



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Tätigkeitsbericht 2020

Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung



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/bag/de/home/versicherungen.html

Publikationszeitpunkt

Februar 2021

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 zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	6
2	Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Aufsichtstätigkeit	8
3	Grundlagen	9
3.1	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung	9
3.2	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Unfallversicherung	9
3.3	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Militärversicherung	9
4	Aufsicht über die Krankenversicherer	11
4.1	Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen	11
4.2	KVG-Solvenzttest 2020	11
4.3	Genehmigung der Prämien 2021	12
4.4	Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen	13
4.5	Prüfung des gebundenen Vermögens und des internen Kontrollsystems (IKS) durch die externe Revisionsstelle	13
4.6	Rückversicherung im KVG	14
4.7	Analyse der Geschäftsberichte	15
4.8	Änderungen der Geschäftspläne	15
4.9	Umsetzung EESSI in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	16
4.10	Audit	16
4.11	Behandelte Verfahren	17
5	Aufsicht über die Unfallversicherer	18
5.1	Prämientarife/Betriebsrechnungen	18
5.2	Zinssituation	19
5.3	Ausnahme von der gesetzlichen Versicherungspflicht für Vereine des Breitensports	19
5.4	Umsetzung EESSI in der obligatorischen Unfallversicherung	20
6	Aufsicht über die Militärversicherung	21
6.1	Neue Kennzahl in der Militärversicherung	21
7	Aufsicht über die GE KVG	22
8	Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht	24
8.1	Aufsichtsdaten	24
8.2	Versichertenanfragen	24
9	Anhänge Rechtsetzung	25
9.1	Änderung des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG; SR 832.12) im Bereich Vermittlertätigkeit	25
9.2	Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV; SR 832.121)	25
9.3	Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10, Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative	25
9.4	Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1)	26
9.5	Änderung der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI; SR 832.112.11)	26
9.6	Änderung der Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI; SR 832.102.2)	26

9.7	Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen (SR 832.106)	27
9.8	Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2021 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen (SR 832.112.51)	27
9.9	Änderung der Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.102.15)	27
9.10	Totalrevision der Bauarbeitenverordnung (SR 832.311.141)	28
9.11	Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (SR 833.11); Anpassung der Prämien der beruflich und freiwillig Versicherten	28
9.12	MV-Anpassungsverordnung (SR 833.12); Anpassung der Leistungen der Militärversicherung an die Lohn- und Preisentwicklung	28
10	Bundesratsberichte	29
10.1	Postulatsbericht 13.3224 Humbel. Entlastung der Krankenversicherung von ungerechtfertigten Kosten	29
10.2	Postulatsbericht 17.3880 Humbel im Bereich IPV	29
11	Glossar	30
12	Abkürzungsverzeichnis	31



1 Vorwort

Die Covid-19-Pandemie hat auch die Aufsichtstätigkeit in der sozialen Kranken- und Unfallversicherung geprägt. Einerseits ist es darum gegangen, die Aufsichtstätigkeit unter Ausschöpfung der technischen Mittel mit den Mitarbeitenden im Homeoffice zu gewährleisten, andererseits sind viele Fragen und neue Aufgaben zu bearbeiten gewesen, die sich aus der Bewältigung der Krise ergeben haben. Es darf mit Befriedigung festgestellt werden, dass sich das Zusammenspiel der Aufsicht mit den Versicherern auch in dieser schwierigen Zeit bewährt hat, indem ein stets konstruktiver und respektvoller Austausch gepflegt werden können.

So haben aktuelle aufsichtsrechtliche Fragen im Rahmen des hierfür geschaffenen Corona-Boards mit den Versichererverbänden und der Medizinaltarif-Kommission erörtert und rasch einer der Situation angepassten, pragmatischen Lösung bzw. einer Klarstellung für den Kranken- und Unfallversicherungsbereich zugeführt werden können. Von Beginn weg sind auch die Auswirkungen der Pandemie auf die Kosten- und Prämienentwicklung in den beiden Sozialversicherungszweigen im Fokus gestanden. In der kurzfristig einberufenen Arbeitsgruppe Mehr-/Minderkosten aufgrund von Covid-19 haben sich die Aufsicht und Vertreter der Versicherer sowie ihrer Verbände regelmässig ausgetauscht, um sich insbesondere im Hinblick auf die Krankenversicherungsprämien möglichst früh ein Bild über die coronabedingten Mehr- oder Minderkosten und deren Auswirkungen auf das anstehende Versicherungsjahr machen zu können.

Dabei sind insbesondere die stationären und ambulanten Kosten sowie die Testkosten betrachtet worden. Obwohl sich das Unterfangen inhaltlich als schwierig erwiesen hat, ist der Austausch von einem engagierten Bemühen im Interesse eines auch in Krisenzeiten funktionierenden Ver-

sicherungswesens geprägt gewesen. Dies gilt ebenso für die Umsetzung der Teststrategie des Bundes mit den damit verbundenen Abrechnungs- und Kontrollaufgaben. Für ihre Mitwirkung sei allen Akteuren bestens gedankt.

Aufgrund der coronabedingten Umstände ist dem Prämien genehmigungsprozess besondere Aufmerksamkeit zugekommen. Es kann festgestellt werden, dass das Verbot der vorzeitigen Prämienkommunikation gemäss dem präzisierten Verständnis der Aufsicht bis auf zwei bedauerliche Ausnahmen konsequent befolgt worden ist, was sehr erfreulich ist. Damit hat ein ungestörter Prämien genehmigungsprozess ohne wettbewerbsverzerrende Einflüsse gewährleistet werden können. Die Aufsicht ist bestrebt, den Prämien genehmigungsprozess so transparent wie möglich zu gestalten und die gesetzlich vorgesehenen Mitwirkungsrechte vollumfänglich zu respektieren. Entsprechend sind die Kantone im Rahmen ihres Anspruchs, zu den geschätzten Kosten Stellung nehmen zu können, umfassend dokumentiert worden. Es ist nachvollziehbar, dass die Prämien genehmigung je nach Resultat zu Kritik Anlass geben kann. Jedoch ist die Aufsicht gehalten, ihre Aufgaben gemäss den gesetzlichen Vorgaben wahrzunehmen. Dabei hat sie insbesondere zu beachten, dass die Prämien die Kosten decken müssen. Damit soll auch eine Quersubventionierung unter den Kantonen vermieden werden.

Ein Schwerpunktthema der Aufsicht bildeten auch die Reserven der Krankenversicherer, die – bei einer unveränderten durchschnittlichen Solvenzquote von 203% – von 9,1 Mrd. CHF im Jahr 2019 auf 11,3 Mrd. CHF im Jahr 2020 angestiegen sind. Der Anstieg der Reserven ist hauptsächlich das Ergebnis zweier positiver Faktoren, nämlich einer Verlangsamung der Teuerung der Leistungen und von Gewinnen auf den Kapitalmärkten. Die Tatsache, dass es trotz einer komfortablen Reserve-

situation zu weiteren Prämien erhöhungen kommt, wird von der Öffentlichkeit nicht verstanden und von der Politik nicht länger widerspruchsfrei hingenommen. Auch wenn die Reservesituation differenziert und kassenindividuell zu betrachten ist, ist der Bundesrat der Auffassung, dass die Reserven insgesamt zu hoch sind. Entsprechend ist eine Revision der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV) in Vernehmlassung gegeben worden. Damit soll einerseits eine Hierarchisierung der bereits heute bestehenden Instrumente für den Abbau von Reserven eingeführt und andererseits der Abbau von Reserven begünstigt werden, indem ein solcher bis zum Verbleib der gesetzlichen Mindestreserve in einem pessimistischen Szenario ermöglicht wird. Diese Massnahmen beruhen weiterhin auf Freiwilligkeit.

Die am 23. Januar 2020 eingereichte Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien» (Prämien-Entlastungs-Initiative) will, dass die Versicherten höchstens 10% ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aufwenden müssen. Der Bund soll mindestens zwei Drittel und die Kantone die übrige Prämienverbilligung finanzieren. Weil die Initiative die Kosten nicht senkt und der Bund mehr als die Kantone beitragen müsste, obwohl diese auch

zur Kostendämpfung beitragen können, lehnt der Bundesrat die Initiative ab. Er stellt ihr einen indirekten Gegenvorschlag gegenüber. Damit sollen die Kantone verpflichtet werden, die Prämien mit einem Mindestbetrag zu verbilligen. Dieser Mindestbetrag soll einem Anteil der Bruttokosten der OKP der Versicherten des jeweiligen Kantons entsprechen. Dabei soll berücksichtigt werden, wie stark die Prämien das verfügbare Einkommen der Versicherten durchschnittlich belasten. Im Nachgang zur erfolgten Ausarbeitung der Vernehmlassungsvorlage wird die Aufsicht mit den weiteren Rechtsetzungsarbeiten befasst sein, damit die Botschaft im Oktober 2021 an das Parlament überwiesen werden kann.

