



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

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

Geplantes Inkrafttreten auf den 1. Januar 2021

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, September 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Änderungen im Überblick	3
2.1	Anträge von Versicherern und Versichererverbänden	3
2.2	Änderung aufgrund der Weiterentwicklung der PCG-Liste und des medizinischen Fortschritts	4
2.3	Neue Bestimmungen zur Bereinigung von Doppel- und Mehrfachversicherungen	4
2.4	Ergänzung der Daten, die in der Statistik veröffentlicht werden	4
2.5	Änderungen aufgrund Unstimmigkeiten	4
3	Auswirkungen der Verordnungsänderung auf die GE KVG und die Krankenversicherer	5
4	Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen.....	5
4.1	Artikel 4 PCG-Liste	5
4.2	Artikel 5 Indikator PCG	5
4.3	Artikel 6 Datenlieferung.....	6
4.4	Artikel 8 Kontrolle der Daten	6
4.5	Artikel 10 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten	7
4.6	Artikel 18a Entlastung der jungen Erwachsenen	8
4.7	Artikel 20 Saldoabrechnung und Information	8
4.8	Artikel 22	9
4.9	Artikel 26 Datenschutz	10
4.10	Artikel 9 KVV Beendigung des Versicherungsverhältnisses	10
5	Inkrafttreten.....	10

1 Ausgangslage

Seit dem 1. Januar 2020 ist die totalrevidierte Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung vom 19. Oktober 2016 (VORA; SR 832.112.1) in Kraft. Neben den bisherigen Indikatoren «Alter», «Geschlecht» und «Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr» wird neu der Indikator «pharmazeutische Kostengruppen (PCG)» im Risikoausgleich berücksichtigt. Es handelt sich um die bisher bedeutendste VORA-Änderung, sowohl in Bezug auf die zu erhebenden Daten (neu Individualdaten) wie auch in Bezug auf die Berechnung des Risikoausgleichs (neu zweistufiges Regressionsverfahren). In drei Probeläufen im Herbst 2018, im Sommer 2019 und im Frühling 2020 testete die gemeinsame Einrichtung (GE KVG) mit den Versicherern die Durchführung des neuen Risikoausgleichs

Am 11. April 2018 passte der Bundesrat einzelne Bestimmungen der neuen VORA per 1. Januar 2020 an. Jedoch erwies sich die Anpassung von Artikel 20 für die Versicherer noch nicht als ausreichend für die Validierung und den Nachvollzug der Berechnung des Risikoausgleichs, wie auch für die Kalkulation von korrekten Prämien. Ein gemeinsamer Antrag der beiden Versichererverbände santésuisse und curafutura für eine Ergänzung von Artikel 20 mit Informationen zu den beim Versicherer Versicherten (je Person die Einteilung in die Risikogruppe, die Einteilung in die PCG, die Höhe der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrages) veranlasste das Bundesamt für Gesundheit (BAG), Fragen des Datenschutzes näher zu prüfen. Der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte (EDÖB) hat in einer Vorkonsultation zum Antrag der Versicherer eine positive Einschätzung abgegeben.

Nach einer Besprechung der «Aufsichtsruppe» im November 2019 beim BAG brachte ein Versicherer im Konsens mit anderen an der Besprechung anwesenden Vertretern der Versicherer und Verbände einen konkreten Vorschlag betreffend Fristenänderungen ein. Sie beantragen um einen Monat kürzere Fristen für die Datenlieferung der Versicherer an die GE KVG (Art. 6) wie auch für die Zurverfügungstellung der Saldoabrechnung und der zusätzlichen Informationen durch die GE KVG an die Versicherer (Art. 20 KVG). Nur in Kenntnis dieser Informationen aus dem Risikoausgleich sei ihnen eine korrekte Kalkulation der Prämien und der Rabatte bei den Versicherungsmodellen möglich.

