

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 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.

Die FINMA genehmigt Tarife und Deckungen

Vor der Markteinführung eines Versicherungsprodukts muss der Krankenversicherer der FINMA verschiedene Informationen einreichen. Diese prüft die Angaben und genehmigt die Produkte, wenn die gesetzlichen Auflagen erfüllt sind. Die Genehmigung umfasst die Versicherungsbedingungen und die Höhe der Prämien. Jedes Mal, wenn ein Krankenversicherer eine Zusatzversicherung verändert, hat er erneut die Genehmigung der FINMA einzuholen.

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.

Wie sie ihre Krankenzusatzversicherungen ausgestalten, liegt im freien Ermessen der Krankenversicherungen. Diese können die angebotenen Leistungen, die Laufzeiten der Verträge und auch die Tarife nach eigenem Gutdünken festlegen. Sie sind auch frei im Abschluss solcher Verträge und legen selbst fest, welchen Kunden sie diese Produkte anbieten. Die Krankenzusatzversicherungen unterliegen dem Privatrecht. Das bedeutet: Im Unterschied zur Grundversicherung, die jeden und jede aufnehmen muss, dürfen die Krankenversicherungen in eigenem Ermessen und ohne Angabe von Gründen Kunden ablehnen, die eine Zusatzversicherung wünschen.

Am 1. Januar 2017 gab es 23 private Versicherungsunternehmen, die mehrheitlich im Krankenzusatzgeschäft tätig waren. Dagegen gab es 13 Krankenkassen, die in derselben Geschäftseinheit nebst der

Die FINMA und die Krankenzusatzversicherung

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 10 Milliarden Schweizerfranken. Das Prämienvolumen in der Grundversicherung ist 27 Milliarden Schweizerfranken (Zahlen per 31.12.2016).

Die Prinzipien der Prämienüberprüfung

Wie in allen anderen Versicherungszweigen sorgt die FINMA auch bei den Krankenversicherungen dafür, dass in erster Linie 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 Versicherungsnehmer 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. Die FINMA genehmigt die Prämien in der Krankenzusatzversicherung, sofern sie sich in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungsunternehmen gewährleistet und andererseits die Versicherten vor Missbrauch schützt. Es liegt in der Verantwortung des Versicherungsunternehmens, die nötigen Tarifmassnahmen zeitgerecht einzuleiten. Die Versicherer müssen jederzeit in der Lage sein, allen Verpflichtungen nachzukommen,

auch den langfristigen. So sind zum Beispiel für Altersrisiken angemessene Reserven aufzubauen. Zudem sind weitere Risiken wie die Teuerung der Gesundheitskosten verlässlich einzuschätzen. Die Prämien sind aufgrund dieser Kriterien festzulegen und dürfen auch einen risikogerechten Gewinn beinhalten. Wenn die von der Krankenversicherung getroffenen Annahmen plausibel sind und die Prämien weder missbräuchlich hoch erscheinen, noch die Solvenz des Unternehmens bedrohen, genehmigt die FINMA die Prämien. Von sich aus kann die FINMA nur einschreiten, wenn die genehmigungspflichtigen Prämien den gesetzlichen Rahmen nachweislich nicht mehr einhalten. Ein Missbrauch kann dann auftreten, wenn eine Krankenversicherung mit einem bestimmten Versicherungsprodukt langfristig zu hohe Gewinne erzielt, die nicht risikogerecht sind. Da ältere oder chronisch kranke Menschen ihre Versicherungsdeckung kaum mehr wechseln können, ist der Wettbewerb in diesem Segment eingeschränkt. Ein Missbrauchsschutz ist deshalb in diesem Bereich von besonderer Bedeutung.

Schutz vor Ungleichbehandlung

In der Krankenzusatzversicherung dürfen Rabatte auf den geltenden Prämien nur angeboten werden, wenn diese mit tieferen Kosten begründet werden können. Die FINMA schreitet ein, wenn sie eine unzulässige Ungleichbehandlung bei Tarifen und Rabatten feststellt. Damit soll verhindert werden, dass Versicherte für nicht gerechtfertigte Rabatte anderer Kunden der Versicherung zahlen müssen. Ausserdem überwacht die FINMA, ob Übertrittsrechte bei geschlossenen Versicherungsbeständen korrekt gewährt werden. Die regulatorischen Grundlagen sehen vor, dass Versicherte von nicht mehr vertriebenen Produkten zu anderen Versicherungslösungen wechseln können, die weiterhin Neuzugänge verzeichnen. Diese weisen eine bessere Risikodurchmischung auf, was sich zu Gunsten der Versicherten auf die Höhe der Prämie auswirkt.

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