Cristoforo Motta

Der Leiter a.i. der Abteilung Versicherungsaufsicht

2 Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Aufsichtstätigkeit

Aufgrund der Covid-19-Pandemie hat der Bundesrat am 16. März 2020 die Situation in der Schweiz als «ausserordentliche Lage» gemäss Epidemien-gesetz eingestuft. Dieser Entscheid und die angespannte Situation im Gesundheitswesen aufgrund der Notfallmassnahmen, welche die Leistungser-bringer, insbesondere die Spitäler, ergreifen mus-sen, veranlassten das Bundesamt für Gesundheit (BAG), bestimmte Voraussetzungen für die Über-nahme von OKP-Leistungen zu lockern. Auch in anderen Bereichen war es notwendig, vorüberge-hend abweichende Regelungen vorzusehen.

Es stellten sich immer wieder neue Fragen, für die rasch eine Lösung gefunden werden musste. Aus diesen Gründen fanden seit März 2020 Corona-Boards mit dem BAG, den Versichererverbänden curafutura und santésuisse sowie der Me-dizinaltarif-Kommission UVG (MTK) statt. Die Co-rona-Boards fanden anfangs wöchentlich, später nach Bedarf statt. An diesen Sitzungen wurden Aufsichts-, Tarifierungs- und Leistungsfragen be-sprochen. Zu einigen Themen wurden Faktenblät-ter erstellt, die auf unserer Seite aufgeschaltet wurden, und gewisse Informationen wurden allen Krankenversicherern zugestellt. Seit dem Beginn der zweiten Welle der Covid-19-Pandemie finden die Corona-Boards wieder statt. Zudem wurde eine Arbeitsgruppe mit der Aufsicht und Vertre-terinnen und Vertretern der Versicherer sowie ihrer Verbände einberufen. Darin erfolgte ein Austausch wegen der Mehr-/Minderkosten aufgrund von Co-vid-19 und deren Auswirkungen auf die Prämien.

So war bei der Verlegung von Patientinnen und Patienten von der Akutversorgung in die Rehabili-tation kein vorgängiges Gesuch um Kostengut-sprache mehr erforderlich, sondern konnte zeit-gleich mit der Verlegung gestellt werden.

Hinsichtlich der Sistierung der Krankenversi-cherungspflicht bei Militärdienst wurden die Mel-defristen so geändert, dass auch kurzfristig zum

Assistenzdienst «CORONA 20» einberufene Mili-tärdienstleistende die Sistierung in Anspruch neh-men können.

Kantone, die Listen von Versicherten führen, die trotz Betreuung ihre Prämien nicht bezahlen, wurden zudem angehalten, deren strikte Anwen-dung auszusetzen.

Der Bundesrat hat für einige Zeit beschlossen, die Betreibungen landesweit zu sistieren. Den Ver-sicherern wurde deshalb mitgeteilt, dass sie auf die gesetzlich vorgesehenen Mahnungen und Zah-lungsaufforderungen sowie die Einhaltung der diesbezüglichen Fristen verzichten können, so-lange die ausserordentliche Lage andauert.

Bei Personen, auf die das Freizügigkeitsab-kommen oder das EFTA-Übereinkommen anwend-bar ist und für die normalerweise, gestützt auf das europäische Koordinationsrecht für die Sozialver-sicherungen, das schweizerische Sozialversiche-rungsrecht gilt, änderte nichts an der Versiche-rungsunterstellung, wenn infolge der ausserge-wöhnlichen Situation der Arbeitsort wechselte. Personen, welche ihre Tätigkeit vorübergehend ganz oder vermehrt von zu Hause ausübten, blie-ben in der Schweiz krankenversichert. Das galt und gilt nach wie vor beispielsweise für Grenzgängerin-nen und Grenzgänger, die in der EU/EFTA wohnen, normalerweise in der Schweiz tätig sind und nun von zu Hause arbeiten.

Personen, die sich aufgrund einer Aufenthalts-bewilligung und/oder einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufhielten, die auf den 31. März 2020 oder später ablief und die nicht ausreisen konnten, blieben bis zu ihrer Ausreise in der Schweiz kran-kenversichert.

Weitere Aufsichtsthemen waren z. B. die Durch-führung von Vereins- und Aktionärsversammlun-gen und Vollzugsfragen bei der Abrechnung von Coronavirustests, bei denen die Kosten vom Bund übernommen werden.

3 Grundlagen

3.1 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 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 verfolgt die Aufsichtsbehörde das Ziel, 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.

3.2 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Unfallversicherung

In der obligatorischen 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 Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) und die öffentlichen Unfallversicherungskassen.

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 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.

3.3 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.



4 Aufsicht über die Krankenversicherer

4.1 Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen

Die Aufsichtsbehörde überwacht die Solvenz der Krankenversicherer. Sie wendet ein System der periodischen Intervention – das sogenannte Interventionskonzept – an, um eine allfällige Insolvenz eines Krankenversicherers abzuwenden.

Zu Jahresbeginn werden drei aufsichtsrechtliche Kriterien – Solvenzquote, Combined Ratio und die Höhe der Rückstellungen pro versicherte Person – aufgrund der aktuellsten Daten ermittelt. Jeder Krankenversicherer wird aufgrund seiner Risikoexposition eingestuft. Während des Geschäftsjahres unterliegen Versicherer, deren finanzielle Verhältnisse den Anforderungen nicht entsprechen, einer besonderen Aufsicht.

Das Interventionskonzept sieht sechs Kategorien zur Einstufung der Krankenversicherer vor. Versicherer, deren Aufsicht keine speziellen Massnahmen erfordert, entsprechen der ersten Kategorie. Die anderen Kategorien beinhalten Massnahmen, die je nach Höhe der Risikoexposition eine Stellungnahme bzw. eine vierteljährliche oder monatliche Datenübermittlung (Reporting) mit sich bringen. Versicherer, denen eine Insolvenz unmittelbar bevorsteht und ein Entzug der Zulassung droht, gehören in die letzte Kategorie.

Ende Februar 2020 hat die Aufsichtsbehörde die betroffenen Krankenversicherer persönlich angeschrieben und über deren Evaluation informiert. Sie hat den Versicherern allfällig festgestellte Schwachstellen und damit verbundene Massnahmen bekannt gegeben und die Versicherer zu einer Stellungnahme aufgefordert.

Konkret hat das BAG festgestellt, dass fünf Krankenversicherer nur teilweise die Anforderungen bezüglich ihrer finanziellen Situation erfüllten. Vier dieser Krankenversicherer mussten vierteljährlich – ein Versicherer sogar monatlich – an die Aufsichtsbehörde rapportieren.

4.2 KVG-Solvenztest 2020

Zur Sicherstellung der Solvenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung müssen die Versicherer ausreichende Reserven halten. Die Mindesthöhe dieser Eigenmittel wird seit dem Jahr 2012 durch die vom Versicherer eingegangenen Risiken bestimmt (Art. 14 KVAG). Im KVG-Solvenztest werden analog zum Swiss Solvency Test (SST) der FINMA die versicherungstechnischen Risiken, die Markt- und die Kreditrisiken evaluiert und mit krankenversicherungsspezifischen sowie finanzmarktrelevanten Szenarien angereichert. Die zu Beginn des Jahres vorhandenen Reserven im Verhältnis zu diesen risikobasierten Mindestreserven ergeben die Solvenzquote für ein bestimmtes Geschäftsjahr. Das Sicherheitsniveau ist auf 1% eingestellt. Mit anderen Worten können die Reserven in 99 von 100 Fällen die Verluste decken und selbst im Durchschnitt der schlimmsten 1% 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. Das BAG prüfte die eingegebenen KVG-Solvenztests 2020 und die dazu eingegebenen Berichte. Da einige Eingaben nicht den Anforderungen entsprachen, musste das BAG Neueingaben einfordern. In diesem Jahr war die Berücksichtigung von Covid-19 eine besondere Herausforderung. Zum Zeitpunkt der Einreichung des Solvenztests Ende April waren die Auswirkungen noch kaum abschätzbar. Die Aufsichtsbehörde hat von den Versicherern Zusatzinformationen in dem Mass eingefordert, als dies für eine Einschätzung der Verhältnisse erforderlich war, ohne jedoch die in der Zeit des Lock-

downs stark beanspruchten Ressourcen der Versicherer übermässig in Anspruch zu nehmen. Die Solvenzquoten, die Mindesthöhen der Reserven für das Jahr 2020 und die vorhandenen Reserven am 1. Januar 2020 wurden am 22. September 2020 publiziert. In der unten stehenden Tabelle sind die Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz nach Jahr dargestellt.