Bei der Berechnung des Risikoausgleichs stellt die GE KVG in den übermittelten Daten immer wieder fest, dass Personen zu viele Versicherungsmonate aufweisen. Während der Dauer, die über zwölf Monaten liegt, sind diese Personen doppelt- oder gar mehrfach versichert, was bei einer korrekten Umsetzung des KVG ausgeschlossen ist. Diese Daten verfälschen den Risikoausgleich, die GE KVG darf an ihnen keine Änderungen vornehmen. Bekannt ist auch, dass die Versicherer von einem beachtlichen Teil der Doppelt- und Mehrfachversicherten keine Kenntnis haben. In dieser Situation können deren Daten nicht bereinigt und Tausende von doppelt oder mehrfach «geführten» Versicherungsverhältnissen nicht beendet werden. Die Politik hat die Problematik «Doppelt- und Mehrfachversicherte» auch aufgeworfen. (vgl. hierzu die Interpellation Heim 19.3841 «Doppelversicherung in der Krankenversicherung. Was gedenkt der Bundesrat zu unternehmen?» und die Motion Maya Graf 19.4195 «Doppel- und Mehrfachversicherungen im KVG verhindern»). Dem Bundesrat ist die Problematik bekannt. Er hat in Aussicht gestellt, dass er nach einer Analyse der Fälle die umzusetzenden Massnahmen definieren will.

2 Änderungen im Überblick

2.1 Anträge von Versicherern und Versichererverbänden

Artikel 20 VORA wurde durch Revision vom 11. April 2018 bereits einmal angepasst. Für die Versicherer sind die Änderungen noch nicht ausreichend. Auf deren Ersuchen werden nochmals Anpassungen bei Artikel 20 vorgeschlagen. Zusätzliche Informationen mit individuellen Daten ihrer Versicherten werden den Versicherern erlauben, korrekte Prämien und Rabatte bei den Versicherungsmodellen zu berechnen, die zu erwartenden Ausgleichszahlungen zu schätzen und die Berechnung des Risikoausgleichs zu validieren und nachzuvollziehen.

Ebenfalls von Seiten der Versicherer wird beantragt, die Frist für die Datenlieferung der Versicherer an die GE KVG (Art. 6) und die Frist für die Zurverfügungstellung der Saldoabrechnung und von zusätzlichen individuellen Informationen durch die GE KVG an die Versicherer (Art. 20) um einen Monat zu kürzen. Die früher erhaltenen Informationen aus dem Risikoausgleich erlauben ihnen eine korrekte Berechnung der Prämien, die sie Ende Juli der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung einreichen. Das BAG unterstützt kürzere Fristen, soweit den Revisionsstellen für die Prüfarbeit und die Berichterstattung an die GE KVG (Art. 8) genügend Zeit bleibt. Folgende Fristen sind nach Ansicht der Aufsichtsbehörde für alle Betroffenen angemessen:

- Datenlieferung der Versicherer an die GE KVG: bis 31. März;
- Einreichung des Prüfberichts der Revisionsstellen an die GE KVG: bis 15. April;
- Meldung der Saldoabrechnung und der weiteren Informationen aus dem Risikoausgleich an die Versicherer: bis 10. Juni.

2.2 Änderung aufgrund der Weiterentwicklung der PCG-Liste und des medizinischen Fortschritts

Um dem Trend der zunehmend individualisierten Therapie gerecht zu werden, soll es möglich sein, für bestimmte PCG im Bereich der Onkologie die für die Einteilung erforderliche Arzneimittelmenge nach der Anzahl der abgegebenen Packungen anstelle der Anzahl der abgegebenen standardisierten Tagesdosen (DDD) zu bemessen. Dies erfordert eine Ergänzung bei Artikel 5.

