

# Rundschreiben 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“ – Teilrevision

Bericht über die Ergebnisse der Anhörung vom 1. September  
2020 bis 2. November 2020

6. Mai 2021

# Inhaltsverzeichnis

<b>Kernpunkte.....</b>	<b>3</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>2 Eingegangene Stellungnahmen .....</b>	<b>4</b>
<b>3 Ergebnisse der Anhörung und Beurteilung durch die FINMA .....</b>	<b>5</b>
3.1 Begrenzung der Margen im technischen Ergebnis (Rz 8) .....	5
3.2 Senkungsanforderung bei hohem technischem Ergebnis (Rz 9) ...	6
3.3 Begrenzung der Umverteilungen in den Tarifen (Rz 30, 32–34) ....	7
3.4 Transparenz in den Versicherungsbedingungen (Rz 31) .....	8
3.5 Abschläge (Rz 36).....	9
3.6 Begrenzung der technisch unbegründeten Abschläge (Rz 37– 37.5) .....	10
3.7 Tarifierhöhungen im Rahmen der exogenen Teuerung (Rz 38– 39.2) .....	12
3.8 Tarifierhöhungen über die exogene Teuerung (Rz 39.3–44) .....	14
3.9 Übergangsbestimmungen .....	16
3.9.1 Übergangsbestimmung zu Rz 31 (Rz 75) .....	16
3.9.2 Übergangsbestimmung zu Rz 37–37.3 und 37.5 (Rz 76) .....	16
3.10 Weitere Stellungnahmen (exogene Teuerung) .....	17
<b>4 Stellungnahme des Preisüberwachers im Rahmen der Konsultation     der mitinteressierten Verwaltungseinheiten .....</b>	<b>18</b>
<b>5 Auswirkungen .....</b>	<b>18</b>
<b>6 Weiteres Vorgehen .....</b>	<b>19</b>

## Kernpunkte

1. Die Einführung der Transparenzvorschriften zur Prämienentwicklung im Alter stiess auf breite Zustimmung.
2. Der Verzicht auf die Möglichkeit ausserordentlicher Tarifierpassungen wurde kontrovers diskutiert. Befürchtungen, ein solcher Verzicht führe zu möglichen Solvenzgefährdungen oder zu Quersubventionierungen zwischen Produkten teilt die FINMA nicht, denn bei Verlusten, welche die Solvenz des betroffenen Versicherungsunternehmens gefährden, sind Erhöhungen über die exogene Teuerung zulässig.
3. Die Ausnahmeklausel für Tarifierpassungen über die exogene Teuerung bei geschlossenen Beständen mit ausreichend gleichwertigem Übertrittsrecht wird nicht aufgehoben, sondern neu formuliert. Dabei werden die Voraussetzungen der Anwendbarkeit im Sinne des Schutzes der Versicherungsnehmerinnen und –nehmer in den geschlossenen Beständen präzisiert.
4. Die Begrenzung des technischen Ergebnisses in den Krankenzusatzversicherungsprodukten ist langjährige, etablierte Praxis, die im Einzelfall bislang unbestritten war. Sie gewährleistet den Schutz vor Tarifmissbrauch und die Gleichbehandlung der Versicherungsunternehmen und der Versicherten. An der Praxis wird festgehalten und diese im Rundschreiben festgeschrieben.
5. Die FINMA überführt die neuste Bundesgerichtspraxis zur Konkretisierung der Erheblichkeit in Bezug auf die Ungleichbehandlung aus Transparenzgründen in ihr Rundschreiben. Das Bundesgericht kam in seinem Urteil zum Schluss, dass Art. 117 Abs. 2 AVO, welcher juristisch oder versicherungstechnisch nicht gerechtfertigte erhebliche Ungleichbehandlungen der Versicherten im Bereich der Krankenzusatzversicherung untersagt, durch den im VAG verankerten Missbrauchs begriff gedeckt ist und sich auf die Delegationsnorm von Art. 31 VAG stützen kann.
6. Das revidierte Rundschreiben 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“ tritt am 1. Juni 2021 in Kraft.

## 1 Einleitung

Vom 1. September bis 2. November 2020 führte die FINMA eine öffentliche Anhörung zur Teilrevision des Rundschreibens 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“ durch.

Anlass zu dieser Teilrevision gaben zwei Bundesgerichtsentscheide, welche die Rechtsprechung einerseits zu den geschlossenen Beständen<sup>1</sup> und andererseits zur Konkretisierung der Erheblichkeit in Bezug auf die Ungleichbehandlung<sup>2</sup> neu festlegen. Mit der Revision soll Transparenz und Rechtssicherheit in diesen Gebieten geschaffen werden.

So wird der Begriff der erheblichen Ungleichbehandlung nach Art. 117 Abs. 2 der Aufsichtsverordnung (AVO; SR 961.011) konkretisiert und quantifiziert, was den Versicherungsunternehmen eine klare und nachvollziehbare Handhabung bei der Gewährung von geldwerten Vergünstigungen (Abschlägen) ermöglichen soll.

Dann wird der Rahmen für Tarifierhöhungen bei geschlossenen Beständen über die exogene Teuerung im Sinne des Schutzes vor Tarifmissbrauch präzisiert. Voraussetzung dafür ist es, dass bei keinem Versicherten der Übertritt auf ein offenes Produkt sowohl leistungs- als auch tarifseitig einen Nachteil nach sich ziehen würde.

