



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

# Tätigkeitsbericht 2017

## Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung



## **Impressum**

© Bundesamt für Gesundheit BAG

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit BAG

Publikationszeitpunkt: März 2018

Gestaltungskonzept: diff. Kommunikation AG, Bern

Bezugsquelle: BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern

[www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch)

[verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

Bestellnummer: 316.929.d

BAG-Publikationsnummer: 2018-KUV-03

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Diese Broschüre erscheint in deutscher und französischer Sprache.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen</b>	<b>6</b>
2.1	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung .....	6
2.2	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Unfallversicherung .....	6
2.3	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Militärversicherung .....	6
<b>3</b>	<b>Aufsicht über die Krankenversicherer</b>	<b>7</b>
3.1	Jahresergebnisse der Versicherer und Interventionen .....	7
3.2	KVG-Solvenzttest 2017 .....	8
3.3	Genehmigung der Prämien 2018 .....	9
3.4	Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen .....	10
3.5	Kapitalanlagen .....	10
3.6	Rückversicherung im KVG .....	10
3.7	Analyse der Geschäftsberichte .....	11
3.8	Geschäftspläne .....	11
3.9	Audit .....	12
3.10	Behandelte Verfahren .....	13
<b>4</b>	<b>Aufsicht über die Unfallversicherer im Bereich der UV</b>	<b>15</b>
4.1	Bericht über die finanzielle Sicherheit der Suva .....	15
4.2	Verein zur Sicherung künftiger Renten .....	15
4.3	Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichts zum Verfahren bei geldwerten Streitigkeiten zwischen Versicherern .....	16
<b>5</b>	<b>Aufsicht über die Militärversicherung</b>	<b>17</b>
5.1	Krankenversicherungsprämien .....	17
<b>6</b>	<b>Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)</b>	<b>18</b>
<b>7</b>	<b>Aufsicht über die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS)</b>	<b>19</b>
<b>8</b>	<b>Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht</b>	<b>20</b>
8.1	Prämienkorrektur 2017 .....	20
8.2	Aufsichtsdaten .....	20
8.3	Versichertenanfragen .....	21
<b>9</b>	<b>Anhänge</b>	<b>23</b>
9.1	Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) .....	23
9.2	Änderung der Verordnung über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI; SR 832.102.2) .....	24
9.3	Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen (SR 832.106) .....	24
9.4	Änderung des Bundesgesetzes über die Militärversicherung (MVG) .....	24
9.5	Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV) .....	24
<b>10</b>	<b>Glossar</b>	<b>25</b>
<b>11</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>26</b>



# 1 Vorwort

---

Die Aufgaben der Aufsicht sind vielfältig. Das hat sich gerade im vergangenen Jahr einmal mehr gezeigt. Die Prüfung oder Plausibilisierung der erhaltenen Dokumente, Daten und Informationen nimmt einen grossen Platz im Arbeitsalltag der Aufsicht ein. In gewissen Fällen kommt der Aufsicht aber auch die Rolle eines Vermittlers zu. Nämlich dort, wo die Versicherer sich zusammenraufen und gemeinsam eine Regelung finden sollten, sich aber nicht einig werden. Dies war im Jahr 2017 der Fall. So gelang es dank unserer Vermittlung, eine für alle UVG-Versicherer akzeptable Regelung für den Neueintritt in den Verein zur Sicherung künftiger Renten zu finden. Damit liess sich eine rechtliche Auseinandersetzung zwischen den Versicherern verhindern. Zudem konnten die Statuten und das Reglement dem Bundesrat noch im Berichtsjahr zur Genehmigung unterbreitet werden.

Die Aufsicht soll aber auch Vermittler zwischen der Branche und der Regulierung sein. Denn die Regeln, die die Beaufsichtigten betreffen, müssen die Realitäten bei den Versicherern wie auch die Entwicklungen der Branche berücksichtigen. Dies gelingt aber nur, wenn diese Realitäten auch bekannt sind und bei der Regulierung einfließen können.

Und nicht zuletzt haben wir als Aufsicht auch richterliche Funktionen wahrzunehmen. Dies bei geldwerten Streitigkeiten zwischen Versicherern in der Unfallversicherung.

Die Kernaufgabe der Aufsicht ist, zu prüfen, ob sich ein Beaufsichtigter gesetzeskonform verhält. Wo die Rechtstexte nicht eindeutig sind, ist der Zweck des Gesetzes die Leitlinie. Natürlich kann es vorkommen, dass Versicherer und Aufsichtsbehörde die Gesetzestexte nicht gleich auslegen. In diesen Fällen kommt den Gerichten die Aufgabe zu, Klarheit zu schaffen. Mit Genugtuung haben wir zur Kenntnis genommen, dass das Bundesverwaltungsgericht uns in mehreren Fällen Recht gegeben hat und damit unsere Auslegung des Gesetzes gestützt hat.

Zentral ist, dass wir alle Beaufsichtigten gleichbehandeln, denn nur so haben alle in diesem regulierten Wettbewerb auch gleich lange Spiesse.

Unter Gleichbehandlung ist aber auch zu verstehen, dass dort, wo es die rechtlichen Grundlagen vorsehen, die Grösse und Komplexität eines Versicherers berücksichtigt werden muss.

Mit dem zu Ende gegangenen Jahr 2017 lief die Übergangsfrist für die Einreichung der Geschäftspläne für die Krankenversicherer ab. Damit wird ein weiterer wichtiger Pfeiler der Aufsicht zum Tragen kommen. Die erstmalige Prüfung dieser Unterlagen, die auch Angaben zum Risikomanagement, zu den internen Kontrollen und der Governance generell beinhalten, wird uns auch zu Beginn des Jahres 2018 noch beschäftigen. Für die Anforderungen im Zusammenhang mit der Übertragung von Aufgaben wie auch für die Gewährleistung der einwandfreien Geschäftsführung läuft die Übergangsfrist Ende 2020 ab. Erst dann wird das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vollständig greifen.

Helga Portmann

*Die Leiterin der Abteilung Versicherungsaufsicht*

## 2 Grundlagen

---

### 2.1 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beaufsichtigt in seiner Rolle als Aufsichtsbehörde die Versicherer der sozialen Krankenversicherung (Krankenkassen und betroffene private Versicherungsunternehmen), die Rückversicherer der sozialen Krankenversicherung und die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG), gestützt auf das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene 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 hat die Aufsichtsbehörde insbesondere den Schutz der Versicherten und die Solvenz der Versicherer zu gewährleisten. Nebst den Finanzierungsvorschriften und den Vorgaben zur Prämien genehmigung beinhalten das KVAG und die KVAV insbesondere 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 (UVG) ist zwischen der Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung, der sogenannten Gesetzes- oder Vollzugsaufsicht, und der Aufsicht über die Geschäftsführung und Solvenz, der sogenannten institutionellen Aufsicht, zu unterscheiden. Bei allen Versicherungsgesellschaften, die das UVG anbieten, seien dies Privatversicherer, die Suva oder öffentliche Unfallversicherungskassen, hat das

BAG die Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung.

Bei den Privatversicherern obliegt die institutionelle Aufsicht der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA). BAG und FINMA haben die Aufsicht zu koordinieren. Der Bundesrat hat die institutionelle Oberaufsicht über die Suva, die vom BAG ausgeübt wird. Die direkte institutionelle Aufsicht über die Suva obliegt dem Suva-Rat. Bei den öffentlichen Unfallversicherungskassen obliegt die institutionelle Aufsicht hingegen dem Gemeinwesen, 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 Jahresergebnisse der Versicherer und Interventionen

### *Jahresergebnisse der Versicherer*

Von den 57 im Jahr 2016 vom BAG zugelassenen Krankenversicherern verzeichneten 37 Versicherer im Geschäftsjahr 2016 ein positives Betriebsergebnis, 20 Krankenversicherer realisierten hingegen einen Verlust. Das Gesamtbetriebsergebnis aller 57 Krankenversicherer betrug im Jahr 2016 197 Mio. CHF. Infolge des Gesamtbetriebsergebnisses nahmen die Reserven der Versicherer von 6,061 Mia. CHF auf 6,258 Mia. CHF zu.

