

## Die FINMA und die Krankenzusatzversicherung

Die FINMA ist zuständig für die Überwachung der Krankenzusatzversicherungen. Dabei hat die Aufsichtsbehörde in erster Linie zu überprüfen, ob die Produkte der Krankenzusatzversicherungen finanziell stabil und die Versicherten vor Missbräuchen geschützt sind. Die FINMA überwacht zudem die finanzielle Ausstattung, das Risikomanagement und die Corporate Governance der Krankenzusatzversicherer.

Das Gesundheitssystem der Schweiz stellt sicher, dass jede Einwohnerin und jeder Einwohner bei Krankheit, Unfall oder Invalidität angemessen versorgt wird. Dies geschieht in erster Linie über die obligatorische Grundversicherung, die vom Bundesamt für Gesundheit beaufsichtigt wird. Wer zusätzliche Leistungen oder Risiken absichern will, kann Zusatzversicherungen abschliessen. Die Überwachung dieser Zusatzversicherungen wird von der FINMA wahrgenommen.

### **Krankenzusatzversicherungen: ein Milliardenmarkt**

Am 1. Januar 2022 gab es 19 private Versicherungsunternehmen, die mehrheitlich im Krankenzusatzgeschäft tätig waren. Dagegen gab es zehn Krankenkassen, die in derselben Geschäftseinheit nebst der Zusatzversicherung auch die Grundversicherung in ihrem Angebot hatten. Weitere Schaden- und Lebensversicherer bieten ebenfalls private Krankenversicherungsprodukte an. Das Prämienaufkommen in der Zusatzversicherung beläuft sich auf insgesamt ca. sieben Milliarden Schweizer Franken. Das Prämienvolumen in der Grundversicherung liegt bei 33 Milliarden Schweizer Franken (Zahlen per 31. Dezember 2021).

Zurzeit gibt es auf dem Markt der Krankenzusatzversicherungen fast 600 Produkte. Diese unterscheiden sich stark, sowohl was ihre Deckungshöhe als auch ihre Deckungsarten angeht: Sie reichen von der einfachen Zahnpflegeversicherung über die Taggeldversicherung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit bis hin zur Übernahme der Spitalkosten in der Privatabteilung.

### **Freie Produktgestaltung in der Krankenzusatzversicherung**

Die Zusatzversicherungsunternehmen haben grundsätzlich bei der Gestaltung ihrer Versicherungsprodukten wirtschaftliche Freiheit. Die Unternehmen sind also frei, wie sie ihre Produkte und Tarife kalkulieren und wie sie diese vermarkten. Die Tariffreiheit hat finanzmarktrechtlicher Sicht aber Grenzen: Die Versicherer dürfen mit ihren Tarifen und Produkten weder ihre eigene Solvenz gefährden noch das Interesse der Versicherten verletzen (Schutz vor Missbrauch).

Die Krankenzusatzversicherungen unterliegen dem Privatrecht. Dies bedeutet, dass die Versicherer auch frei im Abschluss solcher Verträge sind. Im Unterschied zur Grundversicherung, die jeden und jede aufnehmen

## Die FINMA und die Krankenzusatzversicherung

muss, dürfen die Krankenversicherungen in eigenem Ermessen und ohne Angabe von Gründen Kundinnen und Kunden ablehnen, die eine Zusatzversicherung wünschen.

### **Die FINMA genehmigt Tarife und Deckungen**

Wie in allen anderen Versicherungszweigen sorgt die FINMA auch bei den Krankenversicherungen dafür, dass die Solvenz dieser Unternehmen gesichert ist. Sie wacht darüber, dass die Institute jederzeit in der Lage sind, die Leistungen zu erbringen, die im Versicherungsvertrag festgelegt sind. Ziel ist es, die Versicherungsnehmenden so weit wie möglich vor den Folgen einer Insolvenz zu schützen. Dazu gehört es auch, dass die verantwortlichen Organe die unternehmerischen Risiken richtig einschätzen und Gewähr für eine einwandfreie Geschäftsführung bieten.

Vor der Markteinführung eines Zusatzversicherungsprodukts muss der Krankenversicherer der FINMA verschiedene Informationen wie die Versicherungsbedingungen und Tarife einreichen. Diese prüft die Angaben und genehmigt die Produkte, wenn die von der Krankenversicherung getroffenen Annahmen plausibel sind und die Tarife weder missbräuchlich hoch sind, noch die Solvenz des Unternehmens bedrohen. Da ältere oder chronisch kranke Menschen ihre Versicherungsdeckung kaum mehr wechseln können, kommt dem Schutz vor Missbrauch besondere Bedeutung zu. Die Tarife dürfen in diesem Rahmen aber auch einen Gewinn beinhalten.

Jedes Mal wenn ein Krankenversicherer eine Zusatzversicherung verändert, hat er erneut die Genehmigung der FINMA einzuholen. Bereits genehmigte Tarife können in der Regel nur aufgrund von einem generellen Anstieg der Schadenkosten, der nicht auf Änderungen im Versichertenbestand zurückzuführen ist, erhöht werden. Es liegt in der Verantwortung des Versicherungsunternehmens, die allfällig nötigen Anpassungen der Tarife rechtzeitig vorzunehmen und genehmigen zu lassen.

### **FINMA greift ein zum Schutz vor Ungleichbehandlung**

Die FINMA schreitet von sich aus ein, wenn die genehmigungspflichtigen Prämien den gesetzlichen Rahmen nachweislich nicht mehr einhalten. So kann beispielsweise ein Tarif als missbräuchlich gelten, wenn eine Krankenversicherung mit einem bestimmten Versicherungsprodukt langfristig zu hohe Gewinne erzielt.

Die FINMA schreitet auch ein, wenn sie eine unzulässige Ungleichbehandlung bei Tarifen und Abschlägen feststellt. In der Krankenzusatzversicherung dürfen Abschläge auf den geltenden Tarifen nur angeboten werden, wenn diese mit tieferen Kosten begründet werden können oder sich in einem geringen Rahmen bewegen. Damit soll verhindert werden, dass Versicherte eines Krankenversicherers für nicht gerechtfertigte Abschläge der Versicherten anderer Versicherungsprodukte desselben Versicherers zahlen müssen.

Versicherte von nicht mehr vertriebenen Produkten haben das Recht zu anderen Versicherungslösungen zu wechseln, die weiterhin Neuzugänge verzeichnen und somit eine bessere Risikodurchmischung aufweisen. Die FINMA überwacht, dass solche Übertrittsrechte korrekt gewährt werden und interveniert nötigenfalls.

Wenn die Annahmen der Krankenversicherungen plausibel sind und die Prämien weder missbräuchlich hoch sind, noch die Solvenz des Unternehmens bedrohen, genehmigt die FINMA die Prämien.