

Rundschreiben 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“ – Teilrevision

Erläuterungen

6. Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

Kernpunkte.....	4
1 Inhalt und Ziel der Vorlage.....	5
2 Anhörungsverfahren	6
2.1 Ergebnisse des Anhörungsverfahrens.....	6
2.2 Wesentliche materielle Anpassungen gegenüber dem Anhörungsentwurf	6
3 Handlungsbedarf	7
4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	8
4.1 Bandbreite des gesetzlich zulässigen technischen Ergebnisses eines Produkts (Rz 8).....	8
4.2 Missbräuchlich hohe Tarife (Rz 9)	9
4.3 Gestaltung der Tarifstruktur (Rz 30).....	10
4.4 Tarifmerkmale und Transparenz (Rz 31)	11
4.5 Umverteilungskomponenten (Rz 32)	11
4.6 Umverteilungen (Rz 34)	12
4.7 Abschläge (Rz 35–37.5).....	12
4.7.1 Ungleichbehandlung (Rz 37–37.5).....	12
4.7.2 Transparenz über die Rabatte (Rz 37.5).....	13
4.8 Anpassung bestehender Tarife (Rz 38–39.3).....	14
4.9 Zulässigkeit von Prämien erhöhungen (Rz 39.1).....	15
4.10 Korrekturen (Rz 39.2).....	15
4.11 Erhöhungen über die exogene Teuerung (Rz 39.3)	16
4.12 Ausserordentliche Anpassung (Rz 40–44)	16
4.13 Technische Erklärungen im Geschäftsplan und Liste der Dokumente	16
4.14 Übergangsbestimmungen	17
4.14.1 Übergangsbestimmung zu Rz 31 (Rz 75)	17

4.14.2	Übergangsbestimmung zu Rz 37–37.3 und 37.5 (Rz 76).....	17
4.15	Glossar.....	17
4.15.1	Abschläge.....	17
4.15.2	Referenzprämie.....	18
4.15.3	Vertragsprämie.....	18
5	Regulierungsprozess.....	18
5.1	Vorkonsultation.....	18
5.2	Erste Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten....	19
5.3	Öffentliche Konsultation.....	19
5.4	Zweite Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten .	19
6	Regulierungsgrundsätze.....	19
7	Wirkungsanalyse.....	20
7.1	Allgemeines.....	20
7.2	Auswirkungen der Anpassungen zu Abschlägen.....	20
7.3	Tarifanpassungen.....	21
7.4	Transparenz in Bezug auf die Altersprogression.....	21
8	Weiteres Vorgehen.....	22

Kernpunkte

1. Das FINMA-Rundschreiben 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“ (FINMA-RS 10/3) beschreibt die Praxis der FINMA zu versicherungstechnischen Fragen und zur Tarifierung im Besonderen. Das Bundesgericht hat unlängst in seinem Urteil vom 25.11.2019 die Ausrichtung der Missbrauchsbekämpfung der FINMA in der Krankenzusatzversicherung bestätigt. Die Revision des Rundschreibens bezweckt den transparenten Nachvollzug dieser Entwicklung.
2. Bestehende und etablierte Praxis betreffend den Schutz der Versicherten vor missbräuchlichen Prämien, die Begrenzung der für Versicherungsunternehmen zulässigen Gewinnmarge und die Bekämpfung von nicht begründeten Ungleichbehandlungen von Versicherten wird in das FINMA-RS 10/3 überführt.
3. Ein wichtiges Element zur Sicherstellung des Schutzes der Versicherten vor Missbrauch sind transparente Vertragsinformationen, weshalb diese im Rahmen der vorliegenden Revision ebenfalls im Fokus stehen und eng mit der Aufgabe der FINMA zur Prüfung der Zusatzversicherungsprodukte verknüpft sind. Die Praxis hat gezeigt, dass die Information für die Versicherten nicht überall hinreichend ist. Neu sollen die Auswirkungen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie in den Vertragsunterlagen genannt werden. Damit wird gewährleistet, dass die Versicherungsnehmer bei einem Vertragsabschluss in angemessener Weise (vor-)informiert werden.
4. Die Versicherten in geschlossenen Beständen sind vor übermässigen Prämien erhöhungen zu schützen. Die Voraussetzungen für eine Tarifierhöhung über die nachgewiesene exogene Teuerung bei geschlossenen Beständen werden im Sinne des Schutzes vor Missbrauch präzisiert. Dies trägt der Gerichtspraxis Rechnung, welche den Schutz der Versicherten bei der Schliessung von Versicherungsbeständen betont hat.
5. Gewisse Randziffern des Rundschreibens werden ferner präzisiert, ohne eine inhaltliche Anpassung zu bewirken. In diesem Kontext werden auch ausgewählte Begriffsdefinitionen klargestellt.
6. Zu den Entwürfen hat die FINMA eine Vorkonsultation, drei Ämterkonsultationen sowie eine öffentliche Anhörung durchgeführt.
7. Die Änderungen treten per 1. Juni 2021 in Kraft.

1 Inhalt und Ziel der Vorlage

Die Krankenzusatzversicherung ist ein Versicherungszweig von erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung. Die Versicherungsprämien erreichen, je nach Produkt und Risikosituation der einzelnen versicherten Personen, teilweise erhebliche Beträge. Die versicherten Personen sind in diesem Versicherungszweig besonders schutzbedürftig, da mit steigendem Lebensalter und sich parallel gegebenenfalls sukzessive einstellenden Vorerkrankungen bei einem allfälligen Wechsel des Versicherungsproduktes entweder gar kein Vertragsabschluss mehr möglich ist, oder entsprechende Deckungsausschlüsse in Kauf genommen werden müssen. Die Tarif- und Produktkontrolle in der Krankenzusatzversicherung hat dementsprechend eine wichtige Funktion. Ferner besteht in diesem Gebiet eine Gefahr von Missbräuchen durch die Versicherungsunternehmen. Der Gesetzgeber begegnet dieser Gefahr, indem er in Art. 38 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; SR 961.01) in Verbindung mit Art. 46 VAG u.a. die Verhinderung missbräuchlicher Tarife als ein Ziel der Tarifprüfung und Aufgabe der FINMA festgesetzt hat.

