

Leitlinien zum Untermodul Krankenversicherungskatastrophenrisiko

Einleitung

- 1.1. Im Einklang mit Artikel 16 der Verordnung (EU) Nr. 1094/2010 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. November 2010 zur Errichtung einer Europäischen Aufsichtsbehörde (im Folgenden die „EIOPA-Verordnung“)¹ gibt die EIOPA Leitlinien zum Untermodul Krankenversicherungskatastrophenrisiko heraus. Die Leitlinien beziehen sich auf Artikel 105 Absatz 4 der Richtlinie 2009/138/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. November 2009 betreffend die Aufnahme und Ausübung der Versicherungs- und der Rückversicherungstätigkeit (Solvabilität II)² sowie auf Artikel 160 und 163 und Anhang VI der Durchführungsmaßnahmen³.
- 1.2. Diese Leitlinien richten sich an die von der Solvabilität II-Richtlinie betroffenen Aufsichtsbehörden.
- 1.3. Ziel der Leitlinien ist es, die Konvergenz der beruflichen Praxis in den Mitgliedstaaten zu fördern und Unternehmen bei der Bestimmung und Berechnung der Größen zu unterstützen, die bei der Berechnung der Kapitalanforderungen für Krankenversicherungskatastrophen in unterschiedlichen potenziellen Fällen und Situationen eine Rolle spielen.
- 1.4. Die Berechnungen für die Bestimmung der Kapitalanforderungen für das Untermodul Krankenversicherungskatastrophenrisiko sollten mit dem Entwurf und der Kalibrierung der zugrunde liegenden Szenarien im Einklang stehen.
- 1.5. Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen können in Abhängigkeit der Beschaffenheit ihrer Produkte und der nationalen Rechtsvorschriften mit verschiedenen Situationen konfrontiert werden.
- 1.6. Für die Zwecke dieser Leitlinien ist die folgende Definition entwickelt worden:
 - „Einzelforderung“ bezeichnet eine Forderung, die aus dem Eintreten eines bestimmten Ereignisses bei einem identifizierten Versicherten hervorgeht.
- 1.7. Begriffe, die in diesen Leitlinien nicht definiert werden, haben die Bedeutung, die in den in der Einleitung genannten Rechtsakten festgelegt wurde.
- 1.8. Die Leitlinien gelten ab dem 1. April 2015.

Leitlinie 1 – Allgemeine Bestimmungen für die Berechnung der mit Krankenversicherungskatastrophen verbundenen Kapitalkosten

- 1.9. Sofern bei der Berechnung der Kapitalanforderungen für das Untermodul Krankenversicherungskatastrophenrisiko die Ursache des Katastrophenszenarios bestimmt werden muss und die in den Szenarien beschriebenen Effekte unterschiedliche Ursachen haben können, sollten Unternehmen bei der Berechnung diejenige Ursache berücksichtigen, die zum größten Verlust von Basiseigenmitteln führen würde. Insbesondere sollten Unternehmen nicht

¹ ABl. L 331 vom 15.12.2010, S. 48-83.

² ABl. L 335 vom 17.12.2009, S. 1-155.

³ ABl. L 12 vom 17.01.2015, S. 1-797.

dasjenige Szenario ausschließen, in dem einige potenzielle Ursachen des Katastrophenszenarios durch Vertragsbedingungen ausgeschlossen werden (z. B. Terrorakte).

Leitlinie 2 – Berechnung der Versicherungssumme bei Leistungen bei Unfalltod

1.10. Wenn ein Versicherungsvertrag ursachenunabhängige Leistungen für den Todesfall und Zusatzleistungen für einen unfallverursachten Todesfall vorsieht, sollten Unternehmen nur die Zusatzleistungen berücksichtigen, wenn sie den Wert der Leistungen berechnen, auf die in Artikel 161 Absatz 3 Buchstabe b und Artikel 162 Absatz 4 Buchstabe c der Durchführungsmaßnahmen Bezug genommen wird, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- (a) die Leistungen sind entbündelt worden,
- (b) die mit den ursachenunabhängigen Leistungen für den Todesfall verbundenen Risiken werden im lebensversicherungstechnischen Risikomodul ordnungsgemäß erfasst.