Jahr	2013	2014	2015	2016
Anzahl Versicherer insgesamt	68	67	65	63
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	7	7	3	14

Jahr	2017	2018	2019	2020
Anzahl Versicherer insgesamt	59	57	57	56
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	6	2	0	1

Bei der Beurteilung der Solvenzquoten der Versicherer ist zu beachten, dass die Solvenzquote bei einem Versicherer eine Kapitalerhöhung beinhaltet. Diese wurde vom BAG beanstandet. Ohne diese Einschüsse würde die Solvenzquote des betreffenden Versicherers tiefer ausfallen.

4.3 Genehmigung der Prämien 2021

Die Krankenversicherer reichten dem BAG per 31. Juli 2020 die Prämien für das Jahr 2021, zusammen mit Hochrechnungen der Kosten und Angaben zur Anzahl der Versicherten, zur Genehmigung ein. Die Prüfung und Genehmigung der Prämieingaben der Versicherer erfolgt auf Basis des KVAG und seiner Ausführungsbestimmungen. Mit der Genehmigung der Prämien wird sichergestellt, dass sie den rechtlichen Bestimmungen entsprechen. Die Aufsichtsbehörde hat die Kompetenz, Erhöhungen und Senkungen der

Prämien zu verlangen, wenn die Prämien nicht den erwarteten Kosten entsprechen. Insbesondere achtet die Aufsichtsbehörde darauf, dass die Prämien für jeden Kanton kostendeckend sind. So werden Quersubventionierungen zwischen den Kantonen unterbunden und sichergestellt, dass die Versicherer über ausreichend hohe Reserven verfügen, um die Risiken von unerwarteten Entwicklungen decken zu können.

Das BAG prüft die Prämien der OKP für Schweizer Versicherte, für Versicherte mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA, die sich nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) versichern, sowie für die freiwillige Einzeltaggeldversicherung nach KVG. Im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung für Schweizer Versicherte wurden von 50 Versicherern über 250 000 Prämien zur Genehmigung unterbreitet. Zwei Versicherer reichten die Prämien nicht fristgerecht ein. Die Versicherer sind im Durchschnitt in etwa 20 Kantonen tätig – zu prüfen waren somit die Prämien für über 1000 Risikokollektive. Einige Versicherer bieten zusätzlich auch eine EU-/EFTA-Versicherung an, einige 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. Hat ein Versicherer genügend Reserven, so kann er die Erträge aus seinem Kapital anrechnen lassen, 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 dagegen Reserven aufbauen, 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 2020 und 2021 plausibilisiert. Die besondere Situation der Corona-Pandemie erschwerte dies, insbesondere weil die Abrechnungsgeschwindigkeit der Leistungserbringer teils verlangsamt, teils be-

schleunigt war. Die Kostenprognosen, die üblicherweise zur Plausibilisierung verwendet werden, waren mit einer höheren Unsicherheit behaftet, da die Kosten eines allfälligen Impfstoffes und der weitere Verlauf der Pandemie unklar waren. Die Ergebnisse der im Vorwort erwähnten Arbeitsgruppe konnten teilweise zur Abstützung verwendet werden. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs mittels Einführung der pharmazeutischen Kostengruppen (PCG), die im Ausgleichsjahr 2020 erstmals angewendet werden, stellte auch in diesem Jahr eine Herausforderung dar. Als Grundlage für die Plausibilisierung der Eingaben der Versicherer dienten dem BAG dabei drei Probeläufe, in welchen für die Jahre 2017, 2018 bzw. 2019 ein fiktiver Risikoausgleich inklusive des neuen Morbiditätsfaktors PCG berechnet worden war.

Die Prämien sämtlicher Versicherten wurden für das ganze Jahr 2021 genehmigt und am 22. September 2020 publiziert. Der Anstieg der gesamtschweizerischen mittleren Prämie im Vergleich zum Jahr 2020 beträgt 0,5%. Dabei entspricht die Veränderung für Erwachsene (ab 26 Jahren) und für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) 0,4% und für Kinder (unter 18 Jahren) -0,1%. Zeitgleich mit der Genehmigung der Prämien wurde das Gesuch eines Versicherers um freiwilligen Abbau von Reserven im Umfang von 28 Mio. CHF genehmigt.

4.4 Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen

Das KVAG erlaubt es den Versicherern, einen Prämienausgleich beim BAG zu beantragen, wenn die Prämieinnahmen 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 haben

bzw. die Kosten für medizinische Behandlungen tiefer ausgefallen sind als bei der Prämienfestsetzung erwartet. Die Aufsichtsbehörde hat 2020 von elf Versicherern Gesuche um Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen erhalten, welche sie bewilligt hat. Die elf Gesuchsteller beantragten Prämienausgleichszahlungen für das Geschäftsjahr 2019 in verschiedenen Kantonen von total 183 Mio. CHF. Von den Rückerstattungen profitierten insgesamt mehr als eine Million Versicherte, welche per 31. Dezember 2019 bei den Gesuchstellern in den betroffenen Kantonen versichert waren.

Der Bundesrat strebt eine genauere Prämienberechnung an. Grundsätzlich sollen die Versicherten keine zu hohen Prämien bezahlen und nachträglich eine Rückerstattung erhalten. Der Bundesrat möchte daher die Voraussetzungen für die Anwendung der Rückerstattung von zu hohen Prämieinnahmen durch die Versicherer präzisieren. Am 18. September 2020 wurde dazu die Vernehmlassung zur Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) eröffnet. Wenn die Prämieinnahmen in einem Kanton deutlich über den kumulierten Kosten liegen, kann der Versicherer heute im betreffenden Kanton einen Prämienausgleich vornehmen (Art. 17 Abs. 1 KVAG). Das geltende Recht erläutert jedoch nicht, wann diese Bedingung erfüllt ist. Mit dem neuen Artikel 30a Absatz 1 KVAV soll definiert werden, wann die Prämieinnahmen deutlich über den kumulierten Kosten liegen. Die Änderung soll im Juni 2021 in Kraft treten.

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

Bereits zum zweiten Mal wurden der Aufsichtsbehörde die von ihr ausgearbeiteten Prüfprogramme zum gebundenen Vermögen und zu den unternehmensweiten Kontrollen sowie zum IKS eingereicht. Sowohl die Prüfungen der ex-

ternen Revisionsstellen für das Geschäftsjahr 2019 als auch die für Beanstandungen aus dem Geschäftsjahr 2018 verlangten Folgeprüfungen sind in die aufsichtsrechtliche Berichterstattung eingeflossen. Im Vergleich zum Geschäftsjahr 2018 haben die Empfehlungen der Revisionsstellen im Geschäftsjahr 2019 sowohl beim gebundenen Vermögen als auch beim IKS deutlich abgenommen. Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den erfolgten Beanstandungen. Während diese im Jahr 2019 beim gebundenen Vermögen im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen sind, wurde beim IKS eine starke Zunahme festgestellt. Die Zunahme der Beanstandungen im IKS ist vor allem auf eine konsequentere Anwendung der Prüfinstruktionen zurückzuführen.

Die eingereichten Arbeitspapiere der Revisionsstellen sind kritisch gewürdigt worden. Alle wichtigen Feststellungen, insbesondere die Beanstandungen und die Empfehlungen, wurden mit den Revisionsstellen besprochen. Wie bereits im Vorjahr wurden zwecks Sicherstellung eines einheitlichen Verständnisses bei der Beurteilung und Weiterverfolgung der Feststellungen im Herbst alle Revisionsstellen in das BAG eingeladen. Im Nachgang zu diesem Austausch mit den Revisoren fanden wiederum mit allen Revisionsstellen auch noch Einzelgespräche statt. Die Aufsichtsbehörde hat gegenüber den Versicherern und deren Revisionsstellen kommuniziert, dass die Beanstandungen und Empfehlungen innerhalb der festgelegten Fristen zu beheben sind. Die Revisionsstellen werden über ihre Feststellungen des Geschäftsjahres 2019 eine Folgeprüfung vornehmen und über diese im nächsten aufsichtsrechtlichen Bericht an das BAG rapportieren.

4.6 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 mit einem sogenannten Quotenvertrag ein gewisser Prozentsatz des Geschäftes an den Rückversicherer abgegeben. Etwas über ein Drittel der Krankenversicherer beansprucht zurzeit Rückversicherungsschutz. Dafür wurden 2019 rund 107 Mio. CHF an Prämien bezahlt und knapp 102 Mio. CHF an Rückversicherungsleistungen vergütet. Um das benötigte Risikokapital zu reduzieren, haben im Jahr 2019 zwei grössere Versicherer 20% bzw. 30% ihres Geschäfts via einen Quotenrückversicherungsvertrag abgegeben. Die Rückversicherungsprämien und Leistungen haben dementsprechend gegenüber dem Vorjahr stark zugenommen. Im Jahr zuvor waren die abgegebenen Prämien bei rund 11 Mio. CHF und die Rückversicherungsleistungen bei rund 5,5 Mio. CHF.