Das versicherungstechnische Ergebnis belief sich im Jahr 2016 auf –93 Mio. CHF. Im Jahr 2015 betrug es noch –817 Mio. CHF. Es hat sich also stark verbessert. Dies ist auch an den Entwicklungen der Prämien und Leistungen zu erkennen. Während die Prämien im gleichen Zeitraum von 27,1 Mia. CHF auf 28,6 Mia. CHF zulegen, stiegen die Nettoleistungen von 26,0 Mia. CHF auf 27,2 Mia. CHF an. Pro versicherte Person nahmen die Prämien um 4,7 % und die Nettoleistungen um 3,5 % zu.

Die Verwaltungskosten haben sich in den vergangenen Jahren stabilisiert, was auch aus der diesjährigen Analyse dieser Zahlen klar hervorgeht. Die Verwaltungskosten pro Versicherten betrugen im Jahr 2016 CHF 163.10 und stiegen damit gegenüber dem Jahr 2015 mit CHF 159.55 nur leicht an. Die Verwaltungskosten in Prozent der Prämien nahmen im gleichen Zeitraum von 4,9 % auf 4,7 % ab.

### *Interventionskonzept des BAG*

Die Aufsicht überwacht die Solvenz der Krankenversicherer. Sie wendet periodisch ein Interventionssystem an, um Insolvenzfällen bei den Krankenversicherern vorzubeugen.

Jährlich werden drei aufsichtsrechtliche Kriterien – Solvabilitätsquotient, Combined Ratio und Höhe der Rückstellungen pro versicherte Person – aufgrund der neusten Daten definiert. Jeder Kran-

kenversicherer wird je nach seiner Risikoexposition klassifiziert. Im Laufe des Geschäftsjahres unterliegen die Akteure, deren finanzielle Verhältnisse die Anforderungen nicht erfüllen, einer besonderen Aufsicht.

Dieses Interventionskonzept umfasst sechs Kategorien zur Bewertung der Krankenversicherer. Die Gesellschaften, bei denen keine besonderen Massnahmen erforderlich sind, werden in die erste Kategorie eingeteilt. In den anderen Kategorien sind je nach Risikoexposition eine Stellungnahme oder ein vierteljährliches oder monatliches Datenreporting als Massnahmen vorgesehen. Die letzte Kategorie ist für Versicherer bestimmt, die nahezu zahlungsunfähig sind und denen der Entzug der Durchführungsbewilligung droht.

Ende März 2017 stellte das BAG den betroffenen Versicherern seine Bewertung per Post zu. Es informierte sie über allfällige festgestellte Schwächen und die damit verbundenen Massnahmen und bat sie allgemein um eine Stellungnahme.

2017 stellte das BAG fest, dass 21 Krankenversicherer die Vorgaben bezüglich Finanzierung nur teilweise erfüllten. 13 Krankenversicherer wurden zu einem vierteljährlichen und 8 zu einem monatlichen Reporting verpflichtet.

Das BAG kann den betroffenen Krankenversicherern im Laufe des Geschäftsjahres auch punktuelle Fragen stellen, und zwar aufgrund aktueller Themen oder vertiefter spezifischer Themenanalysen. Das ermöglicht vergleichende Analysen und ein gezieltes Angehen der festgestellten Schwächen.

### 3.2 KVG-Solvenztest 2017

Zur Sicherstellung der Solvenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung müssen die Versicherer ausreichende Reserven halten. Die Mindesthöhe dieser Eigenmittel wird seit dem Jahre 2012 durch die vom Versicherer eingegangenen Risiken bestimmt (Art. 14 KVAG). Im KVG-Solvenztest werden, analog dem Swiss Solvency Test (SST) der FINMA, die versicherungstechnischen Risiken, die Markt- und die Kreditrisiken evaluiert und mit krankenversicherungsspezifischen sowie finanzmarktrelevanten Szenarien angereichert. Die Anfang Jahr vorhandenen Reserven im Verhältnis zu diesen risikobasierten Mindestreserven ergeben die Solvenzquote für ein bestimmtes Geschäftsjahr. Das Sicherheitsniveau ist auf 1 % eingestellt. Damit sollte die Reserve, vereinfacht gesagt, den in einem von 99 Fällen ungünstigsten Ausgang eines Geschäftsjahres abfedern können und selbst in der Hälfte der verbleibenden Fälle noch ausreichend sein.

Ein grosser Teil der Verpflichtungen der Krankenversicherer besteht aus den versicherungstechnischen Rückstellungen. Um die Angemessenheit und das Schätzrisiko der Rückstellungen mit aktuariellen Methoden beurteilen zu können, erhebt das BAG seit Einführung des KVG-Solvenztests jährlich die Schadenabwicklungsdaten der letzten fünf Jahre in monatlicher Granularität.

Ab 2017 wird das Geschäft nach UVG, das von Versicherern nach KVAG betrieben wird, zur Ermittlung der vorhandenen Reserven und für die Berechnung der Mindesthöhe der Reserven berücksichtigt. Davon betroffen sind drei Versicherer. Weil bei allen drei Versicherern das UVG-Geschäft viel kleiner ist als das Geschäft der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) (weniger als 3 %), haben das versicherungstechnische Risiko und der erwartete Erfolg des UVG nur einen relativ geringen Einfluss auf die Mindesthöhe der Reserven.

Ebenfalls lässt das Template des KVG-Solvenztests 2017 im Unterschied zu früheren Templates keine Abzüge und keine Anrechnung von ergänzendem Kapital mehr zu, da dies in der KVAV nicht vorgesehen ist.

Das BAG prüfte die eingegebenen KVG-Solvenztests 2017 und die dazu eingegebenen Berichte. Da einige Eingaben nicht den Anforderungen entsprachen, musste das BAG Neueingaben

fordern. Die Solvenzquoten, die Mindesthöhen der Reserven für das Jahr 2017 und die vorhandenen Reserven am 1. Januar 2017 wurden am 28. September 2017 publiziert. In der nachfolgenden Tabelle sind die Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz nach Jahr dargestellt.

Jahr	2014	2015	2016	2017
Anzahl Versicherer insgesamt	67	65	63	59
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	7	3	14	6

Bei der Beurteilung der Solvenzquoten der Versicherer ist zu beachten, dass die Angaben von fünf Versicherern Einschüsse beinhalten, die vom BAG beanstandet worden sind. Ohne diese Einschüsse würden die Solvenzquoten der betreffenden Versicherer tiefer ausfallen.

Zur Prüfung der Prämieeingaben für das nächste Jahr wird zusätzlich eine vereinfachte Mindesthöhenberechnung für das Folgejahr von den Versicherern verlangt. Dazu machen die Versicherer eine Schätzung des voraussichtlich per Ende des laufenden Jahres vorhandenen Reservebestandes und die mindestens benötigte Reserve zur Deckung der Risiken des nächsten Jahres. Um die Schätzgenauigkeit dieser Erwartungswerte quantifizieren zu können, müssen mehrere Varianten berechnet werden, wobei insbesondere das Risiko von grösseren Bestandesänderungen berücksichtigt werden muss. Diese Berechnungen geben eine Bandbreite möglicher Reservesituationen im kommenden Jahr und helfen der Aufsichtsbehörde damit bei der Beurteilung der Prämieeingaben.