Zusätzlich zu diesen Anpassungen wird die bestehende Praxis für die Prüfung von Tarifanpassungsvorlagen in der Krankenzusatzversicherung einschliesslich des Interventionsschwellenkonzepts und der Bandbreite zulässiger Tarife in das FINMA-RS 10/3 überführt.

Der vorliegende Bericht geht in allgemeiner und zusammengefasster Form auf die eingegangenen Stellungnahmen der Anhörungsteilnehmer zum Anhörungsentwurf ein und erläutert, wo angebracht, einzelne Bestimmungen. Ebenfalls geht der Bericht auf die Stellungnahme des Preisüberwachers im Rahmen der Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten ein.

## 2 Eingegangene Stellungnahmen

Folgende Personen und Institutionen haben an der Anhörung teilgenommen und sich nicht gegen eine Publikation ihrer Stellungnahme ausgesprochen (in alphabetischer Reihenfolge):

---

<sup>1</sup> Vgl. BGE 4A 627/2015 und BGE 136 I 197.

<sup>2</sup> Vgl. BGE 2C\_717/2017.

- Alma Life, Health and Pension AG
- Assura SA
- Azenes AG
- curafutura
- Helsana Zusatzversicherungen AG
- santésuisse
- Schweizerische Aktuarvereinigung (SAV)
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)

### **3 Ergebnisse der Anhörung und Beurteilung durch die FINMA**

Die Anhörungsteilnehmer, allesamt Vertreter der Versicherungsindustrie, äusserten Bedenken vorwiegend betreffend die Überarbeitung der Bestimmungen zu den Tarifierungen, aber auch betreffend die Begrenzung der Margen in den technischen Ergebnissen sowie die Gewährung von Prämienabschlägen. Meistens begrüsst oder nicht bestritten wurden hingegen die Transparenzvorschriften.

Die Ergebnisse der Anhörung und die Würdigung durch die FINMA werden nachfolgend nach Themengebieten gegliedert dargestellt. Die Verweise auf Randziffern beziehen sich ohne weitere Angabe auf die Anhörungsversion des revidierten FINMA-RS 10/3.

#### **3.1 Begrenzung der Margen im technischen Ergebnis (Rz 8)**

##### *Stellungnahmen*

Ein Grossteil der Anhörungsteilnehmer ist der Meinung, dass die Festlegung einer einheitlichen Grenze für das zulässige technische Ergebnis sämtlicher Krankenzusatzversicherungsprodukte unvereinbar sei mit den Regulierungsgrundsätzen von Art. 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 22. Juni 2007 über die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMAG; SR 956.01), wonach die FINMA prinzipienbasiert und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Grössen, Komplexitäten, Strukturen, Geschäftstätigkeiten und Risiken der Beaufsichtigten reguliert. Alma LHP wendet ferner ein, eine feste Grenze sei nicht konsistent mit dem Rundschreiben 2018/4 „Tarifierung – berufliche Vorsorge“.

Die Vertreter der Versicherungsindustrie monieren, die Grenze angesichts der je nach Produktgestaltung unterschiedlichen zu tragenden Risiken sei weder sachgerecht noch begründet, zumal mit den weiteren beabsichtigten Anpassungen das zu tragende Versicherungsrisiko steige.

Bei neuen Produkten seien die Grenzen im Übrigen nicht haltbar, sei es aufgrund der Verluste infolge höherer Verwaltungskosten oder der temporär höheren Gewinne infolge Gesundheitsprüfung.

#### *Würdigung*

Vorliegend werden unbestimmte Rechtsbegriffe wie „Missbrauch“ oder „erheblich“ (Art. 38 des Bundesgesetzes vom 17. Dezember 2004 betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen [VAG; SR 961.01], Art. 117 Abs. 2 AVO) ausgelegt. Zur Auslegung solcher unbestimmten Rechtsbegriffe ist die FINMA nicht nur berechtigt; sie ist im Rahmen der Rechtsanwendung in Ausübung ihres Aufsichtsmandates ohne weiteres notwendig und gerechtfertigt. Sie gewährleistet eine rechtsgleiche Behandlung aller Betroffenen und schafft Transparenz über die Anwendung der Finanzmarktgesetzgebung und im Speziellen des Versicherungsaufsichtsrechts. Die FINMA handelt damit auch im Einklang mit Art. 5 Abs. 2 der Verordnung vom 13. Dezember 2019 zum Finanzmarktaufsichtsgesetz. Der Vorwurf der fehlenden Verfassungs- und Gesetzesmässigkeit ist deshalb nicht stichhaltig.

Da ein generiertes negatives technisches Ergebnis nicht zwingend ein Anrecht auf eine Anhebung des Tarifs gibt, soll die Untergrenze grundsätzlich nur für neue Produkte gelten (vgl. Rz 39 ff.).

#### *Fazit*

Die Rz 8 wird unverändert beibehalten.

### 3.2 Senkungsanforderung bei hohem technischem Ergebnis (Rz 9)

#### *Stellungnahmen*

Die Einwände, die zur Rz 8 geäussert wurden, gelten hier sinngemäss. Der Zwang zur Tarifsenkung sei auch deswegen problematisch, als es keinen Zwang zur Erhöhung gebe und somit einseitig sei. Ferner sei die Regelung rein retrospektiv formuliert und bei neuen Produkten nicht geeignet.

Die Formulierung „auf den nächstmöglichen Termin“ sei im Übrigen unklar und die Materialitätsgrenzen nicht definiert und deshalb willkürlich.