Alle neu abgeschlossenen Rückversicherungsverträge und deren Prämien müssen seit Einführung des neuen KVAG 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 ab 2020 in Kraft getreten sind, nach den folgenden einheitlichen Prüfkriterien 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 weitest 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. Die Aufsichtsbehörde hat Ende 2020 sechs neue Rückversicherungsverträge mit Versicherungsbeginn per 1. Januar 2021 genehmigt. Die bereits bestehenden fortlaufenden Verträge bleiben unverändert gültig.

4.7 Analyse der Geschäftsberichte

Seit der Einführung des KVAG gelten ab dem Geschäftsjahr 2016 auch für die Geschäftsberichte neue regulatorische Bestimmungen. Diese gesetzlich vorgeschriebenen Minimalstandards gewährleisten die Informationspflicht der Krankenversicherer über ihre Geschäftstätigkeit gegenüber den Versicherten.

Die Entschädigungen an den Verwaltungsrat und an die Geschäftsleitung (jeweils Gesamtbeitrag und höchster Einzelbetrag ohne Nennung des Namens) sind offenzulegen. Die Offenlegungspflicht für das Geschäftsjahr 2019 wurde von den Versicherern grösstenteils erfüllt. Bei mangelhaften oder fehlenden Angaben hat die Aufsichtsbehörde bei den betreffenden Versicherern interveniert.

Weiter muss der Geschäftsbericht mindestens den Jahresbericht und den geprüften statistischen Einzelabschluss nach Swiss GAAP FER mit allen fünf Bestandteilen enthalten. Es wird ausserdem geprüft, ob wichtige Kennzahlen in den Berichten enthalten sind. Die Geschäftsberichte sind der Aufsichtsbehörde bis zum 30. April des Folgejahres einzureichen und bis spätestens am 30. Juni zu veröffentlichen. Die Prüfung der Einhaltung der Vorschriften zu den Geschäftsberichten 2019 fiel grundsätzlich positiv aus. Die Aufsichts-

behörde hat bei einigen Versicherern interveniert, wenn beispielsweise die Geschäftsberichte nicht rechtzeitig publiziert oder die Jahresrechnung nach Swiss GAAP FER unvollständig war.

4.8 Änderungen der Geschäftspläne

Die Gesuche, die derzeit bei der Aufsichtsbehörde eingehen, betreffen überwiegend Änderungen der Geschäftspläne. Solche Änderungen bedürfen einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde, wenn sie Statuten, Rückversicherungsplan 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 betreffen. Änderungen, die andere Elemente der Geschäftspläne anbelangen, gelten als genehmigt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet.

2020 betraf die Mehrzahl der Gesuche um Änderung der Geschäftspläne die namentliche Bezeichnung und die Lebensläufe von Mitgliedern der Verwaltungs- und Leitungsorgane, Angaben zu Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken sowie Bestimmungen zu den besonderen Versicherungsformen und die allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Schliesslich müssen die Versicherer gemäss den Übergangsbestimmungen des KVAG ab dem 1. Januar 2021 die Anforderungen im Zusammenhang mit der Übertragung von Aufgaben erfüllen und Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten. Sie liessen daher der Aufsichtsbehörde die Liste der Interessenbindungen und die Erklärungen der einzelnen Mitglieder der Verwaltungs- und Geschäftsführungsorgane zu allfälligen gegen sie eingeleiteten Straf-, Zivil- oder Verwaltungsverfahren zukommen.

4.9 Umsetzung EESSI in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Mit der Anbindung der Krankenversicherer an den National Access Point wurde im Jahr 2020 begonnen. Während sich in einer ersten Phase Anfang September die GE KVG angeschlossen hat, erfolgte die Anbindung durch die grösseren Krankenversicherer in einer zweiten Phase Anfang November. Die dritte und letzte Phase für die restlichen Krankenversicherer ist für Anfang März 2021 vorgesehen.

Gemäss Artikel 75c des revidierten Gesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) haben die Bundesstellen bei den zuständigen Trägern Gebühren für den Anschluss an die Infrastruktur zum Zweck des elektronischen Datenaustausches mit dem Ausland und für deren Benutzung zu erheben. Der Bundesrat hat eine diesbezügliche Gebührenordnung in der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) ausgearbeitet. Das Inkrafttreten dieser Bestimmungen ist am 1. Januar 2021 erfolgt. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) wird die Kosten der Nutzung von EESSI den einzelnen Sozialversicherungssektoren erstmals Anfang 2022 für das abgeschlossene Rechnungsjahr 2021 fakturieren.

4.10 Audit

Die Kontrollen vor Ort ermöglichen einen vertieften Einblick in die verschiedenen Tätigkeitsgebiete eines Versicherers sowie einen Quervergleich zwischen den beaufsichtigten Kassen. Nebst der Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen nach KVG und KVAG wurde der Fokus im Jahr 2020 auf die Gleichbehandlung der Versicherten gelegt. Ein weiterer Schwerpunkt war die prozessorientierte Prüfung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle. Dabei wurden die massgebenden Prozesse, das interne Kontrollsystem (IKS) sowie die Kontrollinstrumente im Bereich

der Rechnungskontrolle auf ihre Zweckmässigkeit, Angemessenheit und Wirksamkeit beurteilt.

Alle Versicherer werden jährlich anhand risiko-basierter, d. h. quantitativer und qualitativer Kriterien in einem Ratingsystem analysiert und eingestuft. Basierend auf den Ergebnissen aus diesem Rating, der Auswertung von individuellen Versichererdaten sowie weiteren Hinweisen werden die Versicherer bestimmt, die in der kommenden Prüfperiode auditiert werden. Ein standardisiertes Vorgehen stellt sicher, dass die Audits professionell und einheitlich durchgeführt werden. Bei festgestellten Mängeln wird der geprüfte Versicherer angewiesen, dem BAG innert einer bestimmten Frist die vorgesehenen Massnahmen mitzuteilen. Die definitive Umsetzung der Massnahmen haben die Versicherer anschliessend schriftlich zu bestätigen, und sie ist entsprechend zu dokumentieren. Bei wesentlichen Schwachstellen kann eine Nachkontrolle (Follow-up) in Bezug auf die korrekte Behebung der aufgezeigten Mängel durchgeführt werden.

Im Prüfbereich Corporate Governance wurden das Risikomanagement, das IKS sowie die Überwachung der Interessenkonflikte beurteilt. Die geprüften Krankenversicherer verfügen grundsätzlich über gut dokumentierte und angemessene Risikomanagementprozesse und interne Kontrollsysteme. Bei gewissen kleineren und mittleren Versicherern müssen einzelne Reglemente aktualisiert und die definierten Prozesse konsequenter gelebt werden. Die interne Berichterstattung an den Verwaltungsrat muss in einigen Fällen ausgebaut werden.

Im Prüfbereich Versicherungsleistungen haben die auditierten Versicherer ihre Aufgaben bzw. Pflichten in Bezug auf die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle grundsätzlich gut wahrgenommen. Die Pflege und der Prozess der Weiterentwicklung des elektronischen Regelwerks für die automatisierte Rechnungskontrolle muss teilweise besser formalisiert werden. Weiter wurden einzelne Versicherer angewiesen, den zeitlich befristeten Verzicht einer Abklärung der Leistungspflicht bei gewissen ärztlichen Leistungen aufzuheben. Zudem ist eine vollständige Überprüfung der qualitativen Kostenübernahme-Voraus-

setzungen im TARMED-Bereich sicherzustellen. Überdies wurden Schwachstellen bei der Erhebung des Spitalbeitrags sowie der gesetzlichen Kostenbeteiligung für die während einer Schwangerschaft erbrachten Leistungen festgestellt und Verbesserungsmaßnahmen verlangt.

Im Prüfbereich Datenschutzkonforme Organisation sind hauptsächlich einzelne weitgehende Zugriffe auf besonders schützenswerte Personendaten sowie auf vertrauensärztliche Akten beanstandet worden. Im Sinne des Verhältnismässigkeitsprinzips des Datenschutzes wurde die Einschränkung solch umfangreicher Zugriffsrechte verlangt. Einem Versicherer wurde untersagt, Personendaten aus der OKP für gezielte Marketingaktionen im Rahmen einer Kooperation mit einem externen Partner zu verwenden. Weiter wurden vereinzelt Massnahmen für die Verstärkung der Kontrolle von externen Dienstleistern durch den Versicherer verlangt.

Im Prüfbereich Versicherungspflicht wurden hauptsächlich Weisungen zur Verstärkung des IKS in Bezug auf den Prozess bei den prämierelevanten Mutationen (wie z.B. Wohnortwechsel mit Anpassung der Prämienregion) ausgesprochen. Zudem wurden Anpassungen in unterschiedlichen Bereichen verlangt, so z.B. beim unterjährigen Modellwechsel, bei Änderungen der Franchise, beim verspäteten Beitritt oder auch in Bezug auf den regulären Versichererwechsel. Betreffend die Prämienkonformität kam es bei der Vorauszahlung der Prämien sowie in einem Einzelfall bezüglich der Anwendung der vom BAG genehmigten Prämien zu Weisungen. Zudem wurden Verbesserungen gefordert in Bezug auf die Sistierung der Unfalldeckung bei Personen im Rentenalter.

