

# Ex-post-Evaluationsbericht

Bericht über die Ergebnisse der Ex-post-Evaluation des FINMA-Rundschreibens 2018/4 „Tarifizierung – berufliche Vorsorge“ zu den versicherungstechnisch nicht begründeten Ab- und Zuschlägen in der beruflichen Vorsorge

7. Juli 2023

# Inhaltsverzeichnis

|   |          |
|---|----------|
| <b>Kernpunkte.....</b>  | <b>3</b> |
| <b>1 Einleitung.....</b>  | <b>4</b> |
| <b>2 Ex-post-Evaluationen der FINMA .....</b>                                       | <b>4</b> |
| 2.1 Grundsatz.....  | 4        |
| 2.2 Gegenstand der vorliegenden Ex-Post-Evaluation .....                            | 4        |
| 2.3 Adressatenkreis .....   | 5        |
| <b>3 Ergebnisse der Ex-post-Evaluation und Beurteilung durch die<br/>FINMA.....</b> | <b>6</b> |
| <b>4 Weiteres Vorgehen .....</b>  | <b>9</b> |

## Kernpunkte

1. Bei der Verabschiedung des FINMA-Rundschreibens 2018/4 „Tarifizierung – berufliche Vorsorge“, in Kraft seit 1. Dezember 2018, beschloss der Verwaltungsrat der FINMA, dass nach Ablauf der Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2022 eine Ex-post-Evaluation der Bestimmungen zu den versicherungstechnisch nicht begründeten Ab- und Zuschlägen durchzuführen sei.
2. Es fand eine externe Konsultation der Versicherungsunternehmen, die im Bereich der beruflichen Vorsorge tätig sind, in schriftlicher Form statt. Acht Stellungnahmen wurden eingereicht.
3. Mehrere Teilnehmende an der externen Evaluation stellen fest, dass die Bestimmungen zu den Ab- und Zuschlägen ihre Wettbewerbsfähigkeit gegenüber teilautonomen Anbietern vermindern.
4. In einigen Stellungnahmen wird ferner eingewandt, dass die Begrenzungen der nicht begründeten Abschläge für die kleineren Lebensversicherer einen Wettbewerbsnachteil darstellen.
5. In einigen Stellungnahmen wird auf die Umsetzungsschwierigkeiten bei der Einhaltung der Begrenzungen hingewiesen, welche sich bei Bestandsmutationen manifestieren.
6. Die FINMA hält auch angesichts der neuen Rechtsprechung an den Begrenzungen der nicht begründeten Ab- und Zuschläge grundsätzlich fest, sieht jedoch eine Überprüfung der Umsetzungsmodalitäten vor.

## 1 Einleitung

Das FINMA-Rundschreiben 2018/4 „Tarifizierung – berufliche Vorsorge“ wurde per 1. Dezember 2018 in Kraft gesetzt. Dieses Rundschreiben entstand aus der Fusion der Rundschreiben 08/12 „Drehtürprinzip berufliche Vorsorge“ und 08/13 „Tarifizierung Risikoversicherung berufliche Vorsorge“, deren Inhalte in gestraffter und prinzipienbasierter Weise materiell unverändert übernommen wurden.

Eine Änderung stellte jedoch die Verschärfung der Praxis bezüglich der Abschläge dar. Indem die versicherungstechnisch begründeten Elemente der Prämien konsequenter ins Zentrum rückten, wurde der Tarifgestaltungsspielraum insgesamt zwar vergrössert, die Abweichungen von der technischen Prämie jedoch durch die Aufnahme von Begrenzungen vermindert.

Die FINMA entschied, nach Ablauf der Übergangsfrist eine Ex-Post-Evaluation der entsprechenden Bestimmungen durchzuführen. Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der Ex-post-Evaluation zusammen und erläutert die Auffassung der FINMA zu den Stellungnahmen der Ex-Post-Evaluationsteilnehmer.

## 2 Ex-post-Evaluationen der FINMA

### 2.1 Grundsatz

Art. 6 Abs. 6 der Verordnung vom 13. Dezember 2019 zum Finanzmarktaufsichtsgesetz (SR 956.11) verpflichtet die FINMA dazu, ihre bestehende Regulierung periodisch auf ihre Notwendigkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit zu prüfen. Die FINMA hört die interessierten Kreise an und veröffentlicht die Ergebnisse der Überprüfungen.

