

Tätigkeitsbericht 2022

Aufsicht über die soziale
Kranken- und Unfallversicherung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Impressum

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Versicherungsaufsicht

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit BAG
Postfach
CH-3003 Bern
Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch/krankenversicherung

Publikationszeitpunkt

Februar 2023

Bestelladresse

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
Bestellnummer: 316.929.d

Sprachversionen

Diese Publikation ist in deutscher und französischer
Sprache verfügbar.

Digitale Version

Alle Sprachvarianten dieser Publikation stehen als PDF
unter [www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/
taetigkeitsberichte/taetigkeitsbericht-aufsicht-soziale-kranken-und-
unfallversicherung.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/taetigkeitsberichte/taetigkeitsbericht-aufsicht-soziale-kranken-und-unfallversicherung.html) zur Verfügung.

Grafische Konzeption und Satz

diff. Kommunikation AG, Bern

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	6
2	Grundlagen	8
2.1	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung.....	8
2.2	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Unfallversicherung	8
2.3	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Militärversicherung	8
3	Aufsicht über die Krankenversicherer	9
3.1	Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen.....	9
3.2	KVG-Solvenztest 2022	9
3.3	Genehmigung der Prämien 2023 und Reserveabbau	10
3.4	Analyse der Verwaltungskosten	13
3.5	Analyse Zahlungsfristen der Versicherer im Tiers garant.....	14
3.6	Prüfung des gebundenen Vermögens und des internen Kontrollsystems (IKS) durch die externe Revisionsstelle	15
3.7	Rückversicherung im KVG	15
3.8	Corporate Governance	16
3.9	Audit	17
3.10	Weisungen, Aufsichtsbeschwerden und Rechtsmittelverfahren	18
4	Aufsicht über die Unfallversicherer	20
4.1	Aufsicht über die obligatorische Unfallversicherung im Allgemeinen.....	20
4.1.1	Zinssituation im UVG.....	20
4.1.2	Grossereignisse	21
4.2	Betriebsrechnungen	21
4.3	Prämientarife	22
5	Aufsicht über die Militärversicherung	23
5.1	Prämien der beruflich und freiwillig Versicherten	23
6	Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)	24
7	Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht	25
7.1	Aufsichtsdaten.....	25
7.2	Versichertenanfragen	25
7.3	Durchführung der Erhebung über die Testkosten, Berichterstattung durch die externen Revisionsstellen	25
7.4	Aufgabenübertragung (Outsourcing) Kreisschreiben 7.9.....	26

7.5	Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) und Datenschutz-Kreisschreiben Nr. 7.1	26
7.6	Projekt ISAK.....	26
7.7	Evaluation KVAG.....	27
8	Anhänge Rechtsetzung	29
8.1	Rechtsetzung Krankenversicherung	29
8.1.1	Botschaft zur Prämien-Entlastungs-Initiative und zur Änderung des KVG (Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag	29
8.1.2	KVG-Revision (Datenaustausch und Risikoausgleich).....	29
8.1.3	Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit.....	29
8.1.4	Änderung des KVG vom 18. März 2022 betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht und Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).....	29
8.1.5	Verordnung über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland (AS 2022 658).....	29
8.1.6	Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)	30
8.1.7	Änderung der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI).....	30
8.1.8	Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen (SR 832.106).....	30
8.1.9	Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2023 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island, in Norwegen und im Vereinigten Königreich (SR 832.112.51)	31
8.2	Rechtsetzung Unfallversicherung.....	31
8.2.1	Änderung von Artikel 117 Absatz 1 der Verordnung über die Unfallversicherung	31
8.2.2	Anpassung von Artikel 2 Absatz 1 der Verordnung über die Unfallversicherung i. S. Sportvereine	31
8.2.3	Anpassung der UVG-Renten an die Teuerung	31
8.2.4	Motion Darbellay	32
8.3	Rechtsetzung Militärversicherung.....	32
8.3.1	Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV; SR 833.11)	32
9	Bundesratsberichte.....	34
9.1	Postulatsbericht 20.3135 SGK-SR. Auswirkungen der Gesundheitskosten der Pandemie auf die verschiedenen Kostenträger klären	34
10	Glossar	35
11	Abkürzungsverzeichnis.....	36



1 Vorwort

Die Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung hat sich im Berichtsjahr 2022 mit einer breit gefächerten Vielfalt an Themen und Fragestellungen befasst. Nachfolgend werden zwei Bereiche hervorgehoben.

Evaluation des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes

Ein wichtiges Thema für die Aufsicht ist die Evaluation des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG). Alle Aufsichtstätigkeiten im Zusammenhang mit der sozialen Krankenversicherung basieren auf diesem Gesetz und seinen Verordnungen. Daher ist diese Evaluation für alle Akteure, insbesondere für die Versicherer und für die Aufsichtsbehörde, von grosser Bedeutung. Im Auftrag des Bundesrats werden sowohl das Gesetz selbst als auch seine Umsetzung durch die Aufsichtsbehörde untersucht. Im Jahr 2022 hat das BAG der externen Evaluationsstelle umfangreiche Daten bereitgestellt und Auskünfte gegeben. Ebenso wurden die Krankenversicherer von der externen Evaluationsstelle mittels Onlineumfragen und Einzelinterviews mit einbezogen, desgleichen die Meinungen diverser Experten.

Die Sicht der Versicherer und Experten auf die Aufsichtsbehörde gibt dem BAG wertvolle Einblicke. Die Erkenntnisse wird das BAG in der Weiterentwicklung der Aufsicht aufgreifen. Dies gilt sowohl für den Vollzug der Aufsicht als auch für neue strategische Themenbereiche, welche für die Aufsicht mittelfristig an Relevanz gewinnen. Die Ergebnisse der Evaluation werden im Verlauf des Jahres 2023 publiziert.

Besondere Herausforderung für die Genehmigung der Prämien in der sozialen Krankenversicherung für 2023

Besondere Aufmerksamkeit galt in diesem Jahr der Genehmigung der Prämien in der Grundversicherung für das Jahr 2023. Diese sind zwischen 2018 und 2022 trotz steigender Kosten im Durchschnitt nahezu konstant geblieben. Gerade in den für die Bevölkerung belastenden Pandemie-Jahren konnte somit eine finanzielle Mehrbelastung der Versicherten vermieden werden. Auf das Jahr 2023 steigen die mittleren Prämien jedoch deutlich an.

Der Grund für den Prämienanstieg sind die Kosten. Durch Corona waren die Kosten im Jahr 2020 sehr tief, weil Behandlungen aufgeschoben wurden. Diese wurden später nachgeholt. Im Jahr 2021 war die Kostensteigerung insbesondere ab dem 2. Halbjahr deutlich stärker, als von allen Akteuren erwartet. Die Kosten lagen über den Prämien. Dieses Defizit konnte durch die Reserven gedeckt werden, zudem fielen Gewinne bei den Kapitalanlagen an. Auch 2022 hielt die Kostensteigerung in den ersten 9 Monaten weiter an. Somit werden die Prämien für 2022 die Kosten nicht decken. Zusätzlich zeichnen sich substantielle Kapitalverluste ab. Doch auch diese Defizite für 2022 können vollumfänglich durch die Reserven aufgefangen werden. Die Reserven erfüllen also ihren Zweck.

Die Prämien müssen jedoch die Kosten decken. Infolge der beobachteten und für 2023 erwarteten Kostenentwicklung steigen daher die Prämien auf 2023 deutlich an. Gleichzeitig konnte der Prämienanstieg durch den Reserveabbau der Versicherer mit hoher Solvenzquote etwas abgedämpft werden.

Diese komplexe Situation führte zu einem hohen Informationsbedarf im Umfeld der Publikation der Prämien. Die Aufsicht hat daher die Kommunikation mit verschiedenen Stakeholdern intensiviert. So haben z. B. die Kantone ausführliche Analysen und Erläuterungen zu den Gründen für die Prämienentwicklung in ihrem Kanton erhalten. Die Entwicklung der Leistungskosten sowie die Auswirkungen der finanziellen Lage der Versicherer auf

die Prämien wurden zudem in zahlreichen Mediengesprächen erläutert.

Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit den Beaufsichtigten und weiteren Stakeholdern

Die Anzahl der Interaktionen zwischen der Aufsicht und den Versicherern nimmt durch die dynamische Entwicklung aufsichtsrelevanter Themen (z. B. Digitalisierung) zu. Gleichzeitig ist die Aufsicht bemüht, Vereinfachungen in den Abläufen zu erzielen. So wurde beispielsweise für die Einreichung der Geschäftspläne der Versicherer eine Standardisierung entwickelt und das Kreisschreiben zur Aufgabenübertragung (Outsourcing) wurde durch einen

Konsultationsprozess mit den Versicherern begleitet, um die Erfordernisse der Praxis angemessen zu berücksichtigen. Im Prämien genehmigungsprozess stellt die Aufsicht den Kantonen bessere Informationen zur Verfügung und koordiniert den Austausch von Fragen und Antworten im Rahmen der Stellungnahme der Kantone zur Prämien eingabe der Versicherer.

Philipp Muri

Der Leiter der Abteilung Versicherungsaufsicht

2 Grundlagen

2.1 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung

Das BAG beaufsichtigt die Versicherer der sozialen Krankenversicherung (Krankenkassen und betroffene private Versicherungsunternehmen), die Rückversicherer der sozialen Krankenversicherung und die Gemeinsame Einrichtung (GE KVG) gestützt auf das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) sowie die Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV; SR 832.121). Dabei verfolgt die Aufsichtsbehörde das Ziel, die Interessen der Versicherten zu schützen, die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen, für Transparenz zu sorgen, die Versicherten vor Missbräuchen zu schützen und die Solvenz der Versicherer zu gewährleisten. Nebst den Finanzierungsvorschriften und den Vorgaben zur Prämien genehmigung beinhalten das KVAG und die KVAV namentlich auch Vorgaben zur einwandfreien Geschäftsführung, zum Risikomanagement, zu den internen Kontrollen und zur externen Revisionsstelle, welche die Versicherer zu erfüllen haben und die von der Aufsichtsbehörde geprüft werden.

2.2 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Unfallversicherung

In der obligatorischen Unfallversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) ist zwischen der Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung, der sogenannten Gesetzes- oder Vollzugsaufsicht, und der Aufsicht über die Geschäftsführung und die Solvenz, der sogenannten institutionellen Aufsicht, zu unterscheiden. Bei allen Versicherungsgesellschaften, die das UVG anbieten, hat das BAG die Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung. Dies gilt für Privatversicherer, die Suva und die öffentlichen Unfallversicherer.

Bei den Privatversicherern obliegt die institutionelle Aufsicht der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA. BAG und FINMA koordinieren die Aufsicht. Der Bundesrat hat die institutionelle Oberaufsicht über die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), die vom BAG ausgeübt wird. Die direkte institutionelle Aufsicht über die Suva obliegt dem Suva-Rat. Bei den öffentlichen Unfallversicherern ist die institutionelle Aufsicht Sache des Gemeinwesens, welches die Versicherung errichtet hat. Bei den Versicherern gemäss KVAG obliegen die Gesetzesaufsicht und die institutionelle Aufsicht dem BAG.

2.3 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Militärversicherung

Die Militärversicherung wird von zwei Bundesstellen beaufsichtigt. Konkret sind dies das BAG sowie die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK).

Der Bundesrat hat die Führung der Militärversicherung der Suva übertragen. Die Suva hat die Militärversicherung als eigene Sozialversicherung mit gesonderter Rechnung zu führen. Das BAG beaufsichtigt und koordiniert den Vollzug der Militärversicherung.

3 Aufsicht über die Krankenversicherer

3.1 Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen

Das BAG überwacht die Solvenz der Versicherer. Zum Schutz der Versicherten stützt es sich auf sein Interventionskonzept, um eine allfällige Insolvenz eines Versicherers abzuwenden.

Zu Jahresbeginn wird die aktuelle Situation der Versicherer anhand der Kriterien Solvenzquote, Combined Ratio und Höhe der Rückstellungen pro versicherte Person beurteilt. Aufgrund dieser Beurteilung werden die Versicherer, deren Risikoexposition als hoch eingestuft wird, verpflichtet, der Aufsichtsbehörde periodisch Bericht zu erstatten (monatliches oder vierteljährliches Reporting).

Das Interventionskonzept des BAG umfasst sechs Kategorien zur Einstufung der Versicherer. Zur ersten Kategorie gehören die Versicherer, bei denen die Aufsicht keine speziellen Massnahmen erfordert. Die anderen Kategorien beinhalten als Massnahmen je nach Höhe der Risikoexposition eine Stellungnahme bzw. eine vierteljährliche oder monatliche Datenübermittlung. Die letzte Kategorie umfasst die Versicherer, denen eine Insolvenz droht.

Das BAG teilte den betroffenen Versicherern die Ergebnisse seiner Beurteilung mit. Es informierte sie über festgestellte Schwachstellen und die damit verbundenen Massnahmen und bat sie um eine Stellungnahme. 2022 erfüllten elf Versicherer die Anforderungen an ihre finanzielle Situation nur teilweise. Zwei davon mussten vierteljährlich rapportieren.

Im Weiteren hat die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Prüfung der Jahresrechnungen der Versicherer signifikante Differenzen zwischen den in den Jahresrechnungen enthaltenen Bruttoleistungen und den Zahlen festgestellt, die im Rahmen des Monitorings der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) publiziert werden ([Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung \[MOKKE\] \[admin.ch\]](#)). Die darauf erfolgten Interventionen der Aufsichtsbehörde bei den Versicherern führten dazu, dass das ursprünglich mit 5,1% unter MOKKE publizierte Wachstum der Gesundheitskosten

für das Jahr 2021 um 0,6 Prozentpunkte auf 4,5% nach unten korrigiert werden musste. In der Folge hat die Aufsichtsbehörde die Versicherer aufgefordert, dieser Thematik die nötige Aufmerksamkeit beizumessen. Die Aufsichtsbehörde wird auch im nächsten Jahr einen besonderen Fokus auf die Überprüfung dieser Datenlieferungen legen.

