3.8.2 Antrag

Ergänzung.

3.9 Rz 31 | Altersklassenwechsel

3.9.1 Rückmeldung

Mit der vorgesehenen Änderung zu Transparenz kann der durch die Finma angewendete «Faktor 7» wegfallen: Dieser beschreibt den maximalen Anstieg der Prämie zwischen der tiefsten und der höchsten Altersgruppe für Erwachsene. Wird nun in den AVB beispielsweise transparent auf einen Anstieg mit «Faktor 10» aufmerksam gemacht, so entfällt hier die Aufgabe der Finma, den Anstieg mit einem «Marktfaktor» einzuschränken.

Tippfehler: «Alter s klassenwech s els»

3.9.2 Antrag

Korrektur.

3.10 Rz 35 | Finanzierungsquelle von Abschlägen

3.10.1 Rückmeldung

«Die Grenzen gemäss Rz 35 ff. gelten» – gemäss Erläuterungsbericht – «in Bezug auf nicht versicherungstechnisch begründete Rabatte unabhängig von der Finanzierungsquelle.»

Dies heisst in anderen Worten, dass es einem Versicherungsunternehmen nicht erlaubt sein soll, z. B. nicht begründete, über 10 % der Vertragsprämie hinausgehende Abschläge zu gewähren.

Auf welche gesetzliche Grundlage stützt sich dieser tiefgreifende Eingriff in die unternehmerische Freiheit? Der Missbrauchsschutz gemäss VAG kann sich nur auf die Verwendung von Prämiegeldern, nicht jedoch auf die unternehmerische Verwendung freier Mittel beziehen. In der Praxis dürfte eine Abgrenzung kaum sinnvoll machbar sein: Darf bei einer Verkaufsaktion ein Geschenk im Wert von CHF 200 überreicht werden? Ja? Darf der monetäre Gegenwert von der Prämie abgezogen werden? Nein?

3.10.2 Antrag

Präzisierung, dass es hierbei entgegen dem Erläuterungsbericht nur um die Verwendung von Prämiegeldern geht.

Präzisierung, dass darüber hinaus beispielsweise im Rahmen von Vergünstigungen für Mitarbeitende oder Werbemassnahmen erfolgte, aus freien Mitteln finanzierte Abschläge nicht reguliert werden.

3.11 Rz 37.2 | Geringer Rahmen

3.11.1 Rückmeldung

Die Bezeichnung «geringer Rahmen» ist nicht präzise und sollte – sofern nicht im Zusammenhang mit Rz 37.1 als überflüssig erachtet – analog zu Rz 37.1 präzisiert werden.

3.11.2 Antrag

Streichung.

3.11.3 Eventualantrag

Präzisierung.

3.12 Rz 37.5 | Verträge und AVB

3.12.1 Rückmeldung

Abschläge werden auch in den AVB geregelt. Diese müssen mit der neuen Regelung in entsprechend angepasster Form auf den Gesamtbestand angewendet werden können.

3.12.2 Antrag

Ergänzung: «Die Finma verfügt entsprechende Ergänzungen bzw. Anpassungen der AVB auf den Gesamtbestand.»

3.13 Rz 38 | Zivilrechtliche Zulässigkeit

3.13.1 Rückmeldung

Die Präzisierung der Berücksichtigung der zivilrechtlichen Zulässigkeit von Tarifanpassungen wird begrüsst. In der Praxis muss eine transparente Darstellung der aktuellen, regulatorischen bzw. zivilrechtlichen Argumente erfolgen. Summarische Rückmeldungen der Finma wären wenig zielführend.

Durch die präzise Angabe der zivilrechtlichen Grundlagen für eine Entscheidung der Finma (z. B. Referenzen auf Urteile des Bundesgerichts) werden diese nachvollziehbar. Die Grundlagen können von den Versicherungsgesellschaften entsprechend künftig berücksichtigt werden.

3.13.2 Antrag

Ergänzung: «Die Finma begründet im Einzelfall, weshalb bzw. in welchem Umfang sie aus konkreten, zivilrechtlichen bzw. regulatorischen Gründen nicht auf eine Tarifanpassungseingabe eintreten kann.»

3.14 Rz 39 und Rz 39.3 | Geschlossene Bestände mit Übertrittsrecht

3.14.1 Rückmeldung

Ausnahmeklausel geschlossene Bestände

Bislang kann in geschlossenen Produkten die gesamte Teuerung auf die versicherten Personen überwältzt werden («Ausnahmeklausel»). Die versicherten Personen können dem entgehen, indem sie ihr Übertrittsrecht in ein offenes Produkt nutzen. Mit der Aufhebung der Ausnahmeklausel bleiben defizitäre geschlossene Bestände defizitär oder können aufgrund von Antiselektionseffekten künftig defizitär werden. Wenn die Solvenz der Versicherungsunternehmen langfristig sichergestellt werden soll, wird eine Querfinanzierung dieser Bestände durch offene Bestände zumindest kurzfristig unausweichlich, bevor Rz 39.3 zur Anwendung kommen würde.

Dem Schutz der versicherten Personen vor missbräuchlichen Prämien wird mit dem bestehenden Übertrittsrecht hinlänglich Rechnung getragen. Eine Aufhebung der Ausnahmeklausel hingegen gefährdet diesen Schutz, indem durch Querfinanzierung aus anderen Produkten neue Ungleichbehandlungen geschaffen werden.

Die bisherige Ausnahmeklausel leitet sich direkt aus der AVO ab. In Art. 156 AVO regelt die Gesetzgeberin den Schutz der versicherten Personen im Falle von Produkteschliessungen. So werden umfassende Rechte gewährt, nämlich der bedingungslose Übertritt in einen «möglichst gleichwertigen Versicherungsvertrag».

Die Begründung für die vorgesehene Anpassung im Erläuterungsbericht ist nicht klar (Hervorhebung Azenes AG): *«Andererseits wird die Ausnahmeklausel für Produkte mit Übertrittsrecht in zumindest gleichwertige offene Bestände gestrichen. Die Klausel bezweckte ursprünglich, dass die Aktualisierung des Produktangebots nicht übermässig gebremst wird.»* Sie geht auch aus dem damaligen Erläuterungsbericht nicht hervor.

Gleichwertigkeit

Als weitere Begründung wird die Schwierigkeit aufgeführt, «Gleichwertigkeit von Produkten» zu beurteilen: *«Ob ein Produkt als zumindest gleichwertig gilt, ist schlussendlich eine Frage, die primär nur durch den einzelnen Versicherungsnehmer beurteilt werden kann und neben aufsichtsrechtlichen vor allem auch zivilrechtliche Komponenten betrifft. Auch ein kleiner Deckungsunterschied kann je nach den individuellen Bedürfnissen gewichtig ausfallen. Aus dieser Überlegung wird diese Ausnahmeregelung gestrichen.»*

Die mögliche Existenz dieser Schwierigkeit war der Gesetzgeberin bestimmt bewusst. Die Gleichwertigkeit wurde übrigens argumentativ genau umgekehrt verwendet: Gleichwertige Produkte sollten nicht in «Ketten» neu eröffnet und geschlossen werden. Wenn ein Produkt geschlossen und ein anderes, gleichwertiges geöffnet wird, kann das Übertrittsrecht nur ein Recht für die versicherten Personen sein, nicht jedoch eine Pflicht seitens Versicherungsunternehmen.⁹

Entsprechend darf der Art. 156 AVO nicht einseitig über ein Rundschreiben so abgeändert werden, dass die Rechte der versicherten Personen gleich bleiben, während die Rechte der Versicherungsunternehmen beschnitten werden.

Ein ähnliches Argument könnte zudem auch direkt gegenüber Art. 156 AVO vorgebracht werden, doch sind keine Bestrebungen bekannt, diesen (zum Schutz der versicherten Personen absolut notwendigen) Artikel aufgrund der Schwierigkeit der Abgrenzung zu streichen. Damit erscheint die Begründung zur Streichung konstruiert.

⁹ «Erläuterungen zum Vorentwurf der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (Vorentwurf Aufsichtsverordnung [VE-AVO])» vom 11. August 2004: «Art. 203 Geschlossene Bestände: Es kommt vor, dass Versicherer einzelne Versicherungsbestände «schliessen» und den (jungen, gesunden) Versicherten neue Produkte mit weitgehend identischer Deckung zu wesentlich tieferen Prämien anbieten. (...) Der vorliegende Artikel gestattet zwar gleichartige neue Produkte, garantiert den bisherigen Versicherten aber gleichzeitig den Zugang dazu und verhindert dadurch weitgehend die soeben dargestellte und von den Versicherten zu Recht als missbräuchlich empfundene Situation. (...)»

Fehlende Herleitung

Weiter ergibt sich weder aus dem Gesetz noch aus der Rechtsprechung die Notwendigkeit, die Ausnahmeklausel zu streichen. Es erschliesst sich nicht, weshalb die Praxisänderung mit Blick auf die Aufsichtsziele nötig ist, und ob etwaigen Umsetzungsproblemen der bestehenden Ausnahmeklausel mit alternativen Regulierungsvarianten begegnet werden könnte.

Fokus auf «tarifliche Gleichwertigkeit»

Im Erläuterungsbericht (Abschnitt 3.8) wird dargelegt, dass bis anhin bei geschlossenen Teilbeständen die Tarifierpassungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt werden, sofern den betroffenen Versicherten «eine auch in tariflicher Hinsicht faire Übertrittsmöglichkeit auf ein zumindest gleichwertiges Produkt» angeboten wird. Die hier angebrachte Einschränkung auf tarifliche Gleichwertigkeit irritiert. Sie ergibt sich weder aus dem Gesetz noch aus der Rechtsprechung. Sie auch kommt weder im Rundschreiben noch im damaligen Erläuterungsbericht oder Anhörungsbericht vor.

Wirkungsanalyse

Gemäss der Wirkungsanalyse (Erläuterungsbericht Abschnitt 6.3) «werden die Spielräume bei Produkten, deren Leistungskosten deutlich ausserhalb der Marktentwicklung liegen, kleiner». Dieser Hinweis irritiert, denn weder das Rundschreiben noch die angestrebte Teilrevision stellen einen Bezug auf die Marktentwicklung der Tarife her.

Es besteht das Risiko, dass wegen der angestrebten Änderung Verluste auf Produktebene entstehen. Die vorgelegte Wirkungsanalyse ist hierzu unvollständig. Es fehlt eine quantitative Angabe des Ausmasses dieser Verluste, der drohenden Querfinanzierung aus anderen Produkten und deren Wechselwirkung mit den Margenvorgaben.

3.14.2 Fazit

Das Fehlen einer ausreichend detaillierten Wirkungsanalyse im Sinne von Art. 7 der Verordnung zum FINMAG sowie zahlreiche Einzelkritikpunkte stehen der Umsetzung der geplanten Änderung von Rz 38 im Wege.

3.14.3 Antrag

Rz 39 bzw. Rz 39.3 ergänzen mit: «Für Produkte, bei denen ein Übertrittsrecht in gleichwertige offene Bestände gemäss Art. 156 AVO besteht, sind die teuerungsbedingten Erhöhungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt.»

3.15 Rz 39 und Rz 39.3 | Berücksichtigung der exogenen Teuerung

Die Teilrevision sieht vor, dass ein Tarif, vorbehaltlich Rz 39.3, höchstens im Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung erhöht werden kann. Diese exogene Teuerung wird in der Aufsichtspraxis durch die Finma für den gesamten Markt einheitlich festgelegt. Dieser sehr wichtige Aspekt wird im Abschnitt 3.23 behandelt.

Produkte mit zeitlicher Umverteilung

Die Formulierung «im Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung» impliziert aus versicherungsmathematischer Sicht nicht zwingend eine proportionale Anpassung um denselben Prozentsatz. Für Produkte mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren ist nämlich eine Barwertbetrachtung der erwarteten diskontierten Ausgaben und Einnahmen während der Gesamtlaufzeit des Teilbestandes über die Restlaufzeit anzustellen. Die Auswirkung der noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung wird als Barwert (Betrag) bemessen und die Prämienhöhe so bestimmt, dass sie den Barwert der Prämien im gleichen Umfang (d.h. um den gleichen Betrag) erhöht. Dies kann zu prozentualen Prämienanpassungen führen, welche die prozentuale exogene Teuerungsrate übersteigt.

Zur Illustration¹⁰ sei ein Produkt gegeben, für das während 10 Jahren eine Prämie von CHF 100 bezahlt und bei Ablauf eine (nach damaligem Kostenstand ermittelte) Leistung von CHF 1'000 erfolge. Eine einmalige Teuerung um 10 % führt nun dazu, dass bei versicherten Personen je nach Versicherungsjahr eine andere Prämienhöhe stattfinden muss. Bei Neuabschlüssen beträgt die neue Prämie CHF 110, was einer Erhöhung um 10 % entspricht. Bei Personen, die bereits 9 Jahre einbezahlt haben, beträgt die neue Prämie CHF 200, was einer Erhöhung um 100 % entspricht.

Mutationen

Abschliessend sei darauf hingewiesen, dass bei Teuerungsanalysen auf die möglicherweise veränderte Zusammensetzung der Datengrundlage über die Zeit geachtet werden muss: Wechselt eine Person von einem Produkt mit fixer Teuerung von 10 % und indizierter Leistung von 1 im Zeitpunkt 0 auf den Zeitpunkt 1 in ein anderes Produkt mit fixer Teuerung von 5 % und indizierter Leistung von 0.5 zum Zeitpunkt 1, so wird eine Inflation von -50 % ausgewiesen, da die gemessenen Leistungen von 1 auf 0.5 abgenommen haben. Die Inflation kann jedoch nicht gemessen werden und beträgt 10 % bzw. 5 %. Finden konkret Mutationen in einem grösseren Rahmen statt, z. B. von Spitalzusatzversicherungen mit privater Deckung in solche mit halbprivater Deckung, dann kann das zu einer Abnahme der mittleren Leistungen pro Kopf führen, auch wenn die jeweiligen Produkte eine positive exogene Teuerung haben. Die Schätzung der exogenen Teuerung hat solche Bewegungen berücksichtigen.

3.15.2 Fazit

Die Festlegung einer markteinheitlichen Teuerung ist sachfremd. Produktspezifika müssen zwingend berücksichtigt werden.

3.15.3 Antrag

Ergänzung Rz 39: «Die exogene Teuerung wird produktspezifisch gemessen und berücksichtigt. Für Produkte mit einer zeitlichen Umverteilung erfolgt die Tarifanpassung unter Berücksichtigung des Äquivalenzprinzips.»

¹⁰ Vereinfachtes Beispiel, ohne Verwaltungskosten etc.

3.16 Rz 39 und Rz 39.3 | Andere Erhöhungsgründe

3.16.1 Rückmeldung

Technischer Diskontsatz

Bei Produkten mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren wird zur Beurteilung der Auskömmlichkeit des Tarifs eine Barwertbetrachtung der erwarteten diskontierten Ausgaben und Einnahmen während der Gesamtlaufzeit des Teilbestandes über die Restlaufzeit angestellt. Zur Diskontierung wird ein technischer Diskontsatz verwendet. Damit sind solche Produkte dem Risiko fallender Zinssätze ausgesetzt: Ein tieferer Diskontsatz führt zu einer höheren Bewertung der Alterungsrückstellungen, und es entsteht eine Finanzierungslücke. Dieses Risiko ist, wie die exogene Teuerung, nicht im Voraus kalkulierbar. Ebenso handelt es sich um einen exogenen Effekt.

Sofern die Versicherungsgesellschaft zeigen kann, dass in der Vergangenheit etwaig erzielte Überrenditen (d. h. erzielte Anlagerenditen über dem technischen Diskontsatz) nicht ausreichen, um die entstandene Finanzierungslücke vollständig zu schliessen, soll die verbleibende Finanzierungslücke mit Prämienerrhöhungen ausgeglichen werden dürfen, vorbehaltlich zivilrechtlicher Zulässigkeit (z. B. müssen die Verträge eine Prämienanpassungsklausel enthalten, welche einer Erhöhung aus diesem Grund nicht verbietet).

Sterblichkeitsannahme

Eine sinngemässe Überlegung gilt für die Sterblichkeitsannahme, die in der erwähnten Barwertbetrachtung verwendet wird. Hier besteht das Risiko einer morbiden Langlebigkeit, welches stark von exogenen Faktoren wie der Lebensweise der versicherten Population und dem medizinischen Fortschritt abhängt und deshalb langfristig im Voraus kaum kalkulierbar ist.

In beiden Fällen sind Änderungen der technischen Grundlagen durch das Versicherungsunternehmen versicherungsmathematisch zu begründen.

3.16.2 Antrag

Rz 39.3 ergänzen mit: «Für Produkte mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren können die Tarife bei versicherungsmathematisch begründeten Änderungen der technischen Grundlagen (wie technischer Diskontsatz, Sterblichkeit, etc.) angepasst werden, sofern die Versicherungsgesellschaft zeigen kann, dass in der Vergangenheit etwaig erzielte Überschüsse (ggf. auch aus Anlageerträgen) gegenüber den bisherigen technischen Grundlagen nicht ausreichen, um die durch die Änderung entstandene Finanzierungslücke vollständig zu schliessen.»

3.17 Rz 39 und Rz 39.3 (bisher auch Rz 40 bis Rz 44) | Gefährdung der Solvenz

3.17.1 Rückmeldung

Die angestrebte Rz 39.3 lässt im Ausnahmefall Tarifierhöhungen zu, die über die bislang noch nicht berücksichtigte exogene Teuerung hinausgehen. Grundsätzlich ist die

formulierte Bedingung sicherlich hinreichend für Tarifierhöhungen. Als notwendige Bedingung ist sie jedoch abzulehnen.

Diese Regelung ist – bis auf die im Einzelfall unklare Zusatzbedingung *«in Art oder Ausmass unvorhersehbare Entwicklungen in der Krankenzusatzversicherung»* – so konstruiert, dass die Solvenz der Versicherungsunternehmung gewährleistet ist (Art. 38 VAG). Bezüglich des Schutzes der versicherten Personen vor Missbrauch sind die Zusammenhänge jedoch weniger klar.

Die Regel ist eine Maximalvariante, da sie Tarifierhöhungen, die über die exogene Teuerung hinausgehen, weitgehend unterbindet. Aus dem Gesetz und der Rechtsprechung erschliesst sich der Grund hierfür nicht, und aus dem Erläuterungsbericht geht nicht hervor, weshalb auf die Möglichkeit ausserordentlicher Tarifierhöhungen verzichtet werden muss: Abschnitt 3.12 des Erläuterungsberichtes erklärt nur, dass diese bei Umsetzung der angestrebten Änderungen in Rz 38–39.3 überflüssig würden, ohne den eigentlichen Grund der angestrebten Praxisänderung anzugeben.

Verknüpfung Solvenz und Tarifierung

Aus dem Rundschreiben geht nicht hervor, in welchem Sinn der Begriff «Solvenzgefährdung» gemeint ist. Er lässt sowohl die Interpretation «Solvenzgefährdung nach OR» (siehe nächster Zwischentitel) als auch «Solvenzgefährdung gemäss SST» zu.

Die angestrebte Verknüpfung der Tarifierhöhungen mit der Solvenz ist aus versicherungsmathematischer Sicht problematisch. Zum einen bezieht sich die Solvenz auf die Gesamtbilanz eines Versicherungsunternehmens. Bei der Tarifierung hingegen geht es um einzelne Produkte und den Schutz der jeweils versicherten Personen. In einer Situation, in der mehrere Produkte eines Versicherungsunternehmens die Solvenz gefährden, ergäbe dies schwierige Abwägungen, welche jeweils versicherten Personen Tarifierhöhungen in welchem Ausmass zu tragen hätten: Diejenigen des einen Produktes, diejenigen des anderen Produktes?

Bei einer gemäss SST festgestellten Solvenzgefährdung wären diese Fragestellungen aus versicherungsmathematischer Sicht schwierig zu beantworten, da der SST in der Regel auf einem Standardmodell beruht, das die Situation des Unternehmens möglicherweise nur näherungsweise und insgesamt abbildet, auf Produktebene jedoch untauglich sein kann.

Zudem ist das SST-Standardmodell Krankenversicherung auf Ebene Gesamtunternehmen als Steuerungsinstrument eher ungeeignet, nicht zuletzt wegen der angenommenen Querfinanzierung durch künftig erwartete Gewinnmargen auf profitablen Produkten. Zudem könnten Änderungen des SST-Standardmodells plötzliche Nebenwirkungen auf die Tarifierung der Produkte haben.

Statutarische Solvenz

Neben der Solvenz gemäss VAG, die auf den SST abstützt, ist auch die statutarische Solvenz «Going Concern» zu berücksichtigen.

Weiter ist zu beachten, dass Krankenkassen keinen SST erstellen. Hier muss ebenfalls die statutarische Solvenz Berücksichtigung finden.

Querfinanzierung

Die bereits oben erwähnte Querfinanzierung ist nicht gewollt (siehe dazu Rz 8 des Rundschreibens): Wäre sie gewollt, so wäre in Rz 8 auf die Untergrenze des technischen Ergebnisses von mindestens null zu verzichten, was jedoch auch in der vorliegenden Teilrevision nicht der Fall ist.

Die vorliegende Teilrevision nimmt aber in Rz 39.3 eine solche Querfinanzierung in Kauf, bis zu einem Punkt, wo eine Solvenzgefährdung entsteht. Das ist inkonsistent: Die initiale Tarifierung wird aus guten Gründen sauber nach versicherungsmathematischen Prinzipien durchgeführt, nur um diese unmittelbar danach zu negieren?

Der vorgeschlagene Mechanismus mit Tarifierungsanpassungen über der exogenen Teuerung erst aufgrund von Solvenzgefährdung kann dazu führen, dass (aus versicherungsmathematischer Sicht notwendige und gerechtfertigte) Tarifierhöhungen über eine längere Zeit nicht möglich wären. Bei geschlossenen Produkten mit abnehmendem Bestand würde eine nachmalige stärkere Tarifierhöhung auf weniger versicherte Personen verteilt, eine aus dem Blickwinkel des Missbrauchsschutzes fragwürdige Nebenwirkung.

In einer solvenzgefährdenden Situation wäre zudem das Antiselektionsrisiko verstärkt: Gesunde versicherte Personen könnten das Produkt verlassen und anderweitig Deckung erhalten. Das verbleibende Portfolio würde morbider, was aus dem Blickwinkel des Missbrauchsschutzes ebenfalls nicht wünschenswert wäre.