1.11. Sofern zusätzlich Leistungen in Form regelmäßiger Leistungszahlungen für den Fall eines unfallverursachten Todesfalls vorgesehen sind, sollten Unternehmen der Berechnung des Werts der Zahlungsverpflichtungen die besten Schätzparameter (Sterbetafel und Diskontierungskurve) zugrunde legen und dabei die relevanten demografischen Eigenschaften berücksichtigen. Außerdem sollte in den Berechnungen der Unternehmen die vertraglich vereinbarte Dauer der regelmäßigen Leistungszahlungen reflektiert werden.

1.12. Wenn keine ausreichenden demografischen Daten verfügbar sind, sollten Unternehmen realistische, auf der Grundlage von öffentlichen oder intern erstellten Statistiken entwickelte Annahmen über die demografischen Parameter für die Berechnung des Werts der Leistungen verwenden. Die Unternehmen sollten diese Annahme der Aufsichtsbehörde gegenüber zufriedenstellend begründen können.

1.13. Bei der Berechnung des Werts der Leistungen sollten die Unternehmen vor auszusehende Erhöhungen des Betrags der regelmäßigen Leistungszahlungen und Aufwendungen für Schadensregulierung berücksichtigen.

Leitlinie 3 – Berechnung der Versicherungssumme bei Leistungen im Fall von Invalidität

1.14. Sofern die Leistungen im Fall von Invalidität als einmalige Zahlung oder in Form regelmäßiger Zahlungen geleistet werden können, sollten die Unternehmen bei der Bestimmung des Werts der Leistungen, auf die in Artikel 161 Absatz 3 Buchstabe b und Artikel 162 Absatz 4 Buchstabe c Bezug genommen wird, in drei Schritten vorgehen:

- (a) Schritt 1: Ermitteln des Anteils der Leistungszahlungen, der voraussichtlich in Form einer einmaligen Zahlung erfolgen wird.

- (b) Schritt 2: Ermitteln der Leistungen für den jeweiligen Versicherten im Fall einer einmaligen Zahlung und des besten Schätzwerts bei regelmäßigen Leistungen.
 - (c) Schritt 3: Berechnen des Durchschnittswerts aus den zwei in Schritt 2 ermittelten Werten, gewichtet mit dem in Schritt 1 ermittelten Verhältnis.
- 1.15. Liegt die Entscheidung darüber, ob eine einmalige Zahlung oder regelmäßige Zahlungen erfolgen, im Ermessen des Begünstigten, sollten die Unternehmen unbeschadet des ersten Absatzes dieser Leitlinie den größeren der beiden Werte und nicht deren gewichteten Durchschnitt verwenden.
- 1.16. Die Unternehmen sollten die Annahmen, die der Berechnung des in Absatz 1 angeführten Verhältnisses zugrunde liegen, begründen können. Wenn die Unternehmen die Berechnung des Verhältnisses der Aufsichtsbehörde gegenüber nicht zufriedenstellend begründen können, sollten sie bei der Berechnung des Werts der Leistungen den größeren der beiden Werte wählen, die sich aus einer einmaligen Zahlung und dem besten Schätzwert bei regelmäßigen Leistungen ergeben.
- 1.17. Sofern die Höhe der Leistungszahlung vom Invaliditätsgrad des Verletzten abhängig ist, sollten die Unternehmen den Wert der Leistungen bei allen Personen folgendermaßen berechnen:
- (a) Ermitteln der Verteilung der Invaliditätsgrade unter Verletzten,
 - (b) Berechnen der mit dem jeweiligen Invaliditätsgrad verbundenen Schadenskosten,
 - (c) Anwenden der Verteilung des Invaliditätsgrads auf die entsprechenden Schadenskosten.
- 1.18. Die Unternehmen sollten die Annahmen, die der Berechnung der in Absatz 4 angeführten Verteilung des Invaliditätsgrads zugrunde liegen, begründen können. Wenn die Unternehmen die Berechnung des Verhältnisses der Aufsichtsbehörde gegenüber nicht zufriedenstellend begründen können, sollten sie für jeden Versicherten die maximalen Schadenskosten aus allen Invaliditätsgraden heranziehen.
- 1.19. Bei der Berechnung des besten Schätzwerts für die regelmäßigen Leistungszahlungen bei einem Ereignis vom Typ „dauerhafte Invalidität durch Unfall“ sollten die Unternehmen die Annahme zugrunde legen, dass die Zahlungen über den gesamten in den Versicherungsbedingungen festgelegten Anspruchszeitraum geleistet werden, dass der Leistungsanspruch aber auch durch Versterben des Versicherten enden kann.
- 1.20. Für die Berechnung sollten die Unternehmen auf der Grundlage öffentlicher oder interner Statistiken realistische Annahmen bezüglich der Sterberaten bei dauerhaft invaliden Personen treffen. Die Unternehmen sollten diese Annahmen begründen können.
- 1.21. Bei der Berechnung des Werts von Leistungen sollten die Unternehmen vor auszusehende Erhöhungen des Betrags der regelmäßigen

Leistungszahlungen und Aufwendungen für Schadenregulierung berücksichtigen.