2.3 Neue Bestimmungen zur Bereinigung von Doppel- und Mehrfachversicherungen

Mit der vorliegenden Revision wird die GE KVG befugt, Versicherer zu informieren, die in ihrem Bestand Personen haben, die 13 oder mehr Versicherungsmonate aufweisen. Diese Meldung erlaubt den Versicherern, mit dem oder den anderen Versicherern die Fälle zu analysieren und nach Anhörung der betroffenen Person die Versicherungsverhältnisse, die nicht KVG-konform sind, aufzulösen. Dieses Vorgehen wird in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) festgehalten (Art. 9 Abs. 2). Die Bereinigung der Fälle bewirkt eine qualitativ bessere Datenbasis für die Berechnung des Risikoausgleichs in den Folgejahren, was den Risikoausgleich (künftig) fehlerfreier macht.

Artikel 26, die Bestimmung zum Datenschutz, wird entsprechend ergänzt.

2.4 Ergänzung der Daten, die in der Statistik veröffentlicht werden

Artikel 22 wird mit weiteren aggregierten Daten ergänzt. Diese sind den Versicherern nützlich für die Berechnung der Prämien.

2.5 Änderungen aufgrund Unstimmigkeiten

In Artikel 4 Absatz 1^{ter} soll die schlecht lesbare Definition der «nicht eigenständigen PCG» durch redaktionelle Anpassungen lesbarer werden. In Artikel 18a Absatz 4 ist eine präzisere Formulierung angezeigt.

3 Auswirkungen der Verordnungsänderung auf die GE KVG und die Krankenversicherer

Die Änderung von Artikel 10 erfordert bei der GE KVG eine Entwicklung der Software Risikoausgleich (SORA), einen Security Test SORA, und führt zu einem gewissen Mehraufwand bei der externen Revision und zu einem geringen Personalaufwand bei der GE KVG. Das Total der Kosten von rund 19'000 Franken wird als Teil der Verwaltungskosten des Risikoausgleichs von den Versicherern getragen (Art. 23 VORA).

Die Versicherer werden für die Bereinigung der Fälle von Doppel- und Mehrfachversicherung Verwaltungsressourcen aufwenden müssen. Allerdings sind diese Fälle schon heute mit Mehraufwand für die Versicherer verbunden, beispielsweise weil Versicherte in Zahlungsverzug den Versicherer wechselten, was das KVG nicht zulässt, weil Kündigungsfristen verpasst wurden oder Kündigungen gänzlich fehlen, oder weil Versicherungsmakler trotz unbezahlter Prämien neue Verträge abschlossen. Die Praxis zeigt, dass eine Bereinigung von Versicherungsverhältnissen, die nicht den Bestimmungen des KVG entsprechen, trotz viel Aufwand seitens der Versicherer oft nicht möglich ist. Mit der Änderung von Artikel 10 wird die Kommunikation zwischen den betroffenen Versicherern erleichtert. Der finanzielle und personelle Aufwand der Versicherer für die Bereinigung der Doppel- und Mehrfachversicherungen (vgl. neuer Art. 9 Abs. 2 KVV) dürfte somit geringer ausfallen als bisher. Ungeachtet des Aufwandes sind die Versicherer verpflichtet, die OKP korrekt nach dem KVG und dessen Ausführungsverordnungen durchzuführen. Doppel- und Mehrfachversicherungen sind unzulässig und müssen beendet werden. Versicherungslücken sind zu vermeiden.

Die weiteren vorgeschlagenen Änderungen haben für die Krankenversicherer keine ersichtlichen personellen und finanziellen Auswirkungen.

4 Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen

4.1 Artikel 4 PCG-Liste

Absatz 1^{ter}

Die schlecht lesbare Definition der «nicht eigenständigen PCG» wird durch eine redaktionelle Anpassung lesbarer. Die neue Beschreibung ändert an den «nicht eigenständigen PCG» nichts.