4.11 Behandelte Verfahren

Im Rahmen eines Gesuches um Zugang zu amtlichen Dokumenten gemäss Öffentlichkeitsgesetz (BGÖ) aus dem Jahr 2016 wurde die gegen den abweisenden Entscheid des BAG erhobene Beschwerde des Gesuchstellers und Beschwer-

deführers im Dezember 2019 vom Bundesverwaltungsgericht abgewiesen. Im November 2020 hat das Bundesgericht die dagegen eingereichte Beschwerde in einem unwesentlichen Punkt teilweise gutgeheissen. Es hielt fest, dass die Namen von Mitarbeitenden mit öffentlichen Aufgaben (Krankenkassen, BAG), die in bestimmten Dokumenten genannt werden, nicht anonymisiert werden dürfen. Darüber hinaus wurde die Beschwerde abgewiesen (1C_59/2020, Urteil vom 20.11.2020).

Die Aufsichtsbehörde hat – unter Wahrung der Rechte dritter Personen – auch andere Gesuche nach Öffentlichkeitsgesetz, insbesondere betreffend Prämienberechnung und Gesundheits-App, behandelt.

Im Rahmen eines Audits hatte die Aufsichtsbehörde zwei Krankenversicherer angewiesen, ihre Prozesse 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.

Vom Bundesverwaltungsgericht ist ausserdem noch eine Beschwerde zu beurteilen, welche eine Aktienkapitalerhöhung betrifft.

In Verfahren zwischen anderen Parteien sind auf Anfrage hin Vernehmlassungen an das jeweils urteilende Gericht eingereicht worden.

5 Aufsicht über die Unfallversicherer

5.1 Prämientarife/ Betriebsrechnungen

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

Die Nettoprämie hat in jedem Versicherungszweig dem Risiko zu 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 Tarifierungen zu verlangen bzw. auf eine Anpassung der Erfahrungstarifizierung einzuwirken.

In Bezug auf die eingereichten UVG-Tarife für das Versicherungsjahr 2021 haben sich im Rahmen dieser Prüfung verschiedenste Feststellungen ergeben, die mit den UVG-Versicherern teils im schriftlichen Austausch oder im direkten Kontakt analysiert und korrigiert worden sind.

Weitere Feststellungen betrafen nicht den Tarif, sondern die sogenannte Erfahrungstarifizierung gemäss Artikel 92 UVG, wonach die UVG-Versicherer die Möglichkeit haben, Betriebe ihrem individuellen Risiko entsprechend auf Basis der Schadenhistorie zu tarifieren. Hierbei kam es insbesondere bei der Analyse von Krankenhäusern und Gemeinden wiederholt zur Feststellung, dass diesen tendenziell zu tiefe Nettoprämien offeriert worden waren. 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.

Die UVG-Versicherer sind verpflichtet, für jedes Rechnungsjahr eine Betriebsrechnung je Versicherungszweig (Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle, Freiwillige Versicherung) zu erstellen. Per Ende Juni 2020 lagen dem BAG alle Betriebsrechnungen der insgesamt 28 Unfallversicherer (private

Versicherungsunternehmen gemäss VAG, öffentliche Unfallversicherungskassen sowie Krankenkassen gemäss KVG) vor.

Das BAG hat die eingereichten Betriebsrechnungen in eine Datenbank eingeleitet und daraufhin inhaltlichen Analysen und Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Die Prüfungshandlungen betrafen unter anderem:

- Follow-up allfälliger Feststellungen aus dem Vorjahr
- Angemessenheit der Rückstellung gemäss Artikel 90 Absatz 3 UVG zu der vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) per 1. Januar 2020 genehmigten Senkung des technischen Zinses auf 1,5% für alle Renten
- Angemessenheit der Zuschläge für Verwaltungskosten im Verhältnis zu den effektiven Verwaltungs- und Schadenbearbeitungskosten

Aus den Prüfungshandlungen ergaben sich zahlreiche Rückfragen, deren Klärung im schriftlichen Dialog stattfand. Wo Korrekturbedarf bestand, 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, die nötigen Anpassungen vorzunehmen, 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.

5.2 Zinssituation

Gemäss Rundschreiben an die Kranken- und Unfallversicherer vom 19. Februar 2020 hat der Vorstand des Vereins zur Sicherung künftiger Renten einstimmig entschieden, den Umlagebeitrag per 1. Januar 2021 sowohl in der Berufsunfallversicherung (BUV) als auch in der Nichtberufsunfallversicherung (NBUV) bei 5% und den Zinsanteilssatz für 2022 bei 100% zu belassen.

Grundsätzlich sieht das UVG eine Finanzierung der Teuerungszulagen aus Zinsüberschüssen vor, welche sich durch rechnerische Zinserträge (auf Basis des 10-jährigen arithmetischen Mittels der 10-jährigen Bundesobligationen, «10/10er-Zins») oberhalb des technischen Zinses ergeben. Nur wenn diese Zinsüberschüsse zur Finanzierung der Teuerungszulagen nicht ausreichend sind, ist die Erhebung eines Umlagebeitrags vorgesehen. Dies ist bereits seit einigen Jahren der Fall, da die Zinsüberschüsse infolge von rechnerischen Zinserträgen unterhalb des technischen Zinses negative Werte angenommen haben. Zur Kompensation dieser negativen Zinsüberschüsse wurde 2014 der Zusatzzins eingeführt, welcher ebenfalls auf dem «10/10er-Zins» basiert. Inzwischen ist der Zusatzzins (auf Rückstellungen) infolge des anhaltenden Absinkens des «10/10er-Zinses» jedoch nicht mehr in der Lage, die Zinsfehlbeträge (auf Deckungskapitalien) zu decken. Konkret führt dies bereits jetzt zu signifikanten Entnahmen aus dem Fonds des Vereins, was mittelfristig in eine existenzielle Schieflage des Fonds zu münden droht.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand des Vereins zur Sicherung künftiger Renten im Rahmen des Jahresgesprächs zwischen dem BAG und dem Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) vom 15. März 2019 das BAG gebeten, die Arbeitsgruppe «Zinssituation im UVG» mit Vertretern des Vereins, des SVV, der FINMA sowie des BAG ins Leben zu rufen.

Die Arbeitsgruppe besteht bereits seit 2019 und 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. Diese werden entsprechend den Rückmeldungen der Arbeitsgruppenteilnehmer laufend verfeinert. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, sich auf Basis einer Bewertungsmatrix für ein Modell zu entscheiden, das eine für das UVG langfristige Lösung darstellt, welche die Stabilität des Fonds wiederherstellt und möglichst flexibel auf sich ändernde Marktverhältnisse angepasst werden kann.

Im Sinne einer flankierenden und rasch zu realisierenden Massnahme haben die UVG-Versicherer dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) am 12. November 2020 das gemeinsame Gesuch um eine Anpassung der einheitlichen Rechnungsgrundlagen im UVG eingereicht, mit dem Anliegen, den technischen Zins schnellstmöglich auf 1% zu senken. Damit liesse sich auch das Problem der Finanzierung der Teuerungszulagen aus den Zinsüberschüssen etwas entschärfen, wenn auch nicht lösen, da der «10/10er-Zins» weiterhin unter dem technischen Zins verharren wird.

5.3 Ausnahme von der gesetzlichen Versicherungspflicht für Vereine des Breitensports

Sämtliche Arbeitnehmer sind gemäss UVG obligatorisch gegen Unfälle zu versichern. Als Arbeitnehmer gelten dabei auch Spieler, Trainer oder Funktionäre von Vereinen des Breitensports, selbst wenn sie für ihre Tätigkeit ein nur bescheidenes Entgelt erhalten. Diesem Umstand ist lange Zeit kaum Beachtung geschenkt worden. Entsprechend sind viele Unfälle, die sich bei entgeltlichen Aktivitäten für einen Sportverein ereignet haben, als Nichtberufsunfälle (NBU) gemeldet und vom Unfallversicherer des Hauptarbeitgebers

übernommen worden. In den letzten Jahren hat sich diesbezüglich das Bewusstsein gewandelt. Die Unfallversicherer prüfen vermehrt, ob sich der Unfall im Rahmen einer entschädigten Tätigkeit für einen Sportverein ereignet hat und ob es sich somit um einen Berufsunfall (BU in der Nebenerwerbstätigkeit) handelt, der eine UVG-Pflicht des Sportvereins als Arbeitgeber nach sich zieht.

Die Umsetzung der gesetzlichen Versicherungspflicht gestaltet sich für Vereine des Breitensports wegen des ungünstigen Risikos oftmals schwierig und nicht selten muss der Verein durch die Ersatzkasse UVG einem privaten Unfallversicherer zugewiesen werden. Aufgrund des dem Sport inhärenten Verletzungsrisikos ist die Prämienlast regelmässig sehr hoch, was die Vereine in finanzielle Schwierigkeiten bringt.