### 2.2 Gegenstand der vorliegenden Ex-Post-Evaluation

Das FINMA-RS 18/4 kodifizierte im Wesentlichen die bisherige Praxis der FINMA, indem Inhalte aus früheren Rundschreiben in gestraffter und prinzipienbasierter Weise materiell unverändert übernommen wurden.

Eine Ausnahme stellte die Verschärfung der Praxis bezüglich der Ab- und Zuschläge dar. Die Rz 25 FINMA-RS 18/4 sieht bei den versicherungstechnisch nicht begründeten Abschlägen sowohl für die Bandbreite der einzelnen Ab- und Zuschläge als auch für deren Gesamtvolumen Begrenzungen vor.

So beschloss der Verwaltungsrat der FINMA, eine gezielte Evaluation der Bestimmungen zu den versicherungstechnisch nicht begründeten Ab- und

Zuschlägen durchzuführen. Die Übergangsbestimmung in Rz 32 sieht für die Umsetzung der Bestimmungen zu den Abschlägen eine Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2022 vor. Es galt für die Evaluation, den Ablauf dieser Frist abzuwarten.

Die Evaluation durch die FINMA erfolgte zweistufig. In einem ersten Schritt prüfte die FINMA intern aufgrund deren Erfahrungen im Rahmen der Tarifprüfung, inwiefern die fraglichen Bestimmungen hinsichtlich deren Notwendigkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit zweckmässig sind. In einem zweiten Schritt wandte sich die FINMA an die betroffenen Versicherungsunternehmen für eine externe Evaluation.

### 2.3 Adressatenkreis

Die FINMA hat die betroffenen Kreise, die im Bereich der beruflichen Vorsorge tätig sind, direkt adressiert und folgende interessierte Versicherungsunternehmen brieflich um Rückmeldung zum FINMA-RS 18/4 gebeten:

- Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG
- AXA Leben AG
- Baloise Leben AG
- Generali Personenversicherungen AG
- Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG
- Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft AG
- Pax, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG
- Swiss Life AG
- Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG

Die Konsultation erfolgte schriftlich. Dabei wurden die Versicherungsunternehmen insbesondere danach gefragt, inwiefern aus ihrer Sicht die Rz 25 Schwierigkeiten bei der Umsetzung verursacht hat, auf Akzeptanz bei der Kundschaft stösst und wesentliche Auswirkungen auf dem Markt entfaltet.

Acht der angeschriebenen Versicherungsunternehmen (Zürich, PAX, Swiss Life, Basler, Mobiliar, Allianz, AXA, Helvetia) haben eine Stellungnahme eingereicht.

### 3 Ergebnisse der Ex-post-Evaluation und Beurteilung durch die FINMA

#### *Stellungnahmen*

Auch wenn einzeln begrüsst wird, dass ein klarer und einheitlicher Rahmen geschaffen werde, wird in mehreren Stellungnahmen festgestellt, dass die Einschränkung der Ab- und Zuschläge eine Benachteiligung der Lebensversicherer gegenüber teilautonomen Anbietern bedeute und sich entsprechend auswirke.

Zwar wird teils angegeben, dass die beobachtete Erosion des Geschäftsvolumens auch anderweitige Gründe haben könnte, wie beispielsweise die Senkung der Umwandlungssätze, die Begrenzung des Spielraums bei den kommerziellen Abschlägen wird jedoch allgemein als Konkurrenznachteil dargelegt.

Es wird insbesondere darauf hingewiesen, dass die begrenzte Möglichkeit einer zeitlichen Glättung der Prämienanpassungen bei den betroffenen Kunden auf Unverständnis stösst. Die Planbarkeit für die Kunden sei infolge der Begrenzung der nicht begründeten Abschläge aber auch der Aufhebung der Schranken in der Erfahrungstarifizierung gesunken. Entsprechend wird das Anliegen einer Lockerung des Rahmens zwecks Abfederung von Prämienanpassungen geltend gemacht.

Es wird auch in einigen Stellungnahmen festgestellt, dass die fraglichen Begrenzungen eine Benachteiligung der kleineren Lebensversicherer gegenüber den grösseren darstellten. Grund dafür sei die Volumenobergrenze der Abschläge, welche bei Versicherungsunternehmen mit tieferen Prämieinnahmen schneller wirke. So sei die Konkurrenzfähigkeit kleinerer Anbieter für die Akquisition bedeutender Verträge eingeschränkt.

Auch wird einzeln festgestellt, dass die Volumenobergrenze zu einer Benachteiligung der kleineren Verträge gegenüber den grösseren führe. Der Einsatz der nicht begründeten Abschläge gelte prioritär den für die Versicherer besonders interessanten grösseren Verträgen, was mit der Überschussbeteiligung noch verstärkt werden könne.