Die neueste Rechtsprechung macht Anpassungen am FINMA-Rundschreiben 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“ notwendig. Namentlich werden zwei in jüngster Zeit durch die Gerichte geklärte Fragen zur Aufsichtspraxis der FINMA (einerseits zu den geschlossenen Beständen¹ und andererseits zur Konkretisierung der Erheblichkeit in Bezug auf die Ungleichbehandlung) im Rahmen einer Teilrevision im FINMA-RS 10/3 nachvollzogen und die rechtsgleiche Behandlung der beaufsichtigten Versicherungsunternehmen gewährleistet. Es wird damit Transparenz und Rechtssicherheit geschaffen.

Der Begriff der Ungleichbehandlung nach Art. 117 Abs. 2 der Aufsichtsverordnung (AVO; SR 961.011) wird konkretisiert. Den Versicherungsunternehmen wird damit eine klare und nachvollziehbare Handhabung dieser Bestimmung bei der Gewährung von geldwerten Vergünstigungen (Abschlägen) ermöglicht.

Ferner werden bei geschlossenen Beständen die Voraussetzungen für Tarifierhöhungen über die exogene Teuerung in dem Sinne präzisiert, als dass bei Ausübung des Übertrittsrechts keinem Versicherten ein Nachteil tariflicher oder leistungsseitiger Natur entstehen darf.

Das im Rahmen der bestehenden Praxis für Gesuche betreffend die Einreichung von Tarifanpassungsvorlagen in der Krankenzusatzversicherung verwendete Interventionsschwellenkonzept inklusive der praktizierten Bandbreite zulässiger Tarife wird in das FINMA-RS 10/3 überführt.

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

Das Rundschreiben wird weiter dort in formeller Hinsicht gestrafft, wo sich eine Verschlankung als sinnvoll erweist.

Allfällige Änderungen an FINMA-Regularien, welche sich aufgrund der bevorstehenden Revision der AVO ergeben, werden zum entsprechenden Zeitpunkt auf einer angemessenen Regulierungsstufe nachvollzogen.

2 Anhörungsverfahren

Vom 1. September bis zum 2. November 2020 wurde die vorliegende Vorlage einer Anhörung unterzogen, in deren Verlauf insgesamt acht Stellungnahmen eingingen. Deren Würdigung durch die FINMA findet sich im Anhörungsbericht.

2.1 Ergebnisse des Anhörungsverfahrens

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. Mehrheitlich begrüsst bzw. nicht bestritten wurden die Transparenzvorschriften.

2.2 Wesentliche materielle Anpassungen gegenüber dem Anhörungsentwurf

Der Anhörungsentwurf wurde angepasst hinsichtlich:

- der Umsetzungsmodalitäten für die Begrenzung der nicht begründeten Prämienabschläge (Rz 37.3, 37.4);
- der ausdrücklichen Zulassung der Nicht- bzw. Teilberücksichtigung bestimmter Risikomerkmale in den Tarifen (Rz 32, 33);
- der Aufhebung der Ausnahmeklausel für geschlossene Bestände (Rz 38, 39)

Hingegen wurde der Anhörungsentwurf insbesondere hinsichtlich der zulässigen Marge (vgl. Rz 8) und des Interventionskonzeptes (vgl. Rz 9) nicht angepasst.

Bezüglich der Voraussetzungen für Tarifierungen über die exogene Teuerung (Rz 39.3) wurde das Kriterium der Unvorhersehbarkeit der Entwicklung aufgegeben.

Ferner wurden Übergangsbestimmungen aufgenommen (vgl. Rz 75–76). Diese sehen Übergangsfristen für die Einführung der Transparenzvorschriften sowie für die Bereinigung der nicht begründeten Abschlüsse vor.

3 Handlungsbedarf

Die FINMA schafft mittels Rundschreiben Transparenz über die Anwendung der Finanzmarktgesetzgebung in ihrer Aufsichtstätigkeit. Rundschreiben dienen ausschliesslich der Rechtsanwendung und enthalten keine rechtsetzenden Bestimmungen.² Das FINMA-RS 10/3 legt die Praxis betreffend die Bildung und Verwendung der versicherungstechnischen Rückstellungen dar und stellt die Vorgehensweise der FINMA zur Genehmigung der vorlagepflichtigen Krankenzusatzversicherungsprämien klar.

Das Bundesgericht hat sich zur begrenzten Zulässigkeit versicherungstechnisch nicht begründeter Rabatte geäussert. Das Bundesgericht kam zusammenfassend 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 in Art. 1 Abs. 2 und Art. 46 Abs. 1 Bst. f VAG verankerten Missbrauchsbegriff gedeckt ist und sich auf die Delegationsnorm von Art. 31 VAG stützen kann. Das durch die FINMA im zu beurteilenden Fall angeordnete Verbot „erheblich ungleicher Behandlung“ im Bereich von Rabatten beruht gemäss dem Urteil des Bundesgerichts auf einer gesetzesmässigen und verfassungskonformen Verordnung.

Die gesetzliche Regelung der Tarifkontrolle ist in Art. 38 VAG prinzipienbasiert ausgestaltet. Danach prüft die FINMA u.a., ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet. Ebenfalls prinzipienbasiert gehalten ist Art. 117 Abs. 2 AVO, wonach die Benachteiligung einer versicherten oder anspruchsberechtigten Person durch eine juristisch oder versicherungstechnisch nicht begründbare erhebliche Ungleichbehandlung auch als Missbrauch gilt. Die jüngste Gerichtspraxis hat die Rechtmässigkeit dieser Bestimmungen bestätigt (Urteil des Bundesgerichts 2C_717/2017 vom 25. November 2019).

Gewisse Elemente der FINMA-Praxis im Bereich der Tarifprüfung und -genehmigung wie namentlich die Bandbreite zulässiger Tarife sind derzeit Teil einer Wegleitung. Sie stellen mittlerweile etablierte Praxis dar und werden in das FINMA-RS 10/3 überführt.