Die Varianten dienen ebenfalls als Entscheidungsgrundlage für den Fall, dass ein Versicherer um Abbau übermässiger Reserven ersucht. Der Versicherer, dessen Gesuch um Reserveabbau für das kommende Jahr genehmigt werden konnte, hat denn auch aufzeigen können, dass seine Reserven auch bei ungünstiger Entwicklung ausreichend sind.

### 3.3 Genehmigung der Prämien 2018

Die Krankenversicherer reichten dem BAG per 31. Juli 2017 die Prämien für das Jahr 2018 zur Genehmigung ein, zusammen mit Hochrechnungen der Kosten für das laufende Jahr 2017, Budgets für das Jahr 2018 und Angaben zur Anzahl der Versicherten.

Die Prüfung und Genehmigung der Prämieingaben der Versicherer erfolgt auf Basis des KVAG und seiner Ausführungsbestimmungen. Die Aufsichtsbehörde erhielt damit insbesondere die Kompetenz, Erhöhungen und Senkungen der Prämien zu verlangen, wenn die Prämien nicht den erwarteten Kosten entsprechen.

Mit der Genehmigung der Prämien wird sichergestellt, dass sie den rechtlichen Bestimmungen entsprechen und für jeden Kanton kostendeckend sind (womit Quersubventionierungen zwischen den Kantonen unterbunden werden) und zudem, dass die Versicherer über ausreichend hohe Reserven verfügen, um die Risiken von unerwarteten Entwicklungen decken zu können.

Das BAG prüft die Prämien im Bereich der OKP (für Schweizer Versicherte sowie für Versicherte mit Wohnsitz in der EU, die sich nach KVG versichern) sowie für die freiwillige Einzeltaggeldversicherung nach KVG. Im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung für Schweizer Versicherte wurden von 52 Versicherern über 240 000 Prämien zur Genehmigung unterbreitet. Die Versicherer sind im Durchschnitt in etwa 20 Kantonen tätig – zu prüfen waren somit die Prämien für über 1000 Risikokollektive. 23 Versicherer haben zusätzlich auch eine EU-Versicherung. Sechs Versicherer bieten ausschliesslich die Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG an.

Basierend auf der individuellen Reservesituation des Versicherers sowie den erwarteten Kapitalerträgen, schätzt das BAG die Combined Ratio, d.h. das Verhältnis von Ausgaben zu Einnahmen, die die Versicherer im kommenden Jahr erzielen müssen. Kann ein Versicherer aufgrund hoher Reserven mit hohen Kapitalerträgen rechnen, so kann seine Combined Ratio 100 % durchaus leicht übersteigen, muss er dagegen Reserven äufnen, ist eine Combined Ratio von deutlich unter 100 % anzustreben.

Aufgrund von Kostenprognosen, Erfahrungswerten und Vergleichen zwischen Versicherern

hat das BAG die eingegebenen Hochrechnungen und Budgets für die Geschäftsjahre 2017 und 2018 plausibilisiert. Bei den Schätzungen der für das Jahr 2018 budgetierten Leistungen wurden die Auswirkungen der im Jahr 2017 vorgenommenen Revision des Tarmed berücksichtigt. Das BAG hat verlangt, diese Einsparungen bei den Schätzungen der Budgets und damit auch der Prämienberechnungen zu berücksichtigen. Bei Kostenschätzungen sind sämtliche bekannten Faktoren einzurechnen. Dies gilt auch dann, wenn (wie üblich) Unsicherheiten über die tatsächlichen Auswirkungen auf die Kosten bestehen.

In den letzten Jahren haben mehrere Versicherer die Kostenentwicklungen unterschätzt und aus diesem Grund zu tiefe Prämien angeboten. Dementsprechend haben sie Verluste erzielt, die sie durch Auflösung von Reserven decken mussten. In einigen Fällen wurde dadurch das gesetzlich benötigte Minimum der Reserven unterschritten. Die betroffenen Versicherer mussten somit ihre Prämien überdurchschnittlich erhöhen, damit diese wieder kostendeckend sind. Weiter sind zusätzliche, temporäre Prämien erhöhungen nötig, um die Reserven wieder auf das gesetzlich vorgeschriebene Niveau anzuheben. Allerdings ist bekannt, dass zu starke Prämienaufschläge mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Abwanderung von günstigen Versicherten und damit zu einem zusätzlichen Teuerungsschub für die betroffenen Versicherer führen, welche die Wirkungen der Prämien erhöhungen reduzieren. Die Prämien erhöhungen erfolgen daher nach Möglichkeit massvoll und gestaffelt über zwei Jahre.

Die Prämien sämtlicher Versicherter wurden für das ganze Jahr 2018 genehmigt und am 28. September 2017 publiziert. Die gesamtschweizerische durchschnittliche Prämien erhöhung der ordentlichen Versicherung für Erwachsene (ab 26 Jahre mit Grundfranchise und Unfalldeckung) beträgt 4,0 %, die entsprechende Prämien erhöhung für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) 4,4 % und für Kinder (unter 18 Jahren) ca. 5,0 %.

Zeitgleich mit der Genehmigung der Prämien wurde das Gesuch eines Versicherers zum freiwilligen Abbau von Reserven genehmigt.

### 3.4 Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen

Das KVAG erlaubt es den Versicherern, einen Prämienausgleich beim BAG zu beantragen, wenn die Prämieinnahmen eines Versicherers in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton lagen, sodass das Gleichgewicht zwischen Prämien und Kosten wiederhergestellt wird. Somit können Versicherte eine Prämienrückerstattung erhalten, wenn sie in einem Kanton leben, in dem sich die Prämien des Versicherers im Nachhinein als zu hoch erwiesen bzw. die Kosten für medizinische Behandlungen tiefer ausgefallen sind, als bei der Prämienfestsetzung erwartet.

2017 hat die Aufsichtsbehörde erneut ein Gesuch eines Versicherers zum Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen erhalten und bewilligt. Für das Geschäftsjahr 2016 wurde beantragt, die Prämieinnahmen in zwei Kantonen auszugleichen. Betroffen von der Rückerstattung waren insgesamt rund 56000 Versicherte, welche am 31. Dezember 2016 beim Gesuchsteller versichert waren. Der genehmigte Rückvergütungsbetrag pro Versicherten betrug zwischen 50 CHF und 100 CHF und wurde noch im Jahr 2017 ausbezahlt.

### 3.5 Kapitalanlagen

Die Versicherer sind verpflichtet, ihr Vermögen sorgfältig anzulegen, zu verwalten und zu überwachen. Dafür sind die geeigneten Anlagen und deren Begrenzungen klar definiert. Die Versicherungsaufsicht des BAG überprüft jährlich, ob diese Bestimmungen und Begrenzungen durch die Versicherer eingehalten worden sind.

Per Ende 2016 wiesen die Versicherer in der obligatorischen Grundversicherung 12,2 Mia. CHF aus, von denen über 59 % in Obligationen, 18,5 % in Aktien (Obergrenze 25 %) und 14,6 % in Immobilien (Obergrenze 25 %) investiert waren. Der Vergleich mit den beiden Vorjahren hat gezeigt, dass es zu keinen grösseren Verschiebungen innerhalb der Anlagekategorien gekommen ist.

Innerhalb dieser drei Hauptanlageklassen gelten zusätzlich folgende Obergrenzen:

- Maximal 5 % der Anlagen dürfen auf einen einzigen Schuldner fallen, ausser es handle sich beim Schuldner um die Schweizerische Eidgenossenschaft, einen Kanton oder ein Pfandbriefinstitut.
- Maximal 20 % der kurzfristigen Anlagen (Laufzeit < 1 Jahr) dürfen auf einen einzigen Schuldner fallen, falls es sich beim Schuldner um eine Bank handelt.
- Maximal 5 % der Immobilien dürfen sich im Ausland befinden.
- Maximal 20 % der Anlagen dürfen in nicht abgesicherten Fremdwährungen investiert sein.