#### *Würdigung*

Analog der vorgebrachten Einwände gelten auch für deren Würdigung die Argumente zu Rz 8 (vgl. Ziff. 3.1). Auch hier werden die unbestimmten Rechtsbegriffe des „Missbrauchs“ sowie der „Erheblichkeit“ (Art. 38 VAG,

Art. 117 Abs. 2 AVO) konkretisiert. Wie in Bezug auf die Rz 8 bereits dargelegt, ist die FINMA berechtigt, entsprechende, unbestimmte Rechtsbegriffe auszulegen. Der Vorwurf der fehlenden Verfassungs- und Gesetzesmässigkeit ist deshalb nicht stichhaltig.

Die Anmerkungen zur fehlenden Symmetrie in Bezug auf zulässige Prämienhöhungen und zur unklaren Formulierung „auf den nächstmöglichen Termin“ sind nachvollziehbar. Die zu wenig klare Formulierung ob des nächstmöglichen Termins wird mit einer Ergänzung präzisiert, wonach die Bestimmung in vertragsrechtlicher Hinsicht zu deuten ist. Dass eine Asymmetrie vorliegt, ist nicht zu bestreiten. Sie ist jedoch bereits im Art. 38 VAG zu finden, welcher das Genehmigungskriterium der Prämien festlegt. Die Tarife dürfen weder für die Versicherten missbräuchlich hoch noch für die Versicherungsunternehmen solvenzgefährdend sein. Somit bezieht sich das Kriterium einerseits auf die Versicherten, und zwar nicht auf die Versicherten als Gesamtheit, andererseits auf das betroffene Versicherungsunternehmen. Diese Asymmetrie in den Stufen widerspiegelt sich in den Rz 9 und 39.3 (vgl. Ziff 3.8). Rz 9 sorgt dafür, dass alle Versicherten vor Tarifmissbrauch geschützt werden, während Rz 39.3 den Solvenzschutz der Versicherungsunternehmen berücksichtigt.

#### *Fazit*

Die Formulierung „auf den nächstmöglichen Termin“ wird präzisiert in „auf den vertraglich nächstmöglichen Termin“. Ansonsten wird die Anhörungsversion beibehalten.

### 3.3 Begrenzung der Umverteilungen in den Tarifen (Rz 30, 32–34)

#### *Stellungnahmen*

Die Vertreter der Versicherungsindustrie machen geltend, es bestünden noch weitere, versicherungstechnisch nicht begründbare Ungleichbehandlungen. Ebenfalls bestünden Produkte, in denen bewusst eine Umverteilung vorgesehen sei. Diese müssten folgerichtig korrigiert werden, was mit der beabsichtigten Aufhebung der ausserordentlichen Anpassungen (vgl. Rz 40 ff.) jedoch nicht mehr möglich wäre. Diese seien auch zu berücksichtigen und die Ausnahme auf weitere Tarifmerkmale auszudehnen (gemäss Santésuisse und sinngemäss Helsana), beziehungsweise seien die Rz 33 und 34 beizubehalten (gemäss SVV und curafutura, sowie SAV für die bestehenden Produkte).

Der Begriff der Familie sei laut den Vertretern der Versicherungsindustrie nicht eindeutig und mithin zu definieren. Für Alma LHP, Helsana und die SAV sei konsistenzhalber zu präzisieren, dass die Ausnahme nicht nur für Rz 30, sondern auch für die Rz 37 ff. gelte.

### *Würdigung*

Wie es in den Stellungnahmen vertreten wird, sollen Risikomerkmale nicht oder nur teilweise im Tarif abgebildet werden können. Vollkommene Risikogerechtigkeit ist weder möglich noch unbedingt erstrebenswert. Entsprechend wird auf die Aufhebung der Rz 32 und 33 verzichtet. Der Wortlaut der Rz 32 erfährt eine sprachliche Präzisierung, ohne Anpassung des materiellen Inhalts. Anstatt des undefinierten Begriffs der Umverteilung, wurde der Begriff Umverteilungskomponente gewählt, welcher im Glossar definiert ist. An der Streichung der Rz 34 wird festgehalten, da die Möglichkeit von Tarifrevisionen gemäss Rz 40 ff. aufgehoben wird.

Die ausdrücklichen Ausnahmen für Kinder, junge Erwachsene und Familien bleiben bestehen. Sie werden trotz Beibehaltung der aktuellen Rz 32 und 33 insofern nicht überflüssig, als nicht nur eine Nicht- oder Teilberücksichtigung dieser Merkmale möglich sein soll, sondern auch eine explizite Begünstigung dieser Bestände. Die Ausnahme wird neu in Rz 30 aufgeführt. Konsistenzhalber wird ferner präzisiert, dass sie auch für die Rz 37 ff. gilt.

Auf eine Präzisierung des Familienbegriffs wird verzichtet. Es obliegt den Versicherungsunternehmen, in ihren Vertragsgrundlagen genau festzulegen, in welchen Fällen Familienabschläge gewährt werden und welche Familienmitglieder davon profitieren sollen. Die FINMA erwartet, dass die Versicherungsunternehmen Familienbegriffe festlegen, die sich zumindest sinngemäss an den in der Bundesverfassung (BV; SR 101) skizzierten Familienbegriff anlehnen bzw. nicht willkürlich davon abweichen (Art. 41 Abs. 1 Bst. c BV: „Familien als Gemeinschaften von Erwachsenen und Kindern“).