Des Weiteren sollen die Auswirkungen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie in den Vertragsunterlagen genannt werden, um eine angemessene

² Art. 5 Verordnung zum Finanzmarktaufsichtsgesetz.

(Vor-)Information der Antragsteller bzw. Versicherten sicherzustellen. Die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), welche in der Schweiz bei der Versicherung von sämtlichen Risiken in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung verwendet werden, sind nach Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG durch die FINMA genehmigungspflichtig. Gemäss Lehre zu den AVB stellt die Behörde, welche für die Prüfung der AVB zuständig ist, deren inhaltliche Anforderungen.³ Ein Vertrag gilt grundsätzlich als geschlossen, wenn sich die Parteien über die objektiv wesentlichen, begriffsnotwendigen Elemente des Geschäfts geeinigt haben. Die Existenz von Altersgruppen und die damit regelmässig verbundene Prämiensteigerung ist in der Krankenzusatzversicherung – im Unterschied zu den meisten anderen Versicherungszweigen – ein zentrales, geradezu begriffstypisches Element des Vertrages und somit ein essentieller Vertragsinhalt. Für einen Versicherungsinteressenten oder eine Versicherungsinteressentin ist es nicht nur wichtig, die Vertragsprämie zu kennen. Er oder sie muss auch wissen, dass diese Prämie nicht nur aus exogenen Teuerungsgründen steigen kann, sondern auch aufgrund der Tatsache des Älterwerdens. 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. Versicherungsinteressenten erhalten dadurch eine Vergleichsmöglichkeit mit anderen Angeboten, bei denen die Anfangsprämie vielleicht höher, die Prämienkurve jedoch flacher ist. Gerade in der Krankenzusatzversicherung ist dies essentiell, denn in späteren Jahren wird eine Wechselabsicht häufig am fortgeschrittenen Alter bzw. an gesundheitlichen Einschränkungen scheitern.

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

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

Massgebend für die Prüfung der Tarife in der Krankenzusatzversicherung ist Art. 38 VAG, wonach Prämien genehmigt werden, wenn sie weder missbräuchlich hoch (Obergrenze) noch solvenzgefährdend tief (Untergrenze) sind, wobei die Prüfung auf der Grundlage der Tarifberechnung des Versicherungsunternehmens erfolgt.

Das VAG definiert die oben genannten Grenzen nicht im Detail. Zur Sicherstellung einer rechtsgleichen Behandlung der Versicherungsunternehmen und dadurch auch der versicherten Personen, setzt die FINMA im gesetzlich

³ Vgl. Stephan Fuhrer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Schulthess 2011, Rn 8.17.

vorgegebenen Rahmen Grenzen fest. Die Obergrenze liegt nach bestehender Praxis bei 10 Prozent der Prämien und wird neu im FINMA-RS 10/3 festgehalten.

Art. 38 VAG untersagt solvenzgefährdende Prämien. Prämien, die auf dem Markt neu angeboten werden, müssen damit in Erwartung mittelfristig grundsätzlich mindestens kostendeckend sein. Begründete Ausnahmen sind möglich, insbesondere bei Einzel-Krankentaggeldversicherungen, bei welchen eine hohe Antiselektion infolge von Übertritten aus der kollektiven Krankentaggeldversicherung, einschliesslich der reduzierenden Effekte auf das technische Ergebnis, nicht ausgeschlossen werden kann. Abgesehen von begründeten Ausnahmefällen wären nicht kostendeckende Prämien allerdings weder mit dem Prinzip der Solvenzerhaltung noch mit dem Schutz der Versicherten vor Missbrauch (Lockvogelangebote) vereinbar. Es würde dem Gebot der rechtsgleichen Behandlung der Mitbewerber in einem preisregulierten Markt nicht gerecht, wenn eine Untertarifierung zugelassen würde. Die versicherten Personen schliessen eine langfristige, oft lebenslange Krankenversicherungsdeckung ab. Würden sie von Versicherungsunternehmen mit tiefen, auf Dauer nicht haltbaren Prämien umworben, die dann später stark erhöht werden, so wäre dies missbräuchlich. Denn der Versicherte kann in Zukunft den Vertragspartner in Abhängigkeit des Alters oder Gesundheitszustandes nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen wechseln.

Bei laufenden Verträgen steht der Schutz der Versicherten vor Tarifmissbrauch im Vordergrund. Deshalb soll die Untergrenze nur bei neuen Produkten gelten (vgl. dazu auch Erläuterungen zur Rz 38 und den geschlossenen Produkten). Dies ist mit den Grundsätzen von Art. 38 VAG insbesondere in dem Sinne vereinbar, als dass der Umfang von potenziellen Verlusten bei geschlossenen Produkten dadurch begrenzt wird, dass keine neuen Verträge mehr abgeschlossen werden.

4.2 Missbräuchlich hohe Tarife (Rz 9)

Mit der Ergänzung der Rz 9 wird die Interventionspraxis der FINMA in Bezug auf missbräuchlich hohe Tarife klargestellt.

Im Rahmen der jährlichen Prüfung der Berichterstattung fordert die FINMA von den Versicherungsunternehmen die Einreichung einer Tarifsenkungsvorlage, falls das technische Ergebnis im Durchschnitt der letzten drei Jahre bei einem Anteil von mindestens 15 Prozent der Prämieinnahmen liegt. Das Interventionsmass überschreitet die obere Grenze des zulässigen technischen Ergebnisses gemäss Rz 8 damit um die Hälfte. Das Ziel von angeforderten Tarifsenkungen ist es, mittelfristig zu einem technischen Ergebnis von höchstens 10 Prozent der Prämieinnahmen zu gelangen. Im Rahmen ihrer jährlichen Prüfung des technischen Ergebnisses berücksichtigt die FINMA dabei Materialitätsgrenzen, d.h. lässt gegebenenfalls begründete,

geringfügige Abweichungen vom Schwellenwert von 10 Prozent zu (bspw. sehr kleine Bestände, neu eingeführte Produkte usw.).