Die Versicherungsaufsicht stellte fest, dass die Versicherer im Jahr 2016 die Anlagevorschriften grösstenteils erfüllt haben. Bei Versicherern, welche die Vorgaben nicht eingehalten haben, wurde entsprechend interveniert.

Das KVAG, das seit dem 1. Januar 2016 in Kraft ist, räumt den Versicherern eine Übergangsfrist von zwei Jahren ein, um alle neuen regulatorischen Anforderungen im Bereich der Kapitalanlagen zu erfüllen. Diese neuen Bestimmungen sind somit erstmals ab dem Geschäftsjahr 2018 anwendbar.

### 3.6 Rückversicherung im KVG

Um sich vor einer unvorhersehbaren 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 mit einem sogenannten Quotenvertrag ein gewisser Prozentsatz des Geschäftes an den Rückversicherer abgegeben. Etwas über ein Drittel der Krankenversicherer beansprucht zurzeit Rückversicherungsschutz. Dafür wurden 2016 rund 40 Mio. CHF an Prämien bezahlt und nicht ganz 35 Mio. CHF an Rückversicherungsleistungen vergütet.

Alle neu abgeschlossenen Rückversicherungsverträge und deren Prämien müssen seit Einführung des neuen KVAG von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Die zugelassenen Rückversicherer werden auf einer Liste publiziert.

Bei der Prüfung der Rückversicherungsprämien wird überprüft, ob sie den übernommenen Risiken entsprechen. Es wird der individuellen Situation der Versicherer und des Rückversicherungsvertrags Rechnung getragen.

Die Aufsichtsbehörde prüfte die eingereichten Verträge, die neu ab 2017 in Kraft getreten sind, nach folgenden einheitlichen Prüfkriterien:

- 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.

Bei Stop-Loss-Verträgen kann kein allgemeines Schema angegeben werden. Eine vertiefte aktuarielle Prüfung der Prämien und des Vertrages ist hier nötig. Insbesondere wird untersucht, ob der Vertrag im KVG-Solvenztest berücksichtigt werden kann und inwieweit er dann die Risikosituation und die Solvenzquote beeinflusst. Die Prüfung der am weitesten verbreiteten Grossschadenexzedenten- oder Quotenrückversicherungen erfolgt in erster Linie anhand routinemässig erhobener Daten, namentlich der Individualdaten aus EFIND. Im Bedarfsfall können weitere Daten erhoben werden (Art. 59 Abs. 1 und 5 KVAV).

Die Aufsichtsbehörde hat Ende 2016 neun neue Rückversicherungsverträge mit Versicherungsbeginn per 1. Januar 2017 genehmigt. Die übrigen Verträge laufen nach altem Recht unverändert weiter.

### 3.7 Analyse der Geschäftsberichte

Mit der Einführung des KVAG gelten ab dem Geschäftsjahr 2016 auch für die Geschäftsberichte neue regulatorische Bestimmungen. Diese gesetzlich vorgeschriebenen Minimalstandards gewährleisten die Informationspflicht der Krankenversi-

cherer über ihre Geschäftstätigkeit gegenüber den Versicherten.

So sind neu die Entschädigungen an den Verwaltungsrat und an die Geschäftsleitung (jeweils Gesamtbetrag und höchster Einzelbetrag ohne Nennung des Namens) offenzulegen. Weiterhin muss der Geschäftsbericht mindestens den Jahresbericht und den geprüften statutarischen Einzelabschluss nach Swiss GAAP FER mit allen fünf Bestandteilen enthalten. Die Geschäftsberichte sind dem BAG bis zum 30. April des Folgejahres einzureichen und bis spätestens am 30. Juni zu veröffentlichen.

Die Prüfung der Einhaltung der Vorschriften zu den Geschäftsberichten 2016 fiel mehrheitlich positiv aus. Gesamthaft musste das BAG bei 10 Versicherern intervenieren. Diese Interventionen betrafen hauptsächlich die nicht fristgerechte Publikation der Geschäftsberichte sowie die unvollständige Abbildung der Jahresrechnung nach Swiss GAAP FER. Die Offenlegungsbestimmungen zu den Entschädigungen an die leitenden Organe wurden von den meisten Versicherern eingehalten. Die von den Versicherern genannten Beträge in den Geschäftsberichten bezogen sich jedoch in der Regel auf die Entschädigungen für die gesamte Versicherergruppe und für alle Sparten (KVG, VVG). Das KVAG verlangt aber die Offenlegung für jede rechtliche Einheit, die das KVG durchführt. Dies gilt sowohl für den Gesamtbetrag der Entschädigungen als auch für den jeweils auf ein Mitglied der beiden leitenden Organe entfallenden, höchsten Betrag. Alle Versicherer wurden vom BAG aufgefordert, diesen Offenlegungsbestimmungen besondere Beachtung beizumessen.

### 3.8 Geschäftspläne

Ende 2017 ist die Übergangsfrist für die Einreichung der Angaben und Unterlagen des Geschäftsplanes abgelaufen. Die Mehrheit der Versicherer ist ihren Verpflichtungen erst im November und Dezember nachgekommen, sodass die Prüfungen der erhaltenen Informationen uns noch in der ersten Hälfte 2018 beschäftigen werden.

Die neuen Bestimmungen zu den Geschäftsplänen haben die Versicherer dazu bewegt, ihre Organisation, Strukturen und Systeme systematischer

zu beschreiben und zu dokumentieren. Sie tragen zu einer erhöhten Transparenz bei und beinhalten wichtige Bausteine, die die Beurteilung der Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit ermöglichen werden.

Zur laufenden Aufsicht gehört nun neu die Bewilligung der Geschäftsplanänderungen. Verschiedene Änderungen am Geschäftsplan und an den dazugehörigen Unterlagen sind bewilligungspflichtig, während gewisse Änderungen des Geschäftsplans nur vorgängig der Aufsichtsbehörde mitzuteilen sind.

### 3.9 Audit

Primäres Ziel ist, zu prüfen, ob die rechtlichen Bestimmungen nach KVAG und KVG von den Versicherern korrekt angewendet und eingehalten werden (Compliance). Bei den Audits vor Ort wurde der Fokus auf die Gleichbehandlung der Versicherten gesetzt. Zudem wurde analysiert, ob die Krankenversicherer Risikoselektion betreiben. Ein weiteres Kernthema war die Organisation des Datenschutzes und der Datensicherheit im Umgang mit besonders schützenswerten Personendaten innerhalb des Versicherers.

Ende Jahr werden alle Versicherer anhand risikobasierter Kriterien nach einem Ratingsystem analysiert und eingestuft. Das Rating wird aufgrund von quantitativen und qualitativen Kriterien ermittelt. Anhand der Ergebnisse aus diesem Rating, der Auswertungen der individuellen Daten der Versicherer (z.B. angewendete Prämien entsprechen nicht den genehmigten Prämien, Hochkostenanfalle usw.) sowie weiteren Hinweisen werden die Versicherer bestimmt, die im kommenden Jahr auditiert werden.

Bei den Governance-Themen sind im Hinblick auf den Ablauf der Übergangsbestimmungen das Risikomanagement, das Interne Kontrollsystem (IKS) und die Interessenkonflikte analysiert worden. Die Krankenversicherer haben weitgehende Konzepte erarbeitet und eingeführt. Bei einzelnen Versicherern hat das Audit aufgezeigt, wo noch Handlungsbedarf besteht, um die neuen rechtlichen Anforderungen bis zum Ende der Übergangsfrist vom 31. Oktober 2017 vollumfänglich zu erfüllen.