4.2 Artikel 5 Indikator PCG

Absätze 2 und 5

Die moderne Medizin setzt verstärkt auf Therapien, die auf die spezifischen Merkmale einer Erkrankung und die individuellen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sind. Aufgrund der stark individualisierten Anwendung in bestimmten Krankheitsgebieten wie beispielsweise der Krebstherapie soll die Menge der für die Einteilung in eine PCG erforderlichen Arzneimittel aufgrund der Anzahl der abgegebenen Arzneimittelpackungen anstatt der Anzahl abgegebener standardisierter Tagesdosen bemessen werden. Die Bemessung nach Arzneimittelpackungen soll insbesondere bei den onkologischen PCG zur Anwendung kommen, für deren Wirkstoffe mehrheitlich keine Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Festlegung von standardisierten Tagesdosen (DDD-Vorgaben) vorliegen. Aufgrund verschiedener Arten und Schweregrade der Krebserkrankungen variieren die verwendeten Dosen der betroffenen Arzneimittel erheblich und der in diesem Bereich übliche umfassende Einsatz von Kombinationstherapien erschwert das Festlegen einer sinnvollen Mindestanzahl bezogener Tagesdosen für die betroffenen PCG zusätzlich. Die Möglichkeit, die abgegebene Arzneimittelmenge alternativ basierend auf der Packungsanzahl zu bestimmen, erlaubt es den Grenzwert aufgrund vorhandener Erfahrungswerte zweckmässig festzulegen.

4.3 Artikel 6 Datenlieferung

Absätze 3 und 4

Die VORA enthält unter anderem folgende Fristen: Die Versicherer müssen die Daten nach Artikel 6 Absatz 3 bis zum 30. April liefern. Zu berücksichtigen sind die bis Ende Februar abgerechneten Leistungen und erfassten Änderungen des Versichertenbestandes. Die GE KVG stellt jedem Versicherer bis zum 30. Juni in Bezug auf den Risikoausgleich des Vorjahres die ihn betreffende Saldoabrechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge sowie weitere Informationen zu seinem Versichertenbestand pro Kanton und Risikogruppe und die Entlastung und Belastung pro Kanton zur Verfügung. Diese Fristen sind aufeinander abgestimmt. Sie müssen von allen Beteiligten eingehalten werden.

Um die Prämien und die Rabatte bei den Versicherungsmodellen korrekt zu berechnen, müssen die Versicherer die Informationen aus dem Risikoausgleich früher erhalten. Im Konsens mit weiteren Versicherern gab ein Versicherer folgenden konkreten Antrag ein: Die Frist in Artikel 20 für die Meldung der Saldoabrechnung und der weiteren Informationen soll um einen Monat gekürzt und damit auf den 31. Mai festgelegt werden. Damit dies möglich sei, soll Artikel 6 Absatz 3 dahingehend angepasst werden, dass die Versicherer die Daten bis zum 31. März liefern. Gemäss Mitteilung des Beantragenden stimmen mehrere Versicherer diesen neuen Terminen zu. Die Kürzung der Lieferfrist um einen Monat werde seitens Versicherer als unproblematisch erachtet.

Auch aus Sicht der Aufsichtsbehörde, welche die Prämien genehmigt, wird der Vorschlag unterstützt. Er verbessert die Qualität der Daten für die Berechnung der Prämien, die der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung eingereicht werden. Jedoch muss auch den Revisionsstellen für die Prüfarbeit und den Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Artikel 6 gelieferten Daten (Art. 8) genügend Zeit belassen werden. In Berücksichtigung von ausreichenden Bearbeitungszeiten für alle Beteiligten werden folgende Fristen festgelegt:

- Die Frist für die Datenlieferung der Versicherer wird um einen Monat gekürzt auf den 31. März;
- Der Stichtag für den Datenstand der von den Versicherern zu liefernden Daten bleibt wie bis anhin der 28. Februar (resp. der 29. in Schaltjahren);
- Die Frist für die Einreichung des Prüfberichts der Revisionsstellen an die GE KVG wird um 15 Tage gekürzt auf den 15. April;
- Der späteste mögliche Termin für die GE KVG für die Meldung der Informationen aus dem Risikoausgleich wird auf den 10. Juni vorverlegt, wobei aber die Prüf- und Berechnungszeit für die GE KVG wie bis anhin zwei Monate beträgt.