Des Weiteren nimmt die FINMA, wie gemäss bisheriger Praxis, bei Bedarf Korrekturen zur Sicherstellung der Einhaltung des Schwellenwertes vor, insbesondere im Falle von inadäquaten Abschluss- und Verwaltungskosten (dies ist auch im Falle des Vorliegens einer Bestätigung der Revisionsstelle zu den produktspezifischen Abschluss- und Verwaltungskosten nicht ausgeschlossen) oder inadäquaten Veränderungen der technischen Rückstellungen (insb. Ausreisser in der Entwicklung im Vergleich zur entsprechenden Zeitreihe). Zudem berücksichtigt die FINMA im Rahmen ihrer Prüfung anhand der Angaben pro Tarifklasse das Vorliegen einer versicherungstechnisch nicht begründbaren Ungleichbehandlung (vgl. Art. 117 AVO, Rz 30 ff. FINMA-RS 10/3).

4.3 Gestaltung der Tarifstruktur (Rz 30)

Der erste Satz von Rz 30 wird terminologisch im Hinblick auf eine Kongruenz zu Art. 117 Abs. 2 AVO leicht angepasst.

Bezugnehmend auf den in dieser Randziffer enthaltenen Passus „für die gleiche Prämie deutlich unterschiedliche Risiken gedeckt werden“ wird auf die Festlegung eines fixen Prozentsatzes – im Gegensatz zu Rz 37.1 – verzichtet, da die Praktikabilität im Hinblick auf die Vielzahl möglicher Tarifmerkmale und deren Handhabung in Frage gestellt wäre. Die FINMA wird sich aber dennoch unter Berücksichtigung des Grundsatzes der risikogerechten Tarifierung im Einzelfall vorbehalten, gegen missbräuchliche tarifliche Gleichbehandlung einzuschreiten, wenn aufgrund der konkreten und statistisch erwiesenen Risikosituation in einem bestimmten Tarifmerkmal eine ungleiche Tarifierung offensichtlich angebracht wäre.

Rz 30 sieht neu eine Ausnahme für Kinder, junge Erwachsene und Familien vor. Sowohl der Gesetzgeber in seinem Entscheid, die Tarifprüfung im Bereich der Krankenzusatzversicherung aufrechtzuerhalten, als auch die Gerichte haben die Nähe der Krankenzusatzversicherung zur Sozialversicherung, vorliegend der sozialen Krankenversicherung, unterstrichen. In dieser sind Solidaritäten zugunsten der Kinder und jungen Erwachsenen sowie in direkter Konsequenz für Familien ausdrücklich vorgesehen, indem für die Kinder bzw. für die jungen Erwachsenen jeweils eine spezifische, nicht kostendeckende bzw. eine optional nicht kostendeckende Altersklasse gebildet worden ist.

In dieser Hinsicht drängt es sich auf, Prämien für Kinder, junge Erwachsene und somit auch für Familien, welche deren Kosten nicht decken, in Abweichung des Grundsatzes der Risikogerechtigkeit zuzulassen. Art. 117 Abs. 2 AVO untersagt erhebliche Ungleichbehandlungen, sofern diese weder versicherungsmathematisch, noch juristisch begründbar sind. Vorliegend ist eine

juristische Begründbarkeit durch die Nähe zur Sozialversicherung gegeben, sodass von einer Verletzung von Art. 117 Abs. 2 AVO nicht ausgegangen werden kann.

Der Umstand, dass für die Kinder, jungen Erwachsenen und Familien nicht kostendeckende Prämien erhoben werden, sei es auch infolge der Gewährung von Familienrabatten, ist im Übrigen historisch bedingt. Die FINMA achtet in der Prüfung der Tarifierungen darauf, dass die Solidaritäten zugunsten der Kinder, jungen Erwachsenen und Familien nicht zunehmen, verlangt jedoch nicht, dass der Umfang dieser Solidaritäten reduziert wird. Die Verankerung einer ausdrücklichen Ausnahme für Kinder, jungen Erwachsenen und Familien steht damit im Einklang mit der bisherigen Praxis.

4.4 Tarifmerkmale und Transparenz (Rz 31)

Diese Randziffer erfährt im ersten Satz eine redaktionelle Anpassung, dieser bleibt aber materiell unverändert. Der neue zweite Satz nimmt das folgende Transparenzanliegen auf: Gerade jüngere Versicherungsnehmer sind sich oft nicht bewusst, dass nebst der exogenen Teuerung auch andere Tarifmerkmale, namentlich die Altersgruppeneinteilung, einen starken Effekt auf die spätere Prämienentwicklung haben können. Neu sind dementsprechend die Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller in transparenter und verbindlicher Form darüber aufzuklären, dass es Faktoren ausserhalb der exogenen Teuerung geben kann, die zu einer Prämienhöhung führen können, selbst wenn die exogene Teuerung klein oder gleich Null wäre.

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.

4.5 Umverteilungskomponenten (Rz 32)

Diese Randziffer erfährt im ersten Nebensatz eine terminologische Anpassung, die ohne materielle Auswirkung bleibt.

4.6 Umverteilungen (Rz 34)

Die bestehende Rz 34 wird aufgehoben. Die Begründungspflicht für Abschlüsse, soweit es sich überhaupt um technisch begründbare Abschlüsse handelt, findet sich neu in Rz 35. Sodann wird der Verweis auf die bisherigen Rz 40 ff. obsolet, da diese aufgehoben werden.

4.7 Abschlüsse (Rz 35–37.5)

Der Begriff „Abschlüsse“ tritt neu an die Stelle des bisher im Rundschreiben verwendeten Begriffs des „Rabattes“. Er hat eine umfassendere und zugleich zutreffendere Bedeutung, indem er jegliche Art von Prämienermässigungen erfasst. Klargestellt wird, dass solche Abschlüsse Bestandteil des Geschäftsplans sind und als solche vorgängig ihrer Anwendung genehmigungspflichtig sind (Art. 4 Abs. 2 Bst. r i.V.m. Art. 5 Abs. 1 VAG).