3.2 KVG-Solvenztest 2022

Die Versicherer müssen zum Schutz der Versicherten vor Zahlungsunfähigkeit des Versicherers ausreichend Reserven bilden. Um die finanzielle Lage eines Versicherers einschätzen zu können, gibt es den KVG-Solvenztest. Das ist ein etablierter Standard im Finanz- und Versicherungswesen. Der KVG-Solvenztest ist angelehnt an den Swiss Solvency Test (SST) der FINMA. Im KVG-Solvenztest wird geprüft, ob ein Versicherer über genügend Reserven verfügt, um seine Risiken zu tragen. Dabei werden hauptsächlich Kostenschwankungen aus dem Versicherungsgeschäft und unerwartete Verluste aus den Kapitalanlagen betrachtet. Zusätzlich werden seltene Ereignisse wie eine Pandemie oder eine Finanzmarktkrise berücksichtigt. Jeder Versicherer muss mindestens so hohe Reserven halten, dass er selbst in einem schlimmen Jahr (wie es nur einmal alle hundert Jahre vorkommt) alle Verpflichtungen bezahlen kann.

Ein grosser Teil der Verpflichtungen der Krankenversicherer besteht aus den versicherungstechnischen Rückstellungen. Um die Angemessenheit und das Schätzrisiko der Rückstellungen beurteilen zu können, erhebt das BAG jährlich die Schadenabwicklungsdaten der letzten 5 Jahre in monatlicher Granularität.

Das BAG prüfte die Berechnungen und Berichte der Versicherer zum KVG-Solvenztest 2022. Die Aufsichtsbehörde verlangte im Zuge der Prüfung einige Zusatzinformationen, wie zum Beispiel bestimmte Angaben bezüglich der Kosten im Zusammenhang mit Covid-19 sowie die Einreichung des Aktuarsberichts VAG für gemischte Krankenversicherer.

Die Solvenzquoten, die Mindesthöhen der Reserven für das Jahr 2022 und die vorhandenen Reserven am 1. Januar 2022 wurden zusammen mit den genehmigten Prämien Ende September publiziert. Erstmals wurde neben diesen Zahlen auch ihre aktuelle Einschätzung näher beschrieben. Zudem finden sich in einem Faktenblatt weitere Erklärungen zum KVG-Solvenztest sowie aktualisierte Tabellen und Grafiken zur Solvenzsituation des KVG-Gesamtmarktes. In der unten stehenden Tabelle sind die Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz nach Jahr dargestellt.

Jahr	2014	2015	2016
Anzahl Versicherer insgesamt	67	65	63
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	7	3	14

Jahr	2017	2018	2019
Anzahl Versicherer insgesamt	59	57	57
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	6	2	0

Jahr	2020	2021	2022
Anzahl Versicherer insgesamt	56	55	50
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	1	2	0

3.3 Genehmigung der Prämien 2023 und Reserveabbau

Grundlagen

Die Prämien der Versicherer müssen die Anforderungen des KVAG und seiner Ausführungsbestimmungen erfüllen. Die Versicherer geben die geplanten Prämien beim BAG ein. Das BAG prüft, ob die eingegebenen Prämien den rechtlichen Bestimmungen entsprechen, bevor sie genehmigt werden und zur Anwendung kommen. Im Einzelnen handelt es sich um die Prämien für die OKP für Schweizer Versicherte, für Versicherte mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA, die sich nach KVG versichern, sowie für die freiwillige Einzeltaggeldversicherung nach KVG. Die Aufsichtsbehörde hat die Kompetenz, Erhöhungen und Senkungen der Prämien zu verlangen, wenn die Prämien nicht den Anforderungen entsprechen. Besonders wichtig ist dabei das Prinzip der Kostendeckung. Die Aufsichtsbehörde achtet darauf, dass die Prämien für jeden Kanton kostendeckend sind und dass die Kantone gleich behandelt werden. So werden Quersubventionierungen zwischen den Kanto-

nen unterbunden. Mit der Höhe der Prämien muss auch sichergestellt werden, dass die Versicherer über ausreichend hohe Reserven verfügen, um die Risiken von unerwarteten Entwicklungen decken zu können.

Für die Jahre 2018–2023 beläuft sich die durchschnittliche Prämienerrhöhung auf 1,5% im Jahr. Diese Rate ist tiefer als diejenige in den vorausgegangenen 5 Jahren, wo die Wachstumsrate jährlich 3,8% betrug.

Der Grund für den Prämienanstieg sind die Kosten. Durch Corona waren die Kosten im Jahr 2020 sehr tief, weil Behandlungen aufgeschoben wurden. Diese wurden später nachgeholt.





Im Jahr 2021 war die Kostensteigerung erheblich stärker, als von den Versicherern und der [Konjunkturforschungsstelle](#) (KOF) erwartet. Die Kosten lagen bereits deutlich über den Prämien. Dieses Defizit konnte durch die Reserven gedeckt werden, zudem fielen Gewinne bei den Kapitalanlagen an. Das Jahr 2022 war für viele Versicherte wirtschaftlich ein schwieriges Jahr wegen der Inflation und der Corona-Nachwehen. Allerdings ging auch 2022 die Kostensteigerung weiter, sodass die Kosten über den Prämien liegen. Im Februar begann der Krieg in der Ukraine, und insbesondere die Zinsentscheide des **Federal Reserve** (Fed) wie auch der Schweizerischen Nationalbank (SNB) Mitte Jahr wegen der hohen Inflation hatten signifikant negative Einflüsse auf die Kapitalmärkte. Die Defizite können vollumfänglich durch die Reserven aufgefangen werden – ohne negative Folgen für die Prämienzahlenden. Die Reserven erfüllen also ihren Zweck.

Das Wachstum der Kosten für 2023 wurde auf 3,1% geschätzt. Die Prämien hätten deshalb für 2023 um etwas über 8% steigen müssen, um die erwarteten Kosten für 2023 zu decken. Denn der Verlust 2022 wird zwar wie erwähnt von der Reserve aufgefangen, aber der Prämienanstieg startet auf einem tiefen Niveau (Nachholbedarf). Die Versicherer haben den Prämienanstieg im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten dank ausreichender Reserven weiterhin abgemildert.

Der für 2023 erforderliche Prämienanstieg ist somit einzig auf die Kostensteigerung zurückzuführen. Es handelt sich allein um den Nachvollzug der Kostensteigerung und nicht um einen Jo-Jo-Effekt infolge des Reserveabbaus 2022.

Prozess der Prämien genehmigung

Den Prämien genehmigungsprozess kann man grundsätzlich in vier Phasen einteilen:

 Phase 1: Vorbereitung durch das BAG	 Phase 2: Berechnung durch die Versicherer	 Phase 3: Prüfung durch das BAG	 Phase 4: Publikation und Anwendung
<ul style="list-style-type: none"> – Information der Versicherer – Einholen einer Kostenprognose – Vorbereiten der Systeme 	<ul style="list-style-type: none"> – Analyse der Ergebnisse – Schätzungen der Leistungen, des Risikoausgleichs, der Verwaltungskosten etc. – Berücksichtigung der Solvenz – Eingabe von 273 000 Prämientarifen 	<ul style="list-style-type: none"> – Plausibilisierung – Kostendeckung – Gleichbehandlung der Kantone – Rabatte, Modelle – Rückstellungen – Risikoausgleich – Berücksichtigung der Solvenz – Anpassungen – Genehmigung 	<ul style="list-style-type: none"> – Medienkonferenz – priminfo – Open Government Data – Anwendung der genehmigten Prämien durch die Versicherer
Einbezug der Kantone			
<ul style="list-style-type: none"> – Information der Kantone – Austausch zwischen BAG und Kantonen zur Kostenprognose – Treffen für die Datenaufbereitung durch das BAG 	<ul style="list-style-type: none"> – BAG holt Meinung der Kantone zur Kostenprognose ein – Kantone erhalten die erste Eingabe der Versicherer 	<ul style="list-style-type: none"> – Kantone geben Stellungnahme ab – BAG verwendet Stellungnahme und informiert über Verwendung 	<ul style="list-style-type: none"> – Austausch vor der Medienkonferenz – Rückblick auf die Prämienrunde mit den Kantonen

In der Vorbereitungsphase werden die Systeme vorbereitet, die Rahmenbedingungen werden den Akteuren in Erinnerung gerufen und eine unabhängige Kostenprognose wird eingeholt.

In der zweiten Phase werden die Prämien durch die Versicherer berechnet. Dabei müssen sie nebst den Schätzungen der Leistungen verschiedene Parameter mit einbeziehen wie Bestandesbewegungen, Risikoausgleich, Rückstellungen oder Verwaltungskosten. Insgesamt werden dem BAG über 270 000 Prämientarife zur Prüfung und zur Genehmigung eingereicht.

In der dritten Phase, der Prüfung durch das BAG, werden verschiedene Analysen zu den folgenden Fragestellungen durchgeführt:

- Sind die Rückstellungen angemessen und mit anerkannten Methoden berechnet?
- Basieren die Modellrabatte auf effektiven Kostenunterschieden und werden die rechtlich vorgegebenen Rabattregeln eingehalten?
- Wie wird die Solvenz im Folgejahr eingeschätzt?
- Werden die Kantone bezüglich Prämien und Kosten gleich behandelt?
- Sind die Prämien kostendeckend?

Sofern alle rechtlichen Bedingungen erfüllt sind, werden die Prämien genehmigt. Ist das BAG der Meinung, dass die Prämien zu tief oder zu hoch angesetzt wurden, werden entsprechende Forderungen an den Versicherer gestellt.

Nach der Genehmigung durch das BAG beginnt die vierte Phase – die Publikation und die Anwendung. Auf priminfo können alle Prämien abgerufen und verglichen werden. Für die Versicherung des neuen Jahres werden die Prämien dann angewandt.

Das BAG bezieht die Kantone in den Prämien genehmigungsprozess ein. Es teilt die Kostenprognose mit den Kantonen und bittet sie um ihre Einschätzung der Kostenentwicklung in ihrem jeweiligen Kanton. Die Kantone erhalten die erste Eingabe der Versicherer zu den Prämien in einer umfangreichen Datenlieferung. Es handelt sich dabei um Bestandeszahlen, Kosten- sowie Risikoausgleichsentwicklungen und Budgets je Kasse im jeweiligen Kanton. Die Kantone geben eine Stellungnahme dazu ab, die vom BAG im Genehmigungsprozess hinzugezogen wird. Vor der Medienkonferenz findet ein Austausch statt und nach Abschluss des gesamten Prozesses organisieren BAG und **Gesundheitsdirektorenkonferenz** (GDK) einen Rückblick auf die Prämien genehmigung.

Die Fragen der Kantone an die einzelnen Versicherer werden durch das BAG gebündelt, zur Beantwortung weitergeleitet und in die Rückmeldung an die Kantone integriert. Dadurch werden die Kantone und die Versicherer administrativ entlastet.

Erzielte Prozessverbesserungen

Die diesjährige starke Prämienhöhung stellte die Aufsicht, die Kantone und die Versicherer in Sachen Kommunikation vor einige Herausforderungen. Im Hinblick auf die Publikation der Prämien in der vierten Phase hat das BAG daher die technischen Hintergründe der notwendigen Prämienhöhung ausführlich erklärt.

Die Zusammenarbeit mit den Kantonen wurde intensiviert. Die Datenlieferung, die die Kantone unmittelbar nach der technischen Prüfung der ersten Prämieeingabe der Versicherer erhalten, wurde verbessert. Die Leistungsdaten wurden grafisch dargestellt und mit neuen Filtermöglichkeiten und interaktiven Darstellungen versehen.

Nach Abschluss der Prämien genehmigung erhalten die Kantone eine ausführliche Rückmeldung vom BAG. Im Berichtsjahr wurden die Gründe für die Prämienentwicklung ausführlich erläutert und mit Grafiken, Zeitreihenanalysen und Benchmark-Auswertungen sowie einer Excel-Beilage erweitert.

Bei den Prämienregionen wurde eine technische Prozessverbesserung erzielt, die vor allem die Versicherer betrifft. Jedes Jahr gibt es Fusionen zwischen Gemeinden. Wenn solche Anpassungen an der Grenze zwischen Prämienregionen geschehen, dann muss die Zuordnung zu einer Prämienregion vom Kanton festgelegt und in den Systemen der Versicherer abgebildet werden. Die Versicherer haben die Verantwortung dafür, dass für jeden Versicherten die Prämie der richtigen Prämienregion zur Anwendung kommt. Auf Wunsch der Versicherer hat das BAG den Informationsfluss verbessert. Neu wird die aktualisierte Zuordnung der Gemeinden zu den Prämienregionen früher publiziert, die Mutationen werden angezeigt und sind somit für die Implementierung nachvollziehbar. Ausserdem werden die Informationen neu zusätzlich im Tabellenformat publiziert, sodass sie leichter eingelesen werden können. Zum Gemeindennamen wurde ausserdem die jeweilige Gemeindenummer des amtlichen Gemeindeverzeichnisses der Schweiz hinzugefügt.

Ergebnisse der Prüfungen

Die Krankenversicherer reichten dem BAG per 31. Juli 2022 die Prämien für das Jahr 2023 zusammen mit Hochrechnungen der Kosten und Angaben zur Anzahl der Versicherten zur Genehmigung ein.