Infolge dessen muss in Absatz 4 die Frist von zwei Monaten auf einen Monat gekürzt werden.

Werden die neuen Fristen am 1. Januar 2021 in Kraft treten, gilt für die Datenlieferung im Jahr 2021 und für die Berechnung des Risikoausgleichs 2020 im Jahr 2021 das neue Recht.

4.4 Artikel 8 Kontrolle der Daten

Absatz 1

Die Kürzung der Frist für die Versicherer in Artikel 6 einerseits und für die GE KVG in Artikel 20 andererseits hat zur Folge, dass auch die Revisionsstellen ihren Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Artikel 6 gelieferten Daten der GE KVG früher einreichen müssen. Damit ihnen genug Zeit für die Prüfung der Daten und die Verfassung des Berichts bleibt, wird die Frist in Artikel 8 um 15 Tage gekürzt, d.h. auf den 15. April festgelegt.

4.5 Artikel 10 Zusammenführen der Datensätze und Gruppierung der Daten

Wenn die GE KVG die Datensätze der Versicherer zusammenführt und die Daten pro versicherte Person verbindet, stellt sie trotz vorgängiger Kontrollen auf Korrektheit und Konsistenz fehlerhafte Daten fest. Z.B. treten Personen mit mehr als zwölf Versicherungsmonaten in Erscheinung. Dabei kann es sich um Doppeltversicherte oder vermeintlich Doppeltversicherte handeln. Betroffen sind Versicherte in Zahlungsverzug, die trotz gesetzlichem Verbot den Versicherer wechselten. Andere Fälle betreffen Versicherte, die die Kündigungsfrist nicht eingehalten oder mit Versicherungsmaklerinnen bzw. –maklern Verträge abgeschlossen haben, an denen sie nicht festhalten wollen. Doppelversicherungen können aber auch entstehen, wenn Versicherte auswandern, ohne sich abzumelden und dann wieder einwandern. Eine Analyse des BAG der Daten des zweiten Probelaufs (Daten 2017 mit 26 Monaten Abrechnungshorizont, Daten 2018 mit 14 Monaten Abrechnungshorizont) ergab fürs Jahr 2018 einen Bestand von rund 7'400 Personen mit mehr als 12 Versicherungsmonaten, davon rund 6'100 Personen mit mehr als 24 Versicherungsmonaten. Die GE KVG darf an diesen Daten keine Änderungen vornehmen, was zur Folge hat, dass die Berechnung des Risikoausgleichs leicht verfälscht wird. Während bei «neueren» Fällen im Laufe eines Jahres der richtige Versicherer oft bestimmt und die Daten bereinigt werden können, bleiben über 50 Prozent der Fälle länger als ein Jahr bestehen. Es ist davon auszugehen, dass die Versicherer von Tausenden von doppelt oder mehrfach geführten Versicherungsverhältnissen keine Kenntnis haben. Auch die Kantone können offenbar nicht überprüfen, ob ein Verlustschein wegen einer Doppelversicherung entstanden ist. Sie gehen davon aus, dass ihre Ausgaben für die Übernahme von Verlustscheiden aufgrund von Doppel- und Mehrfachversicherungen heute zu hoch sind und hoffen, dass sie mit den vorgeschlagenen Anpassungen deutlich verringert werden können. Mit der Interpellation Heim 19.3841 «Doppelversicherung in der Krankenversicherung. Was gedenkt der Bundesrat zu unternehmen?» und der Motion Maya Graf 19.4195 «Doppel- und Mehrfachversicherungen im KVG verhindern») wurde die Problematik auch in der Politik aufgeworfen. Der Bundesrat hat in Aussicht gestellt, dass er nach einer Analyse der Fälle die umzusetzenden Massnahmen definieren will.