### *Fazit*

Auf die Aufhebung der aktuellen Rz 32 und 33 wird verzichtet. Damit soll sichergestellt werden, dass im Tarif nach gewissen Risikomerkmale nicht oder nur partiell unterschieden werden darf. Rz 32 erfährt eine sprachliche Präzisierung. An der Aufhebung von Rz 34 wird festgehalten.

In Rz 30 wird ergänzt, dass die Ausnahmen für Kinder, junge Erwachsene und Familien sich auf die Rz 37 ff. erstreckt.

## 3.4 Transparenz in den Versicherungsbedingungen (Rz 31)

### *Stellungnahmen*

Die Mehrheit der Anhörungsteilnehmer begrüsst mehr Transparenz in den Versicherungsbedingungen. Einige fordern aber, die Formulierung der Rz 31 müsse klar genug sein, damit es nicht zu Interpretationsschwierigkeiten komme. Insbesondere sei zu präzisieren, dass die konkreten Prämien Differenzen nicht zwingend auszuführen seien.

Gemäss Alma LHP fehle eine gesetzliche Grundlage für solche Transparenzanforderungen.

#### *Würdigung*

Schon in der Botschaft vom 5. Mai 1976<sup>3</sup> zu einem neuen Bundesgesetz über die Beaufsichtigung privater Versicherungseinrichtungen hielt der Bundesrat fest, dass es zum Aufgabenkreis der Aufsichtsbehörde gehöre, die Versicherten u.a. vor sachwidriger Gestaltung der Versicherungsbedingungen, deren Tragweite sie nicht zu überblicken vermögen, zu schützen. Diese Aufgabe der Aufsichtsbehörde besteht auch unter dem mittlerweile totalrevidierten VAG unverändert fort, jedenfalls dort, wo die AVB nach wie vor genehmigungspflichtig sind. Es ist bspw. einem in Versicherungsfragen nicht versierten, jüngeren Kunden bzw. einer Kundin möglicherweise nicht bewusst, dass eine Versicherungsprämie – abgesehen von der exogenen Teuerung – allein aufgrund des Alters später allenfalls erheblich steigen kann. Die Tragweite der AVB ist für die Kundschaft in diesem Punkt mithin nicht immer erkennbar und es erscheint deshalb berechtigt, eine entsprechende Transparenzanforderung zu stellen.

Dem Versicherungsunternehmen steht es im Übrigen selbstverständlich frei, bezüglich der Transparenz weitergehende Präzisierungen in die AVB aufnehmen, wie z.B. konkrete Prämiendifferenzierungen zwischen Altersklassen oder eine Verhältniszahl zwischen tiefster und höchster Erwachsenenprämie.

#### *Fazit*

Die gesetzliche Grundlage für diese Transparenzbestimmung ist aus Sicht der FINMA gegeben. Die Nennung konkreter Prämiendifferenzierungen in den AVB ist den Versicherungsunternehmen freigestellt und somit nicht verpflichtend. Dies wird im Rahmen des vorliegenden Ergebnisberichtes klargestellt, sodass eine Ergänzung der Rz 31 nicht notwendig ist. Die Anhörungsversion bleibt folglich unverändert.

### 3.5 Abschlüsse (Rz 36)

#### *Stellungnahmen*

Die SAV, der SVV und curafutura machen geltend, die Zuordnung von Abschluss- und Verwaltungskosten auf die Produkte basiere auf betriebswirtschaftlichen und nicht primär auf versicherungsmathematischen Methoden. Die Bestimmung sei entsprechend zu ergänzen.

---

<sup>3</sup> BBl 1976 II 873, 892.

### *Fazit*

Der Ergänzungsvorschlag wird angenommen. In Rz 36 wird präzisiert, dass tiefere Abschluss-/Verwaltungskosten „nach anerkannten versicherungsmathematischen oder betriebswirtschaftlichen Methoden“ als Begründung eines Abschlags geltend gemacht werden können.

## 3.6 Begrenzung der technisch unbegründeten Abschläge (Rz 37–37.5)

### *Stellungnahmen*

Der SVV, curafutura und sinngemäss Santésuisse machen geltend, die Grenze von 10 Prozent für nicht begründete Prämienabschläge sei für eine Privatversicherung zu eng angesetzt und dürfe höchstens einen Richtwert darstellen; der Ausnahmetatbestand müsse möglich sein. Die Erheblichkeit sei gemäss Rechtsprechung in jedem Einzelfall zu prüfen, wobei das Bundesgericht den Versicherungsunternehmen grosse Spielräume belassen habe.

Die Versicherungsverbände sowie Helsana stellen die Tauglichkeit des Kriteriums von Rz 37.3 in Frage. Der geringe Rahmen von Rz 37.2 vermeide schon die Quersubventionierung durch die Versicherten, die in den Genuss der Abschläge nicht kämen, zumal die FINMA eine Prämienerrhöhung kaum genehmigen würde, ohne dass zunächst die Abschläge gestrichen würden.

Die vorgelegte Bestimmung hätte auch zur Folge, dass Rabatte gestrichen werden müssten bei Produkten, die defizitär geworden wären, was zu erheblicher Ungleichbehandlung führen würde.

Auch sei die Umsetzbarkeit von Rz 37.4 fraglich. Die Abschläge sollten nicht jedes Jahr, sondern nur regelmässig überprüft werden, damit Tarifstabilität gegenüber den Kunden gewährleistet werden könne. Kurzfristige Überschreitungen liessen sich übrigens nicht vermeiden.