3.17.2 Fazit

Die vorgeschlagene Ausnahmeregelung in Rz 39.3 ist eine strenge Regulierungsvariante. Sie ist zwar so konstruiert, dass sie die Solvenz der Versicherungsunternehmen gewährleistet, kann jedoch zu unerwünschten Nebenwirkungen aus Sicht Missbrauchsschutz führen. Sie verwendet ein ungeeignetes Steuerungsmass als notwendige Bedingung und steht aus versicherungsmathematischem Blick im Widerspruch zu anderen Bestimmungen des Rundschreibens. Es erschliesst sich nicht, weshalb eine so strenge Regulierungsvariante gewählt wurde.

3.17.3 Antrag

Bei Rz 39.3 auf regulatorische und statutarische Solvenz verweisen, SST und «Going Concern».

Ehemalige Rz 40–44 beibehalten.

3.18 Rz 39.1 | Zuletzt abgeschlossenes Geschäftsjahr

3.18.1 Rückmeldung

Das bereits umfassende Regelwerk soll weiter verschärft werden, indem dem jüngsten Geschäftsjahr eine herausragende Rolle zugeteilt wird. Dieses Vorgehen ist aktuariell

nicht korrekt, wie sich am aktuellen Jahr illustrieren lässt: Ein Produkt sei unzureichend tarifiert, die Voraussetzungen für eine Tarifanpassung seien gegeben. Die Tarifeingabe erfolge im Frühling 2021.

Dass im Jahr 2020 tiefere Leistungen verzeichnet wurden würde nun dazu führen, dass eine notwendige und sonst unbestrittene Tarifanpassung nicht durchgeführt werden könnte.

3.18.2 Antrag
Streichung.

3.19 Rz 39.2 | Korrekturen

3.19.1 Rückmeldung

In Rz 39.2 formuliert die Finma umfassende Korrekturmöglichkeiten, was entsprechende Fragen aufwirft:

- Wer entscheidet, ob ein technisches Ergebnis «nicht konsistent» sei?
- Worauf soll ein Bezug stattfinden?
- Wie bemisst die Finma «inadäquate Abschluss- oder Verwaltungskosten», sowie «inadäquate Veränderungen der technischen Rückstellungen»?

Die im Erläuterungsbericht genannten Kriterien wie «Ausreisser in der Entwicklung im Vergleich zur entsprechenden Zeitreihe») illustrieren die Problematik, da gerade Ausreisser mit fundiertem, aktuariellem Fachwissen zu behandeln sind.

Bei entsprechendem Korrekturbedarf soll wie anhin die Finma das Versicherungsunternehmen zu entsprechenden Schritten auffordern.

3.19.2 Antrag
Streichung.

3.20 Rz 58 | Überschussbeteiligung

3.20.1 Rückmeldung

Der Begriff «Gewinnbeteiligung» soll durch den Begriff «Überschussbeteiligung» ersetzt werden, wie er in Art. 69 AVO verwendet wird.

3.20.2 Antrag
Präzisierung.

3.21 Rz 59 | Mitzuteilende Faktoren

3.21.1 Rückmeldung

Der Begriff «Faktoren» ist nicht präzise: Handelt es sich um «Einflussfaktoren» oder «multiplikative Faktoren»?

3.21.2 Antrag

Präzisierung.

3.22 Rz 62 | Ausnahmen

3.22.1 Rückmeldung

Der Begriff «atypischer Risikobestand» ist nicht präzise, gerade weil aufgrund der Vielfalt und Unterschiedlichkeit der versicherten Risiken oft ein solcher vorliegen dürfte.

3.22.2 Antrag

Präzisierung.

Ergänzung der Beispiele: «Heterogenität einer Tarifklasse»

Kennzeichnung, dass die Liste nicht abschliessend ist.

3.23 Glossar | Exogene Teuerung

3.23.1 Rückmeldung

Die exogene Teuerung wird im Rundschreiben definiert als: «Zunahme des Schadenaufwandes pro Versicherten abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandsveränderungen».

Es versteht sich, dass diese Definition auf den Bestand eines Produktes bezogen ist, wegen des Bezugs auf Bestandsveränderungen, und da auch der mittlere Schadenaufwand pro versicherte Person eine Bestandsgrösse ist, die sich aufgrund der unterschiedlichen Bestandsstruktur zwischen ähnlichen Produkten auf dem Markt stark unterscheiden kann.

In der Vorkonsultation für die vorliegende Teilrevision hatte die Finma eine Änderung der «Definition auf Basis allgemeiner, langjähriger Marktentwicklungen» vorgeschlagen.

Es ist zu begrüessen, dass in der vorliegenden Teilrevision von dieser Änderung abgesehen wurde, aus folgenden Gründen:

Da Tarifierung und Tarifierpassungen auf Produktebene festgelegt werden, muss auch die exogene Teuerung produktbezogen definiert werden und nicht über einen Marktdurchschnitt.

Leistungskataloge, Kostenbeteiligungen, regionale Ausprägungen usw. unterscheiden sich erheblich zwischen Produkten: Gegeben eine «objektive» exogene Teuerung, welche auf eine identische Leistungsart wirken, so kann können sich unterschiedliche, produktspezifische exogene Teuerungen manifestieren, beispielsweise:

- Ein Produkt mit Kostenbeteiligung wird eine höhere, produktspezifische exogene Teuerung aufweisen.

- Ein Produkt mit Summenversicherung wird keine produktspezifische exogene Teuerung aufweisen.
- Ein Produkt mit Limiten wird eine tiefere, produktspezifische exogene Teuerung aufweisen.

Dass Produktspezifika bei unterschiedlichen Leistungen zu unterschiedlichen exogenen Teuerungen führen müssen, liegt auf der Hand: So wird eine Zahnversicherung einer anderen Teuerung unterliegen als eine Pflegeversicherung, etc.

Weshalb sollten denn auch die Anwendung von Rz 30f. eine Ungleichbehandlung und das damit einhergehende Antiselektionsrisiko innerhalb eines Produktes bei der Festlegung des Tarifs unterbinden, wenn dies bei späteren Tarifierpassungen mit der Anwendung von Pauschalen wieder ausgehöhlt würde? Denn es liegt auf der Hand: Für Produkte mit einer exogenen Teuerung unter dem Marktdurchschnitt würde die geänderte Definition zu ungerechtfertigten Tarifierhöhungen führen. Umgekehrt würde sie für Produkte mit überdurchschnittlicher exogener Teuerung zu nicht auskömmlichen Tarifen führen. Die fehlende Differenzierung würde zudem das Antiselektionsrisiko erhöhen.

Es fällt auf, dass die Finma in jüngerer Vergangenheit im Prozess der präventiven Tarifkontrolle oft mit einer nicht weiter begründeten, «marktweiten exogenen Teuerung» argumentiert hat. Dies steht im Gegensatz zum Anhörungsbericht zum bestehenden Rundschreiben (Abschnitt 2.9), wonach der Begriff exogene Teuerung extensiv ausgelegt sei. In der angestrebten Teilrevision wird nun auf eine Änderung der Definition verzichtet. In diesem Punkt ist Klarheit jedoch erforderlich.

3.23.2 Antrag

Definition präzisieren durch: «Die exogene Teuerung wird im jeweiligen Produkt bzw. in der jeweiligen Produktgruppe innerhalb der Gesellschaft beobachtet.»

3.24 Rz 62 | Anpassung AVO-Finma

3.24.1 Rückmeldung

Mit der vorgesehenen Revision des Rundschreibens wird klar, dass dieses in Widerspruch zu Art. 2 AVO-Finma steht: Ziffer 1 beschreibt die Aufgaben des_der Verantwortlichen Aktuars_in: «Der verantwortliche Aktuar oder die verantwortliche Aktuarin ist für die Führung des technischen Teiles des Geschäftsplanes verantwortlich. Er oder sie entscheidet, welche Tarife einem Produkt zugrunde liegen.»

Der letzte Satz der AVO-Finma ist mit Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG und Art. 5 Abs. 1 VAG zumindest in der heutigen Auslegung durch die Finma (Regulierungspraxis bzw. Rundschreiben) nicht vereinbar. Diese Unvereinbarkeit verschärft sich mit der vorgesehenen Revision des Rundschreibens, insbesondere Rz 8 und Rz 38ff, bei nicht ausreichend tarifierten Produkten.

3.24.2 Antrag

Ergänzung der AVO-Finma: «Der verantwortliche Aktuar oder die verantwortliche Aktuarin ist für die Führung des technischen Teiles des Geschäftsplanes verantwortlich. Er oder sie entscheidet, *ausser in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, welche Tarife einem Produkt zugrunde liegen.*»

Wir danken für Ihre Würdigung unseres Beitrags zur Anhörung.

Freundliche Grüsse

Even Meier

Andreas Troxler



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Camille Bosgiraud
Laupenstrasse 27
3003 Bern
regulation@finma.ch

Bern, 30. Oktober 2020

FINMA-Rundschreiben 2010/3 «Krankenversicherung nach VVG» – Teilrevision

Sehr geehrte Frau Bosgiraud

Am 1. September 2020 hat die FINMA die Anhörung betr. Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 mit Frist am 2. November 2020 eröffnet. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

Nach Ansicht von curafutura ist die geplante Teilrevision des Rundschreibens nicht im Sinne der neuen Verordnung zum Finanzmarktaufsichtsgesetz (FINMAG), welche am 1. Februar 2020 in Kraft trat. Gemäss Art. 5 Abs. 2 der Verordnung zum FINMAG dienen Rundschreiben ausschliesslich der Rechtsanwendung und dürfen folglich keine rechtsetzenden Bestimmungen enthalten. In Ziff. 5 des Erläuterungsberichts hält die FINMA fest, dass eine Differenzierung der Beaufsichtigten bei der vorliegenden Materie nicht sachgerecht sei. Hiermit wendet die FINMA jedoch übergeordnetes Recht nicht an (Art. 7 Abs. 2 lit. c FINMAG). Mit dem Verzicht auf die Differenzierung und der Einführung einer generellen Limitierung trägt die FINMA dem von einem bestimmten Versicherungsunternehmen getragenen Risiko nicht ausreichend Rechnung. Im Einzelfall kann dies zu unverhältnismässigen Resultaten führen. Die fehlende Differenzierung erachtet curafutura als Verstoß gegen übergeordnetes Recht.

Das neue Rundschreiben soll gemäss FINMA auf bestehende Versicherungsverträge angewendet werden. Einer solchen umfassenden Auslegung steht curafutura kritisch gegenüber, da die versicherungstechnischen Folgen der geänderten Regulierung insbesondere für bestehende Produkte potenziell verheerend sein können.

Auch blendet das neue Rundschreiben eine prospektive versicherungstechnische Begründung für Tarifanpassungen komplett aus, obschon die Tarife eben für die Zukunft beantragt werden.

curafutura unterstützt die Stellungnahme des Schweizerischen Versicherungsverbands SVV und verweist darauf für eine detaillierte Auslegung der obenerwähnten Bedenken.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Freundliche Grüsse
curafutura

Pius Zängerle
Direktor

Sandra Laubscher
Stv. Direktorin, Leiterin Gesundheitspolitik

Zuständig: Jan-Michael Hübenthal
Direktwahl: 058 340 66 10
Telefax: 058 340 03 31
jan-michael.huebenthal@helsana.ch

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FINMA
Herr Johann Hartl
Laupenstrasse 27
CH-3003 Bern

02. November 2020

Stellungnahme zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 «Krankenversicherung nach VVG»

Sehr geehrter Herr Hartl

Wir kommen zurück auf die mit der FINMA bereits geführte Korrespondenz zur Umsetzung des Bundesgerichtsurteils vom 25.11.2019 (2C_717/2017) und reichen innert Frist unsere Stellungnahme zur Teilrevision des FINMA Rundschreibens 2010/3 ein. Der Aufbau unserer Stellungnahme folgt der Übersichtlichkeit wegen dem Aufbau des Rundschreibens 2010/3 resp. des Änderungserlasses vom 1. September 2020. Die Ausführungen beziehen sich jeweils auf die bezeichneten Randziffern. Zu Randziffern, die nicht ausdrücklich erwähnt werden, haben wir keine zusätzlichen Bemerkungen.

Randziffer

- 8 - 9** Es ist nicht klar, wie die FINMA die Grenze von 10% berechnet. Sie stützt sich lediglich auf die „bisherige Praxis“. In Zusammenhang mit der Erheblichkeitsschwelle, welche das Bundesgericht als noch zu definieren betrachtete, müsste der Wert von 10% aber zumindest begründet oder durch statistische Werte belegt werden. Einzig auf die vermeintliche „bisherige Praxis“ abzustellen reicht unseres Erachtens nicht aus. Das erwartete technische Ergebnis sollte immer mindestens null sein.
- 30** Das Kriterium "stark unterschiedlicher Prämien" ist zu unbestimmt und bedarf einer Definition resp. Präzisierung (vgl. dazu auch Bemerkung zu Rz. 37).
- 31** Grundsätzlich erscheint es für uns nachvollziehbar, die entsprechenden Tarifmerkmale in den Vertragsbedingungen abzubilden. In welchem Detaillierungsgrad die Darstellung erfolgen soll, ist uns jedoch nicht klar. Gegebenenfalls könnte man die Abbildung auf die wesentlichen Tarifmerkmale beschränken. Ausserdem sind die Faktoren, die die Prämien beeinflussen je nach Produkt sehr unterschiedlich (z.B. kantonale Unterschiede bei Spitalprodukten, nicht hingegen bei ambulanten Zusatzversicherungen). D. h. eine Abbildung der Tarifmerkmale würde die Anpassung sämtlicher Versicherungsbedingungen pro Produkt erforderlich machen. Vielleicht kann man sich auf generelle Beschreibung der wesentlichen Faktoren in Rahmen der AVB verständigen. Da die AVB aufgrund der aktuellen Teilrevision des VVG (voraussichtliches Inkrafttreten per 1. Januar 2022) künftig ohnehin angepasst werden müssen, wäre es angesichts des administrativen Aufwandes aus unserer Sicht sinnvoll, die vorliegend geforderten Anpassungen mit jenen infolge der Gesetzesrevision zu koordinieren.

In Bezug auf die Abstufung nach Lebensalter gehen wir davon aus, dass die Formulierung in unseren aktuellen Vertragsbedingungen den Anforderungen bereits genügen. In ihrem

Erläuterungsbericht (Ziffer 3.4) führen sie folgendes aus: "Es wird nicht erwartet, dass die konkreten Prämiendifferenzen zwischen den Altersklassen in den Vertragsbedingungen genannt werden, vielmehr soll es aus aufsichtsrechtlicher Sicht in der Regel genügen, wenn der Versicherungsnehmer, bzw. Antragssteller in den Vertragsbedingungen darauf hingewiesen wird, dass der Wechsel in eine der genannten höheren Altersklassen in aller Regel mit einer Erhöhung der Prämie verbunden sein wird."

In Ziffer 12 unserer AVB heisst es:

- 12 Festlegung der Prämien
Die Prämien werden nach folgenden Kriterien festgelegt:
- 12.1 Nach dem Lebensalter der versicherten Person. Bei Erreichen einer höheren Altersgruppe wird die Prämie angepasst.
- 12.2 Nach dem Wohnsitz der versicherten Person. Bei einem Wohnsitzwechsel in eine andere Prämienregion wird die Prämie angepasst.
- 12.3 Nach dem Geschlecht (männlich/weiblich) der versicherten Person. Bei einer Änderung des Geschlechts im Personenstandsregister wird die Prämie angepasst.

Wir gehen davon aus, dass darüber hinaus kein Anpassungsbedarf bei unseren AVB besteht. Allenfalls könnte man zusätzliche Erläuterungen auf der Homepage zur Verfügung stellen.

32 - 33

Es bedarf aus unserer Sicht einer genauen Definition des Begriffs der Familie. Gegenwärtig bleibt unklar, ob aus Sicht der FINMA immer zwingend Kinder oder Jugendliche bis 18, 20 oder 25 Jahren mitversichert sein müssen. Des Weiteren sind wir uns bei dieser Formulierung nicht sicher, ob jeweils nur die Produkte von Kindern und jungen Erwachsenen rabattiert werden dürfen und nicht mehr das Gesamtportfolio der Familie. Das würde dem Entlastungsgedanken widersprechen und uns daher problematisch erscheinen. Ausserdem bedarf es einer Klarstellung, dass der akzeptierte Familienrabatt ausserhalb der übrigen Tarifregeln steht, die im vorliegenden Rundschreiben definiert werden, also zusätzlich zu den 10% (gemäss Ziff. 37.1) gewährt werden dürfen, da eine entsprechende Ungleichbehandlung zulässig bleiben soll, aber nicht als erheblich gilt.

Weiter waren bisher auch andere Solidaritäten in den Tarifen enthalten (z.B. Geschlecht, Region, Mutterschaftsausschluss und andere Alterssolidaritäten). Diese werden im vorliegenden Rundschreiben nicht erwähnt. Es erscheint daher fraglich, ob nicht auch diesbezüglich vom verfassungsmässigen Grundsatz zur Gleichbehandlung abgewichen werden kann, soweit sich die Ungleichbehandlung sachlich rechtfertigen lässt (wie am Beispiel des Faktors Geschlecht aufgrund der belegbaren Gesundheitskosten). Es ist zu klären, ob solche Unterscheidungsmerkmale in Verbindung mit Randziffer 31 auch weiterhin als prämierelevante Veränderungsfaktoren herangezogen und in den Versicherungsbedingungen abgebildet werden können oder ob sie gestützt auf Ziff. 32 künftig als unrechtmässig betrachtet werden. Sollten künftig sämtliche Ungleichbehandlungen mit Ausnahme der Rabatte für Kinder und jungen Erwachsenen unzulässig sein, wären auch einseitig be- oder entlastende Merkmale wie Geschlecht und Alter nicht mehr zulässig. Auch hinsichtlich der kantonalen Prämien weichen die neuen Vorgaben, historisch bedingt, teilweise deutlich vom Ist-Zustand ab. Insoweit wären zumindest Übergangsfristen vorzusehen. Insgesamt bedarf es aus unserer Sicht aber einer inhaltlichen Anpassung, dass sämtliche Ungleichbehandlungen, die eine Rechtfertigung in sachlichen Gründen finden, als rechtmässig zu betrachten sind. Gegebenenfalls könnte auch auf die Streichung der Randziffer 33 verzichtet werden und eine Möglichkeit überexogener Tarifanpassungen vorgesehen werden.

35

Nach dem Bundesgerichtsurteil vom 25. November 2019 sind Marketingmassnahmen zur Gewinnung von Neukunden rechtmässig. Abschläge als Reduktionen, d. h. «jegliche geldwerte Vergünstigungen», auf die Referenzprämie zu definieren (Definition gemäss Anhang «Glossar») steht mit dem Urteil offensichtlich im Widerspruch. Werbegeschenke und

finanzielle Vorteile, die externe Partner im Falle eines Vertragsabschlusses (z. B. Gutscheine) versprechen, erscheinen rechtssprechungsgemäss zulässig. Zudem bleibt unklar, ob lediglich «prämierelevante» Abschläge von ihrer Definition erfasst sind oder auch Vorteile, die aus Eigenmitteln finanziert werden. Insoweit bedarf es einer Präzisierung. Wir gehen davon aus, dass es neben technisch begründeten und technisch unbegründeten Abschlägen eine weitere Kategorie braucht, unter der Marketingmassnahmen zur Gewinnung von Neukunden erfasst werden können, ohne die 10% Erheblichkeitsschwelle zu tangieren.

- 37** Aus unserer Sicht bedarf es einer Präzisierung, dass bei Kindern und Jugendlichen die Ungleichbehandlung im Rahmen der Tarife und bei der Summe der Abschläge möglich ist (also kumulativ mehr als 10%) und ob Gratisdeckungen (z.B. ab dem 2. oder 3. Kind) erlaubt sind. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird im Übrigen auf die Bemerkungen zu den Randziffern 32 und 35 verwiesen.
- 37.1** Auch die Kumulation von verschiedenen Abschlägen kann dazu führen, dass diese in Summe die 10% Erheblichkeitsschwelle überschreiten und definitionsgemäss zu Ungleichbehandlungen führen. Allenfalls könnte man auch versicherungstechnisch unbegründeten Rabatte auf Basis der Referenzprämie (=Tarif) statt der Vertragsprämie berechnen. Die Zuordnung zu den verschiedenen Abschlägen und die Umsetzung (Kommunikation und Darstellung gegenüber Kunden, Abbildung in den Systemen, Controlling) wären so leichter möglich. Die betragsmässigen Unterschiede wären unerheblich.
- 37.2** Es ist nicht nachvollziehbar, was unter einem «geringen Rahmen» zu verstehen ist, in dem sich die Abschläge aller Versicherungsverträge des betroffenen Produkts bewegen müssen. Damit ersetzt die FINMA lediglich einen unbestimmten Rechtsbegriff, nämlich den der erheblichen Ungleichbehandlung, durch einen anderen. Rechtsprechungsgemäss setzt die Feststellung einer als missbräuchlich qualifizierten, erheblichen Ungleichbehandlung aber grundsätzlich eine Prüfung im Einzelfall voraus und belässt den Versicherern damit einen grossen Gestaltungsspielraum (Bundesgerichtsurteil vom 25. November 2019 Erw. 6.4). Zumindest wäre es zu begrüssen, im Rundschreiben klare, praxistaugliche Kriterien vorzusehen.
- Zudem könnte der «geringe Rahmen» beim vertragsübergreifenden Vergleich gerade dazu führen, dass trotz sachlich begründeter Unterschiede eine Gleichbehandlung erzwungen würde. Der Quervergleich hätte überdies jährliche Überprüfungen und voraussichtlich häufige Tarifanpassungen zur Folge. Der administrative Mehraufwand wäre immens. Die Tarifstabilität wäre gefährdet.
- Auch bezüglich des «geringen Rahmens» innerhalb derer sich die Abschläge innerhalb des Produkts bewegen sollen, bedarf es aus unserer Sicht der Klarstellung, dass die Familienrabatte bei diesem Quervergleich auszuschliessen sind (vgl. dazu auch Bemerkung zu Rz. 32-33).
- 37.3** Insoweit sei zunächst die Bemerkung erlaubt, dass die Prüfung einer risikogerechten und kostendeckenden Prämie im Produkt im Rahmen des Tarifgenehmigungsverfahrens grundsätzlich der FINMA obliegt. Auch die Abschläge selbst sind der FINMA gemäss Randziffer 35 vor der Verwendung vorzulegen und bedürfen der Genehmigung. Negative Deckungsbeiträge innerhalb des begünstigten Kollektivs dürften demnach anfänglich kaum zu erwarten sein.