Sodann wird explizit festgehalten, dass zwischen technisch begründbaren und technisch unbegründeten Abschlüssen zu unterscheiden ist. Für Letztere werden in den Rz 37.1–37.3 die Rahmenbedingungen, namentlich die einzuhaltenden Obergrenzen, festgelegt (Art. 38 VAG sowie Art. 117 Abs. 2 AVO).

Abschlüsse führen zu Abweichungen von den Tarifen und sind als solche, wie oben erwähnt, genehmigungspflichtig. Dies ermöglicht es der FINMA zu prüfen, ob die definierten Voraussetzungen für die technisch unbegründeten Abschlüsse gemäss Rz 37.1 ff. erfüllt werden. Eine weitere Prüfung, namentlich – wie bei Tarifen sonst üblich – im Hinblick auf eine technische Rechtfertigung ist hier nicht angebracht, da die Rz 37 ff. die technisch unbegründeten Abschlüsse behandeln.

Abschlüsse für Kollektiv- oder Rahmenverträge fallen auch unter diese Definition und die Rz 35 ff. gelten entsprechend.

4.7.1 Ungleichbehandlung (Rz 37–37.5)

Der Begriff der erheblichen Ungleichbehandlung wird in Rz 37–37.5 konkretisiert. Die Präzisierung ist mit Art. 117 Abs. 2 AVO vereinbar und führt zu mehr Rechtssicherheit.

Es wird eine Abschlagsobergrenze beschrieben. Einzelne oder mehrere kumulierte, technisch unbegründete Abschlüsse sollen nicht dazu führen, dass die Vertragsprämie die Referenzprämie abzüglich allfällig technisch begründeter Abschlüsse um mehr als 10 Prozent unterschreitet. Als Beispiel: Die Referenzprämie sei CHF 100, abgezogen werden die technisch begründeten Abschlüsse von total CHF 20 (ergibt CHF 80), die Vertragsprämie muss demnach mindestens CHF 72 betragen.

Für das Gesamtvolumen der technisch nicht begründeten Abschläge in einem Produkt ist eine Obergrenze im Geschäftsplan festzuhalten. Das Volumen dieser Abschläge soll sich in einem kleinen Rahmen befinden. Darunter ist ein tiefer Prozentsatz im einstelligen Bereich der technisch nicht begründeten Abschläge am Gesamtvolumen zu verstehen. Die Festlegung einer Volumenobergrenze begegnet dem Risiko, dass bei den Versicherten, die nicht von Abschlägen profitieren, höhere Prämien erhoben werden. Ferner stellt die Volumenobergrenze sicher, dass das Verhältnis zwischen dem Schadenaufwand eines Produkts (*Risikoprämie*) und dem Tarifniveau transparent bleibt. Letzteres Verhältnis bzw. die Gewährleistung dessen versicherungstechnischer Begründbarkeit ist im Kontext des Prüf- und Genehmigungsverfahrens der Tarife im Bereich der Krankenzusatzversicherung von wesentlicher Bedeutung.

Abschläge erscheinen ferner dann nicht als vertretbar, wenn dadurch ein negativer Deckungsbeitrag auf dem betreffenden Produkt oder auf dem begünstigten Teilbestand bei Kollektiv- und Rahmenverträgen entsteht, um Querfinanzierung oder Solvenzgefährdung zu vermeiden. Abschläge sind grundsätzlich als Verzicht oder Teilverzicht auf die Gewinnmarge zu verstehen.

So gelten die Grenzen gemäss Rz 35 ff. in Bezug auf nicht versicherungstechnisch begründete Abschläge unabhängig von deren Finanzierungsquelle. Eine Ausnahme bilden Abschläge für die Mitarbeiter der Krankenversicherungsunternehmen, welche i.d.R. von höheren Abschlägen in Form von *Fringe Benefits* profitieren, wobei deren Verbuchung separat über die Lohnbuchhaltung erfolgt und diese deshalb nicht als Abschläge berücksichtigt werden.

Ein flächendeckender Abschlag bzw. ein Abschlag, welcher auf dem gesamten Bestand angewendet wird, bleibt – unter dem Vorbehalt der Einhaltung der Grenzen im Falle eines nicht versicherungstechnisch begründeten Abschlages – so lange zulässig, als dass dieser nicht zu einem negativen technischen Ergebnis führt. Dies entspräche einem Verzicht oder Teilverzicht auf die Marge.

4.7.2 Transparenz über die Rabatte (Rz 37.5)

Die Grössen, welche den Voraussetzungen der Rz 37 ff. unterliegen, sind über die Zeit nicht konstant, sondern variabel, d.h. sie könnten zu einem späteren Zeitpunkt allenfalls nicht mehr erfüllt sein. Deshalb liegt es in der Verantwortung des Versicherungsunternehmens, für die Einhaltung dieser Bestimmungen zu sorgen und dort, wo nötig, die angemessenen Massnahmen zu ergreifen, d.h. einen Abschlag gegebenenfalls zu reduzieren oder zu streichen. Die Massnahmen sind von der FINMA vorgängig zu genehmigen.

Da die aufsichtsrechtlichen Voraussetzungen gewährter Abschläge (vgl. Rz 37.1 ff.) im Verlauf der Zeit entfallen können, ist in den Verträgen mit den Versicherungsnehmern zu berücksichtigen, dass diese Abschläge auch zivilrechtlich gültig gekürzt oder gestrichen werden können. Die Versicherungsunternehmen sind dafür verantwortlich, die Versicherungsverträge entsprechend zu gestalten, wollen sie Abschläge gewähren.

4.8 Anpassung bestehender Tarife (Rz 38–39.3)

Rz 38 ff. betreffen die Anpassungen der Tarife bei laufenden Verträgen. Die bestehende Rz 38 wird in zwei Randziffern aufgeteilt. Damit wird einerseits unterstrichen, dass eine Tarifierfassung bei laufenden Verträgen nur dann vorgenommen werden kann, wenn dies zivilrechtlich zulässig ist. Insbesondere ist nicht nur das Vorhandensein einer Prämienanpassungsklausel als Voraussetzung für eine Prämienanpassung gemeint, sondern auch, dass die Bedingungen, die zu einer Tarifierfassung Anlass geben können, erfüllt sein müssen.