Die meisten Anhörungsteilnehmer vertreten die Auffassung, die FINMA dürfe auf Abschläge, die ausserhalb des versicherungstechnischen Ergebnisses geführt und somit vom Eigenkapital finanziert werden, keinen Einfluss haben. Solche Abschläge seien unbegrenzt zuzulassen. Ganz abgesehen davon, dass es kaum praktikabel wäre, jedes Werbegeschenk als Tarifmerkmal erfassen zu müssen.

Helsana macht geltend, Art. 35a E-VVG sehe eine dreijährige Mindestlaufzeit vor. Die FINMA dürfe nicht einen indirekten Zwang für die Versicherungsunternehmen erwirken, die Vertragslaufzeit auf ein Jahr festzulegen. Abschläge mit Mindestlaufzeit von drei Jahren seien als zulässig zu erklären.

Ferner wird der Antrag gestellt, dass Ungleichbehandlungen gemäss Rz 32 davon nicht betroffen seien (vgl. Ziff. 3.3).

### *Würdigung*

Die Argumente zur Zulässigkeit der Festlegung einer konkreten Marge (vgl. Ziff. 3.1) gelten hier sinngemäss für die Festlegung einer Missbrauchsgrenze infolge Ungleichbehandlung.

Die Quelle der Finanzierung der Abschläge ist dabei unerheblich. Es wird nicht danach unterschieden, ob die Abschläge im oder ausserhalb des technischen Ergebnisses gebucht werden; das Bundesgericht lässt keine andere Schlussfolgerung zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 2C\_717/2017 vom 25. November 2019, E. 5.4):

*"Daraus folgt insbesondere, dass die Gewährung von Rabatten aus kaufmännischen Überlegungen zur Gewinnung von Neukunden solange mit Art. 117 Abs. 2 AVO vereinbar ist, als diese nicht juristisch und versicherungstechnisch nicht begründbare erhebliche Ungleichbehandlungen zwischen den Versicherten begründen."*

Die unbegründeten Abschläge müssen eine Ausnahme bleiben. Ansonsten wäre die im Versicherungsaufsichtsgesetz verankerte Prüfung der Tarife faktisch ausgehebelt und die Gefahr einer Quersubventionierung durch die Versicherten, die nicht in den Genuss der Abschläge kommen, zu hoch.

Gleichwohl könnten bei der Einhaltung der Begrenzung der Abschläge Anwendungsschwierigkeiten auftauchen. Deshalb wird Rz 37.3 dahingehend überarbeitet, dass die Voraussetzungen initial erfüllt sein und – wenn dies nicht mehr nachhaltig der Fall ist – die Abschläge korrigiert werden müssen.

Zudem wird das Eigenschaftswort *jederzeitige* aus Rz 37.4 gestrichen. Damit soll die Umsetzung dieser Bestimmungen vereinfacht werden.

In Bezug auf die Tarifanpassungen, gilt es zu präzisieren, dass eine Anpassung der Tarife an die exogene Teuerung möglich bleibt, auch wenn versicherungstechnisch nicht begründete Abschläge gewährt werden. Dies soll hingegen für Anpassungen im Rahmen von Rz 39.3 nicht gelten.

Die geäusserte Befürchtung ob der Mindestlaufzeit gemäss Art. 35a E-VVG ist nicht begründet. Ein Versicherungsvertrag mit Mindestlaufzeit von drei Jahren bleibt möglich, auch wenn die Abschläge oder die zugrundeliegenden Rahmenverträge jährlich angepasst werden können.

Der Klarheit und der Konsistenz halber wird präzisiert, dass die Ausnahmen für Kinder, junge Erwachsene und Familien ebenfalls für die Rz 37–37.5 gelten (vgl. Rz 30).

### *Fazit*

An der Anhörungsversion wird grundsätzlich festgehalten. Die Bedingungen zur Einhaltung der Begrenzung in den Rz 37.3 und 37.4 werden angepasst. Konkret wird Rz 37.3 wie folgt ergänzt: „Die Voraussetzungen müssen initial erfüllt sein. Sind sie nachhaltig nicht mehr erfüllt, müssen die Abschläge korrigiert werden.“, während das Eigenschaftswort "jederzeitige" aus Rz 37.4 gestrichen wird.

## 3.7 Tarifierpassungen im Rahmen der exogenen Teuerung (Rz 38–39.2)

### *Stellungnahmen*

Die Aufhebung der Ausnahmeklausel, wonach bei geschlossenen Beständen mit ausreichend gleichwertigem Übertrittsrecht die Tarifierpassungen nicht auf die exogene Teuerung begrenzt sind, ist für die Vertreter der Versicherungsindustrie willkürlich und entspreche nicht der Rechtsprechung.

Dem Schutz der Versicherten geschlossener Bestände vor übermässigen Prämien sei mit dem Übertrittsrecht bereits ausreichend Rechnung getragen. Die Aufhebung führe zu Quersubventionierungen und mithin zu Ungleichbehandlungen oder zu erheblichem finanziellem Risiko, welches existenziell sein könnte. Es fehle weiter eine Wirkungsanalyse.

Für die SAV sei die Unterscheidung gemäss aktueller Rz 38 zwischen möglichst gleichwertigen Produkten für ein Übertrittsrecht und mindestens gleichwertigen Produkten für Tarifierpassungen im Übrigen unhaltbar.