Insgesamt erscheint die Tauglichkeit dieses Kriteriums für die Beurteilung einer erheblichen Ungleichbehandlung zumindest fragwürdig. Bereits der «geringe Rahmen» innerhalb dem sich die Abschläge aller Versicherungsverträge bewegen müssen, dient ja dem Quervergleich und der Vermeidung der Finanzierung begünstigter Kollektivkunden durch die Prämien der Einzelversicherten. Auch die direkte Verknüpfung der Abschläge mit der Prämie, die mit diesem Beurteilungskriterium einhergeht, verhindert langfristig, dass keine

kaufmännischen Abschläge mehr möglich sind, weil die FINMA kaum noch eine Prämien-
erhöhung genehmigen kann, ohne dass vorgängig Abschläge gestrichen werden müssten.

Gegebenenfalls wäre es sinnvoll, zunächst ein gemeinsames Verständnis des Begriffs
«Deckungsbeitrag» zu entwickeln (SQ>100 oder CR<100; mit oder ohne Verwaltungskosten;
bezogen auf Teilbestand usw.).

- 37.4** Es ist unklar, was die FINMA unter einer «jederzeitigen Einhaltung» der Voraussetzungen
(Rz. 37.1 – 37.3) versteht. Helsana prüft in ihrer jährlichen Bestandesbereinigung zu den
Kollektivverträgen die Rentabilität und Rechtmässigkeit der verschiedenen Verträge. Ein
höherer administrativer Aufwand, erscheint kaum zumutbar und auch mit einer gewissen
Tarifstabilität unvereinbar. Zudem ist es nicht praktikabel, bestehende und neue Verträge
insoweit gleich zu behandeln. Einmalige oder kurzfristige Überschreitungen, insbesondere
mit Blick auf die Randziffern 37.2 und 37.3 werden schon aufgrund der Komplexität der Ta-
rifierung kaum zu vermeiden sein. Daher erschiene eine sofortige Sanktionierung nicht ver-
hältnismässig.

Jedenfalls setzt eine künftige und «jederzeitige Einhaltung» der neuen Kriterien aber eine
gewisse Übergangsfrist sowie die vorgängige Genehmigung allfälliger Tarifkorrekturen vo-
raus.

- 37.5** Zur Harmonisierung des Rundschreibens mit Art. 35a E-VVG müssten zumindest Ab-
schläge mit einer Mindestlaufzeit von drei Jahren gewährt werden dürfen. Andernfalls
würde die gesetzlich vorgesehene Vertragslaufzeit aus unserer Sicht in unzulässiger
Weise verkürzt.

- 38** Es ist davon auszugehen, dass der Geschäftsplan künftig regelmässiger Anpassungen be-
darf. Der administrative Mehraufwand für die Versicherer und die FINMA wäre immens.
(vgl. dazu auch Bemerkung zu Rz. 31).

- 39** Aus unserer Sicht verkennt die FINMA, dass bei Versicherten in geschlossenen Beständen mit
Übertrittsrecht in ein gleichwertiges Produkt nicht dasselbe Schutzbedürfnis besteht wie bei
Versicherten ohne Übertrittsrecht. Vielmehr erscheint das Schutzbedürfnis dieser Versicherten
mit den Rechtsfolgen von Art. 156 AVO bereits hinreichend gewahrt. Eine derartige Beschrän-
kung der Tarifanpassung durch Streichung des Ausnahmetatbestandes für geschlossene Be-
stände erscheint daher unverhältnismässig.

Ausserdem wird der Begriff eines «möglichst gleichwertigen Versicherungsvertrages» entge-
gen der Rechtsprechung in unzulässiger Weise beschränkt und quasi Rechtsetzung betrieben.
Die Gleichwertigkeit würde künftig ausschliesslich anhand des Tarifs vorgenommen und
unabhängig von der Vergleichbarkeit der Leistungen. Das erscheint auch nicht im Inte-
resse der Versicherten.

Um dem Risiko einer Antiselektion vorzubeugen, müssen Tarifanpassungen aus unserer
Sicht auch bei Veränderungen der Struktur des Versichertenbestandes möglich sein, d. h.
aufgrund von endogenen Entwicklungen. Die Schadenbelastung pro Tarifklasse unterliegt
nicht nur exogenen Entwicklungen.

Zudem besteht unseres Erachtens ein Widerspruch: Im Rahmen der Gewinnmargenrege-
lung kann die FINMA Tarifsenkungen anordnen, die auf endogenen Faktoren basieren.
Eine Korrektur dieser Tarifsenkungen wäre durch die neue Regelung jedoch nicht mehr
möglich, selbst wenn sich die ursprünglichen Annahmen bei der Tarifierung bestätigen soll-
ten, weil eine Revision aufgrund endogener Faktoren inskünftig ausgeschlossen wäre.
Dies widerspricht auch der Absicht der FINMA risikogerechte Tarife sicherzustellen, um
Ungleichbehandlungen zu verhindern. Kein Versicherer ist in der Lage, die endogene Ent-
wicklung im Rahmen der zulässigen Gewinnmarge vorherzusehen. Es wären zwingend,
Schwankungsrückstellungen zu bilden, welche die Produkte wiederum verteuern.

Hinsichtlich der Begriffe der endogenen und exogenen Teuerung bedarf es aus unserer Sicht mithin einer Definition resp. der Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses.

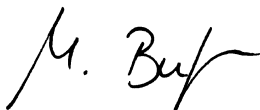
- 39.1** Eine Bewertung allein anhand des technischen Ergebnisses des abgeschlossenen Geschäftsjahres erscheint fragwürdig. Grundsätzlich müssen Risiken, deren Eintritt prognostizierbar sind und die einer Tarifierhöhung bedürfen ebenso berücksichtigt werden können.
- 39.2** Die Begriffe der «inadäquaten Abschluss- und Verwaltungskosten» sowie «inadäquaten Veränderungen der technischen Rückstellungen» bedürfen aus unserer Sicht einer Konkretisierung. Es bedarf praxistauglicher Bewertungskriterien.
- 39.3** Die ausnahmsweise zulässige Tarifierhöhung über der exogenen Teuerung erscheint angesichts der strengen Voraussetzungen gemäss der Randziffern 39 – 39.2 nahezu abgeschlossen. In Ziffer 16 unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird nicht zwischen endogenen und exogenen Teuerungen unterschieden. Eine Differenzierung inklusive Abbildung eines weiteren Ausnahmetatbestandes für die exogene Teuerung würde eine zusätzliche Anpassung der Vertragsbedingungen erforderlich machen (vgl. Rz. 31) und erscheint uns nicht versichertenfreundlich. Demgegenüber halten wir Begriffe wie Kostenentwicklung und Schadenverlauf für verständlich.

Abschliessende Bemerkung:

Insgesamt sieht die Teilrevision des Rundschreibens 2010/3 nach unserer Einschätzung zahlreiche neue, unbestimmte Rechtsbegriffe vor, die die Rechtsanwendung erschweren, den betrieblichen Ablauf verkomplizieren und zu Ungleichbehandlungen innerhalb der Branche führen können. Teilweise scheint die FINMA die gesetzlich vorgesehene Regelungskompetenz zu überschreiten und Rechtsetzung zu betreiben (wo selbst das Bundesgericht Einzelfallbeurteilungen vorsieht). Damit werden der Wettbewerb und die Wirtschaftsfreiheit in unverhältnismässiger Weise eingeschränkt.

Wir hoffen, dass unsere Anmerkungen zur geplanten Revision Berücksichtigung finden. Gerne stehen wir der FINMA auch weiterhin für einen konstruktiven und lösungsorientierten Austausch zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Monika Buholzer
Leiterin Aktuariat und Mathematik



Jan-Michael Hübenthal
Leiter Compliance & Regulatory

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Dr. Christoph Kilchenmann
Direktwahl: +41 32 625 4298
Christoph.Kilchenmann@santesuisse.ch

Solothurn, 2. November 2020

Sehr geehrte Frau Bosgiraud
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“ Stellung nehmen zu können. Wir haben Ihnen bereits im Rahmen der sehr allgemein gehaltenen Vorkonsultation unsere Einschätzung zur geplanten Teilrevision übermitteln können. Nun liegen die konkreten Änderungsvorschläge vor. Zu diesen nehmen wir gerne nochmals Stellung.

santésuisse setzt sich für ein freiheitliches und soziales Gesundheitswesen ein. Die Mehrheit unserer Mitglieder bieten ihren Kunden neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) auch Zusatzversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an. Angesichts der hohen – und steigenden – Regulierungsdichte im Bereich des KVG ist es unseren Mitgliedern ein grosses Anliegen, dass sich der freie Wettbewerb im Bereich der Zusatzversicherung voll entfalten kann und nicht durch übermässige Eingriffe in die Tarifgestaltung zum Erliegen kommt.

Wir möchten einleitend auf zwei für santésuisse zentrale Punkte eingehen, bevor wir unsere Änderungsvorschläge zu den einzelnen Bestimmungen detailliert erläutern.

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

Nach Auffassung von *santésuisse* ist es zentral, dass die Ausnahmebestimmung für Produkte mit Übertrittsrecht in gleichwertige offene Bestände im Rundschreiben bleibt. Die Aufhebung der Ausnahmebestimmung würde es verunmöglichen, die endogene Teuerung in Produkten mit geschlossenen Beständen abzubilden. Solange das Übertrittsrecht in Art. 156 der Aufsichtsverordnung (AVO) rechtlich verankert ist, kann eine solche Anpassung versicherungstechnisch nicht gerechtfertigt werden. Sonst besteht die grosse Gefahr, dass die Produkte defizitär werden. In der Folge müssen offene Bestände für die Querfinanzierung aufkommen, was die Solvenz des Versicherungsunternehmens langfristig gefährden könnte. Eine solche Querfinanzierung steht denn auch im Widerspruch zur Begrenzung des technischen Ergebnisses einzelner Produkte. Aber auch bei offenen Beständen ist eine Tariferhöhung über die exogene Teuerung hinaus in bestimmten Situationen unerlässlich. Daher ist die Möglichkeit von ausserordentlichen Tarifanpassungen (Rz 40-44) im Rundschreiben beizubehalten. Die geplante Randziffer 39.3 ist kein äquivalenter Ersatz.

Zweitens lehnen wir die Aufnahme von Ober- und Untergrenzen für das technische Ergebnis (10%, null) sowie des Interventionsschwellenwerts (15%) in das Rundschreiben dezidiert ab. Die Regelung des bisherigen Rundschreibens ist aus folgenden Gründen unverändert beizubehalten.

1. Rundschreiben dienen ausschliesslich der Rechtsanwendung und dürfen keine rechtsetzenden Bestimmungen enthalten (Art. 7 FINMAG i.V. mit Art. 5 Verordnung zum FINMAG). Mit der Aufnahme der Gewinnobergrenze ins Rundschreiben von 10% erfolgt eine Kompetenzüberschreitung. Eine solche Bestimmung wäre allenfalls in Form einer Verordnung (nicht eines Rundschreibens) zu erlassen.
2. Zum Erlass von rechtsetzenden Bestimmungen ist die FINMA nur ermächtigt, wenn es sich um Bestimmungen fachtechnischen Inhalts von untergeordneter Bedeutung handelt. Die Definition einer Gewinnobergrenze von 10% geht klar über eine fachtechnische Bestimmung von untergeordneter Bedeutung hinaus. In der Wegleitung haben solche Grenzwerte eine gewisse Berechtigung, da sie nur indikativen Charakter haben und der beaufsichtigten Versicherung eine gewisse Sicherheit geben, über welchen Spielraum sie in jedem Fall verfügt. Das heisst aber nicht, dass eine Überschreitung der Grenzwerte in jedem Fall missbräuchlich wäre.
3. Die Landschaft der Krankenversicherer ist äusserst heterogen. Dies bedeutet, dass fixe Grenzwerte, wie z.B. die Gewinnobergrenze von 10% für das versicherungstechnische Ergebnis besonders bei kleinen und mittelgrossen Versicherern Volatilitäten in einem Ausmass auslösen, das die Solvenz der Versicherungsunternehmen gefährdet. Somit würde die Aufsichtsbehörde ihrem gesetzlichen Auftrag zuwiderhandeln: Art. 7 Abs. 2 Buchstabe c FINMAG hält fest, dass die FINMA «die unterschiedlichen Grössen, Komplexitäten, Strukturen, Geschäftstätigkeiten und Risiken der Beaufsichtigten» zu berücksichtigen hat.
4. Die fixe Gewinnobergrenze von 10% stellt einen staatlichen Markteingriff dar. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob ein solcher Eingriff ordnungspolitisch überhaupt zu rechtfertigen ist. Insbesondere bei Verträgen, die neu abgeschlossen werden, kann der Antragssteller verschiedene Angebote und deren Prämien vergleichen, hier besteht geringes Missbrauchspotenzial.

Die Aufgabe der FINMA ist es, die Solvenz der Versicherer sicherzustellen sowie die Versicherten vor allfälligen Missbräuchen zu schützen. Es ist hingegen nicht Aufgabe der FINMA, auf Ebene des einzelnen Produkts Tarife festzulegen.

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

Schliesslich machen wir darauf aufmerksam, dass die Änderung des Rundschreibens zwingend eine Wirkungsanalyse erfordert (Art. 7 FINMAG i.V. Art. 7 Verordnung zum FINMAG). Mit der Teilrevision, wie sie aktuell vorliegt, werden die zu übernehmenden Risiken der Versicherer erhöht und gleichzeitig die möglichen Gewinne limitiert. Dies widerspricht grundlegenden Marktprinzipien, wonach höhere Risiken durch höhere Ertragspotentiale zu entschädigen sind. Gleichzeitig wird die Stabilität der Versicherung z.B. durch Aufhebung der Ausnahme für geschlossene Produkte gefährdet.

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
IV. Versicherungstechnik				
A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Ergebnisses eines Produkts				
Rz 8	Das erwartete technische Ergebnis resultiert aus der Tarifrückkalkulation. Es ist zumindest null und überschreitet eine marktgerechte Entschädigung für das übernommene technische Risiko zuzüglich des Zinses für eine risikofreie Kapitalanlage nicht wesentlich.	Das erwartete technische Ergebnis resultiert aus der Tarifrückkalkulation. Es überschreitet sowohl bei neuen Verträgen als auch beim Bestand einen Anteil von 10 % der Prämieinnahmen auf Basis der Vertragsprämie nicht. Bei Tarifen, welche ausschliesslich bei neuen Verträgen angewendet werden, ist das erwartete technische Ergebnis grundsätzlich mindestens null.	Das erwartete technische Ergebnis resultiert aus der Tarifrückkalkulation. Es ist zumindest null und überschreitet eine marktgerechte Entschädigung für das übernommene technische Risiko zuzüglich des Zinses für eine risikofreie Kapitalanlage nicht wesentlich.	<p>Die ursprüngliche Regelung im Rundschreiben vom 11. Dezember 2015 ist beizubehalten.</p> <p>Auf die Aufnahme der Gewinnobergrenze von 10% in das Rundschreiben ist zu verzichten. Gründe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rundschreiben dienen ausschliesslich der Rechtsanwendung und dürfen keine rechtsetzenden Bestimmungen enthalten (Art. 7 FINMAG i.V. mit Art. 5 Verordnung zur FINMAG). Mit der Aufnahme der Gewinnobergrenze von 10% ins Rundschreiben erfolgt eine Kompetenzüberschreitung. 2. Zum Erlass von rechtsetzenden Bestimmungen ist die FINMA nur ermächtigt, wenn es sich um Bestimmungen fachtechnischen Inhalts von untergeordneter Bedeutung handelt. Die Definition einer Gewinnobergrenze von 10% geht klar darüber hinaus. Der Gesetzgeber hat die FINMA nicht dazu ermächtigt, das technische Ergebnis zu limitieren. Eine derartige Gewinnobergrenze ist zudem willkürlich – sie lässt sich nicht objektiv herleiten. 3. Die fixe Gewinnobergrenze von 10% stellt einen staatlichen Markteingriff dar. Dieser ist ordnungspolitisch kaum zu rechtfertigen. Insbesondere bei Verträgen, die neu abgeschlossen werden, kann der Antragsteller verschiedene Angebote und deren Prämien vergleichen, hier besteht geringes Missbrauchspotenzial. <p>Auch auf die Aufnahme des technischen Ergebnisses von mindestens null bei neuen Produkten ist aus den gleichen Gründen wie oben dargelegt zu verzichten. Bei Einführung eines neuen Produkts ist in der Anfangsphase mit kleineren Beständen zu rechnen, wodurch sich die Verwaltungskosten (z.B. Abschlusskosten) auf wenige Versicherte verteilen und damit gar mit einem negativen, technischen Ergebnis zu rechnen ist. Eine solche Begrenzung schränkt die Einführung neuer, innovativer Produkte unnötig ein. Die Regulierung ist auch unnötig:</p>

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
				<p>Warum sollte ein Versicherer ein Produkt lancieren, das keinen Ertrag verspricht?</p> <p>Findet diese Gewinnlimitierung entgegen unserer Empfehlung dennoch Eingang ins neue Rundschreiben, so müssten folgende Ergänzungen vorgenommen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Begrenzung müsste sich auf den Gesamtbestand bzw. pro Produktgruppe und nicht auf Ebene des einzelnen Produkts beziehen. Die vorgeschlagene Limitierung des technischen Ergebnisses für einzelne Produkte ist zu strikt und zu wenig flexibel. Sie wird der Vielfalt der Produkte nicht gerecht. Insgesamt ist aber auch hier zu beachten, dass entsprechende Gewinne in bestimmten Situationen unabdingbar sind, namentlich wenn von den Versicherern eine höhere Eigenkapitaldeckung verlangt wird. • Die Gewinnobergrenze von 10% dürfte – wenn überhaupt – nur bei bestehenden Versicherungsverträgen zum Tragen kommen. Bei Verträgen, die neu abgeschlossen werden, kann der Antragssteller verschiedene Angebote und deren Prämien vergleichen. Hier besteht kein Missbrauchspotenzial. Ein Eingriff wäre ordnungspolitisch verfehlt. • Ausserdem müssten neben der Festlegung eines fixen Prozentsatzes von 10% auch Abweichungen davon geregelt werden. Denn in gewissen Fällen dürfte sich der Prozentsatz als unverhältnismässig herausstellen. Eine Intervention der FINMA wäre eine klare Kompetenzüberschreitung. Darum müssen im Rundschreiben, falls Rz. 8 beibehalten würde, sachbezogene Ausnahmetatbestände formuliert werden.
Rz 9	Ein Ausgleich der übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes eines Produkts über die Zeit zu gewährleisten und führt mittelfristig zu einem durchschnittlichen technischen Ergebnis im Sinne von Rz 8.	Liegt das technische Ergebnis im Schnitt über die letzten drei Jahre bei einem Anteil von mindestens 15 % der Prämieinnahmen auf Basis der Vertragsprämie, so ist der Tarif zu senken. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, auf den nächstmöglichen Termin	Ein Ausgleich der übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes eines Produkts über die Zeit zu gewährleisten und führt mittelfristig zu einem durchschnittlichen technischen Ergebnis im Sinne von Rz 8.	<p>Die ursprüngliche Regelung im Rundschreiben vom 11. Dezember 2015 ist beizubehalten. Zur Begründung vgl. Punkte 1-3 zu Randziffer 8.</p> <p>Auf die Aufnahme des Interventionsschwellenwerts von 15% in das Rundschreiben ist zu verzichten.</p>

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
		ein Tarifierungsantrag zu unterbreiten, damit mittelfristig ein technisches Ergebnis nach Rz 8 erreicht wird. Materialitätsgrenzen können von der FINMA berücksichtigt werden.		<p>Findet der Interventionsschwellenwert entgegen unserer Empfehlung dennoch Eingang ins neue Rundschreiben, so wären folgende Ergänzungen zwingend:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retrospektive Ansatz 15%: Der gleitende Mittelwert führt dazu, dass es nicht bei einer einmaligen Tarifierung bleibt, sondern dass in den Folgejahren weitere Tarifierungen erfolgen müssen, damit das technische Ergebnis im Schnitt über die letzten drei Jahre unter einem Anteil von 15% liegt. Um dies zu vermeiden, ist bei Tarifierungen entweder während der evaluierten Periode das technische Ergebnis rückwirkend, basierend auf den gesenkten Prämien, zu berechnen. Oder es wären nach einer Tarifierung 3 Jahre bis zur nächsten Überprüfung des Interventionsschwellenwerts abzuwarten. 2. Ein neues, fair tarifieretes Produkt kann in der Einführungsphase oft auch über dem Schwellenwert von 15% liegen. Dies, weil durch die Gesundheitsprüfung bei Vertragsabschluss mit unterdurchschnittlichen Leistungen zu rechnen ist und das neue Produkt daher höhere Margen erzeugen kann. Tarifierungen wegen Randziffer 9 würden mittelfristig zu nicht auskömmlichen Tarifierungen führen. Um dies zu vermeiden, darf Rz 9 in der Einführungsphase eines neuen Produkts keinesfalls angewendet werden. 3. Es sind Ausnahmeregelungen vorzusehen.
D. Gestaltung der Tarifstruktur				
Rz 30	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	Eine versicherungstechnisch nicht begründbare erhebliche 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	Eine versicherungstechnisch nicht begründbare erhebliche 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	Einverstanden.