Im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung für Schweizer Versicherte wurden von 44 Versicherern über 270 000 Prämientarife zur Genehmigung unterbreitet. Bei einzelnen Versicherern sind grössere Probleme bei der Datenqualität aufgetreten, diese konnten jedoch mehrheitlich zu Beginn des Prüfungsprozesses behoben werden. Insgesamt wurden aufgrund der Prüfung und der darauffolgenden Gespräche mit den Krankenversicherern rund 20 000 Prämien nach oben und knapp 70 000 Prämien nach unten angepasst. Von den Senkungen waren sehr viele Versicherte betroffen, da auch bei einigen grossen Krankenversicherern angepasste Prämientarife eingegeben wurden. Die Versicherer sind im Durchschnitt in etwa 20 Kantonen tätig. Einige Versicherer bieten zusätzlich eine EU/EFTA-Versicherung, einige bieten ausschliesslich die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG an. Insgesamt waren somit die Prämien für über 900 Risikokollektive zu prüfen.

Aufgrund von Kostenprognosen, Erfahrungswerten und Vergleichen zwischen Versicherern hat das BAG die eingegebenen Hochrechnungen und Budgets für die Geschäftsjahre 2022 und 2023 plausibilisiert. Wie bereits letztes Jahr wurde dies aufgrund der besonderen Situation der Corona-Pandemie erschwert.

Basierend auf der individuellen Situation des Versicherers, schätzt das BAG die Combined Ratio, das heisst das Verhältnis von Ausgaben zu Einnahmen, welche die Versicherer im kommenden Jahr erzielen. Der Versicherer kann dabei die Erträge aus seinem Kapital anrechnen, und zwar bis zur Höhe des Prozentsatzes, den er in den letzten zehn Jahren durchschnittlich erwirtschaftet hat. Seine Combined Ratio kann so 100% übersteigen. Muss er Reserven aufbauen, ist eine Combined Ratio von unter 100% anzustreben. Für das Jahr 2023 haben 21 Versicherer die Kapitalerträge in die Prämienberechnung mit einbezogen, was zu tieferen Prämien führte.

Mit der Revision der KVAV, die seit dem 1. Juni 2021 in Kraft ist, wird der Einsatz von Instrumenten zum Abbau der Reserven für die Versicherer erleichtert. So haben die Versicherer die Möglichkeit, die Prämien knapp zu kalkulieren. Das BAG stellt dabei unter anderem sicher, dass das Instrument der knappen Prämienkalkulation einheitlich auf das gesamte Tätigkeitsgebiet des Versicherers

angewendet wird. Die Versicherer können zusätzlich ein Gesuch zum Abbau der Reserven mittels eines Ausgleichsbetrags für die Versicherten stellen. Dieses Instrument steht jenen Versicherern zur Verfügung, welche ihre Prämien knapp kalkulieren. Dabei prüft das BAG unter anderem, dass die Reserven der betroffenen Versicherer auch nach ihrem Abbau der gesetzlichen Mindesthöhe entsprechen. Das BAG beurteilt auch die von den Versicherern eingereichte Definition der Versicherten, die von einem Ausgleichsbetrag profitieren sollten. Insgesamt 18 Versicherer greifen auf das Mittel der knappen Prämienkalkulation zurück. Zusätzlich haben 5 Versicherer Reservenabbaupläne vorgelegt. Dadurch werden den Versicherten im Jahr 2023 etwas über 20 Mio. CHF rückvergütet.

Die Prämien sämtlicher Versicherer wurden für das ganze Jahr 2023 genehmigt und am 27. September 2022 publiziert. Der Anstieg der gesamtschweizerischen mittleren Prämie im Vergleich zum Jahr 2022 beträgt 6,6%. Dabei entspricht die Veränderung für Erwachsene (ab 26 Jahren) 6,6%, für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) 6,3% und für Kinder (unter 18 Jahren) 5,5%. Da es sich hierbei um Durchschnittswerte handelt, kann die Entwicklung der Prämie für den einzelnen Versicherten davon abweichen.

Monitoring der kantonalen Ungleichgewichte

Im Abschnitt Grundlagen wird erläutert, wie wichtig das Kostendeckungsprinzip pro Kanton ist. Das BAG überprüft daher jährlich ex post die Unterschiede der kantonalen versicherungstechnischen Ergebnisse. Dabei wird der Anteil der in der Schweiz zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien an den Gesamtprämien berechnet. Da die erwarteten Kosten bei der Prämienfestsetzung jeweils geschätzt werden müssen und die definitiven Zahlen im Nachhinein von den jeweiligen Schätzungen abweichen, ist nicht zu erwarten, dass der Wert 0 angenommen wird. Die jährliche Abweichung sollte jedoch klein sein. Das Ziel ist, dass die Kennzahl unter 1% liegt. Im Jahr 2021 lag diese bei 0,72% und befand sich somit deutlich unterhalb der Zielvorgabe.

Die Unterschiede zwischen den Kantonen haben nach der Einführung des KVAG im Jahr 2016 abgenommen, wie die folgende Tabelle zeigt.

Jahr	2013	2014	2015
Anteil der zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien	0,94%	1,04%	1,08%

Jahr	2016	2017	2018
Anteil der zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien	0,90%	0,70%	0,62%

Jahr	2019	2020	2021
Anteil der zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien	0,75%	0,65%	0,72%

Da im Jahr 2015 das KVAG schon bekannt war, die Prämien 2016 aber noch nach der alten Rechtslage genehmigt wurden, ist 2016 als Übergangsjahr zu betrachten.

3.4 Analyse der Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten sind auf das wirtschaftlich Notwendige zu beschränken. Im Rahmen der Kontrolle der Jahresrechnungen stellt das BAG sicher, dass dies so umgesetzt wird, und interveniert im Bedarfsfall bei den Versicherern. Dabei stützt es sich auch auf die Erkenntnisse aus den Prüfungen der externen Revisionsstellen.

Im April jedes Jahres prüft das BAG im Rahmen der Kontrolle der Jahresrechnungen die Verwaltungskosten der Versicherer. Es vergleicht die Zahlen der einzelnen Versicherer mit den Branchendurchschnitten sowie mit den Entwicklungen im Zeitverlauf. Wenn ein Versicherer Verwaltungskosten aufweist, die diese Durchschnittswerte deutlich überschreiten, verlangt das BAG, dass der Versicherer diese detailliert ausweist und begründet.

Kann der Versicherer die Höhe seiner Verwaltungskosten nicht begründen, ist das BAG befugt, eine vertiefte Kontrolle vor Ort durchzuführen. Der Versicherer ist verpflichtet, ihm freien Zugang zu allen Informationen zu gewähren, die es als relevant erachtet.

Anfang Juni 2022 teilte das BAG den betroffenen Versicherern seine Einschätzung mit. Im entsprechenden

Schreiben informierte es diese Versicherer über festgestellte Schwachstellen und bat sie um eine Stellungnahme.

Es stellte sich heraus, dass die 14 kontaktierten Versicherer in den letzten Jahren im Allgemeinen erhebliche Investitionen im IT-Bereich getätigt hatten, um ihre Kosten langfristig zu senken. Je nach Grösse des Versicherers wirken sich solche Investitionen zunächst mehr oder weniger stark auf die Verwaltungskosten aus. Die durchschnittlichen Verwaltungskosten der Versicherer liegen bei rund 5% der Prämien.

Das BAG erwartet von den Versicherern, dass diese ihre Verwaltungskosten dem tatsächlichen Aufwand entsprechend den verschiedenen Bereichen (obligatorische Krankenpflegeversicherung, Taggeldversicherung, Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten) zuordnen. Betreffend die Zuordnung der Verwaltungskosten gibt es nicht eine einzige korrekte Vorgehensweise, es besteht für die Versicherer ein gewisser Ermessensspielraum. FINMA und BAG arbeiten sehr eng zusammen und haben eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. Die beiden Aufsichtsbehörden wollen dabei Vorgaben entwickeln, wie die Verwaltungskostenzuteilung zukünftig noch besser nach einheitlichen Leitprinzipien erfolgen kann. Das BAG wird sehr genau darauf achten, dass auch in Zukunft die Aufteilung der Verwaltungskosten nicht willkürlich und ungerechtfertigt zuungunsten der sozialen Krankenversicherung vorgenommen wird.

3.5 Analyse Zahlungsfristen der Versicherer im Tiers garant

Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Zahlungsdauer vom 1. April 2020 bis 31. März 2021 sowie spezifisch vom 15. Dezember 2020 bis 28. Februar 2021 (bei Jahresendverarbeitungen) abgerechnete Rechnungen im Zahlungssystem Tiers garant (TG) analysiert. Für die berücksichtigte Zeitperiode beträgt der Anteil der TG-Rechnungen 19,8% von sämtlichen abgerechneten Rechnungen.

Alle 50 Versicherer haben der Aufsichtsbehörde die notwendigen Informationen geliefert. Diese wurden plausibilisiert und in gewissen Fällen wurden nach Rücksprache mit den betroffenen Versicherern korrigierte Daten eingereicht.

Die durchschnittliche gewichtete Zahlungsdauer (ab Empfangsdatum der Rechnung bis zum Zahlungslauf bzw. Buchungsdatum der Leistungen) liegt bei einer Mehrheit der Versicherer (>95%) unter 20 Tagen, mit einer minimalen Abweichung (<1 Tag) zwischen der Zeitperiode vom 1. April 2020 bis 31. März 2021 und der Zeitperiode vom 15. Dezember 2020 bis 28. Februar 2021.

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl Versicherer für unterschiedliche Segmente der durchschnittlichen Zahlungsdauer (ab Empfangsdatum der Rechnung bis zum Zahlungslauf bzw. Buchungsdatum der Leistungen) in Bezug auf sämtliche im Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 31. März 2021 abgerechneten Rechnungen.

	Anzahl Versicherer 1-9,99 Tage	Anzahl Versicherer 10-14,99 Tage	Anzahl Versicherer 15-20 Tage	Anzahl Versicherer >20 Tage
Durchschnittliche gewichtete Zahlungsdauer für sämtliche Rechnungen	37	7	4	2
Durchschnittliche Zahlungsdauer bei automatisierter Rechnungsbearbeitung*	42	3	3	0
Durchschnittliche Zahlungsdauer bei manueller Rechnungsbearbeitung	26	13	8	3

* Zwei kleine Versicherer wiesen darauf hin, keine automatisierte Bearbeitung durchzuführen

Die zwei Versicherer, die bei der manuellen Rechnungsbearbeitung eine durchschnittliche Zahlungsdauer von mehr als 30 Tagen auswiesen, hatten im beobachteten Zeitraum zeitweise technische Schwierigkeiten, welche diese erhöhte Zahlungsdauer erklären. Sie haben die notwendigen Massnahmen eingeleitet und ihre durchschnittliche Zahlungsdauer lag Mitte 2022 bei weniger als 20 Tagen.

Beim dritten Versicherer mit einer durchschnittlichen Zahlungsdauer von über 20 Tagen bei der manuellen Rechnungsbearbeitung handelt es sich um einen kleinen Versicherer, der grundsätzlich einen Zahlungslauf pro Monat vornimmt. Dem BAG sind jedoch keine Beschwerden seitens der Versicherten bekannt.

Die folgende Tabelle zeigt die durchschnittliche Zahlungsdauer (ab Empfangsdatum der Rechnung bis zum Zahlungslauf bzw. Buchungsdatum der Leistungen) für sämtliche Rechnungen, d. h. sowohl jene, die automatisch abgerechnet wurden, als auch diejenigen mit einer manuellen Bearbeitung.

Zeitraum	Durchschnittliche gewichtete Zahlungsdauer für sämtliche Rechnungen	Durchschnittliche Zahlungsdauer bei der automatisierten Bearbeitung	Durchschnittliche Zahlungsdauer bei der manuellen Bearbeitung
01.04.2020–31.03.2021	8,7 Tage	6,8 Tage	11,2 Tage

Die durchschnittliche Zahlungsdauer wird dabei durch den Rechnungsbetrag nicht beeinflusst. Jedoch ist die Zahlungsdauer bei manuell bearbeiteten Rechnungen mit höheren Beträgen aufgrund der notwendigen Abklärungen minim länger. Dabei nicht berücksichtigt ist die Dauer bis zur Auszahlung auf das Konto der versicherten Person, die bis zu 5 Tage zusätzlich in Anspruch nehmen kann.

3.6 Prüfung des gebundenen Vermögens und des internen Kontrollsystems (IKS) durch die externe Revisionsstelle

Zum vierten Mal wurden der Aufsichtsbehörde die Ergebnisse aus den Prüfungen zum gebundenen Vermögen (GebV) und zu den unternehmensweiten Kontrollen sowie zum IKS eingereicht. Sowohl die Prüfungen der externen Revisionsstellen für das Geschäftsjahr 2021 als

auch die für Beanstandungen aus dem Geschäftsjahr 2020 verlangten Folgeprüfungen sind in die aufsichtsrechtliche Berichterstattung eingeflossen. Der unten stehende Vergleich zum Geschäftsjahr 2020 zeigt, dass die Beanstandungen und Empfehlungen der Revisionsstellen auch im Geschäftsjahr 2021 weiter abgenommen haben, sowohl beim gebundenen Vermögen als auch – besonders deutlich – beim IKS.

	2021	2020
Beanstandungen GebV	14	24
Empfehlungen GebV	3	4
Beanstandungen IKS	13	78
Empfehlungen IKS	60	79

Die eingereichten Arbeitspapiere der Revisionsstellen sind kritisch gewürdigt worden. Alle wichtigen Feststellungen, insbesondere die Beanstandungen und die Empfehlungen, wurden mit den Revisionsstellen besprochen. Die Aufsichtsbehörde hat gegenüber den Revisionsstellen kommuniziert, dass die Beanstandungen und Empfehlungen innerhalb der festgelegten Fristen zu beheben sind. Die Revisionsstellen werden über ihre Feststellungen des Geschäftsjahres 2021 eine Folgeprüfung vornehmen und über diese im nächsten aufsichtsrechtlichen Bericht an das BAG rapportieren.