Die Untersagung von Tarifierhöhungen bei Überschreitung der zulässigen Marge im Vorjahr (vgl. Rz 39.1) sei laut Azenes, SAV, Helsana und Santésuisse aktuariell nicht nachvollziehbar, beziehungsweise zu streichen. Eine Bewertung allein anhand des Ergebnisses des Vorjahres sei fragwürdig. Angemessen wäre eine prospektive Sicht.

Rz 39.2 sei für die Versicherungsindustrie sowohl willkürlich als auch unklar und deswegen nicht umsetzbar. Die FINMA verfüge im Übrigen nicht über ausreichende Informationen, um Korrekturen vorzunehmen und deren Auswirkungen abzuschätzen.

### *Würdigung*

In den Stellungnahmen zur Aufhebung der Ausnahmeklausel für geschlossene Bestände kommen die vertraglichen Verpflichtungen, welche die Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss langfristiger Versicherungsverträge eingehen, zu wenig zum Ausdruck. Der Versicherungsnehmer

schliesst einen Vertrag mit der Garantie ab, dass er lebenslänglich versichert bleiben kann. Die Prämien aus dem alleinigen Grund, die Versicherungsnehmer zu einer Vertragsänderung zu bewegen, anzuheben, wäre missbräuchlich.

Auch nicht zu übersehen ist, dass die Schliessung eines Produkts ein Entscheid des Versicherungsunternehmens ist. Es wäre ebenfalls missbräuchlich, wenn die Versicherungsnehmer infolge eines Entscheids des Versicherungsunternehmens (tariflich) benachteiligt würden.

Die Ausnahmeklausel war nur für die Fälle vorgesehen, in denen die Versicherungsnehmer mit der Ausübung des Übertrittsrechts weder tarif- noch leistungsseitig benachteiligt werden.

Auf der Leistungsseite kann zwar in manchen Fällen betrachtet werden, dass mit einem Übertritt die Versicherungsnehmer insgesamt nicht benachteiligt werden. Bezogen auf einzelne Versicherungsnehmer trifft es jedoch sehr oft nicht mehr zu.

Auf der Tarifseite muss beachtet werden, dass ein Vergleich zwischen dem Tarif des geschlossenen Produkts und demjenigen des Produkts, auf welches übergetreten werden kann, nicht nur im Zeitpunkt des Übertritts sondern auf die ganze Restdauer des Vertrags gemacht werden muss.

Unter diesen Umständen kann die Ausnahmeklausel für geschlossene Bestände nur in den seltensten Fällen zur Anwendung gelangen. Die FINMA sah deren Aufhebung vor. Doch ist es nicht auszuschliessen, dass je nach Entwicklung sich diese Klausel in bestimmten Fällen als sinnvoll erweisen könnte. Deshalb wird auf die Aufhebung verzichtet. Stattdessen wird sie – in Randziffer 39 – neu formuliert.

Es werden dabei die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit der Ausnahmeklausel transparent definiert und der Umfang der dann zulässigen Überschreitung der exogenen Teuerung geregelt.

Es wird festgehalten, dass die Voraussetzungen für alle Versicherten des Bestands erfüllt sein müssen. Ferner wird der Rahmen der zulässigen Überschreitungen der exogenen Teuerung festgelegt. Es können höchstens die höheren Verwaltungsaufwände, die durch die parallele Führung mehrerer Produkte entstehen, berücksichtigt werden.

Moniert wird ferner Rz 39.1, wonach eine Tarifierhöhung unzulässig ist, wenn im Vorjahr ein Ergebnis über der Schwelle von zehn Prozent erwirtschaftet wurde. Es ist unbestritten, dass ein einziges Jahr kein abschliessend verlässliches Bild des Verlaufs eines Produkts ermöglicht. Gleichwohl ist es als Zeichen dafür zu deuten, dass die Notwendigkeit einer Tarifierhöhung nicht

zwingend gegeben ist. Dabei ist zu beachten, dass die Versicherungsunternehmen jährlich die Möglichkeit haben, eine Tarifierpassungseingabe einzureichen. Sollte sich erweisen, dass das ausserordentlich positive Ergebnis aus dem Vorjahr ein Ausreisser war, besteht die Möglichkeit, den Tarif ein Jahr später anzupassen.

In den Stellungnahmen wird die Befürchtung geäussert, die FINMA würde Korrekturen der technischen Ergebnisse in Unkenntnis des Sachverhalts und mithin willkürlich vornehmen. Diese Befürchtung ist insofern unbegründet, da die FINMA die betroffene Gesuchstellerin jeweils informieren müsste, falls eine Korrektur für den Entscheid massgebend ist. Die Beibehaltung dieser Bestimmung ist nötig, damit bei ausserordentlichen Verwaltungskosten oder Rückstellungsveränderungen die Schranken für Tarifierpassungen nicht ausgehebelt werden.

#### *Fazit*

Die Ausnahmeklausel für geschlossene Produkte mit Übertrittsrecht wird in Rz 39 neu formuliert. Die übrigen Bestimmungen der Rz 38–39.2 des Anhörungsentwurfs werden nicht angepasst.

### 3.8 Tarifierhöhungen über die exogene Teuerung (Rz 39.3–44)

#### *Stellungnahmen*

Die Versicherungsindustrie moniert, Rz 39.3 sei zu restriktiv. Eine ausnahmsweise zulässige Anpassung über die exogene Teuerung erscheine fast ausgeschlossen.