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern von Swiss Olympic, des SVV, der Suva, der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG und der Ersatzkasse, hat sich dieser Problematik angenommen und dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) im Sommer einen Antrag auf Ergänzung von Artikel 2 Absatz 1 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) mit einer zusätzlichen Ausnahme von der Versicherungspflicht eingereicht. Damit soll eine Einkommens-Freigrenze in der Höhe von zwei Drittel der jährlichen AHV-Minimalrente (gegenwärtig 9560 CHF) eingeführt werden.

Wer bei einem Sportverein ein Einkommen unter dieser Freigrenze erzielt, soll für diese Tätigkeit nicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG unterstellt sein, sofern eine NBU-Deckung via einen Hauptarbeitgeber besteht. Mit der Anknüpfung an eine NBU-Deckung via einen Hauptarbeitgeber soll vermieden werden, dass Personen, welche keiner anderweitigen bezahlten Beschäftigung nachgehen, über keine Unfallversicherung nach UVG verfügen. Kommt es also zu einem Unfall während einer Tätigkeit bei einem Sportverein, bei der eine Entschädigung unter der Einkommens-Freigrenze erzielt wird, und besteht eine NBU-Deckung via Hauptarbeitgeber, erfolgt die Abwicklung des Unfalls als NBU bei diesem. De facto handelt es sich dabei um einen Berufsunfall (BU) beim Sportverein, da dieser einen Lohn ausrichtet und er die Stellung eines Arbeitgebers einnimmt. Im Resultat wird ein BU als NBU behandelt, was im Interesse einer pragmatischen Lösung hinzunehmen ist. Für jene Personen, die über

keine NBU-Deckung eines Hauptarbeitgebers verfügen, bleibt der Sportverein jedoch verpflichtet, eine BU-Versicherung für ihre Nebenerwerbstätigkeit abzuschliessen. Ein Unfall im Rahmen der Tätigkeit für den Sportverein wird alsdann als BU beurteilt und zulasten der Unfallversicherung des Sportvereins abgerechnet, auch wenn dieser dem Verunfallten eine Entschädigung auszahlt, die unter der Einkommens-Freigrenze liegt.

Diese Verordnungsrevision soll im ersten Quartal 2021 in die Vernehmlassung gehen.

5.4 Umsetzung EESSI in der obligatorischen Unfallversicherung

Das Projekt «AWOD» (Accidents at Work and Occupational Diseases) stellt einen der Umsetzungsbereiche des Programms SNAP-EESSI dar. Als Aufsichtsbehörde im Bereich der Unfallversicherung nach UVG trägt das BAG die Verantwortung dafür, dass das Programm EESSI von allen Versicherern umgesetzt wird.

2019 haben sich die Suva und der SVV in Zusammenarbeit mit dem BSV darauf geeinigt, dass alle Unfallversicherer einen sogenannten «Offline-Prozess» für die Branche UVG anwenden sollen. Dabei erfolgt der webbasierte Zugang zu EESSI ausschliesslich über eine zentrale Stelle, die Verbindungsstelle Schweiz (Suva). Jeglicher Austausch mit dem Ausland läuft über diese Verbindungsstelle, sodass die einzelnen Unfallversicherer im Zusammenhang mit der Einführung von EESSI weder technische Anpassungen noch Schulungen vornehmen müssen. Der elektronische Datenaustausch unter den EU-/EFTA-Mitgliedstaaten hat offiziell am 1. Juli 2019 begonnen. Im Juni 2020 wurde im Bereich der Unfallversicherung mit der Aktivierung von 21 Geschäftsvorgängen (Business Use Cases, BUC) ein erfolgreicher Anfang gemacht. Die verbleibenden Vorgänge werden im Laufe des Jahres 2021 eingeführt.

Die Revision des ATSG wurde vom Parlament im Sommer 2019 angenommen. Gemäss seinem neuen Artikel 75c haben die Bundesstellen bei den zuständigen Trägern Gebühren für den Anschluss an die Infrastruktur zum Zweck des elektronischen Datenaustausches mit dem Ausland und für deren Benutzung zu erheben. Der Bun-

desrat hat in der ATSV einen entsprechenden Tarif festgelegt, der am 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist. Ab diesem Datum wird das BSV die Kosten für die Nutzung von EESSI den verschiedenen Sozialversicherungsbranchen in Rechnung stellen. Die erste Rechnung wird im Jahr 2022 ausgestellt und beruht auf den Zahlen für 2021. Die Grundkosten werden pro Sektor nach Anzahl Institutionen und die Nutzungskosten nach Anzahl Benutzerkonten geteilt. Obwohl natürlich noch keine konkreten Zahlen genannt werden können, kann davon ausgegangen werden, dass die Kosten in der Unfallversicherung dank der «Offline»-Lösung mit der Suva als Verbindungsstelle für die Branche UVG aufgrund der geringen Anzahl von UVG-Versicherern und -benutzerkonten begrenzt bleiben werden.

Der SVV und die Suva stehen weiterhin in Kontakt, um die Frage der Entschädigung für die bisher von der Suva geleisteten Vorarbeiten zu-

gunsten aller UVG-Versicherer und die künftigen Betriebskosten der Branche UVG zu regeln. Am 30. November 2020 fand eine Informationsveranstaltung statt, zu der alle UVG-Versicherer eingeladen waren. Diese sollte über den konkreten Austausch mit der Suva sowie über die künftige Kostenverteilung informieren.

Schliesslich besteht weiterhin die besondere Problematik des Unfallversicherungsbereichs, dass die Nichtberufsunfälle in den meisten EU- und EFTA-Staaten als Krankheiten gelten und über den für Krankheitsfälle vorgesehenen Weg abgewickelt werden. Es ist daher nicht möglich, die Abwicklung dieser Fälle in die für Berufsunfälle vorgesehenen BUC einzubinden. Das BSV, das BAG, der SVV und die GE KVG stehen daher weiterhin im Dialog, um einen möglichst einfachen und effizienten Weg zu finden. Dazu wird derzeit mit verschiedenen Ländern nach bilateralen Lösungen gesucht.

6 Aufsicht über die Militärversicherung

6.1 Neue Kennzahl in der Militärversicherung

In den letzten Jahren wurde die Effizienz der Militärversicherung an der Messgrösse «Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtkosten der Militärversicherung» beurteilt. Aufgrund der seit Jahren sinkenden Versicherungsleistungen (insbesondere starke Abnahme der Rentenleistungen) hat sich diese Messgrösse bei im Wesentlichen stabilen Fallzahlen zunehmend als ungünstig und wenig aussagekräftig erwiesen. Im Berichtsjahr ist daher eine Änderung vorgenommen und ein neuer Produktivitätsindex eingeführt worden. Die Leistung und Effizienz der Militärversicherung wird neu auf Basis der Fallzahlen, dividiert durch

die Verwaltungskosten gemessen. Dabei sollen jedoch nicht die nominellen Verwaltungskosten, sondern die realen, teuerungsbereinigten Verwaltungskosten massgebend sein. Ausgangspunkt bildet dabei das Verhältnis der Fälle zu den realen Verwaltungskosten im Jahre 2012 = 100 (%). Für das Jahr 2019 wird auf dieser Basis ein Index von 115% ausgewiesen, für die Jahre 2020 und 2021 wird ein solcher von 110% bzw. 106% erwartet.

7 Aufsicht über die GE KVG

Die Aufsichtsbehörde nimmt die Aufsicht über die GE KVG nach dem KVAG wahr. Aufgrund der erhöhten Komplexität wegen der Verfeinerung des Risikoausgleichs mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG), die für das Ausgleichsjahr 2020 erstmals angewendet werden, wurde der Aufsichtsprozess überarbeitet. Ein dokumentiertes Aufsichtskonzept dient nun als Grundlage für die Aufsichtstätigkeit.

Für die stiftungsrechtliche Aufsicht ist die Eidgenössische Stiftungsaufsicht zuständig.

Bei der Durchführung der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe ist die GE KVG Verbindungsstelle und aushelfender Träger, 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 2019 auf insgesamt 2,1 Mio. CHF. Diese Kosten sind unverändert im Vergleich zum Vorjahr, zumal die Zinskosten insgesamt negativ geblieben sind.

Die GE KVG führt die Prämienverbilligung für Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen durch, welche in einem EU-/EFTA-Staat wohnen. Der Bund gewährt ihnen individuelle Prämienverbilligung, wenn sie in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Um die Prämien dieser Personen zu verbilligen, hat die GE KVG im Jahr 2019 rund 0,9 Mio. CHF ausbezahlt. Total kamen 582 Personen in den Genuss dieser Prämienverbilligung, die Mehrzahl davon in Deutschland (228) und Frankreich (114).

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.