3.7 Rückversicherung im KVG

Um sich gegen eine unvorhersehbare Anhäufung von kostenintensiven Krankheitsfällen abzusichern, schliessen insbesondere kleine Krankenversicherer Rückversicherungsverträge ab. In der Regel übernimmt der Rückversicherer ab einer vereinbarten Limite alle weiteren Kosten bis zu einem Maximalbetrag pro Jahr oder es wird ein gewisser Prozentsatz des Geschäftes an den Rückversicherer abgegeben. Knapp die Hälfte der Krankenversicherer beansprucht zurzeit Rückversicherungsschutz. Dafür wurden 2021 rund 42,0 Mio. CHF an Prämien bezahlt und knapp 40,8 Mio. CHF an Rückversicherungsleistungen vergütet. Im Jahr zuvor betragen die Rückversicherungsprämien und -leistungen 47,5 Mio. CHF bzw. 47,7 Mio. CHF.

Alle neu abgeschlossenen Rückversicherungsverträge und deren Prämien müssen von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Bei den Rückversicherungsprämien wird überprüft, ob sie den übernommenen Risiken entsprechen. Es wird der individuellen Situation der Versicherer und dem Typ des Rückversicherungsvertrags Rechnung getragen.

Die Aufsichtsbehörde hat die eingereichten Verträge, die neu 2022 in Kraft getreten sind, nach den folgenden einheitlichen Kriterien geprüft:

- Der Rückversicherer muss eine Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung der Versicherungsrisiken der sozialen Krankenversicherung haben.
- Höchstens 50% der Prämien dürfen zediert werden.
- Der Vertrag muss auf Ende jedes Kalenderjahres kündbar sein und die Kündigungsfrist muss mindestens sechs Monate betragen.
- Der Versicherer darf den Vertrag nur unter Bedingungen abschliessen, wie er sie auch mit unabhängigen Dritten vereinbaren würde.

Geprüft wird des Weiteren, inwieweit der Vertrag die Risikosituation beeinflusst und ob er im KVG-Solvenztest berücksichtigt werden kann. Die Prüfung der am weitesten verbreiteten Grossschadenexzedenten- oder Quotenrückversicherungen erfolgt in erster Linie anhand routinemässig erhobener Daten, namentlich der Individualdaten aus BAGSAN. Im Bedarfsfall können weitere Daten von der Aufsichtsbehörde erhoben werden. Bei Stop-Loss-Verträgen kann kein allgemeines Schema angegeben werden. Eine vertiefte aktuarielle Prüfung der Prämien und des Vertrages ist hier nötig. Im Jahr 2022 verfügten 24 KVG-Versicherer über Rückversicherungen im Bereich OKP- und KVG-Taggeld. Für 2023 wurden dem BAG fünf neue Rückversicherungsverträge zur Genehmigung vorgelegt.

Das BAG prüft zudem die Berichterstattung der aktiven Rückversicherer gemäss Artikel 33 KVAG. Die KPT Versicherungen AG, die Sanitas Grundversicherungen AG und die Sanitas Privatversicherungen AG haben entschieden, sich aus der aktiven Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung zurückzuziehen. Sie bieten seit längerer Zeit keine diesbezüglichen Produkte mehr an. Daher hat das BAG verfügt, dass ihnen die Bewilligung zur Durchführung der aktiven Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung entzogen wird. Sie sind von der Liste der zugelassenen Rückversicherer entfernt worden.

3.8 Corporate Governance

Nebst den Audits (siehe Ziff. 3.9) sind die Geschäftspläne der Versicherer eine wichtige Quelle zur Überprüfung einer Corporate Governance – oder der Gewähr für einwandfreie Geschäftsführung. Die Änderungen der Geschäftspläne bedürfen einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde mittels Verfügung, wenn sie folgende Elemente betreffen:

- Statuten
- Rückversicherungspläne und Rückversicherungsverträge
- Angaben zum örtlichen Tätigkeitsbereich
- Verträge und andere Vereinbarungen, mit denen die Versicherer wesentliche Aufgaben an Dritte übertragen wollen
- Prämientarife sowie Bestimmungen zu besonderen Versicherungsformen, freiwillige Taggeldversicherung und allgemeine Versicherungsbedingungen

Änderungen, die andere Elemente der Geschäftspläne anbelangen, gelten als genehmigt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet.

2022 sind bei der Aufsichtsbehörde – wie im Vorjahr – rund 160 Geschäftsplanänderungsgesuche eingegangen. Zirka 75% der Gesuche betrafen – je ungefähr zu gleichen Teilen – die Organisation des Versicherers, Personaländerungen in den Verwaltungs- und Leitungsorganen, Übertragung von wesentlichen Aufgaben an Dritte sowie Änderungen von Versicherungsbedingungen.

Die Aufsichtsbehörde hat im Jahr 2022 zu jedem Element des Geschäftsplanes ein Formular entwickelt. Nach Anhörung der Versicherer und ihrer Verbände werden sie Anfang 2023 in Kraft gesetzt, damit eine standardisierte, vereinheitlichte und effiziente Geschäftsplanüberprüfung sichergestellt ist.

Ebenfalls überprüft werden Änderungen der rechtlichen Struktur eines Versicherers. Nachdem der Versicherungskonzern CSS bereits eine erste konzerninterne Fusion per 1. Januar 2022 vollzogen hatte, hat er per 1. Januar 2023 eine weitere beantragt. Die Aufsichtsbehörde hat die entsprechende Übernahme durch Absorptionsfusion der Arcosana AG durch die CSS-Kranken-Versicherung AG eng begleitet und bewilligt. Ausserdem hat die Aufsichtsbehörde in Koordination mit der FINMA die per 1. Januar 2023 geplante Abspaltung des Zusatzversicherungsgeschäfts von der SWICA Krankenversicherung AG in eine neue Gruppengesellschaft begleitet und überprüft.

3.9 Audit

Jährlich werden sämtliche KVG-Versicherer anhand risikobasierter Kriterien in einem Ratingsystem eingestuft. Basierend auf den Ergebnissen aus diesem Rating sowie weiteren Faktoren (Grösse des Versicherers, Resultate des letzten Audits) wurde bei sieben ausgewählten Versicherern (Vorjahr 9) ein Audit durchgeführt. Dies entspricht einer Abdeckung in der OKP (Anzahl Versicherte) von ca. 37%.

Nebst der Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen nach KVG und KVAG lagen die Schwerpunkte der Audits 2022 wie im Vorjahr in allen geprüften Bereichen auf der Gleichbehandlung der Versicherten sowie auf der prozessorientierten Prüfung der von den Versicherern durchgeführten Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle. Im Fokus standen dieses Jahr insbesondere die Prüfungen der Arbeitsprozesse der Versicherer bzgl. der Leistungs- und Rechnungsprüfung im Tagesgeschäft mittels der eingesetzten Prüfregerwerke. Grundsätzlich werden die rechtlichen Voraussetzungen zur Kostenübernahme bei der elektronischen automatisierten Rechnungsprüfung von den Versicherern berücksichtigt und die notwendigen Abklärungen der Leistungspflicht durchgeführt. Bei einzelnen auditierten Versicherern wurde jedoch festgestellt, dass Prüfschwellen bzw. temporäre Unterbrüche von Prüfungen der Leistungspflicht definiert wurden, was nicht zulässig ist. Die betroffenen Versicherer wurden angewiesen, dies zu unterlassen.

Als weiterer Schwerpunkt wurde geprüft, ob bei der Rückabwicklung von Leistungsrückerstattungen (z.B. aufgrund eines nachträglich festgelegten stationären Tarifs oder bei Medikamenten mit Preismodellen gemäss Spezialitätenliste) eine zulasten der versicherten Person falsch erhobene Kostenbeteiligung rückvergütet wurde, was nicht in jedem Fall passierte. Überdies wurden Schwachstellen bei der Abwicklung der gesetzlichen Kostenbeteiligung für die während einer Schwangerschaft erbrachten Krankheitsleistungen festgestellt und Verbesserungsmassnahmen verlangt.

Die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben des Kreisschreibens 7.1 «Aufsicht des BAG über Datenschutzrelevante Bereich gemäss KVAG» war Gegenstand mehrerer Audits. Hierbei lag der Fokus einerseits auf den Anforderungen des Risikomanagements und der internen Kontrollmechanismen, andererseits auf der Bearbeitung und Bekanntgabe von Personendaten. Es wurde untersucht, ob OKP-Daten zweckentfremdet wurden (z. B. im

Bereich Marketing). Diesbezüglich wurden einzelne Versicherer angewiesen, die Nutzung von OKP-Daten für sämtliche Zwecke, welche über die gesetzlich geregelten Aufgaben hinausgehen, einzustellen und die rechtlichen Vorgaben einzuhalten.

Im vertrauensärztlichen Dienst (VAD) wurden die Unabhängigkeit der Organisation, die Weiterleitung von Angaben ausserhalb des VAD sowie die Zugriffsberechtigungen und die Bearbeitung von vertrauensärztlichen Akten geprüft. In Bezug auf medizinische Akten, die zuhanden des Vertrauensarztes eingereicht werden, war die unabhängige fachlich-medizinische Beurteilung nicht in jedem Fall sichergestellt. Die betreffenden Versicherer wurden angewiesen, jederzeit sicherzustellen, dass diese ausschliesslich durch den Vertrauensarzt und dessen bezeichnete Hilfspersonen im VAD erfolgt. Es wurden sowohl technische als auch organisatorische Massnahmen gefordert, damit die Persönlichkeitsrechte der Versicherten stets gewahrt bleiben, indem der VAD nur diejenigen Angaben an die Leistungsabteilung weiterleitet, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht entscheiden zu können.

In den Prüfbereichen Prämienkonformität und Versicherungspflicht lag der Fokus einerseits auf der korrekten Anwendung der vom BAG genehmigten Prämien, andererseits wurden diverse versicherungstechnische Mutationen bei den Vertragsdaten (Versicherungsbeginn, Austritt, unterjährige Änderungen etc.) geprüft. Die mehrheitlich in Bezug auf die Kündigungsfristen bei besonderen Versicherungsformen, d. h. Wahlfranchise und Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, sowie die bei einem unentschuldbaren verspäteten Beitritt und dem damit verbundenen Prämienzuschlag ausgesprochenen Weisungen sind überwiegend auf die inkorrekte Auslegung der entsprechenden KVG- und KVV-Richtlinien zurückzuführen.

Als weiterer Prüfungsschwerpunkt wurde beurteilt, ob die Versicherer über angemessene Corporate-Governance-Prinzipien verfügen, und dabei insbesondere, ob das Risikomanagement und das IKS der Grösse und der Risikosituation des Versicherers angepasst sind. Die Rolle und die Unabhängigkeit der Assurance-Funktionen einzelner Versicherer mussten ausgebaut bzw. verstärkt werden, zudem müssen einzelne Versicherer ihre Business-Continuity-Management(BCM)-Strategien und Notfallpläne erweitern.

Die auditierten Versicherer wurden bei festgestellten Mängeln angewiesen, der Aufsichtsbehörde innert einer

festgelegten Frist die vorgesehenen Massnahmen zur Behebung der Missstände mitzuteilen. Die Versicherer haben für sämtliche erteilten Weisungen die erforderlichen Massnahmen festgelegt und müssen die definitive Umsetzung dieser Massnahmen der Aufsichtsbehörde schriftlich bestätigen und dokumentieren. In Bezug auf die korrekte Behebung der aufgezeigten Mängel wird zudem, bei wesentlichen Schwachstellen, eine Nachkontrolle (Follow-up) durchgeführt.

3.10 Weisungen, Aufsichtsbeschwerden und Rechtsmittelverfahren

Nebst den Erkenntnissen aus den Geschäftsplänen der Krankenversicherer (vgl. Ziff. 3.8), aus den Audits (vgl. Ziff. 3.9), den Bürgermeldungen (vgl. Ziff. 7.2) sowie der Berichterstattung der externen Revisionsstelle (vgl. Ziff. 3.6) berücksichtigt die Aufsichtsbehörde auch Medienberichte, Gerichtsurteile und Aufsichtsbeschwerden als Indizien zur Beurteilung der Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer.

Da eine Aufsichtsbeschwerde kein Rechtsschutz im Einzelfall bietet und subsidiär zu den ordentlichen und ausserordentlichen Rechtsmitteln steht, empfiehlt die Aufsichtsbehörde bei Streitigkeiten mit Krankenversicherern folgendes Vorgehen:

Vorab ist die Möglichkeit zu prüfen, ob die Ombudsstelle KV unterstützen kann. Sie hat den Auftrag, zwischen Versicherten und Versicherer zu vermitteln, solange noch kein Verfahren rechtshängig ist.

Darüber hinaus ist grundsätzlich der ordentliche Rechtsweg zu beschreiten. In der Regel beinhaltet dieser die folgenden Schritte:

1. Einsprachefähige Verfügung bei der Krankenkasse verlangen (sofern nicht schon von Amtes wegen eine eröffnet worden ist).
2. Gegen die Verfügung kann Einsprache bei der Krankenkasse erhoben werden. Die Krankenkasse muss unabhängig und objektiv über den Sachverhalt entscheiden.
3. Gegen den Einspracheentscheid kann beim zuständigen kantonalen Gericht und in weiterer Instanz beim Bundesgericht Beschwerde erhoben werden.
4. Ist Gefahr im Verzug, sieht das allgemeine Prozessrecht (welches nach der Rechtsprechung auch im Sozialversicherungsverfahren anwendbar ist) folgende Möglichkeiten vor:

- Unmittelbare Rechtsverweigerungs- oder Rechtsverzögerungsbeschwerde beim zuständigen kantonalen Gericht, wenn die Krankenkasse nicht innert nützlicher Frist eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid erlässt (in dringenden Fällen kann von der Krankenkasse erwartet werden, dass sie innert weniger Tage entscheidet);
- Antrag auf provisorische oder superprovisorische Massnahmen beim zuständigen kantonalen Gericht. Das Gericht prüft anschliessend die Dringlichkeit und ob ein nicht wieder gutzumachender Nachteil droht. Wenn ja, ordnet das Gericht eine (super-)provisorische Massnahme an (z. B. vorläufige Übernahme der strittigen Leistungen), bevor es später materiell darüber entscheidet.