Andererseits wird die Ausnahmeklausel für Produkte mit Übertrittsrecht in zumindest gleichwertige offene Bestände präzisiert und bildet neu Bestandteil der Randziffer 39.

Einerseits mussten die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit der Ausnahmeklausel präzisiert und andererseits der Umfang der dann zulässigen Überschreitung der exogenen Teuerung geregelt werden.

Die Ausnahmeklausel kann nur, falls aufgrund der Übertrittsmöglichkeit für keinen der Versicherten ein Nachteil entsteht, zur Anwendung kommen. Dieses Prinzip wird in Randziffer 39 in umformulierter Form verankert.

Leistungsseitig entsteht ein Nachteil, sobald eine Leistung nicht mehr oder nicht mehr im gleichen Umfang gedeckt ist, wie etwa bei einer tieferen Begrenzung der Deckung oder einer längeren Wartezeit, aber insbesondere auch bei einem Übertritt von einem Volldeckungsprodukt in ein Listenprodukt, d.h. in ein Produkt, in welchem der Versicherer die Listen der Leistungserbringer einseitig anpassen kann. Dies gilt sinngemäss bei restriktiver Liste der anerkannten Leistungserbringer.

Tarifseitig sollen die Versicherten weder im Zeitpunkt des Übertritts noch längerfristig einen Prämiennachteil erfahren. Dies bedeutet, dass für alle Versicherten des geschlossenen Produkts die Prämien – vor über der exogenen Teuerung liegender Anpassung - gleich hoch oder höher liegen wie im offenen Zielprodukt. Massgebend ist ein Vergleich per Umsetzungsdatum der beantragten Anpassung. Dies muss sowohl bei den Prämienpositionen wie auch im Barwert der künftigen Prämien sichergestellt sein. Der Barwert muss nach sachgemässen Grundlagen berechnet worden sein, wobei der

Nachweis vom gesuchstellenden Versicherungsunternehmen erbracht werden muss.

Beide Vergleiche sind wichtig. Es darf von einem Versicherungsnehmer nicht verlangt werden, dass er einen Prämiensprung in Kauf nimmt, auch wenn er aufgrund unterschiedlicher Tarifstrukturen über die Zeit keine höhere Prämiensumme zu bezahlen hätte. Es darf ihm auch längerfristig, das heisst während der restlichen Vertragsdauer, kein Nachteil entstehen.

Wichtig ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen für alle Versicherten des Bestands erfüllt sein müssen. Wenn sie nur im Durchschnitt oder für einen Teil des Bestands erfüllt sein müssten, würde dies zu Missbrauch in Form von Ungleichbehandlungen führen.

Ebenso wichtig ist es, den Rahmen der zulässigen Überschreitungen der exogenen Teuerung festzulegen. Es sollen höchstens die proportional höheren Verwaltungsaufwände, die durch die abnehmende Grösse des Bestands und die parallele Führung mehrerer Produkte verursacht werden, berücksichtigt werden dürfen.

Eine höhere Schadenbelastung infolge weniger günstiger Risikostruktur des Bestands ist hingegen grundsätzlich durch Rückstellungen zu decken.

Die Kontinuität im Vertragsverhältnis gilt es bei lebenslänglichen Verträgen zu schützen. Deshalb sollen keine plötzlichen, nominell starken Prämien erhöhungen vorgenommen werden dürfen. In der Formulierung der Ausnahmeklausel wird entsprechend festgehalten, dass die Anpassungen moderat bleiben müssen.

Weitergehende Anpassungen sind nur im Rahmen der Rz 39.3 zulässig.

Es besteht das Risiko, dass damit Verluste auf Produktebene entstehen werden. Diese sind primär durch das Versicherungsunternehmen, dem die Verantwortung für die Führung der Bestände zukommt, zu tragen.

4.9 Zulässigkeit von Prämien erhöhungen (Rz 39.1)

Mit Rz 39.1 wird in Bezug auf das technische Ergebnis eines Tarifes sichergestellt, dass eine Überschreitung der zulässigen oberen Grenze gemäss Rz 8 nicht durch eine Tariferhöhung verursacht oder eine bereits vorhandene Überschreitung noch verstärkt werden kann.

4.10 Korrekturen (Rz 39.2)

Insbesondere im Falle von inadäquaten Abschluss- und Verwaltungskosten (dies ist auch im Falle des Vorliegens einer Bestätigung der Revisionsstelle

zu den produktspezifischen Abschluss- und Verwaltungskosten möglich) oder inadäquaten Veränderungen der technischen Rückstellungen (insb. Ausreisser in der Entwicklung im Vergleich zur entsprechenden Zeitreihe), nimmt die FINMA im Rahmen ihrer Prüfung eines Gesuchs um Tarifierhebung bei Bedarf Korrekturen betreffend das technische Ergebnis vor. Rz 39.2 schreibt diesen bestehenden Prüfungsansatz nieder (vgl. auch Ziff. 4.2).

4.11 Erhöhungen über die exogene Teuerung (Rz 39.3)

Rz 39.3 stellt namentlich klar, dass Tarifierhöhungen, die über den Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung hinausgehen, zwar noch möglich sind, aber eine Ausnahme darstellen sollen. Sie sollen nur dann zulässig sein, wenn die zu erwartenden Verluste zu einer Solvenzgefährdung des betroffenen Versicherungsunternehmens führen würden. Bei gemischten Kassen bezieht sich die Solvenzgefährdung ausschliesslich auf das Geschäft gemäss VVG.

Das Versicherungsunternehmen trägt das Versicherungsrisiko, daher darf grundsätzlich ausschliesslich die exogene Teuerung auf die Versicherten überwälzt werden. Es besteht keine Solvenzgefährdung, wenn nur ein einzelnes Produkt hohe Verluste einführt, das Versicherungsunternehmen insgesamt aber ausreichend solvent ist. In diesem Fall darf nur die exogene Teuerung verrechnet werden. Wenn aber die zu erwartenden Verluste – als technische Ergebnisse – zu einer Solvenzgefährdung führen können, wird die Rz 39.3 anwendbar. In dieser Situation müssen begleitende Massnahmen eingeleitet werden wie beispielsweise eine Verringerung der Verwaltungskosten, eine Verstärkung von Rückstellungen oder auch ein Verzicht auf die Ausschüttung von Dividenden. In diesem Fall kann die FINMA bei dem Versicherungsunternehmen die Verantwortlichkeiten dafür prüfen, wie es zu einem solchen Zustand kommen konnte.