Leitlinie 4 – Berechnung der Versicherungssumme bei Leistungen im Fall von zehnjähriger oder zwölfmonatiger Invalidität

- 1.22. Sofern der Begünstigte entweder eine Pauschalzahlung oder regelmäßige Leistungszahlungen beim Eintreten eines Ereignisses vom Typ „10 Jahre dauernde Invalidität durch Unfall“ oder „12 Monate dauernde Invalidität durch Unfall“ beziehen kann, sollten die Unternehmen dieselben Vorgehensweise wie unter Leitlinie 3 dargelegt anwenden.
- 1.23. Sofern die Höhe der Leistungszahlung vom Invaliditätsgrad des Verletzten abhängig ist, sollten die Unternehmen den Wert anhand derselben Vorgehensweise, wie unter Absatz 4 und 5 der Leitlinie 3 dargelegt, anwenden.
- 1.24. Bei der Berechnung des besten Schätzwerts für die regelmäßigen Leistungszahlungen bei einem Ereignis vom Typ „10 Jahre dauernde Invalidität durch Unfall“ oder „12 Monate dauernde Invalidität durch Unfall“ sollten die Unternehmen sämtliche Ursachen für ein Ende des Leistungsanspruches unbeachtet lassen und alle zukünftigen Zahlungen zwischen den folgenden Zeitpunkten berücksichtigen:
 - (a) Ende gegebenenfalls bestehender Karenzzeit bzw. Wartezeit;
 - (b) Ende des Zehnjahres- oder Zwölfmonatszeitraums oder Ende der Versicherungszeit, wenn dieser Zeitpunkt früher eintritt.
- 1.25. Bei der Berechnung sollten die Unternehmen voraussiehende Erhöhungen des Betrags der regelmäßigen Leistungszahlungen und Aufwendungen für Schadenregulierung berücksichtigen.

Leitlinie 5 – Berechnung der Versicherungssumme für medizinische Behandlungen aufgrund eines Unfalls

- 1.26. Die Unternehmen sollten die Durchschnittsbeträge für Ereignisse vom Typ „medizinische Behandlung aufgrund eines Unfalls“ anhand des Quotienten aus den in den Vorjahren beobachteten Leistungen für unfallverursachte medizinische Behandlungen zuzüglich der mit ihnen in Verbindung stehender Kosten und der Anzahl der Schadenfälle, auf welche diese Leistungen entfallen sind, berechnen.
- 1.27. Die Unternehmen sollten sicherstellen, dass der Beobachtungszeitraum eine angemessen lange Dauer hat, um statistische Fehler zu minimieren.
- 1.28. Bei der Berechnung der Durchschnittsbeträge sollten die Unternehmen die historischen Daten unter Berücksichtigung der Inflationsrate bei den Zahlungen für medizinische Behandlung anpassen.
- 1.29. Überschreitet die Dauer einer medizinischen Behandlung voraussichtlich ein Jahr, sollten die Unternehmen die voraussichtliche Inflationsrate bei den Zahlungen für medizinische Behandlung berücksichtigen.

1.30. Die Unternehmen sollten auf der Basis von Beobachtungen der Vergangenheit eine zweckmäßige Unterscheidung zwischen Leistungszahlungen für unfallverursachte medizinische Behandlungen und sonstigen Leistungen vornehmen. Im Bedarfsfall sollten sie diese Analyse durch Expertenmeinungen ergänzen. Alle Schätzungen sollten auf der Grundlage von öffentlichen oder internen Statistiken vorgenommen werden. Die Unternehmen sollten diese Annahme der Aufsichtsbehörde gegenüber zufriedenstellend begründen können.

Leitlinie 6 – Berechnung der Versicherungssumme für das Untermodul Unfallkonzentrationsrisiko

1.31. Für die Berechnung des Werts der Leistungen, auf die in Artikel 162 Absatz 4 Buchstabe c der Durchführungsmaßnahmen Bezug genommen wird, sollten die Unternehmen dieselben Grundsätze wie in Leitlinie 2 bis 4 dargelegt anwenden.