Bei den Versicherungsleistungen OKP hat das Audit festgestellt, dass die rechtlichen Bestimmungen zur Kostenübernahme und zur Erhebung der gesetzlichen Kostenbeteiligung bei Mutterschaftsleistungen unterschiedlich gehandhabt wurden. In der Folge wurden die während einer Schwangerschaft erbrachten Leistungen teilweise nicht vorschriftsgemäss abgerechnet. Weitere Beanstandungen des Audits erfolgten bei der gesetzlichen Erhebung des Spitalbeitrags, der Kostenteilung von stationären jahresübergreifenden Behandlungskosten sowie bei der Einhaltung des Territorialitätsprinzips beim Bezug von Medikamenten im Ausland.

Im Prüfbereich Datenschutzkonforme Organisation waren hauptsächlich die Erfassung besonders schützenswerter Personendaten im elektronischen Versichertendossier und die Zugriffe darauf zu beanstanden. Bei der Bearbeitung vertrauensärztlicher Fälle, bzw. der Bekanntgabe von Gesundheitsdaten durch den vertrauensärztlichen Dienst, wurden ebenfalls Anpassungen verlangt. Weiter wurden vereinzelt Massnahmen für die Verstärkung der Kontrolle von externen Dienstleistern durch den Versicherer verlangt.

Bei der Prüfung Prämienkonformität standen Themen wie die Zuteilung der Gemeinden zu den Prämienregionen oder die Fälligkeit der Prämien im Zentrum. Letztere entsprach häufig nicht der Verordnungsbestimmung, wonach die Prämien im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen sind.

Bei der Versicherungspflicht waren die Angaben auf den Beitrittsformularen OKP teilweise nicht vorschriftsgemäss und führten zu entsprechenden Anpassungen. Zudem wurden fehlerhafte Prozesse bei den unterjährigen Bei- und Austritten, rückwirkende Änderung der Jahresfranchise, der Sistierung der Unfallddeckung sowie bzgl. der Verrechnung der Prämie bei Todesfällen im Verlaufe eines Monats festgestellt. Weitere Beanstandungen erfolgten beim Austrittsverfahren von nicht auffindbaren versicherungspflichtigen Personen.

Die Versicherer wurden angewiesen, innert einer bestimmten Frist Massnahmen zu treffen. Die Umsetzung der Weisungen haben die Versicherer schriftlich zu bestätigen, und die entsprechenden Massnahmen sind allenfalls zu dokumentieren.

### 3.10 Behandelte Verfahren

Die Aufsichtsbehörde hat verschiedene Massnahmen gegenüber den sozialen Krankenversicherern ergriffen, welche im Berichtsjahr 2017 vor dem Bundesverwaltungsgericht bzw. vor dem Bundesgericht hängig waren. Die Aufsichtsbehörde äussert sich in diesen gerichtlichen Vernehmlassungsverfahren zu den Beschwerden, welche die betreffenden Versicherer gegen die Massnahmen erheben. Die im ersten Tätigkeitsbericht des BAG erwähnten Verfahren aus dem Jahr 2015 sind noch hängig.

Mit einem Entscheid vom 24. Oktober 2017 hatte das Bundesverwaltungsgericht einen Entscheid des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) bestätigt, welches dem Krankenversicherer Turbenthal seinen Status als Krankenversicherer aberkannt hatte. Im Urteil vom 24. Oktober 2017 stellt das Gericht fest, dass Krankenversicherer die gesetzlichen Anforderungen zwingend erfüllen müssen. Das Urteil wurde nicht angefochten und ist somit rechtskräftig.

In einem Urteil vom 6. November 2017 hatte das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerden von drei Krankenversicherern gegen Weisungen des BAG vom 23. Mai 2015 abgewiesen und bestätigt, dass die durch die Holding-Gesellschaft geleisteten Zuschüsse rückgängig zu machen sind. Dieses Urteil wurde angefochten und ist noch hängig.



# 4 Aufsicht über die Unfallversicherer im Bereich der UV

---

## 4.1 Bericht über die finanzielle Sicherheit der Suva

Gestützt auf die seit dem 1. Januar 2017 gültigen Neuerungen in der obligatorischen Unfallversicherung ist die Suva verpflichtet, ihre finanzielle Sicherheit jährlich in einem Bericht an den Bundesrat darzustellen. Damit ist kodifiziert worden, was das BAG bereits in früheren Jahren unter dem Titel Risikomanagementbericht von der Suva eingefordert hat. Der Bericht hat insbesondere eine Gegenüberstellung der vorhandenen anrechenbaren Eigenmittel und der erforderlichen Eigenmittel offenzulegen. Die Verordnung schreibt vor, dass die erforderlichen Eigenmittel mittels eines quantitativen Risikomodells so bestimmt werden sollen, dass die Suva auch bei einem voraussichtlichen Jahrhundertverlust allen Verpflichtungen gegenüber ihren Versicherten nachkommen kann. Die finanzielle Sicherheit ist gegeben, wenn die vorhandenen anrechenbaren Eigenmittel die erforderlichen Eigenmittel übertreffen.

Bereits im Vorfeld der Behandlung der Jahresrechnung Suva 2016 hat sich das BAG über das verwendete Risikomodell bzw. über die den Simulationen zugrunde gelegten Stresstest-Szenarien von der Suva informieren lassen. Der Bericht ist in eine Analyse und Beurteilung der Kapitalertragsrechnung, der Risikorechnung sowie der Betriebskostenrechnung unterteilt. Im Weiteren enthält er eine Gesamtsicht der finanziellen Sicherheit sowie ein diesbezügliches Fazit. Es wird dargelegt, dass sich alle Teilrechnungen im finanziellen Gleichgewicht befinden. Die vorhandenen Eigenmittel genügen in jeder Teilrechnung einzeln und insgesamt, um das hundertjährige Schadensereignis ohne Weiteres aufzufangen. Die Höhe der vorhandenen anrechenbaren Eigenmittel übertrifft die von der Suva gestützt auf ihre quantitativen Risikomodelle ermittelten erforderlichen Eigenmittel deutlich.

## 4.2 Verein zur Sicherung künftiger Renten

Mit dem am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen revidierten UVG ist die Finanzierung der Teuerungszulagen in Analogie zum System, das die privaten UVG-Versicherer seit dem Inkrafttreten des UVG auf freiwilliger Basis im «Fonds zur Sicherung künftiger Renten» gelebt haben, gesetzlich verankert worden. Neu haben die Privatversicherer und die Ersatzkasse einen Verein zur langfristigen Sicherung der Finanzierung der Teuerungszulagen zu errichten, wobei die Mitgliedschaft im Verein obligatorisch ist. Die Mitglieder des Vereins sind verpflichtet, eigene gesonderte Rückstellungen zur Finanzierung der Teuerungszulagen zu bilden. Der Verein legt für alle Mitglieder einheitliche Zinsanteilsätze der Zinserträge auf den Rückstellungen fest sowie einheitliche Prämienzuschläge für nicht gedeckte Teuerungszulagen. Wird der Saldo der gesonderten Rückstellungen eines oder mehrerer Mitglieder am Ende des Rechnungsjahres negativ, so legt der Verein die notwendigen Ausgleichszahlungen unter den Mitgliedern fest.

Die Einzelheiten sind in den Statuten und im Verwaltungsreglement des Vereins zu regeln, die der Genehmigung durch den Bundesrat bedürfen.

Im Berichtsjahr war die Aufsicht damit befasst, die Erarbeitung der Statuten und des Verwaltungsreglements durch die Vereinsleitung zu begleiten. Eine besondere Herausforderung bildeten dabei die Beitrittsmodalitäten für Versicherungsgesellschaften, die bis anhin nicht Mitglied des «Fonds zur Sicherung künftiger Renten» waren oder die Ende 2015 aus der genannten Organisation ausgetreten waren und die Finanzierung der Teuerungszulagen im Jahr 2016 bis zum Obligatorium ab dem 1. Januar 2017 eigenständig bewerkstelligten. Unter der Vermittlung des BAG konnte eine Einigung unter allen obligatorischen Vereinsmitgliedern gefunden werden, sodass die Statuten und das Verwaltungsreglement an der Vereinsversammlung vom 6. Oktober 2017 einstimmig zuhanden der Genehmigung durch den Bundesrat verabschiedet werden konnten.