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt.	zu tiefe Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt.	zu tiefe Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt.	
Rz 31	Der Tarif hat deshalb genügend Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufzuweisen, um insbesondere einem Antiselektionsrisiko vorzubeugen.	Der Tarif hat genügend Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufzuweisen, um insbesondere einem Antiselektionsrisiko vorzubeugen. Die Altersklassen und die Auswirkungen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie sind in den AVB aufzuführen.	Der Tarif hat genügend Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen (Tarifklassen) aufzuweisen, um insbesondere einem Antiselektionsrisiko vorzubeugen. Die Altersklassen und die Auswirkungen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie <u>Tatsache, dass ein Altersklassenwechsel in der Regel mit einer Prämien-erhöhung einhergeht,</u> sind in den AVB aufzuführen.	Wir können einer entsprechenden Ergänzung der AVB zustimmen. Um Interpretationsschwierigkeiten zu vermeiden, sollte präzisiert werden, dass nicht die konkreten Prämienunterschiede zwischen den Altersklassen in den Vertragsbedingungen genannt werden müssen. Vielmehr soll es genügen, wenn der Versicherungsnehmer, bzw. Antragssteller in den Vertragsbedingungen darauf hingewiesen wird, dass der Wechsel in eine der genannten höheren Altersklassen in aller Regel mit einer Erhöhung der Prämie verbunden sein wird
Rz 32	Sind grössere Umverteilungen vorgesehen, so sind zur Beurteilung deren Umfang die Risikoprämien nach den relevanten Tarifklassen in geeigneter Weise vorzulegen. Die Ermittlung dieser Prämien ist anhand aussagekräftiger Statistiken oder bei Produktentwicklungen anhand geeigneter und begründeter Berechnungsannahmen schlüssig darzustellen. Die Herleitung der Risikozuschläge ist ebenfalls zu erläutern.	Dient eine Ungleichbehandlung nach Art. 117 Abs. 2 AVO der Begünstigung von Kindern, jungen Erwachsenen und Familien, gilt Rz 30 nicht.	Dient eine Ungleichbehandlung nach Art. 117 Abs. 2 AVO der Begünstigung von Kindern, jungen Erwachsenen und Familien, gilt Rz 30 nicht. <u>Familien, einer bestimmten Altersgruppe, einer bestimmten Region oder eines bestimmten Geschlechts, gilt Rz 30 nicht.</u>	Bei neuen und bestehenden Versicherungsverträgen gibt es auch noch weitere, versicherungstechnisch nicht begründbare Ungleichbehandlungen. Diese sind ebenfalls im revidierten Rundschreiben zu berücksichtigen.
Rz 33	Umverteilungskomponenten zur Bildung von Solidaritäten (Alterungsrisiko ausgeschlossen, vgl. hierzu Rz 13) sind zulässig, sofern das Antiselektionsrisiko gebührend berücksichtigt ist.	Aufgehoben.	Aufgehoben.	Einverstanden, sofern die Solidaritäten gemäss unserem Formulierungsvorschlag in Rz. 32 weiterhin zulässig sind.
Rz 34	Die genehmigten Tarifmerkmale sowie die wesentliche	Aufgehoben.	Aufgehoben.	Einverstanden.

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	Struktur der Tarifklassen dürfen nur in Zusammenhang mit einer grundlegenden technischen Revision gemäss Rz 40 ff. geändert werden.			
E. Technisch begründete und unbegründete Abschlüsse				
Rz 35	Rabatte, die das versicherungstechnische Risiko bzw. die Kosten betreffen, bilden einen besonderen Fall von Tarifmerkmalen (vgl. Rz 30 ff.) und sind als Bestandteile der Tarife vorlage- und genehmigungspflichtig. Erstmalige oder abzuändernde Rabatte sind der FINMA zur Genehmigung zu unterbreiten (Art. 4 Abs. 2 Bst. r i.V.m. Art. 5 Abs. 1 VAG).	Abschlüsse bilden Bestandteile der Tarife und sind vor deren Verwendung vorlage- und genehmigungspflichtig (Art. 4 Abs. 2 Bst. r i.V.m. Art. 5 Abs. 1 VAG).	Abschlüsse bilden Bestandteile der Tarife und sind vor deren Verwendung vorlage- und genehmigungspflichtig (Art. 4 Abs. 2 Bst. r i.V.m. Art. 5 Abs. 1 VAG).	Einverstanden. Allgemeine Bemerkungen zum Abschnitt E: Bei den in Rz 35 – 37 geregelten technisch unbegründeten Abschlüssen geht santésuisse davon aus, dass hier nicht die im Rahmen der Solidaritäten gewährten Abschlüsse (Rz 32) gemeint sind.
Rz 36	Solche Rabatte sind nach den Grundsätzen von Rz 30 ff. zu begründen. Rabatte, die nicht technisch begründet sind, können als Element der Umverteilungskomponente zugelassen werden, sofern sich keine erhebliche Ungleichbehandlung nach Rz 30 ergibt.	Abschlüsse, für die eine technische Begründung vorliegt, sind von solchen, die sich nicht technisch begründen lassen, zu unterscheiden. Eine technische Begründung liegt vor, soweit tiefere Abschluss-/Verwaltungskosten oder ein tieferer Schadenerwartungswert nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden nachweisbar sind.	Abschlüsse, für die eine technische Begründung vorliegt, sind von solchen, die sich nicht technisch begründen lassen, zu unterscheiden. Eine technische Begründung liegt vor, soweit tiefere Abschluss-/Verwaltungskosten oder ein tieferer Schadenerwartungswert nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden nachweisbar sind.	Einverstanden.
Rz 37	Die genehmigte Regelung von Rabatten gilt, solange keine Revision der technischen Grundlagen im Sinne von Rz 40 ff. durchgeführt wird. Sie gilt für alle Versicherten eines Bestandes, welche die Bedingungen für	Als erhebliche Ungleichbehandlung im Sinne von Art. 117 Abs. 2 AVO (i.V.m. Rz 30) gilt namentlich, wenn einzelne oder mehrere kumulierte, technisch unbegründete, Abschlüsse:	Als erhebliche Ungleichbehandlung im Sinne von Art. 117 Abs. 2 AVO (i.V.m. Rz 30) gilt namentlich, wenn einzelne oder mehrere kumulierte, technisch unbegründete, Abschlüsse:	Einverstanden.

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	die Gewährung des Rabatts erfüllen.			
Rz 37.1		<ul style="list-style-type: none"> dazu führen, dass die Vertragsprämie die Referenzprämie abzüglich allfällig technisch begründeter Abschläge um mehr als 10 % unterschreitet; 	<ul style="list-style-type: none"> dazu führen, dass die Vertragsprämie die Referenzprämie abzüglich allfällig technisch begründeter Abschläge um mehr als 10 % <u>15 %</u> unterschreitet; 	Die Schwelle von 10 % ist zu gering, gerade wenn mehrere Abschläge kumuliert werden (beispielsweise zusätzlich für die Nutzung eines Portals).
Rz 37.2		<ul style="list-style-type: none"> über alle Versicherungsverträge des betroffenen Produkts sich nicht in einem geringen Rahmen bewegen; oder 	<ul style="list-style-type: none"> über alle Versicherungsverträge des betroffenen Produkts sich nicht in einem geringen Rahmen bewegen; oder 	Einverstanden.
Rz 37.3		<ul style="list-style-type: none"> dazu führen, dass ein negativer Deckungsbeitrag auf dem Produkt oder auf dem begünstigten Teilbestand bei Kollektiv- und Rahmenverträgen entsteht. 	<ul style="list-style-type: none"> dazu führen, dass <u>langfristig</u> ein negativer Deckungsbeitrag auf dem Produkt oder auf dem begünstigten Teilbestand bei Kollektiv- und Rahmenverträgen entsteht. 	
Rz 37.4		Das Versicherungsunternehmen sorgt für die jederzeitige Einhaltung der in Rz 37 ff erwähnten Voraussetzungen.	Das Versicherungsunternehmen sorgt für die jederzeitige Einhaltung der in Rz 37 ff erwähnten Voraussetzungen.	Einverstanden.
Rz 37.5		Das Versicherungsunternehmen formuliert seine Versicherungsverträge derart, dass es die Abschläge spätestens auf die Fälligkeit der nächsten Jahresprämie hin streichen oder reduzieren kann, falls die Voraussetzungen nach Rz 37 ff nicht mehr erfüllt sind.	Das Versicherungsunternehmen formuliert seine Versicherungsverträge derart, dass es die Abschläge spätestens auf die Fälligkeit der nächsten Jahresprämie hin streichen oder reduzieren kann, falls die Voraussetzungen nach Rz 37 ff nicht mehr erfüllt sind.	Einverstanden.
<u>Rz 37.6</u>			<u>Die Bedingungen gem. Rz 37.1-37.5 gelten nicht für Rabatte, welche nicht mehr angeboten werden und in den Versicherungsbedingungen garantiert sind. Solche Abschläge gelten i. S. dieses Rundschreibens als technisch begründet.</u>	Zahlreiche im Markt angebotenen Rabattsysteme sind historisch gewachsen und langjährige Usanz. Sie basieren auf einem abgegebenen Kundenversprechen und werden von den Kunden als integraler Bestandteil ihrer VVG-Produkte wahrgenommen. Müssen Rabatte gesenkt oder gar entzogen werden, ist dies eine Verletzung der Besitzstandswahrung und läuft unter Umständen explizit den Bestimmungen in den Versicherungsbedingungen zuwider. Versicherte könnten sich auf die entsprechenden Vertragsbestimmungen berufen und müssten eine Schlechterstellung wohl kaum akzeptieren.

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
				In einigen Fällen kann es zu dramatischen Prämien erhöhungen kommen, die besonders langjährige und treue Kunden in älteren Beständen hart treffen dürften. Oft sind diese Kunden aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr in der Lage, in ein preislich attraktiveres Produkt zu wechseln. Sie könnten dazu gezwungen sein, ihre Deckung zu kündigen oder aber einen signifikanten Prämienaufschlag in Kauf zu nehmen.
<u>Rz 37.7</u>			<u>Die Versicherungsverträge sind bis spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderung anzupassen.</u>	
F. Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife (ordentliche Anpassung)				
Rz 38	Ein bestehender Tarif darf höchstens im Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung angepasst werden. Sofern die Solvenz hinreichend ist und die Gefahr erhöhter Storni besteht, kann die Erhöhung der betroffenen Tarife in Etappen angeordnet werden. Für Produkte, bei denen ein Übertrittsrecht in zumindest gleichwertige offene Bestände besteht, sind die teuerungsbedingten Erhöhungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt.	Ein bestehender Tarif darf im Rahmen einer Geschäftsplanänderung nach Art. 5 Abs. 1 VAG angepasst werden, sofern dies zivilrechtlich zulässig ist.	Ein bestehender Tarif darf höchstens im Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung angepasst werden. Sofern die Solvenz hinreichend ist und die Gefahr erhöhter Storni besteht, kann die Erhöhung der betroffenen Tarife in Etappen angeordnet werden. Für Produkte, bei denen ein Übertrittsrecht in zumindest gleichwertige offene Bestände besteht, sind die teuerungsbedingten Erhöhungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt.	Die Ausnahmebestimmung für Produkte mit Übertrittsrecht in gleichwertige offene Bestände ist wieder ins Rundschreiben aufzunehmen. Bislang kann bei bestehenden Verträgen in geschlossenen Beständen die gesamte Teuerung überwältigt werden, nicht bloss die exogene Teuerung. Die Versicherten können dem entgegen, indem sie ihr Übertrittsrecht in ein offenes, gleichwertiges Produkt nutzen. Diese Ausnahmebestimmung ist gerechtfertigt und darf keinesfalls gestrichen werden. Gründe: <ul style="list-style-type: none"> • Dieses Übertrittsrecht ist in Art. 156 AVO verankert und kann nicht durch ein Rundschreiben in Frage gestellt werden. • Die Aufhebung der Ausnahmebestimmung würde es vermöglichen, die endogene Teuerung in geschlossenen Kollektiven in der Prämie abzubilden. Damit würden geschlossene Bestände künftig unausweichlich in Defizite laufen, worauf offene Bestände für die Querfinanzierung aufkommen müssten, sofern die Solvenz des Versicherungsunternehmens langfristig sichergestellt sein soll. Die Aufgabe der FINMA beschränkt sich dahingehend, dass Versicherer nicht durch «Phantasie-Prämien» ihre Versicherten indirekt aus dem Produkt zwingen können. Auch bezüglich der zitierten Urteile ist festzuhalten, dass sich

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
				<p>die Gerichte zwar grundsätzlich mit dem Thema der geschlossenen Bestände und deren Gefahren auseinandergesetzt haben, aber es ist nicht so, dass damit – wie man die Ausführungen der FINMA verstehen könnte – beliebige Defizite in geschlossenen Beständen zulasten der Versicherten in den offenen Beständen zulässig wären. Eine solche unlimitierte Querfinanzierung stünde auch im Widerspruch zur Vorschrift, dass in einzelnen Produkten keine Verluste anfallen dürfen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Vorhaben ist besonders deshalb gefährlich, weil es aufgrund der sinkenden Nachfrage nach Zusatzversicherungsprodukten mittel- bis langfristig branchenweit immer mehr geschlossene Produkte geben wird. Eine erhöhte Antiselektion könnte die Folge sein. Ist bei solchen Produkten eine Prämienanpassung über die exogene Teuerung nicht mehr möglich, resultiert daraus ein erhebliches finanzielles Risiko, welches für gewisse Gesellschaften existenziell sein könnte. Damit ist die neu beantragte Handhabung bei geschlossenen Beständen letztlich auch nicht im Interesse der Versicherten in diesen Beständen. • Im Rahmen der früheren Praxis der FINMA waren Solidaritäten z.B. zwischen Jung und Alt in Produkten mit geschlossenen Beständen explizit gewünscht. Wenn diese Bestände nun altern (endogene Teuerung), müssen Tarifierhöhungen über die exogene Teuerung hinaus möglich sein. Das Krankenzusatzversicherungsgeschäft hat einen langen Zeithorizont. Die frühere Praxis hat Auswirkungen schränkt den Spielraum für Änderungen heute ein.
Rz 39	Weitere Tarifierhöhungen sind nur unter den Voraussetzungen von Rz 40 ff. möglich.	Ein Tarif darf, vorbehaltlich Rz 39.3, höchstens im Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung erhöht werden. Sind erhöhte Storni nicht auszuschliessen und ist die Solvenz hinreichend, kann die Erhöhung der betroffenen Tarife in Etappen angeordnet werden.	<p>Weitere Tarifierhöhungen sind nur unter den Voraussetzungen von Rz 40 ff. möglich.</p> <p>Für Produkte mit einer zeitlichen Umverteilung erfolgt die Tarifierhöhung unter Berücksichtigung des Äquivalenzprinzips.</p>	<p>Die bisherige Formulierung ist zu ergänzen.</p> <p>Aus Sicht santésuisse müsste die heute gültige Regelung im Rundschreiben vom 11. Dezember 2015 präzisiert werden, um Missverständnisse, die in der Vergangenheit aufgetreten sind, zu vermeiden. Für Produkte mit zeitlicher Umverteilung (z.B. Eintrittsalterstarif oder Lebensalterstarif) führt eine Tarifierhöhung, die auf einer exogenen Teuerung basiert, aufgrund des Äquivalenzprinzips zu einer überproportionalen Tarifierhöhung für Versicherungsnehmende, bei denen bereits ein Grossteil der Laufzeit verstrichen ist. Die überproportionale Tarifierhöhung kommt daher, dass die Prämien gemäss Rz 10</p>

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
				die künftige Teuerung nicht enthalten. Die Alterungsrückstellung finanziert die künftigen Leistungen nur auf dem bestehenden Kostenniveau vor. Deshalb muss die Teuerung auf dem Teil der Leistungen, der in der Alterungsrückstellung abgedeckt ist, nachfinanziert werden. Da dies in der Vergangenheit zu Missverständnissen geführt hat, ist dieser Sachverhalt in der Teilrevision zu präzisieren.
Rz 39.1		Überschreitet das technische Ergebnis des zuletzt abgeschlossenen Geschäftsjahres die obere Grenze nach Rz 8, oder führt die Erhöhung zu einer Überschreitung derselben, so darf der Tarif nicht erhöht werden.	Überschreitet das technische Ergebnis des zuletzt abgeschlossenen Geschäftsjahres die obere Grenze nach Rz 8, oder führt die Erhöhung zu einer Überschreitung derselben, so darf der Tarif nicht erhöht werden.	Streichen.
Rz 39.2		Die FINMA nimmt im Falle eines nicht konsistenten technischen Ergebnisses bei Bedarf Korrekturen vor. Dies betrifft insbesondere inadäquate Abschluss- und Verwaltungskosten oder inadäquate Veränderungen der technischen Rückstellungen.	Die FINMA nimmt im Falle eines nicht konsistenten technischen Ergebnisses bei Bedarf Korrekturen vor. Dies betrifft insbesondere inadäquate Abschluss- und Verwaltungskosten oder inadäquate Veränderungen der technischen Rückstellungen.	Streichen.
Rz 39.3		Eine über den Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung hinausgehende Tarifierhöhung ist ausnahmsweise zulässig, sofern in Art oder Ausmass unvorhersehbare Entwicklungen in der Krankenzusatzversicherung dazu führen, dass vom Tarif eine Solvenzgefährdung des Versicherungsunternehmens ausgeht.	Eine über den Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung hinausgehende Tarifierhöhung ist ausnahmsweise zulässig, sofern in Art oder Ausmass unvorhersehbare Entwicklungen in der Krankenzusatzversicherung dazu führen, dass vom Tarif eine Solvenzgefährdung des Versicherungsunternehmens ausgeht.	Diese Bestimmung ist zu streichen, dafür sind im Gegenzug die Ausnahmebestimmungen (Rz. 38 sowie Rz. 40ff) beizubehalten. Rz 39.3 ist nicht gleichwertig zur Ausnahmebestimmung. Einerseits lassen die Formulierungen „Art und Ausmass“ sowie der Begriff „unvorhersehbare Entwicklungen“, aber auch „Solvenzgefährdung“ viel Interpretationsspielraum offen. Falls hier die Solvenzgefährdung im Sinne einer niedrigen SST-Quote gemeint ist, möchten wir festhalten, dass die SST-Quote kein angemessenes Kriterium ist, um Tarifierentscheidungen zu treffen, da sie keine Rückschlüsse auf einzelne Produkte zulässt. SST ist eine approximative Gesamtsicht der Solvenz des Versicherungsunternehmens, Tarifierung ist eine aktuarielle Sicht auf den Tarif eines einzelnen Produktes.

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
				<p>Andererseits gibt es neben der Solvenzgefährdung auch andere Gründe, die eine Tarifierhöhung über die exogene Teuerung hinaus notwendig machen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zinsrisiko bei Produkten mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren: Verringert sich der technische Diskontsatz, steigt das Bedürfnis nach Alterungsrückstellungen. Um diese allfällige Finanzierungslücke zu schliessen muss eine Nachfinanzierung mit Tarifierhöhungen möglich sein. • Risiko morbider Langlebigkeit: Leben versicherte Personen länger als antizipiert, fallen mehr Jahre mit hohen Leistungskosten an. Um diese allfällige Finanzierungslücke zu schliessen, muss eine Nachfinanzierung mit Tarifierhöhungen möglich sein. <p>Falls Rz 38 und 39.3 entgegen unserer Empfehlung wie von der FINMA vorgeschlagen beibehalten werden, stellen wir Antrag auf Ergänzung von Rz 39.3. Die Ergänzung müssten dabei folgende Punkte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Für Produkte mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren können die Tarife bei versicherungsmathematisch begründeten Änderungen der technischen Grundlagen (wie technischer Diskontsatz, Sterblichkeit) angepasst werden, sofern der Versicherer zeigen kann, dass in der Vergangenheit etwaig erzielte Überschüsse gegenüber den bisherigen technischen Grundlagen nicht ausreichen, um die durch die Änderung entstandene Finanzierungslücke vollständig zu schliessen.</u> • <u>Für Produkte, bei denen ein Übertrittsrecht in gleichwertige offene Bestände gemäss Art. 156 AVO besteht, sind die teuerungsbedingten Erhöhungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt.</u> • Für Produkte mit einer zeitlichen Umverteilung erfolgt die Tarifanpassung unter Berücksichtigung des Äquivalenzprinzips.
G. Revision der technischen Grundlagen (ausserordentliche Anpassung)				
Rz 40	Eine Revision der technischen Grundlagen liegt insbesondere vor, wenn ein entsprechender Sachverhalt zu	Aufgehoben	<u>Eine Revision der technischen Grundlagen liegt insbesondere vor, wenn ein entsprechender Sachverhalt zu einer Änderung</u>	Die ursprüngliche Regelung im Rundschreiben vom 11. Dezember 2015 zu Rz 40-44 ist beizubehalten. Gründe:

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	einer Änderung der geschäftsplanmässigen Angaben gemäss Rz 46 bis 55 führt. Ein entsprechendes Gesuch enthält Angaben nach Rz 63 ff. Sofern erhebliche, nicht vorhersehbare Risiken eingetreten sind, dürfen Anpassungen am Finanzierungsverfahren vorgenommen werden. Die Überwälzung dieser Risiken auf die Versicherten ist grundsätzlich nicht mehr möglich, wenn der Bestand nachhaltig und wesentlich abgenommen hat. Folgende Sachverhalte können zu einer Revision führen		<u>der geschäftsplanmässigen Angaben gemäss Rz 46 bis 55 führt. Ein entsprechendes Gesuch enthält Angaben nach Rz 63 ff. Sofern erhebliche, nicht vorhersehbare Risiken eingetreten sind, dürfen Anpassungen am Finanzierungsverfahren vorgenommen werden. Die Überwälzung dieser Risiken auf die Versicherten ist grundsätzlich nicht mehr möglich, wenn der Bestand nachhaltig und wesentlich abgenommen hat. Folgende Sachverhalte können zu einer Revision führen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aus dem Erläuterungsbericht geht nicht hervor, aus welchem Grund auf die Möglichkeit von ausserordentlichen Tarifanpassungen verzichtet werden muss. Im Abschnitt 3.12 des Erläuterungsberichts erklärt die FINMA nur, dass diese überflüssig werden, wenn Rz 38-39.3 umgesetzt werden. Dies ohne aber den eigentlichen Grund der angestrebten Praxisänderung zu erläutern. • Im Übrigen sind die Rz 40-44 mitnichten überflüssig. Die neu unter Rz 39.3 erwähnte Solvenzgefährdung darf nicht gleichgestellt werden mit „wenn sich das technische Ergebnis nachhaltig ausserhalb des zulässigen Rahmens bewegt.“ Die Aufhebung von Rz 41 gefährdet den Versicherungsmarkt. Denn Versicherer, welche über Jahre ein schlechtes technisches Ergebnis verzeichnen, können erst handeln, wenn die Solvenz droht. • Rz 31 verlangt, dass der Tarif genügend Tarifmerkmale mit differenzierenden Ausprägungen aufweist, um insbesondere einem Antiselektionsrisiko vorzubeugen. In Wechselwirkung mit Rz 31 ist die Streichung von Rz 40-44 ausserordentlich problematisch. Falls ein bestehender Tarif nicht im Einklang mit Rz 31 ist, so macht es die Aufhebung von Rz 40-44 unmöglich dies zu ändern.
Rz 41	Eine Revision muss vom privaten Versicherungsunternehmen oder von der Krankenkasse beantragt werden, wenn sich das technische Ergebnis nachhaltig ausserhalb des zulässigen Rahmens (vgl. Rz 8) bewegt	Aufgehoben	<u>Eine Revision muss vom privaten Versicherungsunternehmen oder von der Krankenkasse beantragt werden, wenn sich das technische Ergebnis nachhaltig ausserhalb des zulässigen Rahmens (vgl. Rz 8) bewegt</u>	
Rz 42	Eine Revision kann vom privaten Versicherungsunternehmen oder von der Krankenkasse beantragt werden, wenn	Aufgehoben	<u>Eine Revision kann vom privaten Versicherungsunternehmen oder von der Krankenkasse beantragt werden, wenn</u>	
Rz 43	technisch hinreichend begründet ist, weshalb eine Tarifsanierung erfolgen soll;	Aufgehoben	<u>technisch hinreichend begründet ist, weshalb eine Tarifsanierung erfolgen soll;</u>	
Rz 44	Tariferhöhungen das Ausmass der exogenen Teuerung überschreiten oder wenn Senkungen von Tarifen unter das Niveau der Risi-	Aufgehoben	<u>Tariferhöhungen das Ausmass der exogenen Teuerung überschreiten oder wenn Senkungen von Tarifen unter das Niveau der Risikoprämie (bei An-</u>	