Absatz 3

Die GE KVG kennt als **einzigster Akteur** bei Doppel- und Mehrfachversicherungssituationen die betroffenen Versicherer. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, mit Anpassungen bei Artikel 10 und Artikel 9 KVV die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, dass die GE KVG Versicherer informieren kann, wenn in ihrem Bestand versicherte Personen nach dem Zusammenführen der Datensätze 13 oder mehr Versicherungsmonate aufweisen, was den Versicherern ermöglicht, nicht KVG-konforme Versicherungsverhältnisse in schätzungsweise drei bis 12 Monaten zu beenden (siehe nachfolgende Erläuterung in Ziff. 4.10 zu Artikel 9 KVV). Dadurch wird bei der Datenlieferung im Jahr nach dem Ausgleichsjahr bereits eine verbesserte Datenbasis vorliegen und der Risikoausgleich wird von Fehlern befreit. Die bereits erfolgten Datenlieferungen der Versicherer und die von der GE KVG zusammengeführten Daten werden nicht korrigiert.

Die GE KVG gibt keine Personendaten weiter. Konkret wird sie den von Fällen mit Mehrfachversicherungen betroffenen Versicherern nach Abschluss der Berechnung eines Risikoausgleichs per E-Mail melden, dass über SORA heruntergeladen werden können:

- die Zeilennummern der von Versicherern hochgeladenen Daten der mehrfach Versicherten,
- Name und Kennnummer des oder der anderen Versicherer.

Als Organ, das mit der Durchführung des Risikoausgleichs betraut ist, darf die GE KVG den betroffenen Versicherern diese Daten bekannt geben (Art. 84a Abs. 1 Bst. a KVG), weil diese Meldung zur Folge hat, dass bisher «unlösbare» Fälle mit Mehrfachversicherung von den Versicherern effizient bereinigt werden können und dadurch eine verbesserte Datenbasis im Risikoausgleich geschaffen wird. Mit der qualitativ besseren Datenbasis wird der Risikoausgleich von Fehlern befreit.

4.6 Artikel 18a Entlastung der jungen Erwachsenen

Absatz 4

Mit der Anpassung wird die ungenaue Formulierung korrigiert. Materiell ändert sich nichts.

4.7 Artikel 20 Saldoabrechnung und Information

Auf Ersuchen der Versicherer soll auch die Frist in Artikel 20 für die Meldung der Saldoabrechnung und der zusätzlichen Informationen um einen Monat gekürzt werden, als Folge der Kürzung der Frist in Artikel 6 für die Datenlieferung der Versicherer an die GE KVG. Das BAG unterstützt eine Kürzung der Frist um drei Wochen auf den 10. Juni. Somit beträgt für die GE KVG die Prüf- und Berechnungszeit weiterhin knapp zwei Monate. Die Frist 10. Juni für die Meldung der Saldoabrechnung und der zusätzlichen Informationen ist nötig, damit die Ergebnisse des Risikoausgleichs bei der Prämienkalkulation berücksichtigt werden können.

Die Berechnung des Risikoausgleichs mit PCG hat zur Folge, dass die Prognose des Risikoausgleichs mit grossen und steigenden Unsicherheiten verbunden ist. Bisher konnten die Versicherer nach dem Erhalt der Informationen aus dem Risikoausgleich die im Vorjahr entstandenen effektiven Ausgaben für Leistungen genau berechnen und für ihre Prognose verwenden. Mit den Informationen, die sie nach Artikel 20 aus dem Risikoausgleich erhalten, ist ihnen eine genaue Berechnung/Prognose des Risikoausgleichs nicht möglich. Sie ersuchen, Artikel 20 VORA zu ergänzen mit der Einteilung der Versicherten in die Risikogruppen und in die PCG sowie um die Bekanntgabe der Höhe der Risikoabgabe oder des Ausgleichsbeitrages für jede versicherte Person.

Die Argumente der Versicherer sind nachvollziehbar. Um die Prämien korrekt zu kalkulieren und die Rabatte bei den Versicherungen mit eingeschränkter Wahl nach den Vorgaben der KVV festlegen zu können, wird vorgeschlagen, Artikel 20 nochmals zu ergänzen mit weiteren aggregierten und Individualdaten. Die Bestimmung besteht neu aus zwei Absätzen.