### 4.3 Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichts zum Verfahren bei geldwerten Streitigkeiten zwischen Versicherern

Am 10. März 2017 hat das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) in einer Streitigkeit zwischen einem Versicherer und dem BAG ein wegweisendes Urteil gefällt. Gegenstand war die Frage, ob das BAG zuständig ist, eine geldwerte Streitigkeit zwischen zwei Versicherern zu entscheiden, obschon einer der Versicherer bereits eine leistungsablehnende Verfügung gegenüber dem Versicherten erlassen und diese Verfügung gleichzeitig dem anderen Versicherer eröffnet hat. Mit seinem Urteil hat das BVGer in Anlehnung an die bundesgerichtliche Rechtsprechung die Nichteintretensverfügung des BAG vom 8. April 2014 bestätigt.

Das Bundesgericht hatte bereits früher entschieden, dass bei geldwerten Streitigkeiten zwischen zwei Versicherern die Zuständigkeit für ein Verfahren vor dem BAG nicht mehr gegeben ist, wenn der durch die leistungsablehnende Verfügung ebenfalls berührte Unfallversicherer diese zugunsten des Versicherten («pro Adressat») angefochten hat. Wenn ein Versicherer eine Verfügung

erlässt, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er die Verfügung oder den Einspracheentscheid auch diesem zu eröffnen. Der andere Unfallversicherer kann in der Folge die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person (Drittbeschwerde pro Verfügungsadressat). Er hat ein selbstständiges, eigenes Rechtsschutzinteresse an der Einsprache- bzw. Beschwerdeerhebung, da er damit zu rechnen hat, fortan für die Ausrichtung von Versicherungsleistungen hinsichtlich der noch bestehenden gesundheitlichen Beschwerden von der versicherten Person in Anspruch genommen zu werden.

Im Urteil C-253/2014 vom 10. März 2017 hat das Bundesverwaltungsgericht die oben dargelegte Rechtsprechung übernommen und bestätigt, dass die Zuständigkeit des BAG nach Artikel 78a UVG nicht mehr gegeben sei, weil mit dem Erlass einer leistungsablehnenden Verfügung gegenüber dem Versicherten und der Eröffnung an den anderen betroffenen Versicherer ein Verfahren eingeleitet worden sei, das in ein Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Sozialversicherungsgericht münden könne. Dieses Verfahren gehe jenem nach Artikel 78a UVG vor. Es gelte zu verhindern, dass aus zwei parallelen Verfahren widersprüchliche Entscheidungen resultieren.

# 5 Aufsicht über die Militärversicherung

---

## 5.1 Krankenversicherungsprämien

Bisher war die Höhe der Krankenversicherungsprämie in der Militärversicherung, welche die beruflich und freiwillig Versicherten (pensionierte beruflich Versicherte) zu bezahlen haben, vom höchstversicherten Verdienst abhängig. Die jährliche Krankenversicherungsprämie betrug 2,3 % des Höchstbetrages des versicherten Jahresverdienstes (152276 CHF). Daraus resultierte im Jahr 2017 eine monatliche Prämie von 292 CHF. Weil der Kostendeckungsgrad der Prämien kontinuierlich abnahm (im Jahr 2015 unter 80 %, mit der Perspektive, in den folgenden Jahren auf 70 % zu fallen), beschloss das Parlament mit dem Bundesgesetz über das Stabilisierungsprogramm 2017–2019 ein neues Finanzierungssystem.

Neu sollen die effektiven Kosten der Militärversicherung für Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten sowie für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten massgebend sein. Das Gesetz bestimmt, dass die Prämien für Leistungen bei Krankheit mindestens 80 % der Kosten zu decken haben. Für den Unfallschutz in der Grundversicherung der freiwillig Versicherten wird zudem ein Prämienzuschlag erhoben, der ebenfalls mindestens 80 % der unfallbedingten Kosten decken soll.

In den geänderten MVV-Bestimmungen wird im Detail festgelegt, auf welchen Grundlagen die Prämienfestsetzung zu erfolgen hat. Die Militärversicherung hat die betreffenden Erhebungen vorzunehmen und dem BAG jährlich bis Ende Juli in

einer kommentierten Zusammenstellung vorzulegen. Gleichzeitig mit der Zustellung der geforderten Dokumentation ist dem BAG auch ein Vorschlag für die Anpassungen der Prämien im Folgejahr zu unterbreiten. Massgebend sind dabei die effektiven Abrechnungszahlen des Vorjahres und Schätzungen des zu erwartenden Aufwandes im laufenden Jahr sowie im Folgejahr. Gestützt darauf soll das EDI dem Bundesrat jährlich die notwendige Anpassung der Prämien für Leistungen bei Krankheit sowie des Zuschlages der freiwillig Versicherten für Leistungen bei Unfall beantragen. Der Bundesrat wird die Prämienentscheide jeweils im Oktober treffen.

Per 1. Januar 2018 wird sich die Prämie für Leistungen bei Krankheit auf 340 CHF und der Prämienzuschlag für den Unfallschutz bei den freiwillig Versicherten auf 24 CHF belaufen. Es ist vorgesehen, den Kostendeckungsgrad in einer Einführungsphase von 5 Jahren auf 80 % zu belassen. Weil das Gesetz jedoch einen Kostendeckungsgrad von mindestens 80 % verlangt, soll der Bundesrat alsdann eine Erhöhung des Kostendeckungsgrades prüfen.

## 6 Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)

---

Die Aufsichtsbehörde nimmt die Aufsicht über die GE KVG nach dem KVAG wahr. Für die stiftungsrechtliche Aufsicht ist die Eidgenössische Stiftungsaufsicht zuständig.

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 2017 auf insgesamt 2,4 Mio. CHF.

Die GE KVG führt die Prämienverbilligung für diese Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen durch. Sie haben wie die übrigen

Versicherten Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung, wenn sie in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Um die Prämien dieser Personen zu verbilligen, hat der Bund der GE KVG im Jahr 2017 1,4 Mio. CHF ausgerichtet.

Die GE KVG reicht dem BAG jährlich diverse Unterlagen wie Jahres- und Revisionsbericht ein. Diese Berichte werden von der Aufsichtsbehörde geprüft. Zusätzlich wird uns Anfang Jahr das Budget betreffend die Bundesgelder eingereicht, welches wir hinsichtlich der oben erwähnten Verwaltungs- und Kapitalkosten prüfen.

Im Berichtsjahr hat die Aufsichtsbehörde die Änderungen des Anhangs zum Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung vorgeprüft.

## 7 Aufsicht über die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS)

---

Die EFK hatte im Jahr 2015 ein Audit zur Prüfung der Organisation der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) sowie eine Analyse der Mittelzuteilung und -verwendung durchgeführt. Die Prüfung umfasste insbesondere die Strategie, die Ziele und Aufgaben, die Finanzen (Budgetierung, Sonderrechnung, Reserve und Vermögensverwaltung), die Organisation (EKAS, Ausschüsse, Fachkommissionen, Prozesse, Corporate Governance und Ressourcen), die Leistungsvereinbarungen sowie die Oberaufsicht. Die EFK verfasste zu ihren Feststellungen den Bericht vom 4. April 2016 und formulierte darin sechs Empfehlungen.