Die Genehmigungsfähigkeit einer solchen Erhöhung hängt zudem davon ab, ob diese mit den vertraglichen Grundlagen zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Versicherungsnehmer vereinbar ist.

4.12 Ausserordentliche Anpassung (Rz 40–44)

Mit den Präzisierungen in den Rz 38–39.3 wird die Unterscheidung zwischen ordentlicher und ausserordentlicher Anpassung unnötig und die Rz 40–44 werden aufgehoben.

4.13 Technische Erklärungen im Geschäftsplan und Liste der Dokumente

Rz 45–56 und Rz 63–73 beinhalten ausschliesslich deskriptive Anforderungen an ein Gesuch um Genehmigung eines Tarifs. Sie werden aus dem

Rundschreiben herausgelöst und in eine Wegleitung überführt. Damit wird die Lesbarkeit des Rundschreibens verbessert und dieses gestrafft.

4.14 Übergangsbestimmungen

4.14.1 Übergangsbestimmung zu Rz 31 (Rz 75)

Übergangsbestimmungen sind in jenen Fällen nötig, da Vertragsgrundlagen, namentlich AVB, angepasst werden müssen. 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), ansonsten bedarf es deren ausdrücklicher Zustimmung. Die zivilrechtlich korrekte Vertragsanpassung liegt in der Verantwortung der Versicherungsunternehmen.

4.14.2 Übergangsbestimmung zu Rz 37–37.3 und 37.5 (Rz 76)

Im Zeitpunkt des Inkrafttretens des revidierten Rundschreibens dürften zahlreiche Abschlüsse im Markt zu finden sein, die zwar gültig abgeschlossen, aber entsprechend die Rz 37 bis 37.3 anzupassen sind. Für diese bestehenden Abschlüsse ist eine Anpassung auf das zulässige Mass vorzusehen, welche den zivilrechtlichen Verpflichtungen des jeweiligen Versicherungsunternehmens Rechnung trägt. Dazu passend wird in Bezug auf die bestehenden Abschlüsse 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 Abschlüsse mehr kontrahiert werden dürfen.

4.15 Glossar

4.15.1 Abschlüsse

Neu werden Rabatte unter dem Begriff „Abschlüsse“ zusammengefasst. Die neue Unterscheidung von Abschlüssen mit bzw. ohne versicherungstechnische Begründung beruht auf der Anpassung der Rz 30 ff., wonach für Abschlüsse ohne versicherungstechnische Begründung neu zulässige obere Grenzen vorgegeben werden.

4.15.2 Referenzprämie

Die Referenzprämie wird als Referenzgrösse, auf welche die Abschläge angewendet werden, eingeführt. Bei der Referenzprämie handelt es sich entsprechend um die Prämie gemäss den Tarifblättern, in welchen die Tarife unter Berücksichtigung sämtlicher Tarifmerkmale dargestellt werden. Bei den Tarifmerkmalen handelt es sich dabei in aller Regel um Merkmale wie Alter, Geschlecht, Region, Franchise, Unfalldeckung eingeschlossen oder nicht usw.

Falls in einer Police keine Abschläge gewährt werden, entspricht die Vertragsprämie der Referenzprämie.

4.15.3 Vertragsprämie

Die Vertragsprämie entspricht der Referenzprämie abzüglich der Abschläge und damit grundsätzlich der aus dem Vertrag eingenommenen Prämie.

5 Regulierungsprozess

Die FINMA steht für einen transparenten, berechenbaren und glaubwürdigen Regulierungsprozess unter frühzeitigem Einbezug der Betroffenen sowie interessierten Kreisen, wie Behörden und allenfalls der Wissenschaft. Für Änderungen an Verordnungen und Rundschreiben (ausser bei rein formalen Anpassungen) wird prinzipiell eine öffentliche Anhörung durchgeführt. Die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen dieser Anhörungen wird von den Betroffenen rege genutzt. Der FINMA-Verwaltungsrat als zuständiges Organ wertet die Stellungnahmen aus, gewichtet sie und legt jeweils in einem Bericht (Ergebnisbericht) dar, inwiefern diese umgesetzt werden. Sämtliche Unterlagen zu Anhörungen, einschliesslich des Ergebnisberichts, werden veröffentlicht.⁴

5.1 Vorkonsultation

Vor der Eröffnung der Anhörung führt die FINMA grundsätzlich Vorkonsultationen mit den Betroffenen und interessierten Kreisen durch. Sie klärt dabei die relevanten Sachverhalte bzw. erhebt die notwendigen Informationen, erläutert die Stossrichtungen des Regulierungsvorhabens und nimmt Einschätzungen dazu entgegen. Dabei können auch der Handlungsbedarf und mögliche Handlungsoptionen Gegenstand des Austausches sein.

⁴ Unterlagen betreffend die Anhörungen zu Revisionen von FINMA-Verordnungen und Rundschreiben sind auf der FINMA-Webseite publiziert (www.finma.ch > Dokumentation > Anhörungen).

Vom 20. April bis 5. Mai 2020 führte die FINMA eine schriftliche Vorkonsultation mit rund 10 Teilnehmern von Branchenvertretern, Konsumentenvertretern und Behörden durch.

5.2 Erste Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten

Vom 30. Juni bis 21. Juli 2020 führte die FINMA eine erste Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten durch.

5.3 Öffentliche Konsultation

Die vorliegenden Anpassungen sind keine Regelungen von grosser Tragweite im Sinne des Vernehmlassungsgesetzes vom 18. März 2005 (SR 172.061). Entsprechend führte die FINMA dazu eine Anhörung nach Art. 10 Abs. 2 der Verordnung vom 13. Dezember 2019 zum Finanzmarktaufsichtsgesetz (SR 956.11) durch. Die Anhörungsfrist betrug zwei Monate.