Absatz 1

Einleitungssatz

Das Verb «stellt zur Verfügung» wird ersetzt mit «meldet». Materiell ändert sich durch diese redaktionelle Verbesserung nichts.

Buchstabe a

In der Saldoabrechnung sollen pro Kanton und Risikogruppe neu nebst dem Totalbetrag und den Versicherungsmonaten auch – in aggregierter Form - alle drei Komponenten des (künftigen) Risikoausgleiches ausgewiesen sein:

- die Summe der Risikoabgaben und die Summe der Ausgleichsbeiträge;
- die Summe der Zuschläge für PCG;
- die Summe der Entlastungen für die jungen Erwachsenen und die Summe der Belastungen der Erwachsenen ab 26 Jahren. Weil der Begriff «Belastung» in Artikel 16a KVG und in der VORA nicht vorkommt, wird er in Buchstabe a Ziffer 4 definiert.

Die Aufzählung (Ziff. 1-5) in Buchstabe a gilt als abschliessend.

Buchstabe b

Buchstabe b umfasst neu die individuellen Informationen, die dem Versicherer zu den im Ausgleichsjahr bei ihm Versicherten von der GE KVG gemeldet werden sollen:

- die PCG im Vorjahr;
- die Angabe, ob die Person einen Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr aufweist;
- die Angabe, ob die Person im Vorjahr den Versicherer gewechselt hat.

Als Wechsler im Vorjahr gilt, wer im Vorjahr bei einem oder mehreren anderen Versicherern versichert war.

Grundsätzlich könnten die Versicherer aus ihren Daten für ihren Bestand die PCG-Zuteilungen und das Vorliegen von stationären Aufenthalten selbst ermitteln. Erst durch die Information zum Versicherungswechsel, in Kombination mit der Einteilung in PCG und der Angabe zu Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim, könnten «Neukunden», die zu Beginn eines Risikoausgleichsjahres in den Bestand des Versicherers eingetreten sind (Wechsler), in ihren Persönlichkeitsrechten betroffen sein. Zu diesem Zeitpunkt kennt der aktuelle Versicherer den Gesundheitszustand noch nicht und er wird, falls es sich um kranke Wechsler handelt, allenfalls besonders schützenswerte Gesundheitsinformationen erhalten, die bisher nur der Vorversicherer kennt. Anzumerken ist, dass der neue Versicherer im Moment des Wechsels des «Neukunden» noch keine Informationen bezüglich Leistungsbezug, Aufenthalt und PCG im Vorjahr erhält. Erst nach 17 Monaten erhält er von der GE KVG die Informationen betreffend PCG und Aufenthalte des Vorversicherers. Bei den Betroffenen wird es sich tendenziell um chronisch kranke Versicherte mit PCG-Einteilung handeln, die auch in Zukunft beim neuen Versicherer durch die Morbiditätsindikatoren erfasst werden. Angesichts des Nutzens der Information für die Kalkulation von korrekten Prämien und Rabatten bei den Modellen ist diese Folge hinzunehmen. Die GE KVG speist diese Daten in die SORA. Bei allen Versicherern ist der Zugriff auf SORA auf maximal zwei Personen beschränkt. Diese sind wie die GE KVG bei der Verwendung der Daten dafür verantwortlich, dass die Anonymität der Versicherten gewahrt ist (Art. 26 Abs. 2).

Absatz 2

Gemäss der GE KVG ist die neue Anforderung problemlos technisch umsetzbar. Jeder versicherten Person ist nur ein Record mit den Informationen «PCG», «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim» und «Wechslercode» zugeordnet. Die GE KVG übermittelt die Daten nach Absatz 1 Buchstabe b mittels der Zeilennummer der Datenlieferung des Versicherers. Die Anonymität der Versicherten bleibt gewahrt.