Ist der ordentliche oder ausserordentliche Rechtsweg nicht möglich oder nicht zielführend, kann Aufsichtsbeschwerde gegen eine Krankenkasse erhoben werden. Die Aufsichtsbehörde befasste sich im Berichtszeitraum mit rund 40 solcher Aufsichtsbeschwerden. In ungefähr der Hälfte der Fälle war kein Einschreiten der Aufsichtsbehörde angezeigt und die beschwerdeführende Person wurde auf den ordentlichen Rechtsweg und/oder an die Ombudsstelle Krankenversicherung verwiesen. In der anderen Hälfte der Fälle hat die Aufsichtsbehörde bei den betroffenen Versicherern interveniert. Die Interventionen sind unterschiedlich ausgefallen. Sie reichen von einfachen Aufforderungen zur Stellungnahme und Auskunft zu einem Thema (z. B. in Bezug auf die Gründe für fehlerhafte Prämienrechnungen und deren Behebung) über eine Verpflichtung zur regelmässigen Berichterstattung zu einem bestimmten Thema (z. B. Berichterstattung über eingereichte Rechtsverzögerungsbeschwerden) bis hin zu Weisungen betreffend bestimmte Aspekte der Geschäftsführung, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

Hervorzuheben sind dabei die umfangreichen Untersuchungen gegen die Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK (siehe Publikation auf <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/Aufsichtsrechtliche-Massnahmen.html>) nach einer Aufsichtsbeschwerde und infolge von Gerichtsurteilen, bei welchen die Aufsichtsbehörde auf schwerwiegende und zahlreiche Mängel gestossen ist. Deshalb hat sie der SLKK 15 Weisungen zum vertrauensärztlichen Dienst, zu den juristischen Kompetenzen und zur internen Organisation erteilt und die Weisungen auf ihrer Website publiziert. Der Versicherer hat alle Weisungen akzeptiert und deren Umsetzung bis Ende 2022 in Aussicht gestellt.

Die Versicherer können die besondere Situation von kinderreichen Familien berücksichtigen und zum Beispiel ab dem dritten Kind eine Prämienverbilligung gewähren. Wenn sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, dürfen sie jedoch keine zusätzlichen Bedingungen an die Gewährung der Verbilligung knüpfen. Das BAG intervenierte bei einigen Versicherern, die eine Prämienverbilligung für Familien mit drei oder mehr Kindern nur unter der Bedingung gewähren wollten, dass ein Elternteil ebenfalls bei ihnen versichert ist, da eine solche Bedingung den zulässigen Rahmen der Prämienfestsetzung sprengt. Nach Gesprächen erklärten sich diese Versicherer bereit, auf die Anwendung dieser Bedingung bei ihren Versicherten zu verzichten.

Krankenversicherer, welche zu einer Versicherungsgruppe gehören, können gewisse Dienstleistungen an gruppeninterne Dienstleistungsgesellschaften auslagern. Die Aufsichtsbehörde intervenierte bei drei Krankenversicherern, weil sie mit den entsprechenden Dienstleistungsverträgen einen unzulässigen Gewinnzuschlag vereinbart haben. Ein solcher Gewinnzuschlag ist nicht vereinbar mit den Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung.

Im Rahmen eines Audits hatte die Aufsichtsbehörde zwei Krankenversicherer angewiesen, ihre Prozesse hinsichtlich Prämienfälligkeit und Kündigungsfristen zu ändern. Auf das in der Folge gestellte Gesuch um Erlass einer Verfügung über einen Realakt (eventualiter einer Feststellungsverfügung) sowie auf ein Ausstandsbegehren war die Aufsichtsbehörde nicht eingetreten. Das dagegen beim Bundesverwaltungsgericht angehobene Beschwerdeverfahren ist weiterhin hängig.

Die Aufsichtsbehörde verfügte gegenüber einem Kanton den definitiven Bundesbeitrag an die individuelle Prämienverbilligung. Über die entsprechende Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht ist noch nicht entschieden.

Ein Blick auf die Beschwerdeverfahren gegen Krankenversicherer (ohne Tarifstreitigkeiten mit Leistungserbringern) zeigt, dass sich ein Grossteil der Beschwerden als unbegründet erweisen. So wurden rund 400 Beschwerdeverfahren vor den kantonalen Gerichten und vor Bundesgericht geführt, wovon rund 330 nicht erfolgreich waren (Abweisung oder Nichteintreten). 40 Beschwerden wurden teilweise, 30 vollumfänglich gutgeheissen. Diese Urteile werden durch die Aufsichtsbehörde dahingehend geprüft, ob ein aufsichtsrechtliches Einschreiten angezeigt ist. Dies war 2022 nicht der Fall.

Zu beachten ist, dass sowohl eine Häufung von (negativen) Urteilen gegen einen Krankenversicherer als auch eine unterdurchschnittliche Anzahl von Gerichtsverfahren Indizien für eine fehlende Gewähr der einwandfreien Geschäftsführung sind. In der ersten Konstellation, weil die Krankenkasse «zu streng» ist, in der zweiten Konstellation, weil die Krankenkasse zu «kulant» ist und ihren gesetzlichen Prüfungspflichten möglicherweise nicht oder nur ungenügend nachkommt.

4 Aufsicht über die Unfallversicherer

4.1 Aufsicht über die obligatorische Unfallversicherung im Allgemeinen

Das BAG hat als Aufsichtsbehörde für eine einheitliche Rechtsanwendung zu sorgen (Art. 79 UVG). Im Rahmen dieser Gesetzes- bzw. Vollzugsaufsicht ist das BAG mit der Entwicklung des UVG und der Umsetzung der Neuerungen auf Gesetzes- und Verordnungsebene betraut. Dabei steht das BAG je nach Themenkreis mit verschiedenen Organisationen und Institutionen in Kontakt. Auf der anderen Seite wird mit der Nachverfolgung der Rechtsprechung und mit der Möglichkeit, sich in Beschwerdeverfahren vor dem Bundesgericht einzubringen, die Praxis in der obligatorischen Unfallversicherung überprüft und mitgestaltet. Mit der Beantwortung von Bürger- und Fachanfragen sowie der Behandlung von Aufsichtsbeschwerden wird ebenso Einfluss auf eine einheitliche und korrekte Rechtsanwendung genommen.

Auf der Finanzierungsseite prüft das BAG jährlich die Risikogerechtigkeit der Prämientarife, wobei es sich der Risikostatistiken der einzelnen Versicherer (Hausstatistik) sowie der Gesamtrisikostatistik UVG (Gemeinschaftsstatistik) bedient. Ebenso werden die Betriebsrechnungen jährlich geprüft und die Erkenntnisse, gestützt auf eine gemeinsam geführte Kennzahlentabelle mit der FINMA, analysiert. Im Rahmen der koordinierten Aufsicht (Art. 104 Abs. 4 UVV) obliegt der FINMA die Solvenzaufsicht über die Privatversicherer. Die Vollzugsaufsicht des BAG beschränkt sich nicht alleine auf alle UVG-Versicherer, sondern bezieht sich ebenso auf die Stiftung Ersatzkasse UVG, die Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung (KSUV) sowie die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS).

In der Gesetzesaufsicht übt das BAG für den Bundesrat gegenüber der Suva die institutionelle Oberaufsicht aus, welche insbesondere die Solvenzaufsicht beinhaltet. Entsprechend prüft das BAG die Jahresrechnung der Suva und stellt dem Bundesrat jährlich Antrag auf Genehmigung. Den Unterlagen zur Genehmigung der Jahresrechnung liegt jeweils ein Bericht über die finanzielle Lage der Suva bei, welcher zu den Solvenzanforderungen von Artikel 111 Absatz 4 UVV Stellung nimmt. Im Rahmen

der Solvenzaufsicht hat sich das BAG in den letzten Jahren auch mit dem IKS und der Anlagepolitik der Suva auseinandergesetzt und auf Anpassungen hingewirkt. Zudem ist ein regelmässiges Solvenzreporting der Suva eingeführt worden. Analog zu den übrigen Unfallversicherern werden auch die Prämien der Suva geprüft. Im Rahmen der Abnahme der Jahresrechnung hat die Suva dem BAG jeweils die Risikogerechtigkeit der Prämien in jedem Versicherungszweig darzulegen. Im Berichtsjahr hat das BAG insbesondere das Projekt der Suva, im Jahr 2022 überschüssige Prämien wegen tieferer Kosten infolge der Corona-Pandemie zurückzuerstatten, in aufsichtsrechtlicher Hinsicht begleitet.

4.1.1 Zinssituation im UVG

Grundsätzlich sieht das UVG eine Finanzierung der Teuerungszulagen aus Zinsüberschüssen vor, welche sich durch rechnerische Zinserträge (auf Basis des 10-jährigen Mittelwerts der 10-jährigen Bundesobligationen, 10/10er-Zins) oberhalb des technischen Zinses ergeben. Infolge der bereits lange anhaltenden Tiefzinsphase haben diese Zinserträge negative Werte angenommen. Zur Kompensation dieser negativen Zinsüberschüsse wurde 2014 der Zusatzzins eingeführt, welcher ebenfalls auf dem 10/10er-Zins basiert. Inzwischen ist der Zusatzzins jedoch nicht mehr in der Lage, die Zinsfehlbeträge zu decken. Konkret führt dies bereits jetzt zu signifikanten Entnahmen aus dem Fonds des Vereins, was mittelfristig in eine existenzielle Schieflage des Fonds münden würde. Um dies zu verhindern, erhebt der Verein seit einigen Jahren Umlagebeiträge bei den versicherten Betrieben. Aus Sicht des BAG stellt dies eine Zweckentfremdung der Umlagebeiträge dar, da diese nur der Finanzierung der Teuerungszulagen dienen sollten. Inzwischen ist ein negativer kumulierter Zinssaldo entstanden, welcher sich per Ende 2022 auf rund minus 400 Mio. CHF beläuft.

Vor dem Hintergrund dieser Problematik besteht bereits seit 2019 die Arbeitsgruppe «Zinssituation im UVG» mit Vertretern des Vereins, des SVV, der FINMA sowie dem BAG. Sie hat sich in einem ersten Schritt mit der Frage beschäftigt, ob der 10/10er-Zins als Modell für die rechnerischen Kapitalerträge im UVG immer noch angemessen

ist angesichts der bisher noch nie dagewesenen Situation anhaltender Negativzinsen. In einem weiteren Schritt wurde eine Vielzahl von Alternativen zum 10/10er-Modell diskutiert. 2020 wurden aus diesen Alternativen drei potenzielle Nachfolgemodelle selektiert.

2022 erreichte die Arbeitsgruppe das Ziel, sich auf Basis einer Bewertungsmatrix für ein Modell zu entscheiden, welches die Stabilität des Fonds wiederherstellt und möglichst flexibel auf sich ändernde Marktverhältnisse angepasst werden kann. In einem nächsten Schritt soll das von der Arbeitsgruppe präferierte Modell den Mitgliedern des Vereins zur Sicherung künftiger Renten im Rahmen einer Urabstimmung zur Annahme vorgelegt werden.

4.1.2 Grossereignisse

Die Ersatzkasse UVG errichtet im Falle des Auftretens eines Grossereignisses nach Artikel 78 UVG einen Ausgleichsfonds für Schadenzahlungen, die eine vorher definierte Schwelle übersteigen (Art. 90 Abs. 4 UVG).

Um die Ersatzkasse UVG besser auf die mit dem Eintritt eines Grossereignisses verbundenen Anforderungen vorzubereiten, wurde eine Arbeitsgruppe, bestehend unter anderem aus Vertretern der Ersatzkasse, des BAG sowie des Schweizerischen Versicherungsverbands (SVV), ins Leben gerufen. Hauptziel der Arbeitsgruppe ist die Erstellung eines sowohl juristisch als auch mathematisch verständlichen Verwaltungsreglements der Ersatzkasse UVG für diesen Ausgleichsfonds.

2022 erreichte die Arbeitsgruppe das Ziel, einen weitgehend fortgeschrittenen Entwurf des Verwaltungsreglements bei den betroffenen UVG-Versicherern in die Vernehmlassung zu geben und deren Rückmeldungen auszuwerten. Aktuell nimmt die Ersatzkasse – wo nötig – entsprechende Anpassungen am Verwaltungsreglement vor. Dieses muss gemäss Artikel 90a Absatz 6 UVG vom Bundesrat genehmigt werden.

4.2 Betriebsrechnungen

Die UVG-Versicherer sind verpflichtet, für jedes Rechnungsjahr eine Betriebsrechnung je Versicherungszweig (Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle, freiwillige Versicherung) zu erstellen und dem BAG bis spätestens per Ende Juni des Folgejahres einzureichen.

Das BAG hat die eingereichten Betriebsrechnungen des Rechnungsjahres 2021 in eine Datenbank eingelesen und daraufhin inhaltlichen Analysen und Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Im Berichtsjahr stand unter anderem die Prüfung der Bildung von angemessenen Rückstellungen zur Deckung des Nachreservierungsbedarfs bei den Renten im Fokus. Dieser Nachreservierungsbedarf besteht, weil der Bundesrat per 1. Januar 2022 die Senkung des technischen Zinses von 1,5% auf 1% für alle Renten genehmigt hat und sich daraus ein erhöhter Kapitalbedarf ergibt.

Aus den Prüfungen ergaben sich zahlreiche Rückfragen bei den Versicherern. Im Falle von Korrekturbedarf wurden die betroffenen UVG-Versicherer angehalten, die verlangten Anpassungen vorzunehmen und die Betriebsrechnungen erneut einzureichen.