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	koprämie (bei Anwendung eines Kapitaldeckungsverfahrens unter das Niveau der Risikoprämie zuzüglich der Alterskomponente) weder zu einer technischen Ungleichbehandlung noch zu einer wesentlich höheren Stornoquote führen.		<u>wendung eines Kapitaldeckungsverfahrens unter das Niveau der Risikoprämie zuzüglich der Alterskomponente) weder zu einer technischen Ungleichbehandlung noch zu einer wesentlich höheren Stornoquote führen.</u>	
Rz 45-56	Deskriptive Anforderungen an ein Gesuch um Genehmigung eines Tarifs	Werden aus dem Rundschreiben herausgelöst und in eine Wegleitung überführt.		Einverstanden.
Rz 63-73	Deskriptive Anforderungen an ein Gesuch um Genehmigung eines Tarifs	Werden aus dem Rundschreiben herausgelöst und in eine Wegleitung überführt.		Einverstanden.
Glossar				
		Abschläge Abschläge sind Reduktionen, die auf den Referenzprämien gewährt werden. Darunter fällt jegliche Art von geldwerten Vergünstigungen wie z.B. Rabatte, ungeachtet dessen, ob sie zeitlich begrenzt oder unbegrenzt gewährt werden.	Abschläge Abschläge sind Reduktionen, die auf den Referenzprämien gewährt werden. Darunter fällt jegliche Art von geldwerten Vergünstigungen wie z.B. Rabatte, ungeachtet dessen, ob sie zeitlich begrenzt oder unbegrenzt gewährt werden.	Einverstanden mit der neuen Bezeichnung..
	Rabatt Rabatte sind Reduktionen, die auf die Prämien des genehmigten Tarifs gewährt werden. Sie sind ein Ersatz für ein nicht erfasstes Risikomerkmale (erwarteter tieferer Schadenerwartungswert oder tiefere Verwaltungskosten) oder dienen der Lenkung des Risikoverhaltens (z.B. Schadenfreiheitsrabatt, Bonus-/Malussysteme, Rabatte für die Mitglieder von Vereinen,	Aufgehoben		Einverstanden.

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	für Verbände mit bestimmter Risikostruktur). Sofern Rabatte nicht technisch begründet sind, bilden sie ein Element der Umverteilungskomponente.			
		Referenzprämie Die Prämie gemäss Tarifblatt gilt als Referenzprämie	Referenzprämie Die Prämie gemäss Tarifblatt gilt als Referenzprämie	Einverstanden.
	Technisches Ergebnis Das technische Ergebnis eines Produktes in einem Geschäftsjahr ist die Differenz zwischen den Prämieeinnahmen einerseits und der Summe der angefallenen Schadenzahlungen plus der Netto-Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen plus der zugeordneten Verwaltungskosten andererseits. Beim Kapitaldeckungsverfahren sind die zugeteilten Kapitalerträge als Einnahmen hinzuzufügen.	Technisches Ergebnis Das technische Ergebnis eines Produktes in einem Geschäftsjahr ist die Differenz zwischen den Prämieeinnahmen einerseits und der Summe der angefallenen Schadenzahlungen plus der Netto-Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen plus der zugeordneten Verwaltungskosten andererseits.	Technisches Ergebnis Das technische Ergebnis eines Produktes in einem Geschäftsjahr ist die Differenz zwischen den Prämieeinnahmen einerseits und der Summe der angefallenen Schadenzahlungen plus der Netto-Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen plus der zugeordneten Verwaltungskosten andererseits.	Einverstanden.
	Exogene Teuerung Die exogene Teuerung ist die Zunahme des Schadenaufwandes pro Versicherten abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandesveränderungen.	Exogene Teuerung Die exogene Teuerung ist die Zunahme des Schadenaufwandes pro Versicherten abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandesveränderungen.	Exogene Teuerung Die exogene Teuerung ist die Zunahme des Schadenaufwandes pro Versicherten abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandesveränderungen. Die exogene Teuerung wird im jeweiligen Produkt bzw. in der jeweiligen Produktgruppe der Gesellschaft bestimmt. Die exogene Teuerung berücksichtigt bekannte künftige Effekte prospektiv.	In der Vorkonsultation für die vorliegende Teilrevision hatte die FINMA eine Änderung der Definition der exogenen Teuerung „auf Basis allgemeiner, langjähriger Marktentwicklung“ vorgeschlagen. santésuisse begrüsst, dass der vorliegenden Entwurf von dieser Änderung absieht. Mit dem Verzicht auf eine Änderung gehen wir davon aus, dass die FINMA anerkennt, dass die bestehende Definition produktspezifisch ist und bei der präventiven Tarifkontrolle künftig nicht mit einer marktweiten exogenen Teuerung argumentiert werden kann. Um in Zukunft jegliche Interpretation zu vermeiden, sollte klar festgehalten werden, dass die exogene Teuerung im jeweiligen Produkt der Gesellschaft bestimmt wird.
		Vertragsprämie	Vertragsprämie	Einverstanden.

Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“

	Rundschreiben 11. Dezember 2015	Rundschreiben Entwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
		Die Vertragsprämie entspricht der Referenzprämie abzüglich der Abschläge	Die Vertragsprämie entspricht der Referenzprämie abzüglich der Abschläge	

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Elektronischer Versand

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Camille Bosgiraud
Laupenstrasse 27
CH-3003 Bern
regulation@finma.ch

Zürich, 28. Oktober 2020

Stellungnahme der Schweizerischen Aktuarvereinigung (SAV) zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/03 «Krankenversicherung nach VVG»

Sehr geehrte Frau Bosgiraud

Die SAV bedankt sich für die Möglichkeit, zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 im Rahmen des Anhörungsverfahrens Stellung zu nehmen.

Einleitung

Das Rundschreiben behandelt versicherungstechnische Fragestellungen im rechtlichen Rahmen. Die SAV betrachtet es als ihre Aufgabe, sich zu versicherungsmathematischen und versicherungstechnischen Themen und Zusammenhängen zu äussern.

Die SAV unterstützt die Zielsetzung des Schutzes von Versicherten vor Missbrauch, beispielsweise in Bezug auf transparente Vertragsinformationen, denn Transparenz und Glaubwürdigkeit sind für die gesamte Versicherungsbranche fundamentale Werte.

Aus dem gleichen Grund setzt sich die SAV dafür ein, dass auch Regulierungsvorhaben auf zweckmässigen und risikogerechten Grundlagen, Methoden und Annahmen beruhen, und dass diese transparent ausgewiesen werden. Leider geht aus dem vorliegenden Erläuterungsbericht nicht hervor, dass diese Anforderung hinreichend erfüllt ist.

Der Schutz der Versicherten vor missbräuchlichen Prämien ist ein unbestrittenes Ziel. Die Herleitung des im Rahmen des Rundschreibens zulässigen technischen Ergebnisses und die vorgesehene Beschränkung der Möglichkeiten für Tarifierhöhungen entbehren jedoch einer fundierten Begründung und einer ausreichend detaillierten Wirkungsanalyse. Da das Krankenzusatzversicherungsgeschäft für den Versicherer zu lebenslangen Verpflichtungen führt, ist die Frage nach der langfristigen Wirkung und den Folgekosten einer solchen Regulierungsänderung sehr ernst zu nehmen, insbesondere weil das Rundschreiben auf bestehenden Verträgen angewendet wird.

Im Wesentlichen sehen die angestrebten Änderungen vor, die Tarifierpassungen auf die exogene Teuerung zu beschränken, deren Definition damit eine hohe Bedeutung zukommt. Je nach Auslegung des Begriffs «exogener Teuerung» ergeben die vorgesehenen Änderungen wesentlich unterschiedliche finanzielle Folgen für die Versicherer. Zusätzlich wird durch die vorgesehenen Änderungen eine Regulierungspraxis etabliert, die aktuariellen Bewertungen und versicherungsmathematisch fundierten Analysen eine wesentlich geringere Priorität zuweisen, da Anpassungen ausserhalb des vorgelegten engen Regulierungsrahmens nicht möglich sind. Der Ausgleich des Risikos im Kollektiv, die Basis jeder Versicherung, wird je nach Anwendung des vorgelegten Rundschreibens missachtet, wenn z.B. das Risiko eines Kollektivs im Sinne des Missbrauchsschutzes durch einen Marktdurchschnitt bewertet wird oder wenn eine Ungleichbehandlung auf Stufe von individuellem Versicherten betrachtet wird.

Die vorgesehenen Änderungen führen dazu, dass nicht in jedem Fall genügend hohe Prämienanpassungen zur Sicherstellung eines auskömmlichen Tarifs möglich sind. Der verantwortliche Aktuar oder die verantwortliche Aktuarin kann einen nicht auskömmlichen Tarif nicht zur Verwendung empfehlen, und die ihm oder ihr nach Art. 2 Abs. 1 AVO-FINMA zugeordnete Aufgabe wird obsolet.

Die Wirkungsanalyse enthält keine Aussagen, welche mittel- und langfristigen Auswirkungen die angestrebte extreme Regulierungsvariante auf die Substanz der Versicherungsunternehmen und den Versicherungsmarkt als Ganzes hat.

Die SAV ersucht die FINMA deshalb, für die angesprochenen Punkte verschiedene Regulierungsvarianten zu prüfen, deren Wirkungen im Sinne von Art. 7 der Verordnung zum FINMAG qualitativ und auch quantitativ zu analysieren, sowie die zugrunde liegenden Annahmen, Methoden und deren Unsicherheiten transparent offenzulegen. Ohne Vorliegen dieser Angaben sieht sich die SAV nicht in der Lage, der vorliegenden Teilrevision zuzustimmen.

Der Zeitpunkt für die Revision des Rundschreibens 2010/3 ist aus Sicht der SAV aufgrund der anstehenden Revision des VAG ungeeignet. Ausserdem ist das Rundschreiben seit zehn Jahren nahezu unverändert in Kraft und bedarf einer umfassenden Überarbeitung. Die von der Teilrevision betroffenen Inhalte enthalten nicht alle Bestimmungen des bestehenden Rundschreibens, deren Überarbeitung zu prüfen wäre. Insbesondere ist dem Zusammenspiel zwischen den versicherungstechnischen Rückstellungen und den Tarifen Beachtung zu schenken. Eine Teilrevision, die sich auf die Tarifseite beschränkt und die vom Versicherer übernommenen Risiken nachträglich signifikant erhöht, ohne deren Finanzierung zu berücksichtigen, greift zu kurz. Die SAV erlaubt sich, beispielhaft einige ergänzende Bestimmungen in diese Diskussion einzubringen, und fordert, diese bei der anstehenden Wirkungsanalyse ebenfalls zu berücksichtigen.

Die SAV würde es begrüessen, die Revision des Rundschreibens 2010/03 erst nach Vorliegen der VAG-Revision umfassend durchzuführen, und die Teilrevision auf diejenigen Punkte zu beschränken, die im obigen Sinn bereits ausgereift sind. Die Umsetzung der vorliegenden Teilrevision ist aus aktuarieller Sicht nicht vertretbar.

Folgend nimmt die SAV zu den einzelnen Punkten der Teilrevision Stellung. Die Struktur richtet sich nach dem Abschnitt 3 des Erläuterungsberichts.

Bandbreite des gesetzlich zulässigen technischen Ergebnisses eines Produkts (Rz 8)

Die revidierte Rz 8 legt Ober- und Untergrenzen für das zulässige technische Ergebnis fest. Begründet wird dies im Wesentlichen mit Art. 38 VAG, wonach Prämien genehmigt werden, wenn sie weder missbräuchlich hoch noch missbräuchlich tief sind.

Das Ziel, missbräuchlich hohe oder tiefe Tarife zu verhindern, ist unbestritten. Die hier vorgelegte Regulierung ist jedoch nicht prinzipienbasiert und schränkt die Vertragsfreiheit stark ein. Der Nachweis ist nicht erbracht, dass die Regulierung nur soweit geht, wie mit Blick auf die Aufsichtsziele nötig ist.

Es fehlt eine Diskussion, welche Regulierungsvarianten geprüft wurden.

Die Teilrevision legt eine **Obergrenze** von 10 % für das erwartete versicherungstechnische Ergebnis fest.

Die bisherige Regelung auf Ebene Wegleitung war wie folgt begründet: «Derzeit beträgt das technische Ergebnis im Markt im Durchschnitt ca. 5 % der Prämieinnahmen. Im Rahmen der Konkretisierung des Missbrauchsbegriffs ist davon auszugehen, dass ein technisches Ergebnis, welches mehr als doppelt so hoch wie der Marktdurchschnitt ist, missbräuchlich ist.»

Die nachfolgenden Abschnitte zeigen schwerwiegende Probleme in der Herleitung und Methodik dieser Obergrenze auf (Buchstaben a bis c). Der Schwellwert ist zu tief angesetzt (Buchstaben a und d). In jedem Fall ist eine Wirkungsanalyse zu erstellen, um die Auswirkungen auf Prämien für neue Produkte sowie die Finanzierung bestehender Produkte miteinander zu beiziehen (Buchstaben e und f).

a) *Es fehlt eine fachlich fundierte Herleitung des Schwellwertes.*

Die FINMA hat die Herleitung des marktweiten technischen Ergebnisses von 5 % nicht offengelegt. Es ist zu vermuten, dass dieses Ergebnis auch das notorisch verlustbringende Kollektivtaggeldgeschäft beinhaltet, das der präventiven Tarifkontrolle nach RS 2010/03 gar nicht unterliegt, und dessen Einbezug deshalb unzweckmässig ist. Ohne Berücksichtigung des Kollektivtaggeldgeschäfts wäre die (ansonsten auf gleichem Weg) ermittelte Schwelle für das technische Ergebnis signifikant höher. Der vorgesehene Schwellwert ergibt sich aus dem Wert von 5 % multipliziert mit dem Faktor 2. Es fehlt eine fachliche Begründung resp. Herleitung dieses Faktors. Das Vorgehen ist deshalb mit aktuariellen Prinzipien nicht vereinbar.

b) *Ein marktweit ermittelter Parameter ist auf Produktebene unsachgemäss.*

Die Höhe der Ergebnislimitierung wird mit aggregierten Ergebnissen der Branche begründet. Der so erhaltene Parameter wird dann jedoch auf einzelne Produkte angewendet. Es ist nicht ohne Weiteres klar, dass ein marktweiter Parameter auf ein spezifisches Produkt übertragbar ist. Der Nachweis der Zulässigkeit dieser Annahme ist aus aktuarieller Sicht zwingend notwendig, ist jedoch nicht erbracht.

c) *Ein pauschaler Schwellwert ist nicht risikobasiert.*

Die Marge des technischen Ergebnisses ist eine Entschädigung des Versicherers für das übernommene Risiko. Die Höhe der Ergebnislimitierung wird hingegen für alle Produkte pauschal mit 10 % angesetzt. Dabei werden die zugrunde liegenden Risiken der einzelnen Produkte nicht berücksichtigt. Die Risiken unterscheiden sich zwischen verschiedenen Produkten erheblich, je nach Finanzierungsverfahren, Art und Umfang der Alimentierung von versicherungstechnischen Rückstellungen aus den Prämien, und Verlauf der Leistungen mit dem Alter der Versicherungsnehmer. Zudem spielt der Ausgleich im Kollektiv eine Rolle. Produkte mit geringem Bestand bzw. kleine Versicherer mit geringeren Beständen in den Produkten würden benachteiligt, da sie ein höheres (Zufalls-)Risiko tragen bei gleicher Ertragsmöglichkeit. Eine solche Grenze könnte sogar die Entwicklung von innovativen Produkten einschränken, welche per Definition noch mit grösseren Unsicherheiten behaftet sind. Dies steht 7.1.b des FINMAG entgegen. Aus diesem Grund ist eine pauschale Limite für alle Produkte methodisch fragwürdig. Die undifferenzierte Ableitung aus einem Marktmittelwert ist versicherungstechnisch nicht ohne Weiteres zulässig, denn in der pauschalen Überleitung vom Marktdurchschnitt auf die Produktebene wird dem eingegangenen Risiko nicht Rechnung getragen. Für Produkte mit höheren Risiken für den Versicherer muss ein höheres technisches Ergebnis zulässig sein. Im Erläuterungsbericht zu Rz 9 werden Ausnahmen für die Tarifsenkung wie bspw. sehr kleine Bestände genannt. Diese Ausnahmen wären auch im Sinne der Konsistenz innerhalb des Rundschreibens zu nennen.

d) *Bei gleichbleibender Entschädigung erhöht sich das übernommene Risiko der Versicherer.*

Die vorliegende Teilrevision begrenzt gleichzeitig die Möglichkeiten für Tarifierhöhungen (Streichung der Ausnahmeregelung für geschlossene Produkte in Rz 38, weitgehende Streichung der Möglichkeit ausserordentlicher Tarifrevisionen gemäss Rz 40–44). Durch diese Änderungen werden die vom Versicherer übernommenen Risiken signifikant erhöht. Es ist damit zu rechnen, dass in Zukunft vermehrt technische Verluste entstehen.

Aus diesem Grund ist die bisherige Obergrenze nicht mehr angemessen, selbst wenn sie bisher angemessen gewesen wäre, denn die Umstände haben sich verändert. Wegen der gleichzeitigen Erhöhung der vom Versicherer übernommenen Risiken muss die Obergrenze im Vergleich zur bisherigen Praxis erhöht werden.

e) *Eine Wirkungsanalyse fehlt.*

Die FINMA verzichtet auf eine Wirkungsanalyse und begründet dies im Erläuterungsbericht Abschnitt 6.1 so: «Die Überführung des Interventionsschwellenkonzeptes in das Rundschreiben hat keine Auswirkungen auf die Beaufsichtigten, da dieses Konzept bereits in der bestehenden Praxis der FINMA etabliert ist.» Wenn die Obergrenze hingegen unverändert übernommen wird, hat sie, wie im Buchstaben d dargestellt, künftig viel einschneidendere Auswirkungen auf die Beaufsichtigten als bisher. Aus diesem Grund ist die in Art. 7 der Verordnung zum FINMAG vorgeschriebene Wirkungsanalyse zwingend notwendig. Sie wäre im Sinne der Transparenz bereits

bei Einführung des Interventionsschwellenkonzepts auf Ebene Wegleitung angezeigt gewesen.

f) *Die Obergrenze führt für neue Produkte zu höheren Prämien*

Die Limite für das zulässige technische Ergebnis, die Begrenzung späterer Tariferhöhungen und das damit einhergehende erhöhte Risiko des Versicherers könnte dazu führen, dass für neue Produkte die Schwankungsrückstellungen und etwaige übrige versicherungstechnische Rückstellungen stärker alimentiert werden müssen, was zu höheren Prämien führen würde. Für bestehende Tarife stellt sich die Frage, wie weit die Übernahme zusätzlicher Risiken durch Rückstellungen finanziert werden kann. Aus versicherungsmathematischer Sicht dürfen Tarife und Rückstellungen jedoch nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Die vorliegende Teilrevision missachtet diesen Zusammenhang.

Die Teilrevision legt neu eine **Untergrenze** von 0 % nur noch fest für Tarife, welche ausschliesslich bei neuen Verträgen angewendet werden.

Ein technisches Ergebnis von 0 % bedeutet, dass sich Aufwände und Erträge genau die Waage halten. Mit anderen Worten trägt das Versichertenkollektiv mit der Prämie genau die ihm zugutekommenden Leistungen und für die Erbringung der Leistungen notwendigen Verwaltungskosten. Dem Versicherer entsteht in dieser Situation kein Gewinn. Aus Sicht des Verantwortlichen Aktuars einer Gesellschaft ist ein längerfristig oder signifikant negatives technisches Ergebnis eines Produktes nicht akzeptabel.

Es erschliesst sich nicht, aus welchem Gesetzes- oder Verordnungsartikel sich die unterschiedliche Behandlung von neuen und bestehenden Verträgen in Bezug auf das technische Ergebnis ableiten lässt. Begründet wird die neue Regelung damit, dass bei laufenden Verträgen der Schutz der Versicherten vor Tarifmissbrauch im Vordergrund stünde (Erläuterungsbericht Abschnitt 3.1). Es fehlt jedoch die Begründung für die Annahme, dass die Beibehaltung der Untergrenze auch für bestehende Tarife direkt zu Tarifmissbrauch führt bzw. eine Erläuterung, warum die Untergrenze aufzuheben ist. Diese Annahme trifft, wie oben erläutert, nicht ohne Weiteres zu.

Im Erläuterungsbericht Abschnitt 3.1 wird behauptet, der Umfang von potentiellen Verlusten würde bei geschlossenen Produkten dadurch begrenzt, dass keine neuen Verträge mehr abgeschlossen werden. Es werden weder quantitative Aussagen dazu gemacht noch wird diese Behauptung näher erläutert.