4.8 Artikel 22

Absatz 2

Absatz 2 wird ergänzt, neu gegliedert und teilweise präzisiert. Die Entlastung der Versicherer für die jungen erwachsenen Personen sowie die Belastung der Versicherer für die Erwachsenen ab 26 Jahren sind, pro Kanton, für alle Versicherer gleich. Diese Beträge sollen deshalb nicht mehr jedem Versicherer einzeln mitgeteilt werden (vgl. geltender Art. 20 Bst. c und d), sondern in die Statistik aufgenommen werden.

Absatz 4

Die Statistik und der Bericht werden weiterhin jährlich veröffentlicht, neu bis zum 10. Juni.

Absatz 6

Versicherte, die im Kalenderjahr x 19 Jahre alt werden, gehören vom 1. Januar an der Altersgruppe «junge Erwachsene» an. Ihre Versicherungsmonate werden, anders als jene der Kinder, im Risikoausgleich berücksichtigt. Damit die Versicherer auch die Prämien der Altersgruppe «junge Erwachsene» für die diversen Versicherungsformen nach den Vorgaben der KVV korrekt berechnen können, sind die Versicherer auch auf Informationen zu den Kindern angewiesen. Schon heute liefern die Versicherer

der GE KVG zu den Versicherten der Altersgruppe 0-18 Jahre die Daten nach Artikel 6 Absatz 1 Buchstaben a-i. Die GE KVG führt sie zusammen und veröffentlicht in der Statistik nach dem Geschlecht, dem Vorliegen eines Spitalaufenthalts im Vorjahr, nach Kantonen und für die ganze Schweiz die Anzahl Versicherungsmonate, die Höhe der Bruttoleistungen und der Kostenbeteiligungen der Kinder. Diese Praxis wird in Absatz 6 neu festgehalten. Die GE KVG veröffentlicht keine Daten, die sich auf eine bestimmte Person oder bestimmbare Personen beziehen. Die Anonymität der Versicherten bleibt gewahrt.

4.9 Artikel 26 Datenschutz

Absatz 2

Bei Doppel- und Mehrfachversicherungssituationen wird die GE KVG in Artikel 10 befugt, die betroffenen Versicherer darüber zu informieren. Die Bestimmung über den Datenschutz muss entsprechend ergänzt werden.

4.10 Artikel 9 KVV Beendigung des Versicherungsverhältnisses

Absatz 2

Die Versicherer haben den Auftrag, die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem KVG und dessen Ausführungsverordnungen durchzuführen. Wenn auch nicht im KVG ausdrücklich festgehalten, so sind Doppelversicherungen nach Lehre und wiederholter Rechtsprechung des Bundesgerichts unzulässig (BGE 130 V 448).

Erfahren Versicherer, insbesondere über eine Meldung der GE KVG, dass eine bestimmte Person in ihrem Bestand gleichzeitig bei einem oder mehreren anderen Versicherern versichert ist, dann sind sie nach einer neuen Bestimmung in Artikel 9 Absatz 2 KVV gehalten, zusammen mit dem oder den ihnen bekannt gegebenen Versicherern die Versicherungssituation zu analysieren. Nach den Bestimmungen des KVG zum Versicherungsobligatorium müssen die Versicherer Versicherungsverhältnisse, die nicht den Bestimmungen des KVG entsprechen, nach Anhörung der betroffenen Person beenden. Hierzu ist eine Verfügung nach Artikel 49 ATSG erforderlich. Weil heute Fälle von Mehrfachversicherung oft nicht erkannt werden und der Versicherer den oder die anderen Versicherer nicht kennt, wird aufgrund der Meldung der GE KVG nach Artikel 10 Absatz 3 dieser Vorlage der Aufwand der Versicherer für die Bereinigung ihres Versichertenbestandes kleiner. Dies dürfte auch den Anreiz der Versicherer an der Bereinigung vergrössern.

5 Inkrafttreten

Die vorliegende Änderung soll am 1. Januar 2021 in Kraft treten. Sie ist somit bereits für die Berechnung des Risikoausgleichs 2020 anwendbar.