5.4 Zweite Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten

Vom 20. Januar bis 10. Februar 2021 führte die FINMA eine zweite Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten durch.

5.5 Dritte Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten

Vom 26. März bis 14. April 2021 führte die FINMA eine dritte Konsultation der mitinteressierten Verwaltungseinheiten durch.

6 Regulierungsgrundsätze⁵

Die Revision des FINMA-RS 10/3 bezweckt u.a. den Nachvollzug der Rechtsprechung sowie die Überführung etablierter Praxis in das Rundschreiben und die Präzisierung von Definitionen. Damit waren die Möglichkeiten von Varianten bei der Ausgestaltung der Regulierung auf Stufe FINMA eingeschränkt. Soweit einschlägig, hat sie dabei die Auswirkungen auf die Zukunftsfähigkeit und die internationale Wettbewerbsfähigkeit des Finanzplatzes berücksichtigt. Die getroffenen Regulierungen sind wettbewerbs- und technologieneutral ausgestaltet. Die Differenzierung einer Regulierung nach Art. 7 Abs. 2 Bst. c des Finanzmarktaufsichtsgesetzes (SR 956.1) orientiert sich am mit der Regulierung angestrebten Ziel und am Risiko. Die Thematik,

⁵ Gemäss Art. 6 Verordnung zum Finanzmarktaufsichtsgesetz

dass die Versicherten vor Missbrauch zu schützen sind, gilt für alle Beaufsichtigten gleichermaßen. Eine Differenzierung nach unterschiedlicher Grösse, Komplexität, Struktur, Geschäftstätigkeit und Risiken der Beaufsichtigten ist bei der vorliegenden Materie nicht sachgerecht.

7 Wirkungsanalyse⁶

7.1 Allgemeines

Grundsätzlich sind die Auswirkungen von Regulierungen bereits auf Gesetzesstufe umfassend aufzuzeigen. Auch im Rahmen des Erlasses von Bundesratsverordnungen werden die Auswirkungen (mit Bezugnahme auf die Wirkungsanalyse auf Gesetzesstufe) dargestellt⁷.

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.

7.2 Auswirkungen der Anpassungen zu Abschlägen

Die Anpassungen zur Abschlagspraxis haben verschiedene, zum Teil gegenläufige Effekte. Versicherungstechnisch nicht nachweisbare Abschläge werden neu auf 10 Prozent begrenzt. Daraus ergibt sich, dass bisherige Abschläge, die grösser als 10 Prozent und gleichzeitig versicherungstechnisch nicht begründet waren, reduziert werden müssen.

Mit der Definition der erheblichen Ungleichbehandlung ist davon auszugehen, dass die einzelnen Prämien der Versicherten eines Produktes näher an der Referenzprämie liegen werden. Die Begrenzung der Abschläge auf einen tiefen Prozentsatz im einstelligen Bereich kann bei Produkten, in denen überproportional vielen Versicherten ein versicherungstechnisch nicht begründeter Prämienabschlag gewährt wurde, dazu führen, dass der Umfang der Abschläge auf Produktebene zu reduzieren ist. Die verstärkte Gleichbehandlung innerhalb des Kollektivs führt dann für einzelne Versicherte, welche bis anhin von einer versicherungstechnisch nicht begründeten bzw. zu tiefen Prämie profitiert haben, zu einer höheren Prämie.

⁶ Gemäss Art. 7 Verordnung zum Finanzmarktaufsichtsgesetz.

⁷ Die Regulierungsfolgeabschätzung zum VAG und der AVO kann unter folgendem Link ab S. 3862 aufgerufen werden: <www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2003/3789.pdf> (Stand September 2020).

7.3 Tarifierpassungen

Mit der konsequenten Begrenzung der Prämienanpassungen auf die exogene Teuerung werden die Spielräume bei Produkten, deren Leistungskosten deutlich ausserhalb der Marktentwicklung liegen und / oder bei welchen in geschlossenem Zustand kein nachteilfreies Übertrittsrecht in ein offenes Produkt im Sinne der Rz 39 gegeben ist, kleiner. Hieraus ergeben sich zukünftig geringere Prämien erhöhungen als bisher, womit daraus resultierende technische Verluste nicht ausgeschlossen werden können. Es 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 Produktergebnissen 2018 und 2019 und berücksichtigt weder die Anwendbarkeit von Rz 39.3 noch die gebildeten Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen.

Auf Stufe der einzelnen Versicherungsunternehmen kann die Situation ausgeprägter sein. Dabei gilt es zu beachten, dass bei zu erwartenden Verlusten, die für das betroffene Versicherungsunternehmen zu einer Solvenzgefährdung führen würden, die Rz 39.3 anwendbar wäre, womit die Möglichkeit von Anpassungen über die exogene Teuerung entstünde.

Der Effekt von geringeren Prämien erhöhungen kann bewirken, dass die Versicherten weniger Wechselbereitschaft in ein offenes Produkt zeigen und damit künftig länger in ihrem ursprünglich abgeschlossenen Produkt versichert bleiben. Für die Versicherungsnehmer wird sich die Entwicklung ihrer Prämien im Laufe der Zeit besser vorhersehen lassen.

7.4 Transparenz in Bezug auf die Altersprogression

Aus Kundensicht stellt die Überarbeitung des Rundschreibens einen Nutzen dar, da der Versicherte dank den neuen Transparenzbestimmungen informierte Entscheide treffen kann. Im Fokus steht für den Kunden beim Vertragsabschluss die Transparenz. Mit den aktuellen Bestimmungen weiss der Versicherungsnehmer viel zu wenig über die Implikationen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Neuabschlüsse hierdurch geringfügig reduzieren, gleichzeitig ist aber zu erwarten, dass die neuen Versicherten tendenziell länger im Bestand des Produktes verbleiben.

8 Weiteres Vorgehen

Die Teilrevision tritt per 1. Juni 2021 in Kraft.