Neben den eingeforderten Korrekturen zeigte sich in mehreren Fällen, dass die Zuschläge für Verwaltungskosten nicht ausreichend waren, um die tatsächlichen Verwaltungs- und Schadenbearbeitungskosten zu decken. Die betroffenen UVG-Versicherer wurden aufgefordert, entsprechende Massnahmen einzuleiten, um ein Gleichgewicht zwischen Verwaltungs- und Schadenbearbeitungskosten einerseits und den Prämienzuschlägen für Verwaltungskosten andererseits zu schaffen. Das BAG wird die Entwicklung weiterhin im Auge behalten mit dem Ziel, eine Verbesserung der Prämientransparenz herbeizuführen.

Auf Basis der Betriebsrechnungsdaten der letzten 5 Jahre führen das BAG und die FINMA im Sinne einer koordinierten Aufsicht eine gemeinsame jährliche Risikoanalyse über alle UVG-Versicherer gemäss Artikel 68a UVG durch. Grundlage der Risikoanalyse ist eine gemeinsame Kennzahlentabelle, welche unter anderem die Combined Ratios aller UVG-Versicherer sowie Benchmarks enthält. Gesellschaften mit auffälligen Kennzahlen wurden von den beiden Aufsichtsbehörden kontaktiert, um die Hintergründe klarzustellen und gegebenenfalls gegensteuernde Massnahmen einzuleiten. Die Umsetzung der Massnahmen wird auf Basis der kommenden Risikoanalysen weiterverfolgt.

4.3 Prämientarife

Die gemäss Artikel 68 UVG registrierten UVG-Versicherer sind verpflichtet, dem BAG die Prämientarife des Folgejahres bis Ende Mai des laufenden Jahres einzureichen.

Das Unfallversicherungsgesetz sieht vor, dass die erhobenen Nettoprämien je Versicherungszweig dem voraussichtlichen Niveau der Aufwände für UVG-Leistungen entsprechen. Gestützt auf diese gesetzliche Vorgabe unterzieht das BAG die Prämientarife der UVG-Versicherer einer Prüfung in Bezug auf ihre Risikogerechtigkeit. Das konkrete Ziel der jährlichen Prüfung ist es, unter Einbezug der aktuellen Risikostatistiken allfällige Unstimmigkeiten in Bezug auf die Risikogerechtigkeit der Nettoprämien aufzudecken und entsprechende Tarifanpassungen zu verlangen bzw. auf eine Anpassung der Erfahrungstarifizierung einzuwirken.

2022 wurden die für das Versicherungsjahr 2023 eingereichten UVG-Tarife hinsichtlich ihrer Risikogerechtigkeit geprüft. Neben den eingereichten UVG-Tarifen haben die UVG-Versicherer die Möglichkeit, Betriebe ihrem individuellen Risiko entsprechend auf Basis der Schadenhistorie zu tarifieren. Das BAG strebt diesbezüglich laufend Verbesserungen an. Hierbei kam es auch im laufenden Jahr insbesondere bei Betrachtung von Krankenhäusern und Gemeinden häufiger zur Feststellung, dass diesen tendenziell zu tiefe Nettoprämien offeriert worden sind. Das BAG hat in diesen Fällen eine Anpassung im Pricing verlangt und wird die Umsetzung dieser Forderung im Rahmen von Follow-ups auf Basis der kommenden Risikostatistiken prüfen. Da die Prämien der betroffenen Verträge in der Praxis häufig erst zum Zeitpunkt der nächsten Vertragserneuerung angepasst werden und die Risikostatistiken prozessbedingt mit einer zeitlichen Verzögerung beim BAG eintreffen, erstreckt sich das Follow-up solcher Feststellungen in der Regel über mehrere Jahre.

5 Aufsicht über die Militärversicherung

5.1 Prämien der beruflich und freiwillig Versicherten

Die im Rahmen des Stabilisierungsprogrammes 2017–2019 per 1. Januar 2018 eingeführten neuen Finanzierungsregeln bestimmen, dass die effektiven Kosten der Militärversicherung für Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten sowie für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten massgebend sind.

Gemäss Artikel 66b Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Militärversicherung (MVG; SR 833.1) sind die Prämien für Leistungen bei Krankheit nach dem Erfordernis eines Kostendeckungsgrades von mindestens 80% festzusetzen. Der erläuternde Bericht zur Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV; SR 833.11) vom September 2017 hält fest, dass in einer Einführungsphase von 5 Jahren der Bundesrat vorsieht, den Kostendeckungsgrad auf 80% zu beschränken. Weil das

Gesetz einen Kostendeckungsgrad von mindestens 80% vorsieht, wird der Bundesrat alsdann eine Erhöhung des Kostendeckungsgrades prüfen. Bei der nächsten Prämienanpassung für die Prämien für das Jahr 2024 wird somit ein höherer Kostendeckungsgrad angestrebt.

Für das Jahr 2023 beträgt die monatliche Prämie für den Krankheitsschutz der beruflich und freiwillig Versicherten 380 CHF. Dies entspricht einer Erhöhung um 15 CHF gegenüber 2022. Der Zuschlag für den Unfallschutz der freiwillig Versicherten beläuft sich unverändert auf 46 CHF.

6 Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)

Bei der Durchführung der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe ist die GE KVG Verbindungsstelle und aushelfende Trägerin, welche die Leistungsgewährung zulasten der ausländischen Versicherung sicherstellt. Die entsprechenden Zinskosten aufgrund der Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe und die Verwaltungskosten für die Durchführung der Aufgaben, die der Bund der GE KVG übertragen hat (z. B. Aufgaben gegenüber in der Schweiz versicherten Rentnerinnen und Rentnern, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen), beliefen sich für das Jahr 2021 auf insgesamt 2,0 Mio. CHF. Diese Kosten sind stabil geblieben im Vergleich zum Vorjahr.

Die GE KVG führt die Prämienverbilligung für die in einem EU-/EFTA-Staat wohnhaften Beziehenden von schweizerischen Renten und ihren Familienangehörigen durch. Der Bund gewährt ihnen individuelle Prämienverbilligung, wenn sie in bescheidenen wirtschaftlichen

Verhältnissen leben und die obligatorische Krankenversicherung bei einer schweizerischen Gesellschaft abgeschlossen ist. Um die Prämien dieser Personen zu verbilligen, hat die GE KVG im Jahr 2021 rund 0,7 Mio. CHF ausbezahlt. Diese Prämienverbilligung erhielten 627 Personen, die Mehrzahl davon in Deutschland (180) und Frankreich (86).

Die GE KVG reicht der Aufsichtsbehörde jährlich diverse Unterlagen wie Geschäfts- und Revisionsberichte ein. Diese Berichte werden von der Aufsichtsbehörde geprüft. Zusätzlich legt die GE KVG Anfang Jahr das Budget betreffend Bundesgelder vor, das die Aufsichtsbehörde hinsichtlich der oben erwähnten Verwaltungs- und Zinskosten prüft.

7 Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht

7.1 Aufsichtsdaten

Die Datenerhebungen bei den Versicherern liefern grundsätzliche Informationen, die es dem BAG ermöglichen, seine Rolle als Aufsichtsorgan wahrzunehmen, gleichzeitig das breite Publikum zu informieren und somit zur Transparenz im Schweizer Gesundheitssystem beizutragen.

Im März 2021 sind die Parlamentsdiskussionen um den neuen Artikel 21 KVG zu Ende gegangen, und am 23. November 2022 hat der Bundesrat das Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer mit Inkraftsetzung am 1. Januar 2023 verabschiedet. Diese neuen Bestimmungen legen fest, welche Informationen gesammelt werden und wie diese Daten verbreitet werden sollen.

7.2 Versichertenanfragen

Die Anfragen von Versicherten und anderen Stellen (z. B. Behörden, Arbeitgeber, ausländische Stellen etc.), die sowohl schriftlich (rund 1800) als auch mündlich (rund 1900) bei der Aufsichtsbehörde eingehen, zeigen, dass die Aufsichtsbehörde gerne zu Fachthemen kontaktiert wird. Die Themen sind vielfältig. Unverändert haben viele Anfragen einen internationalen Bezug. Vor allem ausländische Studenten, Rentner und Grenzgänger haben oft Fragen betreffend Krankenversicherungspflicht (Unterstellung und Befreiungsmöglichkeiten). Oft Gegenstand von Anfragen sind die Modalitäten betreffend die Strafprämie bei verspätetem Versicherungsabschluss oder die besonderen Versicherungsformen (z. B. Hausarzt-, HMO- und Telefon-Modelle, aber auch Mischformen mit immer mehr digitalen Aspekten) mit individuellen Versicherungsbedingungen und Sanktionsmöglichkeiten bei Nichteinhaltung der modellspezifischen Bestimmungen.

Das BAG informiert diesbezüglich über die allgemeinen Rahmenbedingungen und geltenden Vorschriften im Bereich der sozialen Krankenversicherung. Bei Bedarf wird auf die Vermittlungstätigkeit der Ombudsstelle KV oder den möglichen Rechtsweg hingewiesen.

Schlussendlich gab es nach Veröffentlichung der Prämien 2023 wiederum Fragen zur Prämienhöhung und zur Berechnung der mittleren Prämie. Zudem gehen verschiedene Verständnisfragen ein, wenn der offizielle Prämienrechner des Bundes (www.priminfo.ch) und die Prämienrechner der Krankenkassen (vermeintlich) unterschiedliche Ergebnisse liefern.

7.3 Durchführung der Erhebung über die Testkosten, Berichterstattung durch die externen Revisionsstellen

Seit dem 25. Juni 2020 übernimmt der Bund die Kosten für Corona-Tests. Seit diesem Jahr können zusätzlich zu den Testkosten Arzneimittel abgerechnet werden. Die Versicherer, die Militärversicherung, die GE KVG, die Armee und die Kantone melden dem BAG quartalsweise die Anzahl der Tests und die Beträge, die sie den Leistungserbringern in der Abrechnungsperiode vergütet haben. Die Rechnungsprüfung für die Tests erfolgt dabei durch diese Akteure selbst. Sie sind verantwortlich, dass die Leistungen korrekt abgerechnet worden sind. Das BAG plausibilisiert die vierteljährlich eingegangenen Erhebungsformulare und stimmt diese mit den Rechnungen ab. Auch in diesem Jahr musste das BAG mehrere Rechnungen zurückweisen und entsprechende Korrekturen anordnen. Die externen Revisionsstellen prüften die Abrechnungen der Testkosten. Dazu haben sie einen Prüfauftrag von den Versicherern und der GE KVG erhalten, welcher mit EXPERTsuisse (Expertenverband für Wirtschaftsprüfung, Steuern und Treuhand) abgesprochen wurde. Das BAG hat diese Berichte 2022 geprüft. Es sind keine wesentlichen Feststellungen aufgetreten. Die Kosten für diese Prüfungen werden durch die Versicherer und die GE KVG getragen.

Rückforderungsprozess

Besteht der Verdacht, dass Testkosten zu Unrecht in Rechnung gestellt wurden, so kann der Bund diese Testkosten zurückfordern. Daneben besteht die Möglichkeit einer strafrechtlichen Verfolgung. Das BAG hat für die Rückforderung zu Unrecht in Rechnung gestellter Testkosten ein Team zusammengestellt, das sich

ausschliesslich mit den Rückforderungen zu Unrecht in Rechnung gestellter Covid-19-Testkosten befasst. Das Team besteht aus externen und internen Fachkräften. Die Juristen und Ökonomen können dabei auf das Know-how und die Erfahrung interner und externer Spezialisten zurückgreifen. Zudem steht das Team in regelmässigem Austausch mit den Versicherern. Derzeit sind umfangreiche Sachverhaltsermittlungen im Gange. Eine genaue Bezifferung der Fälle ist daher nicht möglich. Das BAG behält sich ausdrücklich vor, bei Missbrauchsverdacht rechtliche Schritte im Rahmen des gesetzlich Möglichen einzuleiten.

7.4 Aufgabenübertragung (Outsourcing) Kreisschreiben 7.9

Die Versicherer dürfen einem anderen Unternehmen der Versicherungsgruppe, einem Verband der Versicherer oder Dritten grundsätzlich Aufgaben übertragen (Art. 6 Abs. 1 KVAG). In der Vergangenheit gab es oft Unklarheiten in Verbindung mit Auslagerungsverhältnissen der Krankenversicherer. Vor allem für die Beurteilung, ob eine Aufgabe als wesentlich bzw. als nicht wesentlich einzustufen ist, fehlte als Ergänzung zu den rechtlichen Grundlagen eine einheitliche Regelung.

Aus diesem Grund wurde das BAG von den Krankenversicherern und deren Vertretern gebeten, zusätzliche Bestimmungen zu erarbeiten. In der Folge entwarf die Aufsichtsbehörde ein Kreisschreiben, welches die Thematik durch die Analyse der bisherigen Praxis genauer definieren sollte. Das BAG hat eine breit angelegte Konsultation durchgeführt, um die Anforderungen der Praxis möglichst gut berücksichtigen zu können. Die zahlreichen Rückmeldungen wurden in den Entwurf eingearbeitet, der nach einer zweiten Konsultation am 1. Juni 2022 als Kreisschreiben in Kraft getreten ist.

7.5 Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) und Datenschutz-Kreisschreiben Nr. 7.1

Die 2021 vereinbarte Zusammenarbeit mit dem EDÖB wurde 2022 institutionalisiert. Der jährliche Austausch fand im April 2022 statt und betraf die Funktionsweise von Gesundheitsapps der Versicherer, neue besondere Versicherungsformen mit digitalem Zugangskanal für die Versicherten, das Vorgehen von Bundesorganen beim Outsourcing von Personendaten in Public Clouds,

die Aufbewahrungsfristen für Unterlagen der Versicherer, die Aufsicht über die Zustellung einer elektronischen Rechnungskopie an die Versicherten, Reaktionen zum angepassten Kreisschreiben Nr. 7.1, die Audittermine der Sektion Audit sowie die Organisation des BAG. Dieser feste Austausch hat sich bewährt und wird 2023 fortgeführt.