Es wird auch von einigen Lebensversicherern das Anliegen vorgebracht, dass punktuelle Überschreitungen des Rahmens zugelassen werden sollten. Die Anforderung, dass Begrenzungen über ein ganzes Jahr hinweg eingehalten werden müssten, habe zur Folge, dass der maximale Rahmen für die Ab- und Zuschläge nicht ausgeschöpft werden könne. Es müsse eine Sicherheitsmarge berücksichtigt werden, damit infolge einerseits der effektiven Vertragsabschlüsse und andererseits der Bestandsmutationen keine Überschreitung der Grenzen erfolge.

Die Einführung des neuen Regimes habe im Übrigen zum Teil anfängliche Umsetzungsschwierigkeiten ausgelöst in der EDV-Implementierung.

Einige Versicherer regen ferner eine Lockerung der Prüfpraxis bei der Prüfung der Referenztarife an. Es könnten nur statistisch nachgewiesene Tarifmerkmale berücksichtigt werden. Bei einem kleineren Bestand sei es zum Teil unmöglich, einen Tarif feinerer Granularität statistisch zu begründen. Es solle möglich sein, eine Tariffdifferenzierung auch auf Basis von Annahmen einzuführen, da dies anhand der nicht begründeten Abschläge nur noch sehr beschränkt vorgenommen werden könne.

### *Würdigung*

Die Versicherer äussern mehrere Anliegen oder Einwände. Insbesondere wird festgestellt, dass die Begrenzung der Abschläge einen Wettbewerbsnachteil gegenüber den teilautonomen Anbietern darstellt.

Es kann nicht bestritten werden, dass die Einschränkung des Gestaltungsspielraums einen Nachteil bei der Akquisition bestimmter Verträge bedeuten kann. Dies ist aber nur ein Aspekt der Problematik. Die gesetzlichen Grundlagen der Tarifprüfung und -genehmigung (vgl. Art. 38 VAG in Verbindung mit Art. 117 Abs. 2 AVO) lassen versicherungstechnisch nicht begründete Ungleichbehandlungen nur dann zu, wenn sie nicht erheblich sind.

Die Begünstigung eines Vertrags durch Gewährung eines nicht begründeten Abschlags stellt eine Form von Ungleichbehandlung dar, weshalb dessen Höhe derart begrenzt sein muss, dass die Erheblichkeitsschwelle nicht erreicht wird.

Die Gesetzmässigkeit der Praxis der FINMA ist im Kontext der Krankenzusatzversicherung, bei welcher die aufgeführten Gesetzesgrundlagen ebenfalls Anwendung finden, durch das Bundesgericht bestätigt worden (vgl. Urteil 2C\_717/2017 vom 25. November 2019 E. 5.4).

Die Schlussfolgerungen des Bundesgerichts lassen sich auf die Tarifierung in der beruflichen Vorsorge übertragen. Die in Rz 25 FINMA-RS 18/4 festgehaltene Praxis der FINMA findet in Art. 117 Abs. 2 AVO eine genügende Stütze.

Die **Notwendigkeit** der Bestimmung ergibt sich einerseits aus der Unzulässigkeit der erheblichen Ungleichbehandlungen zwischen den Versicherungsnehmern und andererseits aus der präventiven Tarifprüfung. In einem preisregulierten Markt ist es nicht nur zentral, dass die betroffenen Versicherungsunternehmen gleich behandelt werden, sondern auch, dass diesen der zulässige Rahmen bekanntgegeben wird. Dies wird mit Rz 25 FINMA-RS 18/4 gewährleistet.

Die **Wirksamkeit** dieser Bestimmung lässt sich nicht bestreiten. Die Beschränkung der nicht begründeten Ab- und Zuschläge auf eine kleine Bandbreite stellt sicher, dass sich Ungleichbehandlungen der Versicherungsnehmer in einem entsprechend nicht erheblichen Rahmen halten.