Die Solvenzgefährdung auf Stufe des Risikoträgers sei kein geeignetes Kriterium, da sie keine Rückschlüsse auf einzelne Produkte zulasse. Es seien exogene Faktoren, deren Auswirkungen bei Veränderungen sich im Voraus nicht kalkulieren lassen und eine Tarifierpassung über die exogene Teuerung notwendig machen können.

Es sei nicht klar, aus welchem Grund auf die Möglichkeit ausserordentlicher Tarifierpassungen verzichtet werden müsse. Die Aufhebung insbesondere von Rz 41 gefährde den Versicherungsmarkt, da die Versicherungsunternehmen erst bei Solvenzgefährdung handeln könnten.

Mit der Aufhebung der Rz 40 ff. wird die Wiederherstellung der Risikogerechtigkeit der Tarife, welche von Rz 31 verlangt werde, verunmöglicht.

Es gebe Regulierungsvarianten, die mit Art. 38 VAG im Einklang stünden, aber weniger weit gingen; die vorgelegte Regelung sei also mit Art. 7 Abs. 2 FINMAG nicht ohne Weiteres vereinbar.

### *Würdigung*

Die FINMA teilt die in den Stellungnahmen geäusserte Auffassung, dass die Anhörungsversion der Rz 39.3 zu restriktiv und in gewisser Hinsicht kontraproduktiv ist, grundsätzlich nicht.

Eine Anpassung über die exogene Teuerung muss die Ausnahme bleiben. Risiken, die den Kern des Versicherungswesens bilden, sollen nicht mittels Tarifierpassungen an die Versicherungsnehmer weitergegeben werden dürfen.

Mit dieser Regelung ist damit zu rechnen, dass Produkte, die defizitär verlaufen, weiterhin Verluste schreiben werden. Diese Verluste sind für die Versicherungsunternehmen insgesamt tragbar. Eine Schätzung des Barwerts der künftigen Verluste der Produkte, bei denen die vorhandenen Alterungsrückstellungen zuzüglich der künftigen Prämien die künftigen Leistungen nicht zu decken vermögen, liegt knapp unter 3 Prozent des Prämienbarwertes über alle Krankenzusatzversicherungsprodukte hinweg. Aufgrund der jeweiligen Volumina könnten die Gesamtverluste durch zulässige Margen im Restbestand gedeckt werden. Diese Schätzung beruht auf den Ergebnissen 2018 und 2019 und trägt weder der Anwendbarkeit der Bestimmung von Rz 39.3 noch den gebildeten Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen Rechnung.

Dies ist allerdings eine Gesamtsicht. Auf Stufe der einzelnen Versicherungsunternehmen kann die Situation ausgeprägter sein. Dabei gilt es aber zu beachten, dass bei zu erwartenden Verlusten, welche die Solvenz eines Versicherungsunternehmens gefährden würden, die Regelung von Rz 39.3 zur Anwendung käme, womit die Möglichkeit von Anpassungen über die exogene Teuerung gegeben wäre.

Auf das Kriterium der Unvorhersehbarkeit der Entwicklung als Voraussetzung für eine Anpassung über die exogene Teuerung hinaus wird verzichtet. Die Frage, ob eine bestimmte Entwicklung hätte vorgesehen werden können oder müssen, lässt sich oft nur zu wenig objektiv beantworten.

### *Fazit*

An der Rz 39.3 wird grundsätzlich festgehalten. Auf das Kriterium der Unvorhersehbarkeit der Entwicklung für eine Erhöhung über die exogene Teuerung wird verzichtet.

### 3.9 Übergangsbestimmungen

#### *Stellungnahmen*

Verschiedene Anhörungsteilnehmer wünschten die Formulierung übergangsrechtlicher Bestimmungen insbesondere in Bezug auf die Umverteilungen in den Tarifen gemäss Rz 32 und 33 (Helsana und SVV) sowie auf die Einhaltung der Bestimmungen zu den nicht begründeten Abschlägen (Anträge von Santésuisse und Helsana).

#### *Würdigung*

Das Anliegen erscheint grundsätzlich berechtigt, da teilweise AVB und andere Vertragsgrundlagen existieren, die mit gewissen Randziffern der vorliegenden Revision des Rundschreibens nicht mehr konform sein dürften. Es rechtfertigt sich daher, sowohl eine Anpassung der AVB vorzusehen als auch eine Regelung zu treffen für jene Verträge, in denen Abschläge kontrahiert wurden, die mit den diesbezüglichen, revidierten Randziffern des Rundschreibens nicht mehr kompatibel sind.

#### **3.9.1 Übergangsbestimmung zu Rz 31 (Rz 75)**

Der Erlass von Übergangsbestimmungen in jenen Fällen, da Vertragsgrundlagen, namentlich AVB, angepasst werden müssen, entspricht einem von diversen Anhörungsteilnehmenden geäusserten Wunsch. Mit dem genannten Termin wird sichergestellt, dass spätestens ab dem 1. Januar 2023 nur noch AVB für Vertragsabschlüsse verwendet werden, welche der Transparenz nach Rz 31 entsprechen.

Ob und inwieweit entsprechend angepasste AVB in laufende Versicherungsverträge integriert werden können, ist von den zivilrechtlichen Gegebenheiten abhängig. Allenfalls ist eine Integration geänderter AVB in laufende Verträge auch ohne ausdrückliche Zustimmung der Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer möglich, falls die Anpassung für sie als rein begünstigend angesehen werden kann (Art. 6 Obligationenrecht; SR 220), ansonsten bedarf es deren ausdrücklicher Zustimmung. Die Entscheidung über die Anwendung des zivilrechtlich korrekten Vertragsanpassungsverfahrens liegt in der Verantwortung der Versicherungsunternehmen.