Gemäss Art. 7 der Verordnung zum FINMAG sind für Regulierungsvorhaben Wirkungsanalysen zu erstellen, welche verschiedene Regulierungsvarianten prüfen und die zugrunde liegenden Annahmen und Unsicherheiten darlegen. In Anbetracht der drohenden technischen Verluste ist eine quantitative Analyse angezeigt. Die FINMA verfügt aus Ihrer Aufsichtstätigkeit über die hierfür notwendigen Daten. Ohne Transparenz bezüglich der Herleitung und Auswirkung sieht sich die SAV nicht in der Lage, der Regulierungsänderung zuzustimmen.

Anträge:

1. Erste zwei Sätze wie in der bisherigen Fassung: «Das erwartete technische Ergebnis resultiert aus der Tarifikalkulation. Es ist zumindest null und überschreitet eine marktgerechte Entschädigung für das übernommene technische Risiko zuzüglich des Zinses für eine risikofreie Kapitalanlage nicht wesentlich.»
2. Die Festlegung der Bandbreite soll auf Ebene Wegleitung verbleiben und im oben beschriebenen Sinn überarbeitet werden (fundierte Herleitung des Wertes für die Obergrenze; Erhöhung der Obergrenze gegenüber der bisherigen Praxis; Berücksichtigung der übernommenen Risiken und deren Finanzierung).
3. Die FINMA hat keine ausreichende Wirkungsanalyse gemäss Art. 7 der Verordnung zum FINMAG vorgelegt. Die Konsultation ist nach Vorlage der Wirkungsanalyse zu wiederholen.

Missbräuchlich hohe Tarife (Rz 9)

Die Überlegungen des vorigen Abschnitts gelten sinngemäss.

Der mechanistische Ansatz «technisches Ergebnis im Schnitt über die letzten drei Jahre» ist aus versicherungsmathematischer Sicht nicht zweckmässig, denn er ist rein retrospektiv. Da die Tarife (und die etwaigen Tarifanpassungen) prospektiv gelten, müssen die historischen Daten gemäss anerkannter aktuarieller Praxis so angepasst werden, dass sie für die künftige Situation repräsentativ sind.

Wenn beispielsweise in der Beobachtungsperiode bereits Prämienanpassungen vorgenommen wurden (z.B. Prämienenkungen) so beruhen die ausgewerteten Daten auf veralteten Angaben und müssen zur Beurteilung der Missbräuchlichkeit prospektiv angepasst werden. Gleiches gilt für zu erwartende leistungsseitige Änderungen.

Vor Abschluss des Versicherungsvertrages führt der Versicherer eine Gesundheitsprüfung durch. Aus diesem Grund ist der Leistungsverlauf in den ersten Jahren nach Abschluss unterdurchschnittlich resp. das versicherungstechnische Ergebnis überdurchschnittlich. Im Gegenzug fallen bei Vertragsabschluss erhöhte Verwaltungskosten an, was bei neuen Produkten einen stark verzerrenden Einfluss auf das technische Ergebnis haben kann. In den ersten Jahren nach Lancierung neuer Produkte kann deshalb das technische Ergebnis stark verzerrt und unrepräsentativ sein. Die retrospektiv formulierte Regelung würde in diesem Fall zu nicht nachhaltigen Tarifanpassungen führen, und mittel- bis langfristig zu nicht auskömmlichen bzw. zu hohen Tarifen.

Anträge:

4. Streichung von Rz 9

5. Die Festlegung der Bandbreite soll auf Ebene Wegleitung verbleiben und im oben beschriebenen Sinn überarbeitet werden (fundierte Herleitung des Wertes für die Interventionsschwelle; Erhöhung der Interventionsschwelle gegenüber der bisherigen Praxis; Berücksichtigung der übernommenen Risiken und deren Finanzierung; prospektive Betrachtung).
6. Die FINMA hat keine ausreichende Wirkungsanalyse gemäss Art. 7 der Verordnung zum FINMAG vorgelegt. Die Konsultation ist nach Vorlage der Wirkungsanalyse zu wiederholen.

Gestaltung der Tarifstruktur (Rz 30)

Die SAV begrüsst, dass die FINMA mit Hinweis auf die Praktikabilität von der Festlegung eines fixen Prozentsatzes absieht.

Vor dem Hintergrund der in den kommenden Jahren weiter steigenden Möglichkeiten, Daten zu sammeln und auszuwerten, sollte der Umgang mit Ungleichbehandlungen grundsätzlicher diskutiert werden. Wird das Risiko zukünftig auf kleineren Teilbeständen bewertet, so ergeben sich zwischen Teilkollektiven höhere Unterschiede. Falls ein versicherungstechnisch anerkanntes Model auf individueller Stufe eine unterschiedliche Risikobewertung ermöglicht, so sind Tarifierpassungen auf individueller Stufe aufgrund eines möglichen Anstiegs des individuellen Risikos nicht angemessen. Dies würde bei Bewertung auf individueller Stufe zu einer erheblichen Ungleichbehandlung führen, die nicht zulässig wäre. Die Grundidee und Funktionsweise einer Versicherung würde dadurch ausgehebelt. Der Ausgleich im Kollektiv, Basis einer jeden Versicherung, verschwindet mehr und mehr und verkommt zu einer individuellen Kostenrechnung. Es ist wichtig, dass die Ungleichbehandlung auf genügend grossen Teilbeständen bewertet wird, so dass einerseits die statistische Signifikanz und andererseits der Grundgedanke des Ausgleichs im Kollektiv gewährt bleibt.

Tarifmerkmale und Transparenz (Rz 31)

Die SAV begrüsst das Transparenzanliegen.

Ebenfalls begrüsst wird die Präzisierung im Erläuterungsbericht (Abschnitt 3.4). Die SAV schlägt eine leichte Anpassung der Rz 31 vor, um diese Präzisierung im Rundschreiben festzuhalten.

Antrag:

7. Rz 31 ergänzen mit: «Die Altersklassen und die **qualitativen** Auswirkungen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie sind in den AVB aufzuführen.»

Ausnahme (Rz 32)

Die Rz 32 lässt eine Ungleichbehandlung zur Begünstigung von Kindern, jungen Erwachsenen und Familien zu.

Der Begriff «Familie» bedeutet nach Duden eine «aus einem Elternpaar oder einem Elternteil und mindestens einem Kind bestehende [Lebens]gemeinschaft». Falls diese Definition gemeint und die Aufzählung in Rz 32 abschliessend ist, gilt die Ausnahmeregel für im gleichen Haushalt lebende Erwachsene ohne Kinder oder junge Erwachsene nicht.

Die in Rz 32 beschriebene Ausnahme bezieht sich auf Ungleichbehandlung gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO, unabhängig davon, ob die Begünstigung technisch begründet ist oder nicht. Zur Vermeidung eines Widerspruchs mit Rz 37 ist dort zu präzisieren, dass im Rahmen einer Ausnahme gemäss Rz 32 die Bedingungen von Rz 37 nicht gelten.

Antrag:

8. Im Glossar ist der Begriff «Familie» zu definieren.
9. Rz 37 ergänzen mit: «Nicht betroffen davon sind Ungleichbehandlungen gemäss Rz 32.

Umverteilungen (Rz 33, 34)

Es gibt Tarife, die bewusst eine Umverteilung beinhalten und deshalb ein bestimmtes Kriterium (z.B. Geschlecht) nicht oder nicht vollständig berücksichtigen.

Sollte eine solche bestehende Umverteilung im Sinn von Rz 30 erheblich sein, kann sie bei bestehenden Verträgen nicht verändert werden, da eine Tarifrevision gemäss Rz 40ff. nicht mehr möglich ist. In diesem Fall ist eine Lösung im Rahmen des Rundschreibens nicht möglich.

Die Aufhebung einer bestehenden Umverteilung würde naturgemäss für einen Teil des versicherten Bestands zu einer Tarifrückbildung führen, für einen anderen Teil zu einer Tarifierhöhung. Für die letztgenannte Gruppe ist das problematisch. Hier gilt nach Ansicht der SAV das Prinzip der Besitzstandswahrung: Beim Vertragsabschluss hat jede versicherte Person einem Tarif zugestimmt, welcher möglicherweise Solidaritäten berücksichtigt.

Die neue Regelung kann zudem dazu führen, dass bisher teilweise berücksichtigte Tarifmerkmale wie bspw. leicht erhöhte Prämien für Frauen im gebärfähigen Alter künftig nicht mehr berücksichtigt werden, da eine vollständige Berücksichtigung für die Versicherten unzumutbar wäre. In diesem Fall würde die neue Regelung zu weniger risikogerechten Tarifen führen, was die SAV bedauern würde.

Antrag:

10. Für bestehende Produkte Rz 33, 34 und 40–44 beibehalten.

Abschläge (Rz 35–37.5)

Es muss unterschieden werden zwischen Abschlägen, die in das versicherungstechnische Ergebnis einfließen und somit auf die Versicherten umgewälzt werden, und solchen, die die Gesellschaften ausserhalb des versicherungstechnischen Ergebnisses führen (also vom Eigenkapital abgehen). Auf Letztere dürfe die FINMA keinerlei Einfluss haben. Die Zuordnung

von Abschluss- und Verwaltungskosten auf die Produkte basiert auf betriebswirtschaftlichen Methoden (nicht versicherungsmathematischen). Das Gleiche gilt für die Begründung von tieferen Abschluss-/und Verwaltungskostenaufwendungen.

Antrag: (zusätzlich zum obigen Antrag 9)

11. Glossar: Die Definition des Begriffs «Abschläge» ergänzen mit «Davon ausgenommen sind geldwerte Vorteile, die nicht in das versicherungstechnische Ergebnis einfließen».
12. Rz 36 ergänzen mit «[...] soweit tiefere Abschluss-/Verwaltungskosten **nach anerkannten versicherungsmathematischen oder betriebswirtschaftlichen Methoden** oder ein tieferer Schadenerwartungswert nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden nachweisbar sind».

Anpassung bestehender Tarife (Rz 38–39.3)

Die revidierte Rz 38 erlaubt Tarifanpassungen unter der Voraussetzung zivilrechtlicher Zulässigkeit. Der Erläuterungsbericht präzisiert in Abschnitt 3.8, dass damit nicht nur das Vorhandensein einer Prämienanpassungsklausel gemeint sei, sondern auch, dass «die Bedingungen, die zu einer Tarifanpassung Anlass geben können», erfüllt sein müssten. Im Kontext von Rz 38 sind wahrscheinlich zivilrechtliche Bedingungen gemeint, es ist jedoch nicht klar, welche dies sind.

Die **Ausnahmeklausel**, die für Produkte mit Übertrittsrecht in zumindest gleichwertige offene Bestände die Beschränkung von Tarifanpassungen über die exogene Teuerung hinaus zulässt, wird gestrichen. Bislang kann in geschlossenen Produkten die gesamte Teuerung überwältzt werden. Die Versicherten können dem entgehen, indem sie ihr Übertrittsrecht in ein offenes Produkt nutzen.

Die Streichung der Ausnahmeregel basiert auf keiner Rechtsgrundlage. Es existiert keine Rechtsprechung, die sich gegen Prämien erhöhungen in geschlossenen Beständen gestellt hat. Das Gegenteil ist der Fall. Aus den Rechtsprechungen betreffend Art. 156 AVO (z.B. BGE 136 I 197, BGer 4A_627/205) ergibt sich die Möglichkeit von Prämien erhöhungen, andernfalls ergäbe das Übertrittsrecht gemäss Art. 156 AVO gar keinen Sinn.

Mit der Aufhebung der Ausnahmeklausel werden geschlossene Bestände aufgrund von Antiselektionseffekten künftig zwangsläufig in Defizite laufen. Wenn die Solvenz der Versicherungsunternehmen langfristig sichergestellt werden soll, wird die Notwendigkeit einer Querfinanzierung dieser Bestände durch offene Bestände somit unausweichlich.

Die Unterscheidung der FINMA nach möglichst gleichwertigen Produkten für ein Übertrittsrecht gegenüber mindestens gleichwertigen Produkten für Tarifanpassungen ist praktisch unhaltbar. Ein Produktschliessungsentscheid mit zugehörigem Übertrittsangebot kann nicht unabhängig von künftigen Tarifanpassungsmöglichkeiten gefällt werden.

Dem Schutz der Versicherten vor übermässigen Prämien wird mit dem bestehenden Übertrittsrecht hinlänglich Rechnung getragen. Eine Aufhebung der Ausnahmeklausel hingegen

gefährdet diesen Schutz, indem durch Querfinanzierung aus anderen Produkten neue Ungleichbehandlungen geschaffen werden.

Die beschriebenen Effekte sind insbesondere vor dem Hintergrund der strikten Margenkriterien als problematisch zu bewerten. Der Spielraum für solche Querfinanzierungen müsste bei der Prämien genehmigung für offene Produkte explizit Berücksichtigung finden.

Die Wirkungsanalyse (Erläuterungsbericht Abschnitt 6.3) stellt fest: «Hieraus ergeben sich zukünftig geringere Prämien erhöhungen als bisher, womit daraus resultierende technische Verluste nicht ausgeschlossen werden können.». Wirkungsanalysen sollen wenn möglich auch quantitative Angaben enthalten. Die FINMA ist im Besitz der dazu notwendigen Daten ist. Diese Wirkungsanalyse sollte auch die Wechselwirkung mit den revidierten Rz 8f. berücksichtigen, da die Aufhebung der Ausnahmeklausel deren langfristige Auswirkung verstärkt. Ohne Kenntnis der Auswirkungen der Regulierungsänderung sieht sich die SAV nicht in der Lage, der angestrebten Änderung zuzustimmen.

Rz 39 beschränkt die Tarifierpassung unter Vorbehalt von Rz 39.3 auf den «Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung».

Für Produkte mit zeitlicher Umverteilung, führt die bislang nicht berücksichtigte exogene Teuerung aufgrund des Äquivalenzprinzips zu einer überproportionalen Tarifierpassung. Das kommt daher, dass die Prämien gemäss Rz 10 die künftige Inflation nicht enthalten. Die Alterungsrückstellung finanziert die künftigen Leistungen nur auf dem bestehenden Kostenniveau vor, und deshalb muss die Teuerung auf dem Teil der Leistungen, der in der Alterungsrückstellung abgedeckt ist, nachfinanziert werden. Da dies in der Vergangenheit zu Missverständnissen geführt hat, ist dieser Sachverhalt in der Teilrevision zu präzisieren.

Der beschriebene Effekt tritt nicht nur bei Produkten mit Eintrittsalterstarif auf, sondern auch bei Produkten mit Lebensalterstarif, wenn z.B. die Progression der Prämien mit dem Alter limitiert ist. Weil dann nicht jede Altersklasse selbsttragend ist, führt das ebenfalls zu einer Umverteilung über die Zeit.

Ebenfalls tritt der Effekt auf, unabhängig davon, ob das Produkt offen oder geschlossen ist.

Antrag:

13. Rz 39 ergänzen mit: «Für Produkte mit einer *zeitlichen Umverteilung* (mit Eintrittsalterstarif, Lebensalterstarif oder Mischform) erfolgt die Tarifierpassung unter Berücksichtigung des *Äquivalenzprinzips*».
14. Rz 39.3 ergänzen mit: «Für Produkte, bei denen ein Übertrittsrecht in gleichwertige offene Bestände gemäss AVO. Art. 156 besteht, sind die teuerungsbedingten Erhöhungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt.»

Zulässigkeit von Prämien erhöhungen (Rz 39.1)

Aus dem gleichen Grund wie in der Diskussion von Rz 9 ist eine prospektive Sicht angemessen.

Antrag:

15. Rz 39.1 ergänzen mit: «Überschreitet das technische Ergebnis des zuletzt abgeschlossenen Geschäftsjahres, **prospektiv angepasst um im kommenden Geschäftsjahr zu erwartende Änderungen, [...]**»

Korrekturen (Rz 39.2)

Die Begriffe «nicht konsistent» und «inadäquat» sind nicht definiert, lassen einen erheblichen Interpretationsspielraum und führen zu Unsicherheit. Insbesondere bleibt offen, ob bei solchen Anpassungen anerkannte versicherungsmathematische resp. betriebswirtschaftliche Methoden zur Anwendung kämen, was zwingend erforderlich wäre.

Das im Erläuterungsbericht Abschnitt genannten Kriterium wie «Ausreisser in der Entwicklung im Vergleich zur entsprechenden Zeitreihe» ist nicht ohne Weiteres mit anerkannten versicherungsmathematischen Methoden vereinbar, denn ohne Kenntnis der Gründe ist eine mechanistische Anpassung nicht sachgemäss.

Ausserdem verfügt die FINMA nicht über ausreichende Informationen, um eigens Korrekturen vorzunehmen und damit deren Auswirkungen und Risiken abzuschätzen, die sie nicht selbst trägt. Es wäre anzuraten, dass die FINMA ihr Handeln darauf begrenzt, von der Gesellschaft ergänzende Informationen und etwaige Korrekturen einzufordern.

Antrag:

16. Rz 39.2 soll ersatzlos gestrichen werden.

Erhöhungen über die exogene Teuerung (Rz 39.3)

Zur Definition des zentralen Begriffs «exogene Teuerung» im Glossar strebt die SAV eine wichtige Präzisierung an. Diese wird im letzten Abschnitt dieses Dokuments begründet und dargestellt.

Rz 39.3 beschränkt Tarifierhöhungen auf die bislang noch nicht berücksichtigte exogene Teuerung, ausser vom Tarif gehe aufgrund von «in Art oder Ausmass unvorhersehbaren Entwicklungen in der Krankenzusatzversicherung» eine Solvenzgefährdung aus.

Es ist im Einzelfall unklar, was unter der Zusatzbedingung «in Art oder Ausmass unvorhersehbare Entwicklungen in der Krankenzusatzversicherung» zu verstehen ist. Würde diese Zusatzbedingung im Einzelfall als nicht erfüllt betrachtet, könnte die FINMA eine Tarifierhöhung auf Basis von Rz 39.3 verweigern, auch wenn eine Solvenzgefährdung besteht. Dies würde jedoch gegen Art. 38 VAG verstossen, das keine solche Zusatzbedingung vorsieht. Da es weder eine technische noch eine juristische Begründung für diese Zusatzbedingung gibt, ist darauf zu verzichten.

Abgesehen davon ist Rz 39 zwar genau so konstruiert, dass die von Art. 38 VAG vorgegebene Untergrenze im Hinblick auf Solvenzgefährdung eingehalten wird. Aus der im selben Artikel vorgegebenen Obergrenze (Tarifmissbrauch) lässt sich jedoch nicht direkt ableiten,

dass die Regulierung die Bedingungen für Tarifierpassungen derart stark einschränken muss. Es gibt Regulierungsvarianten, die ebenfalls im Einklang mit Art. 38 sind, aber weniger weit gehen. Die Regelung ist somit mit Art. 7 Abs. 2 FINMAG nicht ohne Weiteres vereinbar.

Die vorliegende Teilrevision ändert die Regelungen zu Tarifen und Tarifierpassungen, ohne dabei die versicherungstechnischen Rückstellungen zu berücksichtigen. In der Begründung zum obigen Antrag 13 wurde am Beispiel der exogenen Teuerung bereits gezeigt, dass diese beiden Aspekte der Versicherungstechnik nicht getrennt betrachtet werden können. Nachfolgend werden weitere Beispiele diskutiert, wo die Regelungen betreffend Tarifierpassungen aus versicherungsmathematischer Sicht zu ergänzen sind.

Bei Produkten mit Umverteilung über die Zeit (z.B. Produkte mit Eintrittsalterstarifierung, aber auch andere), führt eine Änderung der technischen Berechnungsgrundlagen (wie z.B. Diskontsatz, Sterbetafel) versicherungsmathematisch zu einem Anpassungsbedarf, der nicht auf die exogene Teuerung zurückzuführen ist.

- Anpassung aufgrund einer Änderung des Diskontsatzes
Die Angemessenheit des Tarifs eines Produktes mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren wird mittels einer Barwertbetrachtung über die Restlaufzeit beurteilt. Es wird ein Produkt ohne Zinsgarantie betrachtet (wie in der Krankenzusatzversicherung üblich). Wegen der Diskontierung mit dem technischen Zinssatz ergibt sich ein Zinsrisiko: Ein niedriger Zinssatz erhöht den Bedarf von Alterungsrückstellungen, was eine Finanzierungslücke ergibt. Dieses exogene Risiko ist (wie die exogene Teuerung) nicht im Voraus kalkulierbar. Falls in der Vergangenheit erzielte Überschüsse der Anlagerendite gegenüber dem technischen Diskontsatz nicht ausreichen, um die Finanzierungslücke zu schliessen, muss eine Nachfinanzierung mit Tarifierhöhung möglich sein. Dieser Vorgang ist versicherungsmathematisch bedingt und kann nicht als missbräuchlich angesehen werden, da das Versichertenkollektiv über die Prämien und erzielten Anlagerenditen die eigenen Leistungen finanziert.
- Anpassung aufgrund einer Änderung der Sterbetafel
Das gleiche Argument gilt sinngemäss für die dem Tarif zugrunde liegende Sterbetafel. Nimmt die Lebenserwartung gegenüber der dem Tarif zugrunde liegenden Sterbetafel ab, dann fallen (bei morbider Langlebigkeit) mehr Jahre mit hohen Leistungen an. Die Umstellung der Tarifgrundlage führt zu einem Nachfinanzierungsbedarf der Alterungsrückstellung. Unter analogen Überlegungen wie im obigen Beispiel muss eine Nachfinanzierung mit Tarifierhöhung möglich sein.

Antrag: (zusätzlich zum obigen Antrag 14)

17. Rz 39.3 ändern in: «Eine über den Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung hinausgehende Tarifierhöhung ist ausnahmsweise zulässig, sofern ~~in Art oder Ausmass unvorhersagbare Entwicklungen in der Krankenzusatzversicherung dazu führen, dass~~ vom Tarif eine Solvenzgefährdung des Versicherungsunternehmens ausgeht.

18. Rz 39.3 ergänzen mit: «Für Produkte mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren können die Tarife bei versicherungsmathematisch begründeten Änderungen der technischen Grundlagen (wie technischer Diskontsatz, Sterblichkeit) angepasst werden, sofern der Versicherer zeigen kann, dass in der Vergangenheit etwaig erzielte Überschüsse gegenüber den bisherigen technischen Grundlagen nicht ausreichen, um die durch die Änderung entstandene Finanzierungslücke vollständig zu schliessen.»