Die **Angemessenheit** ist gegeben, da die nicht begründeten Zu- und Abschläge sich in einer kleinen Bandbreite bewegen müssen, damit die sich daraus ergebenden Ungleichbehandlungen nicht erheblich und mithin unzulässig werden. Eine mildere Massnahme wäre daher mit den gesetzlichen Anforderungen nicht mehr vereinbar. Dürften sich ferner die gesamten nicht begründeten Zu- und Abschläge über den gesamten Bestand ausserhalb eines geringen Rahmens bewegen, könnte es zu einer Umgehung der Tarifprüfung gemäss Art. 38 VAG, wonach die FINMA die genehmigungspflichtigen Tarife auf Grund der von den Versicherungsunternehmen vorgelegten Tarifberechnungen prüft, führen. Auch wäre es mit dem Gebot des Ausreichendseins der Prämien, welches einerseits mit dem Solvenzschutz und andererseits mit der Garantie eines lautereren Wettbewerbs in einem preisregulierten Markt zusammenhängt, nicht vereinbar, wenn bei Gewährung eines unbegründeten Abschlags nicht verlangt würde, dass die Vertragsprämie den erwarteten Aufwand noch deckt.

Hinsichtlich der Problematik der Prämienanpassungen gilt es – abgesehen von der Gewährung der Übergangsfrist – zu erinnern, dass es den Versicherern frei stünde, anderweitige Tarifierungsmodelle anzuwenden, bei denen die Prämienanpassungen weniger ausgeprägt ausfallen. Die Schranken für die Erfahrungsfaktoren sind mit dem FINMA-RS 18/4 zwar aufgehoben worden. Es ist aber weiterhin zulässig, eine Begrenzung der Effekte der Erfahrungstarifizierung im Tarif vorzusehen.

Unter diesen Umständen sieht die FINMA keinen Grund, ihre Praxis zur Begrenzung der Abschlagshöhe grundsätzlich zu überarbeiten.

Was die Volumenobergrenze anbelangt, ist es eine arithmetische Realität, dass je nach Prämienvolumen höhere Abschläge bei einem bedeutenden Vertrag nicht vorgesehen werden könnten. Die Festlegung einer (proportionalen) Volumenobergrenze begegnet dem Risiko, dass bei den Verträgen, die nicht von Abschlägen profitieren, höhere Prämien erhoben werden. Ferner stellt die Volumenobergrenze sicher, dass das Verhältnis zwischen dem Schadenaufwand und dem Tarifniveau transparent bleibt. Letzteres Verhältnis bzw. die Gewährleistung dessen versicherungstechnischer Begründbarkeit ist im Kontext des Prüf- und Genehmigungsverfahrens der Tarife von wesentlicher Bedeutung. Entsprechend sieht die FINMA in diesem Punkt grundsätzlich keinen Änderungsbedarf. Hingegen soll geprüft werden, ob eine Erleichterung in den Umsetzungsmodalitäten vorzusehen wäre.



Infolge der Anhörung zur Revision des FINMA-Rundschreibens 10/3 „Krankenversicherung nach VVG“ wurde bei den analogen Bestimmungen eine Vereinfachung eingeführt (S. 11 Anhörungsbericht vom 6. Mai 2021<sup>1</sup>).

Vorliegend wird die FINMA prüfen, ob auch im Bereich der beruflichen Vorsorge Erleichterungen vorgesehen werden sollen, um die Problematik der Bestandsmutationen zu entschärfen. Dies dürfte jedoch keinesfalls dazu führen, dass der Grundsatz und der Rahmen der Bestimmungen nicht mehr eingehalten würden.

Das Anliegen zur Prüfpraxis und den Anforderungen an die Begründung der Referenztarife gehört nicht zum Gegenstand der Evaluation und wird in diesem Rahmen nicht weiter behandelt oder gewürdigt.

#### *Fazit*

An den Begrenzungen der nicht begründeten Ab- und Zuschläge ist insofern grundsätzlich festzuhalten, als sie die Kriterien der Notwendigkeit, Angemessenheit und Wirksamkeit erfüllen, dies auch unter Berücksichtigung der neusten Rechtsprechung. Die Umsetzungsmodalitäten werden überprüft. Eine Anpassung des FINMA-RS 18/4 ist dafür nicht notwendig.

## **4 Weiteres Vorgehen**

Zusammenfassend sieht die FINMA keinen Anpassungsbedarf bezüglich der Bestimmung in Rz 25 betreffend Begrenzungen nicht begründeter Ab- und Zuschläge. Der im Rahmen der Ex-post-Evaluation erkannte Überprüfungsbedarf der Umsetzungsmodalitäten wird aufgenommen. Allfällige Anpassungen würden den Versicherungsunternehmen im Hinblick auf eine Umsetzung per 1. Januar 2025 mitgeteilt.

---

<sup>1</sup> Abrufbar unter [www.finma.ch](http://www.finma.ch) > Dokumentation > Archiv > Abgeschlossene Anhörungen > 2020 > Rundschreiben 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“