1.32. Wenn eine Person zwei oder mehr Versicherungsverträge mit Leistungen für die Ereignisart e abgeschlossen hat, die sich nicht gegenseitig ausschließen, sollten Unternehmen die Leistungszahlungen aus den einzelnen Verträgen summieren, um $SI(e,i)$ gemäß Artikel 162 Absatz 4 Buchstabe c der Durchführungsmaßnahmen zu ermitteln.

Leitlinie 7 – Berechnung des pandemiebedingten Einkommensersatzrisikos

1.33. Wenn der Vertrag regelmäßige Leistungszahlungen vorsieht, sollten Unternehmen den besten Schätzwert der Leistungszahlungen bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit infolge einer Infektionskrankheit gemäß Artikel 163 Absatz 2 Buchstabe b der Durchführungsmaßnahmen auf dieselbe Weise berechnen, wie in Leitlinie 3 für den besten Schätzwert der Leistungszahlungen für den Ereignistyp „Dauerhafte Invalidität durch Unfall“ dargelegt.

Leitlinie 8 – Berechnung des besten Schätzwerts für Beträge der Krankheitskosten

1.34. Unternehmen sollten den besten Schätzwert für die durch in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen h zahlbaren Beträge, auf die in Artikel 163 der Durchführungsmaßnahmen Bezug genommen wird, als Produkt der folgenden Faktoren berechnen:

(a) voraussichtliche Anzahl der Gesundheitsleistungen h für einen Versicherten;

(b) voraussichtliche durchschnittliche Schadenskosten für eine Einheit der Gesundheitsleistung h ;

wobei die voraussichtliche Anzahl der Gesundheitsleistungen mindestens 1 ist.

1.35. Unternehmen sollten eine genaue Schätzung der folgenden Faktoren auf der Grundlage ihrer eigenen Erfahrungen vornehmen:

(a) voraussichtliche Anzahl der Inanspruchnahmen der jeweiligen Gesundheitsleistung h ;

(b) durchschnittliche Schadenskosten einer Inanspruchnahme der jeweiligen Gesundheitsleistung h .

- 1.36. Können die Unternehmen begründen, dass die Erfahrungswerte keine genaue Schätzung ermöglichen, sollten sie für die voraussichtliche Anzahl der Gesundheitsleistungen bei den Gesundheitsleistungsnutzungstypen „Krankenhausaufenthalt“ und „Keine formelle Gesundheitsversorgung“ den Wert 1 und beim Gesundheitsleistungsnutzungstyp „Beratung bei einem Allgemeinarzt“ den Wert 2 verwenden.
- 1.37. Die Unternehmen sollten den Schätzwert der durchschnittlichen Schadenskosten unter Berücksichtigung der Inflationsrate bei den Zahlungen für medizinische Behandlung anpassen und im Bedarfsfall durch Expertenmeinungen ergänzen. Der Beobachtungszeitraum sollte lang genug sein, um statistische Fehler zu vermeiden.

Compliance und Berichtsvorschriften

- 1.38. Dieses Dokument enthält Leitlinien, die gemäß Artikel 16 der EIOPA-Verordnung herausgegeben wurden. Im Einklang mit Artikel 16 Absatz 3 der EIOPA-Verordnung unternehmen die auf nationaler Ebene zuständigen Behörden auf alle erforderlichen Anstrengungen, um diesen Leitlinien und Empfehlungen nachzukommen.
- 1.39. Die zuständigen Behörden, die diesen Leitlinien nachkommen bzw. dies beabsichtigen, sollten sie auf angemessene Weise in ihren Regelungs- und Aufsichtsrahmen integrieren.
- 1.40. Die zuständigen Behörden bestätigen der EIOPA innerhalb von zwei Monaten nach der Veröffentlichung der Übersetzungen, ob sie diesen Leitlinien nachkommen bzw. dies beabsichtigen, und nennen die Gründe, wenn dies nicht der Fall ist.
- 1.41. Geht bis zum Ablauf dieser Frist keine Antwort ein, so wird davon ausgegangen, dass die zuständigen Behörden ihrer Berichterstattungspflicht nicht nachkommen, und sie werden als solche gemeldet.

Schlussbestimmung zur Überprüfung

- 1.42. Die vorliegenden Leitlinien werden durch die EIOPA überprüft.