Die GE KVG führt den Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern durch. Dazu gehört unter anderem der Datenaustausch mit den Versicherern, die Berechnung von Grössen wie z.B. die Risikoausgleichsbeträge, die Rückspiegelung von Informationen an die Versicherer und die Abwicklung der Zahlungen. Die GE KVG verbindet die Daten des Ausgleichsjahres sowie des jeweiligen Vorjahres und führt Datensätze von Versicherungswechslern zusammen. Sie teilt die Versicherer in Risikogruppen und PCG ein, berechnet die Abgabe- und die Beitragssätze für die Risikogruppen, die Zuschläge für die einzelnen PCG sowie die Entlastung für junge Erwachsene. Gemäss den Vorgaben der Verordnung über den Risikoausgleich (VORA) stellt sie darauf jedem Versicherer die Saldoabrechnung sowie weiterführende Informationen zu seinem Versichertenbestand zur Verfügung. Das Umverteilungsvolumen belief sich für 2019 auf 1,9 Mrd. CHF.

Die Aufsicht vergewissert sich im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit, dass die Durchführung des Risikoausgleichs nach den rechtlichen Vorgaben erfolgt. Sie überzeugt sich von der Angemessenheit der Berichterstattung, verlangt bei Bedarf zusätzliche Dokumente ein und prüft die Berichte und Dokumente. Sie überprüft die Vorgaben an die Revisionsstellen, sie führt stichprobenartige Berechnungen des Risikoausgleichs mit eigenen Programmen und Originaldaten durch und vergleicht die Ergebnisse mit denen der GE KVG. Sie prüft anhand von Stichproben die Zertifizierungsberichte der durch die GE KVG betriebenen Software SORA sowie weitere Dokumente zur SORA. Sie prüft ebenfalls anhand von Stichproben die Berichte der Revisionsstellen, die den Datenlieferungsprozess zum Risikoausgleich bei den Versicherern überwachen. Die GE KVG erstellt zuhanden des BAG als Aufsichtsbehörde Berichte über die Vorgehensweise und die Durchführung der Berechnungen. Diese werden von der GE KVG vorgenommen und sie stellt die Qualität sicher, unter anderem mithilfe der Revisionsstelle.



8 Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht

8.1 Aufsichtsdaten

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

Die Aufsichtsdaten beinhalten unter anderem Informationen zur finanziellen Situation der Krankenversicherer, zu ihren Aktivitäten, ihrer Solvenz, ihren Versichertenbeständen und ihren Leistungen. Die von den Krankenversicherern gelieferten Daten werden kantonal oder landesweit aggregiert, damit Schlüsselwerte, wie die Gesamtleistungen, der Gesamtversichertenbestand oder die Gesamtprämiensumme, bereitgestellt werden können. Sie bilden die offizielle Referenz für Informationen zur obligatorischen Krankenversicherung. Ein grosser Teil dieser Daten wird jedes Jahr vom BAG veröffentlicht (Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, www.bag.admin.ch/kvstat) und detaillierte Daten können auch von der Website des BAG heruntergeladen werden.

Das BAG erhebt bei den Krankenversicherern anonymisierte Individualdaten, mit denen die Aufsichtsbehörde Rückversicherungsverträge evaluieren und die Anzahl Patientinnen und Patienten, die in kleinen Gemeinschaften hohe Kosten verursachen, analysieren kann oder die für spezifische Studien, wie die Einteilung der Prämienregionen, verwendet werden können. Dieses Jahr ermöglichte eine Anpassung der Individualdatenerhebung die Sammlung von Informationen zu den kantonalen Beiträgen im Rahmen der Prämienverbilligungsmassnahmen.

8.2 Versichertenanfragen

Die Aufsichtsbehörde beantwortet nach wie vor viele schriftliche und mündliche Bürgeranfragen. Einige Fragen gehen von Behörden und anderen Stellen wie z.B. Unternehmen, Gemeinden, Anwälten und ausländischen Stellen ein. Es ist festzustellen, dass Anfragen zur richtigen Einteilung in die Prämienregionen zugenommen haben. Ein Teil der Anfragen betrifft die Klassifizierung von besonderen Versicherungsmodellen. Auch Leistungsablehnungen von Krankenversicherern, teilweise kombiniert mit Aufsichtsanzeigen, sind immer wieder ein Thema. Zudem machen Anfragen mit einem Auslandsbezug (z. B. Versicherungspflicht und Befreiung von verschiedenen Personengruppen) einen grossen Anteil aus. Andere Themen, wie Fragen und Kritik zur Prämienhöhung, Kosten im Gesundheitswesen, Probleme beim Kassenwechsel etc., bildeten saisonbedingt im Herbst einen Schwerpunkt.

9 Anhänge Rechtsetzung

9.1 Änderung des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG; SR 832.12) im Bereich Vermittlertätigkeit

Das Parlament hat die Motion 18.4091 «Krankenkassen. Verbindliche Regelung der Vermittlerprovisionen, Sanktionen und Qualitätssicherung» angenommen. Im Rahmen der Umsetzung der Motion hat der Bundesrat am 13. Mai 2020 eine Vernehmlassung zu einem Änderungsentwurf des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) eröffnet. Gemäss dieser Vorlage kann der Bundesrat im Bereich der sozialen Krankenversicherung und der Krankenzusatzversicherung die Regeln der Vereinbarung zwischen den Versicherern bezüglich Verbot der telefonischen Kaltakquise, Ausbildung und Begrenzung der Vergütung der Vermittler sowie Erstellung und Unterzeichnung eines Gesprächsprotokolls allgemeinverbindlich erklären. Der Entwurf sieht auch neue aufsichtsrechtliche Massnahmen vor. Die Nichteinhaltung der verbindlich erklärten Regeln der Vereinbarung stellt einen im KVAG und im VAG festgeschriebenen Verstoß dar.

9.2 Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV; SR 832.121)

Die Versicherer legen ihre Prämien aufgrund der Kosten des Vorjahres, der Hochrechnungen für das laufende Jahr und der Schätzungen für das Folgejahr fest. Aufgrund der mit den letzten beiden Faktoren verbundenen Unsicherheiten entsprechen die Prämien nicht genau den effektiven Kosten. Das KVAG und die KVAV sehen zwei Korrekturmechanismen vor. Wenn die Reserven eines Versicherers übermässig zu werden drohen, kann er sie

zugunsten der Versicherten abbauen. Wenn in einem Jahr die Prämien eines Kantons deutlich über den Kosten lagen, kann er den Versicherten die zu hohen Prämieinnahmen rückerstatten.

Am 18. September 2020 hat der Bundesrat eine Vernehmlassung zur Änderung der KVAV eröffnet. Die Vorlage betrifft den freiwilligen Reserveabbau und die Rückerstattung von zu hohen Prämieinnahmen. Bezüglich Reserveabbau wird der Reservenatz, über den der Versicherer nach dem Abbau verfügen muss, von 150 auf 100% der gesetzlich vorgeschriebenen Mindesthöhe gesenkt und in der Verordnung festgeschrieben. Diese Änderung vereinfacht den Reserveabbau zugunsten der Versicherten. Der Abbau erfolgt hauptsächlich, indem die Prämien für das Folgejahr möglichst knapp berechnet werden.

In Bezug auf die Rückerstattung von zu hohen Prämieinnahmen legt die Vorlage fest, wann die Prämien deutlich über den Kosten liegen. Das Verhältnis zwischen den Kosten und den Prämieinnahmen (Combined Ratio) muss unter einem bestimmten Wert liegen, damit der Versicherer den Versicherten die zu hohen Prämieinnahmen rückerstatten kann. Gemäss der Vorlage berechnet das BAG diesen Wert für jeden Versicherer und jeden Kanton einzeln.

9.3 Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10, Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative

Am 23. Januar 2020 wurde die Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien» (Prämien-Entlastungs-Initiative) eingereicht. Die Versicherten sollen höchstens 10% ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien der OKP aufwenden. Der Bund soll mindestens

zwei Drittel und die Kantone die übrige Prämienverbilligung finanzieren. Die Initiative dämpft die Kosten nicht. Zudem müsste der Bund mehr als die Kantone beitragen, obwohl diese auch zur Kostendämpfung beitragen können. Deshalb lehnt der Bundesrat die Initiative ab.

Als indirekten Gegenvorschlag will er das KVG ändern. Die Kantone sollen verpflichtet werden, die Prämien mit einem Mindestbetrag zu verbilligen. Dieser Mindestbetrag soll einem Anteil der Bruttokosten der OKP der Versicherten dieses Kantons entsprechen. Dabei soll berücksichtigt werden, wie stark die Prämien das verfügbare Einkommen der Versicherten durchschnittlich belasten. Der Bundesrat hat die Vernehmlassung zu diesem Gegenvorschlag Ende Oktober 2020 eröffnet. Sie dauert bis am 4. Februar 2021. Die Botschaft muss spätestens im Oktober 2021 an das Parlament überwiesen werden.