In ihrem Bericht weist die EFK auf das Risiko von Interessenkonflikten und mangelnder Transparenz in der Verwendung der Mittel der EKAS hin. Nach Ansicht der EFK steht die Organisation der EKAS zwar mit den heutigen Bestimmungen des UVG im Einklang, entspricht jedoch nicht mehr den heutigen Prinzipien einer guten Corporate Governance. Die Rollenkonstellation und die Kumulierung von Funktionen bergen ein hohes Risiko von Interessenkonflikten zwischen der EKAS und der Suva in sich. Die EFK empfiehlt daher, die gesetzlichen Grundlagen (kein vorgeschriebenes Präsidium durch einen Vertreter der Suva mehr) und die Verfahrensregeln so anzupassen, dass die Unabhängigkeit und die Entscheidungsfreiheit der EKAS-Geschäftsstelle garantiert werden. Ausserdem sollen die Rollen, die Verantwortlichkeiten und die Verpflichtungen der Suva gegenüber der EKAS, insbesondere im Bereich der Abrechnungen, präzisiert werden.

Wie bereits im vergangenen Jahr hat das BAG als Aufsichtsbehörde über die EKAS auch im Berichtsjahr die Umsetzung der Empfehlungen eng begleitet. Gewisse Massnahmen wie die Überschreibung der Bankkonten auf die EKAS als Eigentümerin der inkassierten Prämienzuschläge für die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten und das Ausweisen der betreffenden Mittel in der Sonderrechnung der Suva als Forderung der EKAS gegenüber der Suva sind umge-

hend umgesetzt worden. Im Weiteren hat die EKAS ein Beratungsunternehmen beigezogen und dieses mit einer Analyse der Governance, der Ausarbeitung von Massnahmen nach Best Practice, einer Wirtschaftlichkeitsstudie zur Auslagerung der EKAS-Geschäftsstelle und der Vorlage eines Antragpakets beauftragt.

Gestützt auf diese Vorarbeiten hat die EKAS im Berichtsjahr u.a. Anpassungen des Geschäftsreglements beschlossen mit beispielsweise der Schaffung eines Kommissionsbüros, bestehend aus EKAS-Präsident und EKAS-Vizepräsident. Zudem hat die EKAS entschieden, dass der Geschäftsstelle ab 2019 ein eigenes, von der Kommission verabschiedetes Budget zur eigenständigen Verwaltung zusteht. Dabei sind mit der Suva Dienstleistungsverträge zu vereinbaren, die sich zu den Leistungen äussern, welche die Geschäftsstelle von der Suva bezieht und wie diese entschädigt werden. Die Geschäftsstelle ist berechtigt, Dienstleistungen auszulagern. Weiter hat die EKAS einen Verwaltungs- und einen separaten Kontokorrentvertrag mit der Suva bezüglich der treuhänderischen Verwaltung bzw. Anlage der Prämienzuschläge abgeschlossen. Im Verwaltungsvertrag ist ebenso geregelt worden, dass die vom Suva-Rat genehmigte Sonderrechnung neu jeweils der EKAS zur Abnahme vorzulegen ist, bevor sie dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet wird.

Als besondere Herausforderungen sind im Moment noch die Weiterentwicklung des Leistungsvertrages mit der Suva und die Entwicklung einer übergeordneten Strategie der EKAS, die als Grundlage für ihre koordinative Aufgabe dienen soll, offen.

# 8 Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht

## 8.1 Prämienkorrektur 2017

Zwischen 1996 und 2013 sind in den Kantonen Ungleichgewichte zwischen den Prämien der OKP und den Kosten für die medizinischen Leistungen entstanden. In gewissen Kantonen war das Verhältnis der Prämien zu den Kosten tiefer als in anderen Kantonen. Im März 2014 hat das Parlament einen Teilausgleich dieser Ungleichgewichte im Umfang von insgesamt 800 Mio. CHF beschlossen. Dieser Betrag wurde zu je einem Drittel vom Bund, von den Krankenversicherern und den Versicherten jener Kantone finanziert, in denen zu tiefe Prämien bezahlt wurden.

Die Krankenversicherer bezahlten 2017 den Versicherten in den Kantonen Appenzell-Innerrhoden, Freiburg, Genf, Graubünden, Tessin, Thurgau, Waadt, Zug und Zürich insgesamt 360 Mio. CHF aus. Die Aufteilung auf die Kantone erfolgte anteilig gemäss dem Betrag, um den ihre Prämien in der Vergangenheit zu hoch ausgefallen sind.

Kanton	Prämienrückerstattung in CHF pro Person (2017)
AI	39.90
FR	31.45
GE	112.30
GR	1.00
TG	92.60
TI	118.05
VD	167.80
ZG	25.65
ZH	71.15

Die 360 Mio. CHF setzten sich aus zwei verschiedenen Beträgen zusammen: Der Bund leistete 2017 seinen dritten Beitrag von 88,7 Mio. CHF; die Versicherer leisteten einen Beitrag an die Prämienkorrektur in der Höhe von 271 Mio. CHF. Diese Beiträge wurden in Form einer «Prämienrückerstattung» an die Versicherten in den Kantonen ausbezahlt, welche in der Vergangenheit zu viel Prämien bezahlt haben. Mit dieser dritten und letzten Rück-

erstattung ist die Korrektur der Prämien der Jahre 1996 bis 2013 abgeschlossen.

### Die Prämienkorrektur 2015 und 2016

Die Versicherten in elf Kantonen, in denen zu tiefe Prämien bezahlt worden waren, mussten 2015 und 2016 einen Prämienzuschlag bezahlen. Betroffen waren die Kantone Appenzell-Ausserrhoden, Basel-Landschaft, Bern, Glarus, Jura, Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schaffhausen, Solothurn und Uri. Die Versicherten in den Kantonen St. Gallen und Wallis mussten nur 2015 einen Prämienzuschlag bezahlen. Der Prämienzuschlag wurde vom BAG festgelegt. Er war von Kanton zu Kanton und von Jahr zu Jahr unterschiedlich. Jedoch überstieg der Zuschlag den rückverteilten Ertrag der Lenkungsabgaben 2015 und 2016 nicht. 2017 wurde kein Prämienzuschlag mehr erhoben, da mit dem Prämienzuschlag 2015 und 2016 der von den Versicherten zu leistende Betrag von maximal 266 Mio. CHF bereits erreicht wurde.

Die Versicherten in den Kantonen, in denen zu hohe Prämien bezahlt worden waren, erhielten 2015 Prämienrückerstattungen und -abschläge von insgesamt 254,7 Mio. CHF; im Jahr 2016 waren es 188 Mio. CHF.

## 8.2 Aufsichtsdaten

Datenerhebungen bei den Versicherern liefern Grundinformationen, damit die Aufsichtsbehörde ihrer Aufgabe nachkommen kann und die breite Öffentlichkeit informiert ist, was zur Transparenz des schweizerischen Gesundheitssystems beiträgt.

Darin enthalten sind Informationen zur finanziellen Lage der Krankenversicherer sowie zu ihrer Tätigkeit, ihrer Solvenz, ihrem Versichertenbestand und ihren Leistungen, um nur einige Beispiele zu nennen. Diese Daten pro Versicherer werden auch für das gesamte Land aggregiert, wodurch man

Schlüsselwerte wie die gesamten Leistungen, den gesamten Versichertenbestand oder die Gesamtsumme der Prämien erhält. Diese Daten bilden die offizielle Informationsquelle zur obligatorischen Krankenversicherung. Ein Grossteil dieser Daten wird jährlich vom BAG veröffentlicht (Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, [www.bag.admin.ch/kvstat](http://www.bag.admin.ch/kvstat)) und ist für alle zugänglich.

### 8.3 Versichertenanfragen

Das BAG beantwortet allgemeine Anfragen von Versicherten, die viele Themen der sozialen Krankenversicherung betreffen. Neben den Fragen rund um die Prämien und den Wechsel der Krankenversicherung ist festzustellen, dass Anfragen mit einem Auslandsbezug weiterhin zunehmen. Das BAG hat im Berichtsjahr seine Website erneuert und dabei gezielt ergänzende Informationen aufgeschaltet. Zusätzlich zu Privatpersonen erkundigen sich zahlreiche andere Stellen (Behörden, Unternehmen, Verbände, ausländische Stellen) nach der Rechtslage. Die Zahl der Versichertenanfragen ist im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben.