Ausserordentliche Anpassung (Rz 40–44)

Aus dem Erläuterungsbericht geht nicht hervor, aus welchem Grund auf die Möglichkeit ausserordentlicher Tarifanpassungen verzichtet werden muss. Im Abschnitt 3.12 des Erläuterungsberichtes erklärt die FINMA nur, dass diese bei Umsetzung der angestrebten Änderungen in Rz 38–39.3 überflüssig würde. Ein zwingender Grund für die angestrebte Praxisänderung wird nicht angegeben. Aus diesem Grund ist an der bewährten Praxis festzuhalten.

Es ist unverständlich, inwiefern Rz 38-39.3 beispielsweise Rz 41 ersetzt. Die neu unter Rz 39.3 erwähnte Solvenzgefährdung kann nicht gleich gestellt werden mit der bisherigen Bedingung «wenn sich das technische Ergebnis nachhaltig ausserhalb des zulässigen Rahmens bewegt». Die im ersten Unterabschnitt vorgebrachten Kommentare zur Untergrenze des technischen Ergebnisses von 0 % gelten sinngemäss. Insbesondere fehlt eine Wirkungsanalyse gemäss Art. 7 der Verordnung zum FINMAG.

Antrag:

19. Bisherige Rz 40–44 beibehalten (vgl. Antrag 10, dort für bestehende Produkte).

20. Rz 39 ergänzen mit «vorbehaltlich Rz 39.3 **und 40ff**»

Technische Erklärungen im Geschäftsplan und Liste der Dokumente (Rz 45-56, 63-75)

Die SAV begrüsst die Straffung des Rundschreibens und geht davon aus, dass bei einer etwaigen Anpassung der Anforderungen im Rahmen der Überführung in eine Wegleitung deren Verhältnismässigkeit gewahrt bleibt.

Glossar – Abschlüge

Antrag: Siehe obiger Antrag 11.

Glossar – Exogene Teuerung

Die exogene Teuerung ist im Rundschreiben 2010/03 definiert als: «Zunahme des Schadenaufwandes pro Versicherten abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandsveränderungen».

Diese originale Definition ist auf den Bestand eines Produktes bezogen und nicht auf den Gesamtmarkt, weil sie Bestandsveränderungen berücksichtigt, und da auch der mittlere Schadenaufwand pro Versicherten eine Bestandsgrösse ist. Sie kann sich aufgrund der unterschiedlichen Bestandsstruktur oder wegen unterschiedlicher Deckung zwischen ähnlichen Produkten auf dem Markt erheblich unterscheiden.

In der Vorkonsultation hatte die FINMA eine Änderung der «Definition auf Basis allgemeiner, langjähriger Marktentwicklungen» vorgeschlagen. Es ist zu begrüessen, dass in der vorliegenden Teilrevision von dieser Änderung abgesehen wurde, und zwar aus den folgenden Gründen:

Da Tarifierung und Tarifieranpassungen auf Produktebene festgelegt werden, muss auch die exogene Teuerung produktbezogen definiert werden und nicht über einen Marktdurchschnitt. Dies weil sich Leistungskataloge, Selbstbehalte, regionale Ausprägungen, usw. zwischen Produkten erheblich unterscheiden.

Eine marktweite exogene Teuerung stünde auch im Widerspruch zu anderen Bestimmungen des Rundschreibens. Rz 30f. soll eine Ungleichbehandlung und das damit einhergehende Antiselektionsrisiko innerhalb eines Produktes bei der Festlegung des Tarifs vermeiden. Hingegen würde eine spätere undifferenzierte Anpassung des Tarifs diese Differenzierung wieder aushebeln.

Ausserdem ist die unreflektierte Übernahme eines marktweit bestimmten Parameters für ein spezifisches Portfolio nicht mit versicherungsmathematischen Prinzipien vereinbar, ohne dass die Zweckmässigkeit dieses Parameters nachgewiesen ist.

Die in der Vorkonsultation vorgeschlagene Definition hätte unerwünschte Nebenwirkungen. Für Produkte mit einer exogenen Teuerung unter dem Marktdurchschnitt würde eine Definition der marktweiten exogenen Teuerung zu ungerechtfertigten Tarifierhöhungen führen. Umgekehrt würde sie für Produkte mit überdurchschnittlicher exogener Teuerung zu nicht auskömmlichen Tarifen führen, mit adversen Implikationen auf die Substanz des Versicherers und letztlich auf die Solvenz. Die fehlende Differenzierung würde das Antiselektionsrisiko erhöhen. Ebenso würde der Begriff «langjährig» zu stark einschränken, da er auf schnelle Veränderungen zu träge reagiert.

Gemäss Abschnitt 2.9 des damaligen Anhörungsberichts zum RS 2010/03 würde der Begriff exogene Teuerung extensiv ausgelegt werden. Hingegen fällt auf, dass die FINMA in letzter Vergangenheit im Prozess der präventiven Tarifierkontrolle mit einer marktweiten exogenen Teuerung argumentiert hat, und Abschnitt 6.3 des Erläuterungsberichts nimmt ebenfalls Bezug auf die Marktentwicklung. In der angestrebten Teilrevision wird jedoch auf eine Änderung der Definition im Sinne der Vorkonsultation verzichtet. Die Teilrevision des Rundschreibens soll diesbezüglich die notwendige Klarheit schaffen.

Die SAV regt an, dass die FINMA eine marktweite Analyse der exogenen Teuerung anstellt. Im Einzelfall stellt sich in der Praxis die Frage, aus welchem Grund die für ein Produkt resp. eine Produktgruppe innerhalb einer Gesellschaft ermittelte exogene Teuerung vom Marktdurchschnitt abweicht. Diese an sich berechnete Frage kann von der Gesellschaft nicht beantwortet werden, da sie keinen Zugang zu den Daten der Mitbewerber hat. Deshalb sollte

im Rahmen einer solchen marktweiten Analyse nicht nur ein Marktmittelwert ermittelt werden, sondern auch die Streuung zwischen den einzelnen auf dem Markt verfügbaren Produkten und deren Gründe untersucht werden.

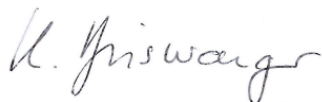
Antrag:

21. Definition «Exogene Teuerung» ergänzen mit: «Die exogene Teuerung wird im jeweiligen Produkt bzw. in der jeweiligen Produktgruppe innerhalb der Gesellschaft beobachtet.»

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Schweizerische Aktuarvereinigung



Dr. Klemens Binswanger
Präsident



Dr. Christian Jaggy
Leiter Krankenversicherung

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Camille Bosgiraud
Laupenstrasse 27
3003 Bern
regulation@finma.ch

Zürich, 2. November 2020

FINMA-Rundschreiben 2010/3 «Krankenversicherung nach VVG» – Teilrevision

Sehr geehrte Frau Bosgiraud

Besten Dank für die Zustellung der Unterlagen zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3 «Krankenversicherung nach VVG» und die Möglichkeit, im Rahmen der Anhörung Stellung nehmen zu können.

Der SVV hat sich bereits anlässlich der Vorkonsultation kritisch zu diesem Regulierungsvorhaben geäußert und seine Bedenken eingebracht. Er erachtet die geplante Teilrevision des Rundschreibens weiterhin als nicht im Sinne der neuen Verordnung zum Finanzmarktaufsichtsgesetz (FINMAG), welche die Aufgaben der FINMA und die Regulierungsgrundsätze konkretisiert und am 1. Februar 2020 in Kraft getreten ist.

Gemäss Art. 5 Abs. 2 der Verordnung zum FINMAG dienen Rundschreiben ausschliesslich der Rechtsanwendung und dürfen folglich keine rechtsetzenden Bestimmungen enthalten. Sie sind aufgrund ihrer vollzugslenkenden Funktion als Verwaltungsverordnungen zu qualifizieren, welche keine Rechte und Pflichten der Einzelnen zu begründen vermögen. Sie erläutern aber, wie die FINMA ihren vom Gesetz- und Ordnungsgeber eingeräumten Spielraum nutzen soll. Dabei hat die FINMA in jedem Fall die geltende Rechtslage zu berücksichtigen.

Im Erläuterungsbericht zum Rundschreiben hält die FINMA in Ziff. 5 «Regulierungsgrundsätze» fest, eine Differenzierung der Beaufsichtigten sei bei der vorliegenden Materie nicht sachgerecht. Hiermit wendet die FINMA jedoch übergeordnetes Recht nicht an (Art. 7 Abs. 2 lit. c FINMAG). Mit dem Verzicht auf die Differenzierung und der Einführung einer generellen Limitierung trägt die FINMA dem von einem bestimmten Versicherungsunternehmen getragenen Risiko nicht ausreichend Rechnung, im Einzelfall kann dies – je nach Unternehmen – zu unverhältnismässigen Resultaten führen.

So müsste bspw. bei der Erheblichkeitsschwelle eine Ausnahmebestimmung in das Rundschreiben aufgenommen werden, wonach ein Unternehmen trotz Überschreitung der Grenzwerte den Nachweis erbringen kann, dass keine Missbräuchlichkeit vorliegt.

Da die unternehmensspezifischen Gegebenheiten nicht gesetzeskonform differenziert werden, verursachen die Ergänzungen im Rundschreiben mehr Kosten, ohne entsprechenden Nutzen. Auch wird der innovations- und konkurrenzfähige Versicherungsmarkt Schweiz beeinträchtigt, weil die weit umschriebenen Missbrauchstatbestände den Wettbewerb praktisch ausschliessen. Eine Genehmigung von individuellen Lösungen nach Art. 38 VAG würde damit zum Vornherein gar nicht erteilt werden können. Der SVV erachtet diese fehlende Differenzierung als Verstoß gegen übergeordnetes Recht.

Das neue Rundschreiben soll gemäss FINMA auf bestehende Versicherungsverträge angewendet werden. Eine solch umfassende Auslegung des Rundschreibens ist äusserst problematisch, da die versicherungstechnischen Folgen der geänderten Regulierung insbesondere für bestehende Produkte gravierend sein können.

Ausserdem blendet das neue Rundschreiben eine prospektive versicherungstechnische Begründung für Tarifanpassungen komplett aus, obschon die Tarife eben für die Zukunft beantragt werden. Hinzu kommt, dass mehrere im Entwurf und Erläuterungsbericht der FINMA verwendete Begriffe wie «neue Verträge», «Familie» oder «Deckungsbeitrag» einer Präzisierung bedürfen.

Neben diesen allgemeinen Feststellungen finden Sie die weiteren konkreten Bemerkungen und Anregungen zu den einzelnen Randziffern im separaten Formular bzw. Raster.

Der SVV ersucht die FINMA darum, dass das teilrevidierte Rundschreiben in Einklang mit der Verordnung zum FINMAG gebracht wird.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Urs Arbter

Leiter Ressort Versicherungspolitik und Regulierung
Stellvertretender Direktor



Dominik Gresch

Leiter Bereich Kranken- und Unfallversicherung

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Versicherungsverband

Abkürzung der Firma / Organisation : SVV

Adresse : Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14, Postfach, 8022 Zürich

Kontaktperson : Dominik Gresch

Telefon : +41 44 208 28 29

E-Mail : dominik.gresch@svv.ch

Datum : 02.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen des SVV zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3	3
Bemerkungen des SVV zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3	4

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

Allgemeine Bemerkungen des SVV zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3	
Name / Firma	Bemerkung / Anregung
SVV	<p>Im Erläuterungsbericht zum Rundschreiben hält die FINMA in Ziff. 5 «Regulierungsgrundsätze» fest, eine Differenzierung der Beaufsichtigten sei bei der vorliegenden Materie nicht sachgerecht. Hiermit wendet die FINMA jedoch übergeordnetes Recht nicht an (Art. 7 Abs. 2 lit. c FINMAG). Mit dem Verzicht auf die Differenzierung und der Einführung einer generellen Limitierung trägt die FINMA dem von einem bestimmten Versicherungsunternehmen getragenen Risiko nicht ausreichend Rechnung, im Einzelfall kann dies – je nach Unternehmen – zu unverhältnismässigen Resultaten führen. So müsste bspw. bei der Erheblichkeitsschwelle eine Ausnahmebestimmung in das Rundschreiben aufgenommen werden, wonach ein Unternehmen trotz Überschreitung der Grenzwerte den Nachweis erbringen kann, dass keine Missbräuchlichkeit vorliegt.</p> <p>Da die unternehmensspezifischen Gegebenheiten nicht gesetzeskonform differenziert werden, verursachen die Ergänzungen im Rundschreiben mehr Kosten, ohne entsprechenden Nutzen. Auch wird der innovations- und konkurrenzfähige Versicherungsmarkt Schweiz beeinträchtigt, weil die weit umschriebenen Missbrauchstatbestände den Wettbewerb praktisch ausschliessen. Eine Genehmigung von individuellen Lösungen nach Art. 38 VAG würde damit zum Vornherein gar nicht erteilt werden können.</p> <p>Der SVV erachtet die fehlende Differenzierung als Verstoß gegen übergeordnetes Recht.</p>

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

Bemerkungen des SVV zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3			
Titel	Rz	Bemerkung / Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Technisches Ergebnis	8	<p>Die FINMA darf gestützt auf Art. 38 VAG nur dann Korrekturen in der Tarifierung anordnen, wenn sie Missbräuche feststellt. Hierbei ist auf die Erheblichkeit gemäss Bundesgericht abzustellen. Die Quantifizierung eines fixen Prozentsatzes ist nur insoweit zulässig, als auch Abweichungen davon geregelt werden. Sind fixe Grenzen im Einzelfall unverhältnismässig, liegt eine Kompetenzüberschreitung vor sowohl hinsichtlich der Obergrenze des technischen Ergebnisses wie auch der Interventionsschwelle für Tarifsenkungen. Prozentsätze sind zwar leicht anzuwenden, erschweren aber die Beurteilung der unternehmerischen Individualität, weshalb im Rundschreiben sachbezogene Ausnahmetatbestände formuliert werden müssen.</p> <p>Die FINMA begründet die genannten Schwellen nicht, sondern stellt auf die «bestehende Praxis» ab. Diese rein vergangenheitsbezogene Sichtweise ist aus Sicht des SVV weder aus Gesetz noch Rechtsprechung abzuleiten. Vielmehr muss eine zukunftsgerichtete Betrachtung berücksichtigt werden, wonach bei der Tarifgestaltung auch z. B. künftige technologische Entwicklungen miteinbezogen werden, soweit sie zu Einsparungen bzw. Ausdehnungen bei den Leistungen führen.</p> <p>Für den SVV ist diese Bestimmung unvereinbar mit Art. 7 FINMAG und Art. 5 Verordnung zum FINMAG, da sie den Rahmen einer fachtechnischen Bestimmung von untergeordneter Bedeutung deutlich übersteigt. Es fehlt auch eine Wirkungsanalyse, was wiederum gegen Art. 7 Verordnung zum Finanzmarktaufsichtsgesetz verstösst.</p> <p>Es ist zu befürchten, dass durch die Aufhebung der Nullgrenze und die Einführung der Grenze von 10 % eine Querfinanzierung stattfindet, was zu unterschiedlichen Gewinnmargen und einer Ungleichbehandlung führt.</p> <p>Der Begriff «neue Verträge» ist nicht klar definiert.</p>	<p><u>Antrag auf Streichung:</u></p> <p>Die Änderung von Rz 8 ist zu streichen und die bisherige Version beizubehalten.</p> <p><u>Alternativer Antrag auf Präzisierung:</u></p> <p>Wird die Änderung beibehalten, bedarf der Begriff «neue Verträge» einer Präzisierung.</p> <p>Falls die Obergrenze von 10 % bestehen bleibt, muss das versicherungstechnische Ergebnis mindestens null sein. Sachbezogene Ausnahmetatbestände sind zu definieren.</p>

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

		<p>Es ist unverständlich, weshalb das versicherungstechnische Ergebnis nur bei neuen Produkten mindestens null sein soll. In der Praxis ist dies gar nicht möglich, da bei einem neu lancierten Produkt das versicherungstechnische Ergebnis aufgrund der Entwicklungskosten und der Provisionen zwangsläufig negativ ist. Andererseits sollte gerade bei geschlossenen Produkten das versicherungstechnische Ergebnis mindestens null sein.</p> <p>Im Rahmen von Sinn und Zweck der legislatorischen Vorgaben von Art. 38 VAG und Art. 117 Abs. 2 AVO bedarf es der Formulierung von sachbezogenen Ausnahmetatbeständen.</p> <p>Im Übrigen erlaubt sich der SVV, darauf hinzuweisen, dass die Forderung nach einem nicht negativen Ergebnis im Widerspruch zu nachfolgenden Vorschriften dieses Rundschreibens stehen kann. Deshalb steht für den SVV die Forderung eines nicht negativen Ergebnisses im Vordergrund.</p>	
<p>Missbräuchlich hohe Tarife</p>	<p>9</p>	<p>Obige Bemerkungen zu Rz 8 sinngemäss.</p> <p>Unabhängig von den Werten sollen sich allfällige Interventionsschwellen auf die projizierten zukünftigen Jahre beziehen und nicht auf vergangene Jahre. Insbesondere wenn bereits in der Vergangenheit Prämienanpassungen (Prämiensenkungen) vorgenommen wurden, basieren die Combined Ratios der vergangenen Jahre auf veralteten Grundlagen.</p> <p>Bei neuen Produkten sind die Leistungen in den ersten Jahren unterdurchschnittlich, da der Bestand anfänglich nur aus neu eingetretenen Versicherungsnehmern besteht, die vor Vertragsabschluss eine Gesundheitsprüfung absolviert haben. Im Gegenzug fallen bei Vertragsabschluss höhere Verwaltungskosten an. Beide Effekte verzerren die Ergebnisse in den Anfangsjahren stark. Die neue Regelung könnte dazu führen, dass bei einem auf lange Sicht fair tarifierten neuen Produkt wegen Rz 9 Prämienreduktionen gemacht werden müssten, die dann mittel- bis langfristig zu nicht auskömmlichen Tarifen führen, ohne die Möglichkeit einer Wiederanhebung (falls keine Solvenzgefährdung vorliegt).</p>	<p><u>Antrag auf Streichung:</u></p> <p>Die Änderung von Rz 9 ist zu streichen und die bisherige Version beizubehalten.</p> <p><u>Alternativer Antrag auf Ergänzung:</u></p> <p>Werden die Änderungen beibehalten, sind erfolgte Prämienenkungen miteinzubeziehen sowie Ausnahmetatbestände zu definieren. Ausserdem findet Rz 9 in den Anfangsjahren nach Einführung eines neuen Produktes keine Anwendung.</p>

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

<p>Tarifmerkmale und Transparenz</p>	<p>31</p>	<p>Der Versicherungsnehmer wird in den AVB darauf hingewiesen, dass ein Wechsel in eine der genannten höheren Altersklasse in aller Regel mit einer Erhöhung der Prämien verbunden ist.</p> <p>Auf die konkrete Angabe von Prämiendifferenzen oder Prozentsätzen soll jedoch verzichtet werden. Damit wird verhindert, dass bei jeder Prämienanpassung auch die AVB überarbeitet werden müssen und damit auf beiden Seiten beträchtlicher administrativer Aufwand entsteht.</p>	<p><u>Antrag auf Ergänzung:</u></p> <p><i>Die Altersklassen und die Auswirkungen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie sind in den AVB aufzuführen, <u>jedoch ohne dass sie quantifiziert werden müssen.</u></i></p>
<p>Ausnahme</p>	<p>32</p>	<p>Begriff «Familie»:</p> <p>Der Wortlaut ist hinsichtlich der betroffenen Bezugspersonen unklar. In Ziff. 3.5 Erläuterungsbericht, hat die FINMA Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen im Fokus. Gemäss Wortlaut von Rz 32 sind Kinder, junge Erwachsene und Familien erwähnt, was so ausgelegt werden kann, dass in einer «Familie» nicht zwingend Kinder / junge Erwachsene vorhanden sein müssen.</p> <p>Bezugsgrösse von Familienrabatten:</p> <p>Für den SVV ist die Bezugsgrösse von Familienrabatten nicht genügend eindeutig und damit auslegungsbedürftig. Die FINMA geht in ihrem Vorschlag aus Sicht des SVV von einer Produktsicht aus. Dies widerspricht nach Meinung des SVV jedoch dem Entlastungsgedanken, da die Rabatte auf Produkte von Kindern und jungen Erwachsenen aufgrund der ohnehin schon eher tieferen Prämien nur marginal sind und keine wirkliche Entlastung bedeuten. Deshalb muss die gesamte Familie von Abschlägen profitieren können, wenn Kinder und junge Erwachsene Teil davon sind (Gesamtportfolio-Sicht).</p> <p>Im Sinne der eingangs erwähnten gesetzlichen Verpflichtung der FINMA, die einzelnen Versicherer differenziert zu betrachten, soll die Ausgestaltung der Familienrabatte den einzelnen Unternehmen überlassen werden. Die FINMA hat gestützt auf Art. 38 VAG und Art. 117 Abs. 2 AVO jederzeit die Möglichkeit, einzuschreiten, wenn ihr die Gewährung von Familienrabatten erheblich missbräuchlich erscheint.</p>	<p><u>Antrag auf Präzisierung:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Begriff «Familie» ist in Zusammenhang mit der Ausnahmeregelung zu definieren. 2. Die Bezugsgrösse der Familienrabatte ist den einzelnen Versicherungsunternehmen zu überlassen und von der FINMA im Einzelfall differenziert zu beurteilen.