Am 1. Januar 2022 trat das angepasste Kreisschreiben Nr. 7.1 vom 20. Dezember 2021 in Kraft. Es konkretisiert die krankenversicherungsrechtlichen Datenschutznormen sowie die Datenbearbeitung der Versicherer nach den massgebenden KVG-Bestimmungen. Für die Einhaltung der Datenschutznormen innerhalb und ausserhalb des Krankenversicherungsrechts wird ein entsprechendes Compliance-Management-System bei den Versicherern erwartet. Im Jahr 2022 hat das BAG mit Hinweis auf das Kreisschreiben von mehreren Versicherern zusätzliche Regelungen zum Datenfluss bei den besonderen Versicherungsformen verlangt. Im Weiteren hat es gemäss seiner im Kreisschreiben verankerten Praxis Anfragen für die Bearbeitung von Gesundheitsdaten und Persönlichkeitsprofilen der Versicherten für eine selektive Information besonderer Zielgruppen aufgrund der aktuellen Rechtslage negativ beantwortet.

7.6 Projekt ISAK

Das BAG überwacht im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit die finanzielle Sicherheit der Krankenversicherer. Es verlangt u. a. deren Jahresrechnungen wie auch die Prämien für das folgende Jahr. Dabei werden viele Informationen und Daten zwischen dem BAG und den Beaufichtigten übertragen. Um diesen Informationsaustausch abzuwickeln und die internen Geschäftsprozesse zu unterstützen, wurde vor einigen Jahren das Informationssystem Aufsicht Krankenversicherung (ISAK) eingeführt.

Neben ausschreibungstechnischen Gründen – der Rahmenvertrag mit dem Hersteller läuft aus – gibt es fachliche und technische Gründe für eine Neuentwicklung. Technologisch ist ISAK nicht zukunftsfähig und die Umsetzung von Erweiterungen bedarf eines hohen Ressourceneinsatzes. Das System unterstützt die bestehenden Geschäftsprozesse nur teilweise. Die Aufsicht entwickelt sich weiter und neue Aufgaben können in ISAK nicht vollständig abgebildet werden. ISAK ist für die Finanz-, Prämien-, Statistik- und andere Erhebungen noch immer im Einsatz und muss aus den genannten Gründen ersetzt werden.

Mit der Ablösung des derzeitigen ISAK soll dem Prinzip von «Single Source of Truth» verstärkt Rechnung getragen werden. Dadurch werden die Versicherer entlastet, weil die Mehrfachlieferung von Daten vermieden werden kann. Möglichst alle Aufsichtstätigkeiten sollen auf einem gemeinsamen Datenpool abgestützt werden. Damit wird die Transparenz bei der aufsichtsrechtlichen Beurteilung erhöht.

Mit dem neuen System soll den wachsenden Bedürfnissen der internen und externen Anspruchsgruppen Rechnung getragen werden. Die Massnahmen in den Bereichen des Datenschutzes und der Informationssicherheit werden an den heutigen Standards ausgerichtet. Mit dem neuen System wird angestrebt, die Prozesse so weit wie möglich zu automatisieren und bestehende Workflows im System möglichst einfach und zusammenhängend abzubilden.

Es wird ein komplett neues System entwickelt, das den Bedürfnissen der Benutzer entspricht und an künftige Anforderungen angepasst werden kann. Das neue System wird um moderne Analysetechnologien ergänzt, damit auch die Datenauswertung technologisch besser unterstützt wird.

Das neue System soll von Beginn an auf die Bedürfnisse der Benutzenden ausgerichtet sein. Zu diesem Zweck wurde im Juli eine erste User Journey gestartet und dafür die Hilfe von Krankenkassen und Kantonen in Anspruch genommen. Zuerst wurde ermittelt, wie der Prämien-genehmigungsprozess aus der Sicht der Nutzer funktioniert, wie das neue System ihren Bedürfnissen Rechnung tragen kann. Mithilfe externer Unterstützung wurden Interviews mit einigen Versicherern sowie Kantonen durchgeführt. Diese Beobachtungen und Interviews wurden zwischen August und Oktober 2022 direkt am Arbeitsplatz der Versicherer bzw. der Kantone durchgeführt, also während des Prämien-genehmigungsverfahrens. Dadurch konnten die relevanten Punkte im richtigen Moment abgefragt werden. Die Ergebnisse dieser Interviews werden dazu beitragen, die Aufmerksamkeit auf diejenigen Aspekte des neuen Systems zu lenken, die unbedingt verbessert oder beibehalten werden müssen.

7.7 Evaluation KVAG

Das Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) und die dazugehörige Verordnung sind seit dem 1. Januar 2016 in Kraft.

Der Bundesrat hat in Reaktion auf eine Interpellation im Jahr 2020 eine Evaluation des KVAG angekündigt, welche vom BAG Anfang 2022 in Auftrag gegeben wurde. Ein unabhängiger, externer Auftragnehmer hat zum einen die vorhandenen Erhebungsdaten analysiert und zum anderen die Branche und Experten zum KVAG und dessen Anwendung umfassend befragt. Er enthält im wesentlichen Aussagen zur Wirkung und zum aktuellen Vollzug des KVAG. Der Bericht wird im Verlauf des Jahres 2023 publiziert.



8 Anhänge Rechtsetzung

8.1 Rechtsetzung Krankenversicherung

8.1.1 Botschaft zur Prämien-Entlastungs-Initiative und zur Änderung des KVG (Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag

Am 17. September 2021 überwies der Bundesrat den Räten seine Botschaft zur Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» und zum indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Krankenversicherungsgesetzes). Siehe dazu die Medienmitteilung: [Der Bundesrat verabschiedet Botschaft für Gegenentwurf zur Prämien-Entlastungs-Initiative \(admin.ch\)](#). Am 16. Juni 2022 beschloss der Nationalrat einen Gegenvorschlag. Dieser baut auf dem Gegenvorschlag des Bundesrats auf, führt aber zu höheren Mehrkosten für Bund und Kantone. Am 30. November 2022 trat der Ständerat nicht auf den Gegenvorschlag des Bundesrates ein. Nun behandelt wieder der Nationalrat das Geschäft.

8.1.2 KVG-Revision (Datenaustausch und Risikoausgleich)

Mit dieser Revision soll ein Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern eingeführt werden, um die Aufgaben beider Seiten zu vereinfachen. Des Weiteren sollen die Versicherten, die im Ausland wohnen, in den Risikoausgleich einbezogen werden und diejenigen, die während einer bestimmten Zeit nicht mehr kontaktiert werden können, vom Risikoausgleich ausgeschlossen werden. Im zweiten Halbjahr 2023 soll die Botschaft ans Parlament überwiesen werden.

8.1.3 Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit

Am 19. Mai 2021 hat der Bundesrat dem Parlament seine Botschaft zu einem Entwurf des Bundesgesetzes über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit überwiesen. Nach diesem Entwurf kann der Bundesrat in der sozialen Krankenversicherung und der Krankenzusatzversicherung die Punkte der Vereinbarung der Versicherer verbindlich erklären, die das Verbot der telefonischen Kaltakquise, die Ausbildung und die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit sowie die Erstellung und Unterzeichnung eines Beratungsprotokolls

betreffen. Der Entwurf sieht auch neue aufsichtsrechtliche Massnahmen vor. Die Nichteinhaltung der verbindlich erklärten Punkte der Vereinbarung stellt einen im KVAG und im VAG festgeschriebenen Verstoss dar. Am 7. März 2022 nahm der Nationalrat den Gesetzesentwurf mit einer Änderung an: Die Anforderungen an die Ausbildung und die Entschädigung gelten nicht für Vermittlerinnen und Vermittler, die durch einen Arbeitsvertrag an einen Versicherer gebunden sind. Am 20. September 2022 nahm der Ständerat den Entwurf des Bundesrates an und ergänzte ihn um die Anhörung der Versicherer vor der Verbindlicherklärung. Am 16. Dezember 2022 hat das Parlament den Entwurf des Bundesrates mit der Ergänzung des Ständerates verabschiedet.

8.1.4 Änderung des KVG vom 18. März 2022 betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht und Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Der Entwurf besteht aus zwei Teilen. Einerseits wurden im März dieses Jahres vom Parlament neue Bestimmungen des KVG zur Durchsetzung der Prämienzahlungspflicht verabschiedet ([16.312 | Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#)). Zu deren Umsetzung müssen nun die Ausführungsbestimmungen erlassen werden. Insbesondere werden die Modalitäten der Übernahme von Verlustscheinen durch die Kantone geregelt. Andererseits ist eine Kompetenzdelegation ans EDI vorgesehen, um die maximalen Rabatte zwischen den Prämienregionen für besondere Versicherungsformen festzulegen, wie es dies bereits für die ordentliche Versicherung tut.

8.1.5 Verordnung über die Änderung von Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung zur Umsetzung des Abkommens zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland (AS 2022 658)

Seit dem 1. Januar 2021 ist die im Abkommen zwischen der Schweiz und der EU über die Personenfreizügigkeit

(FZA; SR 0.142.112.681) vorgesehene Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in den Beziehungen zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich nicht mehr anwendbar. Es wurde ein neues Sozialversicherungsabkommen ausgehandelt, welches vom Parlament in der Wintersession 2022 angenommen wurde. Die Referendumsfrist läuft bis 8. April 2023 und das Datum des Inkrafttretens ist noch nicht genau bekannt. Um eine zu lange Zeitspanne zwischen dem Ende des FZA und der Anwendung des neuen Abkommens zu vermeiden, wird dieses neue Abkommen seit dem 1. November 2021 vorläufig angewendet.

Das Abkommen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland ist in der schweizerischen Rechtsordnung direkt anwendbar und britische Staatsangehörige können sich auf die darin vorgesehenen Rechte berufen. Im Bereich der Krankenversicherung müssen das KVG und das KVAG sowie die Ausführungsverordnungen so geändert werden, dass sie mit dem Abkommen übereinstimmen. Die Bestimmungen dieser verschiedenen Verordnungen, die sich auf das FZA und das EFTA-Übereinkommen beziehen, müssen auch im Zusammenhang mit dem neuen Abkommen Anwendung finden. Es war daher Sache des Bundesrates, diese Bestimmungen durch Aufnahme eines Verweises auf das Vereinigte Königreich anzupassen. Diese Änderungen haben keine materiellen Auswirkungen. Dieser Änderungserlass ist am 1. Januar 2023 in Kraft getreten.

8.1.6 Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA)

Um den Versicherern die Schätzung des Risikoausgleichs und die Berechnung adäquater Prämien zu erleichtern, soll die VORA erneut angepasst werden. Die Änderungsvorlage sieht eine Ergänzung der Gesamtmarktstatistik des Risikoausgleichs mit weiteren, aussagekräftigeren Informationen vor (Art. 22 Abs. 2). Die Kantone weisen darauf hin, dass bisher keine offiziellen schweizweiten Zahlen zu Doppel- und Mehrfachversicherungen bekannt sind. Diese Informationslücke soll mit dieser Revision geschlossen werden (weitere Ergänzung in Art. 22). Schliesslich beinhaltet die Vorlage Anpassungen in Artikel 4 und 6. Der Begriff «Wirkstoff» soll gelöscht werden. Dadurch können Arzneimittel mit demselben Wirkstoff, die für unterschiedliche Erkrankungen zugelassen sind, der jeweils relevanten pharmazeutischen Kostengruppe (PCG) zugeordnet werden, was bisher nicht möglich war. Zur Sicherstellung korrekter Datenlieferungen wird ausdrücklich festgehalten, dass in der Da-

tenlieferung bei den Bruttoleistungen Rückerstattungen von Zulassungsinhabern an die Versicherer in Abzug gebracht werden müssen. Die Revision soll im September 2023 in Kraft treten.

8.1.7 Änderung der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI)

Der medizinische Fortschritt führt jedes Jahr zu zahlreichen Veränderungen in der Spezialitätenliste (SL). Die PCG-Liste im Anhang der VORA-EDI muss entsprechend jährlich aktualisiert werden mit Arzneimitteln, die neu in der SL aufgeführt sind. Die Änderung der VORA-EDI ist am 25. Februar 2022 beschlossen worden und am 15. April 2022 in Kraft getreten. Die nächste Revision folgt im Frühjahr 2023.

8.1.8 Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen (SR 832.106)

Gestützt auf Artikel 61 Absatz 2bis KVG müssen die Prämienrabatte auf den Kostenunterschieden zwischen den Prämienregionen beruhen. Die maximalen Prämienunterschiede wurden einheitlich für die ganze Schweiz festgelegt. Da die Kostenunterschiede je Kanton variieren, entsprechen die für die ganze Schweiz einheitlichen Maximalrabatte nicht in jedem Kanton den Kostenunterschieden zwischen den Prämienregionen. Mit der am 15. März 2022 verabschiedeten Totalrevision der Verordnung des EDI über die Prämienregionen werden deshalb die maximalen Prämienrabatte neu pro Kanton festgelegt. Die Rabatte ändern in den Kantonen Freiburg, Luzern und Sankt Gallen. Ausserdem wird die Nummer, die das BFS jeder Gemeinde zuteilt, neu im Anhang der Verordnung verankert. Sie ermöglicht eine eindeutige Identifizierung der Gemeinden und erleichtert die automatische Verarbeitung durch die Krankenversicherer.

Die Verordnung des EDI über die Prämienregionen musste aufgrund der Gemeindefusionen revidiert werden. Sie erfasst die Aktualisierung der Gemeinden gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des Bundesamtes für Statistik. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Ende Juni 2022 genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2022 oder per 1. Januar 2023 in Kraft getreten sind. Die Verordnung wurde am 26. August 2022 verabschiedet.

Beide Revisionen traten per 1. Januar 2023 in Kraft.