## 9 Anhänge

---

### 9.1 Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)

Am 15. November 2017 hat der Bundesrat eine KVV-Revision verabschiedet, die unter anderem die vom Parlament am 30. September 2016 beschlossene Gesetzesänderung «Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug» vollzieht und in Kraft setzt.

Ab dem 1. Januar 2018 können alle in der Schweiz versicherten Personen im ambulanten Bereich ihren Arzt sowie andere Leistungserbringer in der ganzen Schweiz frei wählen, ohne dass ihnen dabei finanzielle Nachteile entstehen. Bisher musste die OKP die Kosten höchstens nach dem Tarif vergüten, der am Wohn- oder Arbeitsort eines Versicherten oder in dessen Umgebung gilt. Die Versicherten mussten eine allfällige Differenz selbst übernehmen.

Weiter wurde eine Anpassung an die Änderung der Gaststaatverordnung (V-GSG; SR 192.121) vorgenommen. Mit der Revision können Begleitpersonen von Personen, die Vorrechte gestützt auf das Gaststaatgesetz (GSG; SR 192.12) geniessen, von der OKP befreit werden, wenn sie über einen gleichwertigen Schutz bei der Krankenversicherung einer internationalen Organisation verfügen. Gleiches gilt für Begleitpersonen von Personen, die ihre Tätigkeiten für eine internationale Organisation eingestellt haben, die aber weiterhin über die Krankenversicherung der Organisation versichert sind. Diese Regelung dient der Verhinderung von Doppelversicherungen und steht im Einklang mit der am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Revision der V-GSG. Sie ist seit dem 1. Januar 2018 in Kraft.

Seit dem Jahr 2006 kann die OKP bei in der Schweiz wohnhaften Versicherten im Rahmen von Pilotprojekten der Kantone und der Krankenkassener die Kosten von medizinischen Behandlungen im grenznahen Ausland übernehmen. Solche Pilotprojekte bestehen im Raum Basel-Lörrach

und St. Gallen-Liechtenstein. Mit den neuen gesetzlichen Grundlagen können diese Projekte dauerhaft weitergeführt werden. Zudem können die Kantone und die Versicherer weitere unbefristete Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in grenznahen Regionen beantragen.

Zudem änderte der Bundesrat auf Antrag der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und santésuisse per 1. Januar 2018 einige Bestimmungen zum Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen sowie einzelne andere Bestimmungen.

Schliesslich wird in der Verordnung geregelt, was mit dem Restbetrag aus der Prämienkorrektur geschieht. Der Restbetrag aus den Prämienzuschlägen und dem Versichererbeitrag wird in den Insolvenzfond eingezahlt. Der Restbetrag aus dem Bundesbeitrag deckt in erster Linie die Kosten, die der GE KVG aus ihrer Tätigkeit zur Umsetzung der Prämienkorrektur entstehen. Bleibt danach ein Betrag übrig, wird er ebenfalls in den Insolvenzfonds eingezahlt.

Weitere Änderungen werden auf den 1. Januar 2019 in Kraft treten. Diese betreffen vor allem die Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen, die in einem EU/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind. Ab diesem Zeitpunkt müssen die Kantone für diese Versicherten ebenfalls rund die Hälfte der Kosten für stationäre Spitalbehandlungen in der Schweiz übernehmen, wie dies bei den in der Schweiz wohnhaften Versicherten der Fall ist. Die andere Hälfte der Kosten übernimmt jeweils die Krankenversicherung. Zudem wird bei diesen Versicherten auch geregelt, dass sie bei einer stationären Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen können. Bei den Grenzgängerinnen und Grenzgängern wird zudem höchstens der Tarif des Erwerbskantons übernommen, während bei den Rentnerinnen und Rentnern der Bundesrat dafür den Kanton Bern als Referenzkanton festgelegt hat.

## 9.2 Änderung der Verordnung über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI; SR 832.102.2)

Die Kantone und Versicherer sind verpflichtet, ihre Daten für die Prämienverbilligung nach einem einheitlichen Standard auszutauschen (Art. 65 Abs. 2 KVG). Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und santésuisse haben 2012 ein «Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung» erarbeitet, das von der VDPV-EDI verbindlich erklärt wurde. Auf Antrag von GDK und santésuisse änderte das EDI die VDPV-EDI auf den 1. Januar 2018, damit sie auf eine neue Version dieses Konzepts verweist.

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

Die Revision der Verordnung des EDI über die Prämienregionen vom 25. November 2015 wurde am 20. September 2017 verabschiedet und ist per 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Sie erfasst die Aktualisierung der Gemeinden im Anhang gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des Bundesamtes für Statistik. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Ende August 2017 durch die kantonalen Behörden genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2017 oder per 1. Januar 2018 in Kraft getreten sind. Des Weiteren wurde eine neue Bestimmung aufgenommen, die regelt, welche Prämienregion im Falle einer Gemeindefusion während des Jahres anzuwenden ist. Bei Gemeindefusionen gelten künftig die Prämienregionen der bisherigen Gemeinden weiterhin, bis die Liste im Anhang der Verordnung im Rahmen einer Revision angepasst wird. Die Prämienregionen bleiben demnach auch im Falle einer Gemeindefusion während des ganzen Jahres bestehen.

## 9.4 Änderung des Bundesgesetzes über die Militärversicherung (MVG)

Das Parlament hat in der Frühlingsession 2017 das Bundesgesetz über das Stabilisierungsprogramm 2017–2019 abschliessend beraten. Dieses beinhaltet unter anderem auch Änderungen des Militärversicherungsgesetzes, die sich auf die Finanzierung der Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten (pensionierte beruflich Versicherte) beziehen (s. Ziffer 5.1).

Die neuen Bestimmungen im MVG legen fest, dass die Prämien für Leistungen bei Krankheit mindestens 80 % der Kosten decken müssen (Art. 66b E-MVG). Der Prämienzuschlag für den Unfallschutz der freiwillig Versicherten muss ebenfalls mindestens 80 % der unfallbedingten Kosten decken (Art. 66c E-MVG).

## 9.5 Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV)

Die oben erwähnten Gesetzesänderungen machen Anpassungen in der Verordnung über die Militärversicherung notwendig. In den neuen Artikeln 28a–e MVV wird im Detail festgelegt, auf welchen Grundlagen die Prämien der beruflich und freiwillig Versicherten festgesetzt werden (s. Ziffer 5.1).

# 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, Normen verstanden.

## **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.

# 11 Abkürzungsverzeichnis

---

<i>BAG</i>	Bundesamt für Gesundheit
<i>EDI</i>	Eidgenössisches Departement des Innern
<i>EKAS</i>	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
<i>FINMA</i>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
<i>GE KVG</i>	Gemeinsame Einrichtung KVG
<i>IKS</i>	Internes Kontrollsystem
<i>KVAG</i>	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.12)
<i>KVAV</i>	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.121)
<i>KVG</i>	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
<i>KVV</i>	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
<i>MVG</i>	Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.1)
<i>MVV</i>	Verordnung über die Militärversicherung (SR 833.11)
<i>OKP</i>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<i>SR</i>	Systematische Sammlung des Bundesrechts
<i>SUVA</i>	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
<i>UV</i>	Unfallversicherung
<i>UVG</i>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
<i>V-GSG</i>	Veränderung der Gaststaatverordnung (SR 192.121)
<i>VDPV</i>	Verordnung über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (SR 832.102.2)
<i>VVG</i>	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (SR 221.229.1)