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

	33	<p>Bisher waren auch andere Solidaritäten in den Tarifen enthalten, so z. B. Geschlecht, Kanton, Mutterschaftsausschluss und weitere. Diese werden im Rundschreiben nicht erwähnt. Falls das Geschlecht nicht als Teil des Begriffes «Familie» definiert wird (vgl. dazu die Ausführungen zu Rz 32) und somit keine Ausnahme darstellt, kann dies eine erhebliche Ungleichbehandlung sein, die aber bei bestehenden Verträgen nicht verändert werden darf, da eine Tarifrevision nicht möglich ist. Für diese Fälle besteht keine Lösung.</p> <p>Fraglich ist somit, ob nicht auch in Bezug auf die Tarife vom verfassungsmässigen Grundsatz zur Gleichbehandlung abgewichen werden kann, soweit sich die Ungleichbehandlung sachlich rechtfertigen lässt.</p> <p>Zulässig müssten alle Ungleichbehandlungen sein, die gemäss verfassungsmässigen Grundsätzen ihre Rechtfertigung in sachlichen Unterscheidungen finden. Gerade bei den kantonalen Prämien weichen die Vorgaben, historisch bedingt, teilweise deutlich vom Ist-Zustand ab. Hier braucht es Übergangsfristen und die Möglichkeit überexogener Tarifanpassungen.</p>	<p><u>Antrag auf Beibehaltung:</u></p> <p>Die bisherige Rz 33 ist beizubehalten.</p>
	34	<p>Bei Wiedereinführung der Rz 40-44 zur technischen Revision soll die bisherige Rz 34 beibehalten werden so, dass die genehmigten Tarifmerkmalen sowie die wesentliche Struktur der Tarifklassen nur in Zusammenhang mit einer grundlegenden technischen Revision geändert werden dürfen.</p>	<p><u>Antrag auf Beibehaltung:</u></p> <p>Die bisherige Rz 34 ist beizubehalten.</p>
Abschläge	35	<p>Es muss unterschieden werden zwischen Abschlägen, die in das versicherungstechnische Ergebnis einfließen (und somit auf die Versicherten überwälzt werden) und solchen, die die Gesellschaften ausserhalb des versicherungstechnischen Ergebnisses führen (also durch Eigenkapital finanziert werden). Auf letzteres darf die FINMA keinerlei Einfluss haben.</p> <p>Die Definition im Abschnitt 3.7 des Erläuterungsberichts, wonach «jegliche geldwerte Vorteile» als Tarifbestandteile erfasst werden, ist nicht praxistauglich.</p>	<p><u>Antrag auf Ergänzung:</u></p> <p><i>Ausgenommen sind Rabatte, die Gesellschaften ausserhalb des versicherungstechnischen Ergebnisses führen.</i></p>

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

	<p>Entsprechende Vorteile müssten mindestens bis zu einem gewissen Mass ausserhalb des Tarifs möglich sein. Ansonsten müsste jedes Marketinggeschenk als Tarifmerkmal erfasst werden. Hier liegt auch ein Widerspruch zur Definition der Abschläge gemäss Glossar – bei dieser wird nämlich auf die Prämie referenziert, folgerichtig wären ausserhalb der Tarife finanzierte Werbegeschenke nicht Teil davon. Dies entspricht auch dem Bundesgerichtsurteil, gemäss welchem Rabatte im Sinne von «Marketingmassnahmen zur Gewinnung von Neukunden» zulässig seien.</p> <p>Es muss deshalb nebst den technisch begründbaren und technisch nicht begründbaren Abschlägen eine weitere Kategorie zulässig sein, die gerade nicht unter die genannte Grenze von 10 % fällt, beispielsweise in Form von Werbegeschenken, befristeten Reduktionen oder aber Rabatten, die von externen Partnern gewährt werden.</p>	
36	<p>Die Zuordnung von Abschluss- und Verwaltungskosten auf die Produkte basiert auf betriebswirtschaftlichen Methoden (nicht versicherungsmathematischen). Das gleiche gilt für die Begründung von tieferen Abschluss- und Verwaltungskosten aufwendungen.</p>	<p><u>Antrag auf Änderung:</u></p> <p><i>Eine technische Begründung liegt vor, soweit tiefere Abschluss-/Verwaltungskosten <u>nach betriebswirtschaftlichen Methoden</u> oder ein tieferer Schadenerwartungswert nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden nachweisbar sind.</i></p>
37	<p>Begriff der Erheblichkeit:</p> <p>Die FINMA kann nur bei qualifizierter Ungleichbehandlung einschreiten, das Kriterium der Erheblichkeit ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in jedem Einzelfall zu prüfen. Bei der Definition des unbestimmten Rechtsbegriffes der Erheblichkeit, ist die FINMA an die Vorgaben des Bundesgerichts gebunden. Das Bundesgericht hat den Versicherungsunternehmen weiterhin «grosse Spielräume belassen und einzig die missbräuchliche Gestaltung bestimmter Vertragsbedingungen [untersagt]» (Urteil BGer 2C_717/2017, Erw. 6.4).</p>	<p><u>Antrag auf Präzisierung:</u></p> <p>Die Grenze von 10 % darf nur ein Richtwert im Sinne eines Auslenungskriteriums und nicht ein fixer Wert sein. Der Ausnahmetatbestand muss deshalb möglich sein.</p>

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

	<p>Das Kriterium ist nur dann erfüllt, wenn der Unterschied als erheblich gelten muss; eine Ungleichbehandlung an sich reicht nicht aus. Die FINMA drückt dies aus, indem sie auf die Begriffe «stark unterscheiden» bzw. «deutlich unterschiedlich» abstellt, diese aber nicht konkretisiert.</p> <p>Bandbreite der Erheblichkeit:</p> <p>Das Bundesgericht nimmt eine «wesentliche» Änderung im sozialversicherungsrechtlichen Kontext an, wenn eine Leistungsanpassung von mind. 10 % bewirkt wird (BGE 143 V 91, 94f). Erstens sind die Begriffe «wesentlich» und «erheblich» nicht gleichbedeutend und zweitens ist eine <u>rein</u> sozialversicherungsrechtliche Betrachtungsweise im Bereich der (privatrechtlichen) Zusatzversicherungen zu eng. Damit ist aus Sicht SVV die Grenze von 10 % zur Erfassung der Missbrauchstatbestände zu tief angesetzt.</p> <p>Zulässig ist gemäss FINMA nur noch der Begriff «Abschläge» für jegliche Form der Begünstigung von Versicherten. Zwar wäre es weiterhin möglich, Vergünstigungen durch Eigenmittel zu finanzieren, diese würden aber inskünftig zum Gesamtvolumen aller Abschläge zählen und damit der 10%-Grenze unterliegen.</p> <p>Da Gutscheine sich nicht an Vertrags- bzw. Referenzprämien orientieren, müssten sie zulässig sein, soweit sie eine gewisse Grenze nicht überschreiten.</p>	
37.2	<p>Es wird ein weiterer unbestimmter Rechtsbegriff («geringer Rahmen») eingeführt. Damit ist die Grenze weiterhin unklar und es stellt sich die Frage, wie man eine branchenweite Gleichbehandlung sicherstellen will.</p> <p>Da sich die Grenze am Gesamtvolumen sämtlicher Abschläge pro Produkt orientiert und im Geschäftsplan als Grenzwert festgehalten werden muss, ist davon auszugehen, dass der Geschäftsplan regelmässig angepasst werden muss, was administrativ sowohl für die Versicherer wie auch für die Aufsichtsbehörde bedeutenden Mehraufwand mit sich bringt.</p>	Kein Antrag.

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

	37.3	Sowohl Produkte wie auch einzelne Kollektivverträge dürfen durch Gewährung von Abschlägen keinen negativen Deckungsbeitrag aufweisen. E contrario würde dies bedeuten, dass Rabatte gestrichen werden müssten, sobald die FINMA beantragte Prämien erhöhungen nicht mehr genehmigt, was zu erheblicher Ungleichbehandlung führen könnte.	<p><u>Antrag auf Anpassung:</u></p> <p>Als erhebliche Ungleichbehandlung (...) gilt namentlich, wenn (...) Abschläge:</p> <p>dazu führen, dass <u>das erwartete technische Ergebnis ein negativer Deckungsbeitrag auf dem Produkt oder auf dem begünstigten Teilbestand bei Kollektiv- und Rahmenverträgen wesentlich tiefer ausfällt als beim Gesamtkollektiventsteht.</u></p>
	37.4	Die Abschläge sollen regelmässig, aber nicht jährlich überprüft werden müssen, sodass eine gewisse Tarifstabilität gegenüber dem Kunden gewährt werden kann.	<p><u>Antrag auf Anpassung:</u></p> <p>Das Versicherungsunternehmen <u>prüft regelmässig</u> die sorgt für die jederzeitige Einhaltung der in Rz 37 ff erwähnten Voraussetzungen.</p>
	37.5	Es ist unklar, ob diese Formulierung nur die technisch begründeten Abschläge betrifft oder jede Art von Abschlägen. Hier besteht ein allfälliger Widerspruch zur VVG-Teilrevision: Art. 35a E-VVG sieht eine dreijährige Mindestlaufzeit vor, die vertraglich verkürzt werden kann, aber nicht muss. Die Abschläge müssen für die Laufzeit von mind. drei Jahren konzipiert werden können. Ansonsten besteht durch die Anweisungen der FINMA ein indirekter Zwang für die Versicherer, die Vertragslaufzeit auf ein Jahr festzulegen und die Möglichkeit der dreijährigen Vertragslaufzeit gar nicht nutzen zu können. Dies wäre ein unzulässiger Eingriff in die materielle Gesetzgebung.	<p><u>Antrag auf Streichung:</u></p> <p>Rz 37.5 ist zu streichen.</p>
Anpassung bestehender Tarife	38	Bei der Anwendung von Art. 156 AVO gelten alle Prinzipien des VAG, somit auch die Anpassungsklauseln. Die gleichzeitige Berücksichtigung von Art. 117 Abs. 2 AVO ermöglicht sachgerechte Lösungen unter differenzierter Berücksichtigung sämtlicher Umstände.	<p><u>Antrag auf Streichung:</u></p> <p>Die Änderung von Rz 38 ist zu streichen und die bisherige Version beizubehalten.</p>

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

	<p>Die Aufhebung der Ausnahmeklausel entspricht somit nicht der Rechtsprechung (z. B. BGE 136 I 197, Urteil BGer 4A 627/205). Eine Rechtsgrundlage für die Beschränkung der teuerungsbedingten Tarifierpassung ist ebenfalls nicht ersichtlich und die FINMA legt keine stichhaltige Begründung für diese Aufhebung dar.</p> <p>Die Aufhebung scheint willkürlich und verunmöglicht Unternehmen ein Übertrittsrecht geradezu, weil praktisch gar nie Gleichwertigkeit gegeben wäre.</p> <p>Weiter ist festzuhalten, dass mit der Aufhebung der Ausnahmeklausel geschlossene Bestände künftig defizitär werden können. Wenn die Solvenz der Versicherer langfristig sichergestellt werden soll, wird eine Querfinanzierung durch offene Bestände unausweichlich. Dem Schutz der Versicherten vor übermässigen Prämien (in geschlossenen Produkten) wird mit dem bestehenden Übertrittsrecht hinlänglich Rechnung getragen. Eine Aufhebung der Ausnahmeklausel hingegen gefährdet diesen Schutz, indem durch Querfinanzierung aus anderen Produkten neue Ungleichbehandlungen geschaffen werden. Dieser Effekt ist insbesondere vor dem Hintergrund der strikten Margenkriterien als problematisch zu bewerten. Falls die Ausnahmeklausel aufgehoben würde, müsste der Spielraum für solche Querfinanzierungen bei der Prämien genehmigung für offene Produkte explizite Berücksichtigung finden.</p> <p>Dass die Argumentation der FINMA im Abschnitt 6.3 des Erläuterungsberichts auf der Marktentwicklung basiert, irritiert, denn weder das Rundschreiben 2010/3 noch die angestrebte Teilrevision stellen bei der Definition der exogenen Teuerung einen Bezug zur Marktentwicklung der Tarife her. Somit ist die Wirkungsanalyse inkonsistent mit der Regulierung.</p> <p>Die Verwendung eines pauschalen, im Markt beobachteten exogenen Teuerungssatzes – wie dies im Moment von der FINMA praktiziert wird – steht im Widerspruch zu Rz 8.</p>	<p><u>Alternativer Antrag auf Ergänzung:</u></p> <p>Wird Rz 38 in der angepassten Form beibehalten, ist <u>Rz 39.3 um die Tarifierpassung in den geschlossenen Beständen zu ergänzen (vgl. nachstehend Ziff. 39).</u></p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

		<p>Bei Produkten mit Alterungsrückstellungen und einer zeitlichen Umverteilung gilt, dass bei einem bestehenden Bestand eine exogene Teuerung zu einer «Nachfinanzierung» führt. Die Prämienhöhung liegt demnach prozentual über der exogenen Teuerung.</p> <p>Eine Anpassung von Tarifen muss generell auch möglich sein</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei begründbar veränderten Verwaltungskosten; – bei bestehenden Produkten, deren Gewinnmargen sich unterhalb der maximal zulässigen Gewinnmarge bewegen (Preisstrategie- und Preisgestaltungshoheit der Unternehmen). 	
Zulässigkeit von Prämien-erhöhungen	39	<p>Für Produkte mit zeitlicher Umverteilung führt die bislang nicht berücksichtigte exogene Teuerung aufgrund des Äquivalenzprinzips zu einer überproportionalen Tarifierhöhung. Dies kommt daher, dass die Prämien gemäss Rz 10 die künftige Inflation nicht enthalten. Die Alterungsrückstellung finanziert die künftigen Leistungen nur auf dem bestehenden Kostenniveau vor, und deshalb muss die Teuerung auf dem Teil der Leistungen, der in der Alterungsrückstellung abgedeckt ist, nachfinanziert werden. Dieser Sachverhalt sollte in der Teilrevision präzisiert werden.</p> <p>Die etablierte Praxis wird umgestossen und bisher objektivierte Definitionen werden weiter verwässert (Begriff der Gleichwertigkeit). Gleichwertigkeit wird auf den tarifrechtlichen Aspekt reduziert und damit ist praktisch gar nie Gleichwertigkeit gegeben.</p> <p>Unter diesen sehr strengen Voraussetzungen scheint eine Tarifierhöhung über die exogene Teuerung praktisch ausgeschlossen. Bei erheblichen Bestandsänderungen mit negativen Auswirkungen auf die Schadenquote sollte es doch weiterhin möglich sein, den Tarif sofort anzupassen.</p>	<p><u>Antrag auf Ergänzung:</u></p> <p><i>Für Produkte mit einer zeitlichen Umverteilung erfolgt die Tarifierhöhung unter Berücksichtigung des Äquivalenzprinzips.</i></p>
	39.1	<p>Für die Prämiengenehmigung ist stets eine prospektive Sicht einzunehmen. Prämienhöhungen sollen bei sich abzeichnenden, grösseren Änderungen im Risiko auch dann genehmigt werden, wenn in der Vergangenheit gute Gewinne erwirtschaftet wurden.</p>	Kein Antrag.

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

<p>Korrekturen</p>	<p>39.2</p>	<p>Die Rz 39.2 ist willkürlich formuliert und schafft folglich einen hohen Interpretationsspielraum. Es ist unklar, was die FINMA unter «inadäquaten Abschluss- und Verwaltungskosten oder inadäquaten Veränderungen der technischen Rückstellungen» versteht. Die im Erläuterungsbericht genannten Kriterien wie «Ausreisser in der Entwicklung im Vergleich zur entsprechenden Zeitreihe» sind unspezifisch, versicherungsmathematisch unzulässig und damit in der Praxis nicht umsetzbar. Ausserdem verfügt die FINMA nicht über ausreichende Informationen, um Korrekturen vorzunehmen und deren Auswirkungen und Risiken abzuschätzen, welche sie nicht selbst trägt. Die FINMA soll sich wie bis anhin darauf begrenzen, Korrekturen zu fordern.</p>	<p><u>Antrag auf Streichung:</u> Rz 39.2 ist ersatzlos zu streichen.</p>
<p>Erhöhung über exogene Teuerung</p>	<p>39.3</p>	<p>Die Rz 39.3 lässt eine Erhöhung über der exogenen Teuerung lediglich zu, wenn der Tarif aufgrund von «in Art oder Ausmass unvorhergesehene Entwicklungen in der Krankenzusatzversicherung» zu einer Solvenzgefährdung führt.</p> <p>Es ist unklar, was unter dieser Zusatzbedingung zu verstehen ist. Würde diese Zusatzbedingung im Einzelfall als nicht erfüllt betrachtet, könnte die FINMA auf Basis von Rz 39.3 auch im Falle einer Solvenzgefährdung eine Tarifierhöhung verweigern, was jedoch gegen Art. 38 VAG verstossen würde. Es besteht weder eine technische noch eine juristische Begründung für diese Zusatzbedingung.</p> <p>Gemäss der Wirkungsanalyse im Erläuterungsbericht können Verluste bei geschlossenen Beständen nicht ausgeschlossen werden. Im schlimmsten Fall führt dies zu substanziellen und solvenzgefährdenden Verlusten für den Versicherer. Wie lässt sich dies mit Art. 38 VAG betreffend die Sicherstellung der Solvenz vereinbaren? Die Formulierung in Rz 39.3 vermittelt den Eindruck, dass die FINMA das Einhalten der oberen Grenze gemäss Art. 38 VAG über die Sicherstellung der Solvenz stellt. Diese Gewichtung lässt sich aus Art. 38 VAG aber nicht ableiten.</p>	<p><u>Antrag auf Anpassung:</u> <u><i>Eine über den Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung hinausgehende Tarifierhöhung ist ausnahmsweise zulässig, sofern in Art oder Ausmass unvorhersehbare Entwicklungen in der Krankenzusatzversicherung dazu führen, dass vom Tarif eine Solvenzgefährdung des Versicherungsunternehmens ausgeht.</i></u></p> <p><u>Antrag auf Ergänzung:</u> <i>Für Produkte mit Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren können die Tarife bei versicherungsmathematisch begründeten Änderungen der technischen Grundlagen (wie technischer Diskontsatz, Sterblichkeit) angepasst werden, sofern der Versicherer zeigen kann, dass in der Vergangenheit etwaig erzielte Überschüsse gegenüber den bisherigen technischen Grundlagen nicht ausreichen, um die durch die Änderung entstandene Finanzierungslücke vollständig zu schliessen.</i></p>

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

		<p>Bei Produkten im Kapitaldeckungsverfahren im Allgemeinen und mit Eintrittsalterstarifizierung im Besonderen muss es zwingend die Möglichkeit geben, aus anderen Gründen als der Solvenzgefährdung Tarifierhöhungen, welche über der exogenen Teuerung liegen, vorzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anpassung aufgrund Diskontierung – Anpassung aufgrund Sterblichkeit <p>Betreffend die Aufhebung der Ausnahme für <u>Tarifanpassung in den geschlossenen Beständen</u> siehe Argumentation unter Rz 38.</p>	<p><u>Wird Rz 38 gemäss Anpassung FINMA belassen, stellt der SVV folgenden Antrag auf Ergänzung:</u></p> <p><i>Für Produkte, bei denen ein Übertrittsrecht in gleichwertige offene Bestände gemäss Art. 156 AVO besteht, sind die teuerungsbedingten Erhöhungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt.</i></p>
<p>Ausserordentliche Anpassung</p>	<p>40-44</p>	<p>Durch die Streichung der bisherigen Ziffern 40-44 im Rundschreiben werden die Grundlagen für ausserordentliche Anpassungen durch eine Revision der technischen Grundlagen eines Tarifes gänzlich ausgehebelt. Diese Beschränkung ist umso problematischer, als dass klare Ausnahmeregelungen im Rundschreiben fehlen. Die Streichung der genannten Ziffern wirkt sich somit kontraproduktiv zu den Anforderungen der Regulierungstätigkeit der FINMA aus.</p> <p>Insbesondere ist festzuhalten, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Umsetzung der Teilrevision bestehende Ungleichbehandlungen aufgelöst werden müssen, was nur im Rahmen einer Tarifrevision möglich ist. – aus dem Erläuterungsbericht nicht hervorgeht, aus welchem Grund auf die Möglichkeit ausserordentlicher Tarifanpassungen und die Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs verzichtet werden soll. 	<p><u>Antrag auf Beibehaltung:</u></p> <p>Die bestehenden Rz 40-44 sind beizubehalten.</p>
<p>Glossar</p>		<p>Aus Rechtssicherheitsgründen müsste die Begrifflichkeit der exogenen Teuerung geklärt und aufgeführt werden. Sinnvoll wäre die Offenlegung der Zeitreihe der FINMA zur exogenen Teuerung am Beispiel der vergangenen drei Jahre.</p> <p>Weiter ist die zufällige Volatilität der Schadenquoten innerhalb der Tarifmerkmale mit der angekündigten Einjahressicht untauglich und führt zu einer unruhigen Tarifentwicklung.</p>	<p><u>Antrag auf Ergänzung:</u></p> <p><i>Exogene Teuerung: Die exogene Teuerung wird im jeweiligen Produkt bzw. in der jeweiligen Produktgruppe der Gesellschaft beurteilt. Die exogene Teuerung berücksichtigt bekannte künftige Effekte prospektiv.</i></p>

Teilrevision FINMA-Rundschreiben 2010/3

	<p>Für die Beurteilung der Tarifmerkmale müssten mindestens drei Jahre berücksichtigt werden, analog zur heute gängigen Beurteilung der Gewinnmargen in der Krankenzusatzversicherung.</p> <p>Geschlossene Bestände sind gestützt auf Art. 156 AVO per se eine eigene Produktkategorie, gesetzlich vorgesehen und rechtlich zulässig. Aus Sicht des SVV ist es deshalb gerechtfertigt, dass die geschlossenen Bestände in Bezug auf das technische Ergebnis und die Teuerungsfaktoren analog den offenen Beständen gehandhabt werden müssen.</p> <p>Es ist nicht ersichtlich, weshalb der gängige Begriff «Rabatt» durch «Abschlag» ersetzt werden soll. Der Begriff «jegliche Art von geldwerten Vergünstigungen, unabhängig von der Finanzierungsquelle» würde auch Sachwerte, wie z. B. Werbegeschenke miteinschliessen, die jedoch in absolut keinem Zusammenhang zur Referenzprämie stehen und auch keinem Produkt zugeordnet werden können. Es müsste somit präzisiert werden, dass es nur Vergünstigungen betrifft, die in Zusammenhang mit der Prämie stehen, nicht «jegliche Art». Es muss unterschieden werden zwischen Rabatten, die ins versicherungstechnische Ergebnis einfliessen, und solchen, die über das Eigenkapital finanziert werden. Bei der Definition des versicherungstechnischen Ergebnisses sollten der Rechtssicherheit halber auch die Abschlusskosten aufgeführt werden.</p>	<p><u>Antrag auf Ergänzung:</u></p> <p><i>Abschläge: Von der Definition der Abschläge ausgenommen sind Rabatte, die Gesellschaften ausserhalb des versicherungstechnischen Ergebnisses führen.</i></p> <p><u>Antrag auf Ergänzung:</u></p> <p>Bleibt der Begriff Deckungsbeitrag in Rz 39.3 beibehalten, bedarf es einer Definition.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------