8.1.9 Verordnung des EDI über die Preisniveauidizes und die Durchschnittsprämien 2023 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island, in Norwegen und im Vereinigten Königreich (SR 832.112.51)

Gemäss der Verordnung vom 3. Juli 2001 über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentnerinnen und Rentner, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen (VPVKEU; SR 832.112.5), muss das EDI jedes Jahr den Kaufkraft-Korrekturfaktor zwischen der Schweiz und dem Wohnland der Rentnerin oder des Rentners festlegen. Die Durchschnittsprämien der schweizerischen Grundversicherung (mit einer einheitlichen Franchise von 300 CHF und Unfalldeckung) in diesen Staaten sind für die Berechnung des Anspruchs auf Prämienverbilligung massgebend. Die Preisniveauidizes stammen aus den Eurostat-Statistiken (Kaufkraftparitäten/Preisniveauidizes/Konsumausgaben der privaten Haushalte). Die GE KVG regelt die Prämienverbilligung für Rentnerinnen und Rentner. Die Kantone stützen sich bei der Prämienverbilligung für Grenzgängerinnen und Grenzgänger ebenfalls auf diese Werte. Die EDI-Verordnung vom 28. November 2022 ist am 1. Januar 2023 in Kraft getreten.

8.2 Rechtsetzung Unfallversicherung

8.2.1 Änderung von Artikel 117 Absatz 1 der Verordnung über die Unfallversicherung

Die Prämien der obligatorischen Unfallversicherung werden grundsätzlich für das gesamte Rechnungsjahr jeweils im Voraus entrichtet. Die UVV sieht jedoch gegen einen Zuschlag die Möglichkeit vor, die Prämien in halbjährlichen oder vierteljährlichen Raten zu bezahlen.

Seit der letzten UVV-Revision hat sich die Zinssituation in der Schweiz und weltweit verändert. Im gegenwärtigen Niedrigzinsumfeld sind die geltenden Zuschläge auf Ratenzahlungen zu hoch.

Der Zuschlag auf Ratenzahlungen beruht derzeit auf einem Jahreszinssatz von 5%. Mit der Änderungsverordnung entspricht er einem Jahreszinssatz von 1%. Der Zuschlag bei halbjährlicher Bezahlung sinkt von 1,25 auf 0,25% und bei vierteljährlicher Bezahlung von 1,875 auf 0,375% der Jahresprämie. Damit werden die Arbeitgeber entlastet.

8.2.2 Anpassung von Artikel 2 Absatz 1 der Verordnung über die Unfallversicherung i. S. Sportvereine

Personen, welche als Sportlerinnen und Sportler oder Trainerinnen und Trainer in Vereinen des Breitensports tätig sind und dafür eine – wenn auch bescheidene – Entschädigung erhalten, gelten als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Sinne des UVG und sind entsprechend zu versichern. Aufgrund der Häufigkeit von Verletzungen in diesen Funktionen und der Höhe der Kosten dieser Unfälle ist es für Sportvereine bisweilen schwierig, einen Unfallversicherer zu finden. Ist einer gefunden, sind die Prämien, welche risikogerecht ausgestaltet sein müssen, derart hoch, dass die Breitensportvereine grosse Mühe bekunden, diese zu bezahlen, ohne die Existenz des Vereins zu gefährden.

Aus diesem Grund sollen Sportlerinnen und Sportler sowie Trainerinnen und Trainer von der Unfallversicherungspflicht befreit werden, sofern sämtliche in diesen Funktionen tätigen Personen eines Vereins ein Erwerbseinkommen in der Höhe von höchstens zwei Dritteln des Mindestbetrags der vollen jährlichen AHV-Altersrente erzielen. Sobald eine Sportlerin/ein Sportler oder eine Trainerin/ein Trainer ein Einkommen über dieser Freigrenze erzielt, sind sämtliche in diesen Funktionen tätigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu versichern. Wer im Sportverein einer anderen Tätigkeit nachgeht, wie Administrativpersonal, Reinigungsfachkräfte oder Servicemitarbeitende, untersteht auch weiterhin der obligatorischen Unfallversicherung. Dies unabhängig von der Höhe des erzielten Einkommens.

Der Vorschlag für die Verordnungsanpassung befindet sich seit dem 16. November 2022 bis zum 2. März 2023 in der Vernehmlassung und soll per 1. Januar 2024 in Kraft gesetzt werden.

8.2.3 Anpassung der UVG-Renten an die Teuerung

Wer eine Rente der obligatorischen Unfallversicherung bezieht, erhält Teuerungszulagen. Die Anpassung der UVG-Renten erfolgt jeweils zum gleichen Zeitpunkt wie die Anpassung der AHV-Renten. Massgebend für eine allfällige Erhöhung ist jeweils der Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) des Monats Septembers. Der diesjährige LIK stieg im Vergleich zur letztmaligen Anpassung der Teuerung im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung per 1. Januar 2009 um 2,8% an. Diese Erhöhung wird an die Bezügerinnen und Bezüger von UVG-Renten weitergegeben. Entsprechend wird per 1. Januar 2023 die Verordnung 23 über Teuerungszulagen an Rentnerinnen und Rentner der obligatorischen

Unfallversicherung in Kraft gesetzt, welche die seit dem 1. Januar 2009 anwendbare Verordnung 09 über Teuerungszulagen an Rentnerinnen und Rentner der obligatorischen Unfallversicherung ablöst.

8.2.4 Motion Darbellay

Die von den eidgenössischen Räten im Jahr 2014 angenommene Motion 11.3811 Darbellay beauftragt den Bundesrat, «eine Änderung des Unfallversicherungsgesetzes (UVG) und gegebenenfalls anderer einschlägiger Bestimmungen vorzunehmen, um zu garantieren, dass Taggelder auch in solchen Fällen bezahlt werden, in denen die Erwerbsunfähigkeit durch Rückfälle oder Spätfolgen einer Verletzung begründet ist, welche die versicherte Person als Jugendlicher erlitten hat». Erwerbstätige Personen, die nach dem UVG versichert sind und in ihrer Jugend verunfallten, bevor sie berufstätig wurden, haben derzeit keinen Anspruch auf Leistungen nach dem UVG, wenn sie einen Rückfall oder Spätfolgen im Zusammenhang mit dem Unfall erleiden. Ihre Krankenkasse übernimmt die medizinischen Kosten zu den Bedingungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der Verdienstausfall wird vom Arbeitgeber für eine bestimmte Zeit versichert.

Der Bundesrat hat die verschiedenen Möglichkeiten zur Umsetzung der Motion in allen Sozialversicherungszweigen, die das Prinzip des Taggelds kennen, detailliert und sorgfältig analysiert. Er ist zum Schluss gekommen, dass die Umsetzung der Motion zu einer Abweichung von grundlegenden Prinzipien des Versicherungsrechts führen und systemische Widersprüche mit sich bringen würde. Dementsprechend empfahl er in seinem ausführlichen Bericht vom 28. März 2018 den eidgenössischen Räten, die Motion abzuschreiben. Am 2. März 2022 bestätigte der Ständerat die am 19. März 2019 vom Nationalrat angenommene Position und lehnte die Abschreibung der Motion ab. Der Bundesrat ist verpflichtet, das mit der Motion verfolgte Ziel innerhalb eines Jahres zu erreichen.

Während des gesamten Jahres 2022 wurden intensive Gespräche, insbesondere mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), geführt, um zu klären, wie sich die Motion umsetzen lässt. Es wurden verschiedene Stossrichtungen geprüft, sei es eine Änderung des UVG, des Erwerbsersatzgesetzes (EOG) oder auch des Obligationenrechts (OR). Schliesslich wurde beschlossen, das UVG zu ändern, um der Motion Folge zu leisten. Im Laufe des Jahres 2023 wird eine Vorlage in die Vernehmlassung geschickt, um die Auszahlung von Taggeldern in Fällen zu gewährleisten, in denen die Arbeitsunfähigkeit auf einen Rückfall oder die Spätfolgen einer in jüngeren Jahren erlittenen Verletzung zurückzuführen ist.

8.3 Rechtsetzung Militärversicherung

8.3.1 Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV; SR 833.11)

Das seit dem 1. Januar 2018 gültige, neue Finanzierungssystem bestimmt, dass die effektiven Kosten der Militärversicherung für Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten sowie für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten bei der Prämienbemessung massgebend sind. Das Gesetz hält fest, dass die Prämien für Leistungen bei Krankheit mindestens 80% der Kosten zu decken haben. Für den Unfallschutz in der Grundversicherung der freiwillig Versicherten wird ein Prämienzuschlag erhoben, der ebenfalls mindestens 80% der unfallbedingten Kosten decken soll.

Folgende Prämien wurden festgesetzt: für Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten eine monatliche Prämie von 380 CHF (2022; 365 CHF) und für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten unverändert eine monatliche Prämie von 46 CHF.



9 Bundesratsberichte

9.1 Postulatsbericht 20.3135 SGK-SR. Auswirkungen der Gesundheitskosten der Pandemie auf die verschiedenen Kostenträger klären

Mit dem am 21. April 2020 von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) verabschiedeten Postulat 20.3135 wurde der Bundesrat beauftragt, einen Bericht über die finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen vorzulegen.¹ In einem ersten Zwischenbericht hat der Bundesrat am 23. Juni 2021 eine vorwiegend qualitative Auslegeordnung der bis zum 31. März 2021 bekannten pandemiebedingten Gesundheitskosten pro Kostenträger publiziert. In einem zweiten Schritt erfolgte Ende Juni 2022 eine Aktualisierung des ersten Zwischenberichts mit den pandemiebedingten Gesundheitskosten aus dem Jahr 2021. Wie bereits im ersten Zwischenbericht liegen aufgrund der zeitlichen Verzögerung bei der Datenverfügbarkeit und weil die Pandemie während der Entstehungsphase dieses Berichts noch andauerte, noch nicht sämtliche Informationen vor. Ein Schlussbericht soll voraussichtlich Mitte 2023 vorliegen.

Als Kostenträger im Gesundheitswesen gelten der Bund, die Kantone, die Versicherer sowie die Versicherten. Im Bereich der Versicherer und Versicherten werden die pandemiebedingten Kosten bei sämtlichen Sozialversicherungen (OKP, UV, IV, MV) betrachtet, der Fokus wird aber auf die OKP gelegt. Analog zum ersten Zwischenbericht werden nur die direkten Kosten berücksichtigt, welche in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung während der Pandemie anfallen.

¹ 20.3135 | Auswirkungen der Gesundheitskosten der Pandemie auf die verschiedenen Kostenträger klären | Geschäft | Das Schweizer Parlament

10 Glossar

Audit

Audits sind Inspektionen, die direkt bei den Krankenversicherern durchgeführt werden.

Combined Ratio

Die Combined Ratio ist eine Kennzahl, die das Verhältnis zwischen Kosten (Versicherungs- und Betriebsaufwand) und Prämien zum Ausdruck bringt. Eine Combined Ratio von unter 100% bedeutet, dass die Prämien des Versicherers dessen Kosten zu decken vermögen.

Compliance

Unter dem Begriff Compliance wird die Einhaltung von Gesetzen und Normen verstanden.

Gemischte Krankenversicherer

Unter gemischten Krankenversicherern versteht man Krankenkassen, die sowohl die Grund- wie auch die Zusatzversicherung in derselben rechtlichen Einheit auf eigenes Risiko betreiben. Das BAG hat die institutionelle Aufsicht über diese gemischten Krankenversicherer.

Gebundenes Vermögen

Der Sollbetrag des gebundenen Vermögens entspricht den versicherungstechnischen Rückstellungen. Die Versicherer müssen die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen durch ein gebundenes Vermögen sicherstellen.

Corporate Governance

Corporate Governance bezeichnet den rechtlichen und faktischen Ordnungsrahmen für die Leitung und Überwachung eines Unternehmens. Unvollständige Verträge und unterschiedliche Interessenlagen bieten den Stakeholdern prinzipiell Gelegenheiten wie auch Motive zu opportunistischem Verhalten. Regelungen zur Corporate Governance haben grundsätzlich die Aufgabe, durch geeignete rechtliche und faktische Arrangements die Spielräume und Motivationen der Akteure für opportunistisches Verhalten einzuschränken. (Quelle: Springer Gabler Verlag [Herausgeber], Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Corporate Governance, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55268/corporate-governance-v8.html>).

Risikokollektive

Unter diesem Begriff wird die Zusammenfassung von Gruppen (Altersgruppen, Kantone oder Versicherungsmodelle) verstanden.

Versicherungstechnische Rückstellungen

Die Versicherer sind verpflichtet, angemessene versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden. Diese umfassen Leistungsrückstellungen zur Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Behandlungen, die Rückstellungen von noch nicht abgerechneten Versicherungsfällen in der freiwilligen Taggeldversicherung sowie Alterungsrückstellungen der freiwilligen Taggeldversicherung, falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden. Zudem werden für die Schadenregulierung Rückstellungen gebildet.

11 Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BCM	Business Continuity Management
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
EKAS	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
EU	Europäische Union
EXPERTsuisse	Expertenverband für Wirtschaftsprüfung, Steuern und Treuhand
Fed	Federal Reserve
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
FZA	Freizügigkeitsabkommen
GebV	Gebundenes Vermögen
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG
HMO	Health Maintenance Organization
IKS	Internes Kontrollsystem
ISAK	Informationssystem Aufsicht Krankenversicherung
IV	Invalidenversicherung
KOF	Konjunkturforschungsstelle
KSUV	Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung
KV	Krankenversicherung
KVAG	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.12)
KVAV	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.121)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
LIK	Landesindex der Konsumentenpreise
MOKKE	Monitorings der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung
MV	Militärversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.1)
MVV	Verordnung über die Militärversicherung (SR 833.11)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCG	Pharmazeutische Kostengruppen

SNB	Schweizerische Nationalbank
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SST	Swiss Solvency Test
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
UVV	Verordnung über die Unfallversicherung (SR 832.202)
VAD	Vertrauensärztlichen Dienst
VORA	Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (SR 832.112.1)