#### **3.9.2 Übergangsbestimmung zu Rz 37–37.3 und 37.5 (Rz 76)**

Im Zeitpunkt des Inkrafttretens des revidierten Rundschreibens dürften zahlreiche Abschläge im Markt zu finden sein, die zwar gültig abgeschlossen, aber entsprechend Rz 37 bis 37.3 anzupassen sind. Für diese bestehenden Abschläge ist eine Anpassung auf das zulässige Mass vorzusehen, welche den zivilrechtlichen Verpflichtungen des jeweiligen Versicherungsunterneh-

mens Rechnung trägt. Dazu passend wird in Bezug auf die bestehenden Abschläge festgehalten, dass diese nicht über das zulässige Mass hinaus erhöht werden dürfen. Nicht speziell erwähnt – da selbstverständlich – ist die Tatsache, dass ab Inkrafttreten der Revision keine neuen, das zulässige Mass überschreitenden Abschläge mehr kontrahiert werden dürfen.

#### *Fazit*

Es werden Übergangsbestimmungen aufgenommen, welche sowohl die Anpassung von Vertragsgrundlagen als auch das Schicksal von Abschlägen regeln, die mit den diesbezüglichen Änderungen des Rundschreibens nicht mehr kompatibel sind.

### 3.10 Weitere Stellungnahmen (exogene Teuerung)

#### *Stellungnahmen*

Die Bestimmung und Berücksichtigung einer markteinheitlichen Teuerung ist für die Vertreter der Versicherungsindustrie sachfremd und stehe im Widerspruch zur risikogerechten Tarifierung. Die exogene Teuerung solle produktspezifisch gemessen und berücksichtigt werden.

Für Produkte mit einer zeitlichen Umverteilung (mit Eintrittsalterstarif, Lebensalterstarif oder Mischform) solle zudem die Tarifanpassung unter Berücksichtigung des Äquivalenzprinzips erfolgen, da bei diesen Produkten die Teuerung einen Nachreservierungsbedarf auslöse.

Eine Tarifanpassung solle auch bei Teuerung infolge Bestandesänderungen (Antrag von Helsana), veränderten Verwaltungskosten und Produkten mit Margen unter der maximal zulässigen Marge (Antrag von curafutura und SVV) generell möglich sein.

#### *Würdigung*

Die Definition der exogenen Teuerung bildete nicht Gegenstand der Anhörung. Die FINMA sieht in den Stellungnahmen kein Argument, welches zu einer Überarbeitung dieser Definition Anlass geben müsste.

#### *Fazit*

Von einer Präzisierung der Definition der exogenen Teuerung wird abgesehen.

## 4 Stellungnahme des Preisüberwachers im Rahmen der Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten

### *Stellungnahme*

Der Preisüberwacher empfiehlt, Rz 8 des Rundschreibens bezüglich der Obergrenze des zulässigen technischen Ergebnisses dahingehend anzupassen, dass diese bei allen Verträgen einen Anteil von maximal 5 Prozent der Prämieeinnahmen auf Basis der Vertragsprämie nicht überschreiten dürfe. Daraus abgeleitet, sei der Prämientarif zu senken, wenn das technische Ergebnis im Schnitt über die letzten drei Jahre bei einem Anteil von mindestens 7.5 Prozent der Prämieeinnahmen auf Basis der Vertragsprämie zu liegen komme.

### *Würdigung*

Die FINMA kann der Empfehlung des Preisüberwachers in diesem Rahmen nicht Folge leisten, da diese eine Praxisänderung und -verschärfung bedeuten würde.

### *Fazit*

Von einer Halbierung der Höhe des zulässigen technischen Ergebnisses sowie der Interventionsschwelle für Tarifsenkungsanforderungen wird abgesehen.

## 5 Auswirkungen

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Auswirkungen der Anpassungen, welche im Nachgang zur Anhörung vorgenommen werden. Im Übrigen wird auf die Wirkungsanalyse in den Erläuterungen verwiesen.

Mit der konsequenten Begrenzung der Prämienanpassungen auf die exogene Teuerung ist es damit zu rechnen, dass Produkte, die defizitär verlaufen, weiterhin Verluste schreiben werden. Diese sollen aber für die Versicherungsunternehmen insgesamt tragbar sein, wobei die Rz 39.3 bei Verlusten, welche die Solvenz des betroffenen Versicherungsunternehmens gefährden würden, zur Anwendung gelangen und die Möglichkeit von Anpassungen über die exogene Teuerung eröffnen würde.

Die Begrenzungen der nicht begründeten Abschläge, welche sich aus Konkretisierung der erheblichen Ungleichbehandlung ergeben, sollen für die Versicherer mit der Überarbeitung der Rz 37.3 und 37.4 leichter umzusetzen

sein. Dies gilt infolge Verzichts auf die Streichung der Rz. 32 und 33 sinngemäss für die Umverteilungen in den Tarifen. Die Überführung des Interventionsschwellenkonzeptes einschliesslich der Begrenzung der zulässigen Marge in das Rundschreiben hat grundsätzlich keine Auswirkungen auf die Beaufsichtigten, da dieses Konzept bereits in der bestehenden Praxis der FINMA etabliert ist.

## **6 Weiteres Vorgehen**

Die Änderungen des FINMA-RS 10/3 „Krankenversicherung nach VVG“ treten am 1. Juni 2021 in Kraft.