9.4 Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1)

Der Bundesrat hat am 11. September 2020 eine Revision der VORA verabschiedet. Auf Antrag der Versicherer wurden die Frist für die Datenlieferung der Versicherer und die Frist für das Prüfverfahren der Revisoren leicht gekürzt, sodass die GE KVG den Risikoausgleich früher berechnen und den Versicherern früher Daten zum eigenen Versichertenbestand rückmelden kann. Diese Änderungen erlauben den Versicherern, die Prämien und Rabatte bei den Versicherungsmodellen korrekt zu berechnen. Aufgrund weiterer Anpassungen kann die GE KVG Versicherer informieren, wenn Versicherte doppelt oder mehrfach versichert sind. Diese Meldung erlaubt den Versicherern, gemeinsam die Fälle zu analysieren und nach Anhörung der betroffenen Personen die Versicherungsverhältnisse, die nicht KVG-konform sind, zu beenden. Der Bundesrat hat Artikel 9 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) entsprechend ergänzt. Die Änderungen sind am 1. Januar 2021 in Kraft getreten.

9.5 Änderung der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI; SR 832.112.11)

Eine Revision der VORA-EDI ist im Gange. Der medizinische Fortschritt führt jedes Jahr zu zahlreichen Veränderungen in der Spezialitätenliste (SL). Die PCG-Liste im Anhang der Verordnung muss entsprechend aktualisiert werden mit Arzneimitteln, die neu in der SL aufgeführt sind. Mit der Revision wird eine Änderung von Artikel 4 vorgeschlagen. Im Bereich der Onkologie variieren die verwendeten Dosen der Arzneimittel erheblich und die umfassend eingesetzten Kombinationstherapien erschweren das Festlegen einer sinnvollen Mindestanzahl standardisierter Tagesdosen (DDD) von Arzneimitteln für die Einteilung in PCG zusätzlich. Aufgrund von Analysen mit Daten des dritten Probelaufs schlägt das EDI in der Revision vor, dass eine versicherte Person in die PCG «Krebs komplex (KRK)» und «Krebs (KRE)» eingeteilt wird, wenn ihr mindestens drei Packungen Arzneimittel der PCG abgegeben wurden. Die Bemessung nach Arzneimittelpackungen soll nur bei onkologischen PCG zur Anwendung kommen, die Bemessung nach DDD bleibt die Regel. Die Änderung der Verordnung tritt am 1. April 2021 in Kraft.

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

Die VDPV-EDI wurde wegen einer Änderung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) geändert. Den Personen, die Ergänzungsleistungen (EL) beziehen, wird ein jährlicher Pauschalbetrag für die OKP als Ausgabe angerechnet. Dieser Pauschalbetrag entspricht weiterhin der kantonalen oder regionalen Durchschnittsprämie. Ab 1. Januar 2021 wird aber höchstens die tatsächliche Prämie angerechnet (Art. 10 Abs. 3 Bst. d ELG). Deshalb hat der Bun-

desrat die Versicherer verpflichtet, den Kantonen die tatsächliche Prämie zu melden (Art. 54a Abs. 5^{bis} ELV).

Die VDPV-EDI erklärt das «Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung» für Kantone und Versicherer verbindlich. Die Steuergruppe des Projektes Datenaustausch Prämienverbilligung hat dieses Konzept für die Meldung der tatsächlichen Prämie geändert. Das EDI hat die VDPV-EDI auf den 1. Juli 2020 geändert, um die neue Fassung des Konzepts verbindlich zu erklären.

9.7 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 25. September 2020 verabschiedet und trat per 1. Januar 2021 in Kraft. Sie erfasst die Aktualisierung der Gemeinden im Anhang gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des Bundesamtes für Statistik. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Juli 2020 genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2020 oder per 1. Januar 2021 in Kraft traten.

9.8 Verordnung des EDI über die Preisniveauidizes und die Durchschnittsprämien 2021 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen (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 oder Norwegen 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 sowie die Durch-

schnittsprämien der schweizerischen Versicherung in den EU-/EFTA-Staaten festlegen, um die Berechnung des Anspruchs auf Prämienverbilligung zu ermöglichen. Die Durchschnittsprämien entsprechen den Prämien der Grundversicherung (mit einer einheitlichen Franchise von 300 CHF und Unfalldeckung). 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 Verordnung vom 30. November 2020 ist am 1. Januar 2021 in Kraft getreten.

9.9 Änderung der Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.102.15)

Das EDI hat am 6. November 2020 die ResV-EDI geändert. Die Änderung betrifft das elektronische Formular, das den Anhang der Verordnung bildet. Sie umfasst die Berücksichtigung der «Grossrisiko»-Rückversicherung bei der Berechnung des Zufallsrisikos. Diese Rückversicherung wurde in den früheren Formularen berücksichtigt, mit Ausnahme der Fassung von 2020, und die vorliegende Änderung soll diesen Fehler korrigieren. Die Änderung der ResV-EDI beinhaltet auch die Anpassung der erwarteten Renditen auf den Finanzmärkten, um diese mit den von der FINMA verwendeten Renditen zu harmonisieren. Hinzu kommen die Korrektur von Szenario-Parametern sowie technische und sprachliche Verbesserungen. Die Änderung trat am 1. Januar 2021 in Kraft.

9.10 Totalrevision der Bauarbeitenverordnung (SR 832.311.141)

Mit Schreiben vom 11. Dezember 2017 unterbreitete die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) dem Bundesrat den Antrag, die Verordnung vom 29. Juni 2005 über die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei Bauarbeiten (Bauarbeitenverordnung) zu revidieren.

Der Entwurf für eine neue Bauarbeitenverordnung wurde von August 2018 bis Dezember 2019 vom BAG in Zusammenarbeit mit der auf Baufragen spezialisierten Fachkommission 12 «Bau» der EKAS, in welcher die Fachverbände, die Sozialpartner sowie die technischen Experten der Durchführungsorgane der Arbeitssicherheit vertreten sind, vorbereitet. Wichtige Änderungen betreffen die Absturzhöhe sowie die Gerüste. Mit der Revision der Bauarbeitenverordnung soll Klarheit geschaffen werden. Die Bestimmungen sollen mit dem heutigen Stand der Technik sowie mit der heutigen Praxis abgeglichen werden. Es sollen zudem vorhandene Widersprüche zu anderen Regelwerken beseitigt werden.

Mit Beschluss vom 27. Mai 2020 eröffnete der Bundesrat die Vernehmlassung zur Totalrevision der Bauarbeitenverordnung. Die Vernehmlassungsfrist dauerte bis am 18. September 2020. Nach erfolgter Auswertung der ca. 90 eingegangenen Stellungnahmen soll die neue Bauarbeitenverordnung im Jahr 2021 vom Bundesrat beschlossen werden.

9.11 Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (SR 833.11); Anpassung der Prämien der beruflich und freiwillig Versicherten

Die Prämien für Leistungen der Militärversicherung bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten sind auf den 1. Januar 2021 auf monatlich 355 CHF und für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten auf monatlich 40 CHF angepasst worden.

9.12 MV-Anpassungsverordnung (SR 833.12); Anpassung der Leistungen der Militärversicherung an die Lohn- und Preisentwicklung

Der Bundesrat hat beschlossen, die Leistungen der Militärversicherung auf den 1. Januar 2021 an die Lohn- und Preisentwicklung anzupassen. Damit kommt er der gesetzlichen Verpflichtung nach, mit der AHV-/IV-Renten Anpassung Schritt zu halten. Die letzte Anpassung erfolgte auf den 1. Januar 2019.

Die Renten der noch nicht im AHV-Alter stehenden Versicherten der Militärversicherung sowie jene der Ehegatten und Waisen von verstorbenen MV-Versicherten, die am 31. Dezember 2020 das AHV-Rentenalter noch nicht erreicht haben, sind entsprechend dem vom Bundesamt für Statistik ermittelten Nominallohnindex vollständig anzupassen (Art. 43 Abs. 1 MVG). Entsprechend werden sie um 1,5% erhöht, soweit die Rente im Jahr 2018 oder früher festgesetzt wurde. Renten mit Spruchjahr 2019 werden um 0,8% erhöht. Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes wird entsprechend der Entwicklung des Nominallohnindex auf 156560 CHF erhöht.

Die übrigen auf unbestimmte Zeit festgesetzten Renten, darunter auch jene der Versicherten im AHV-Alter, sind dem Stand des Landesindex der Konsumentenpreise vollständig anzupassen (Art. 43 Abs. 2 MVG). Weil dieser Index im fraglichen Zeitraum gesunken ist, erfolgt für die betreffenden Renten keine Anpassung. Gleiches gilt für den Jahresrentenansatz der Integritätsschadenrente.

10 Bundesratsberichte

10.1 Postulatsbericht 13.3224 Humbel. Entlastung der Krankenversicherung von ungerechtfertigten Kosten

Im oben genannten Bericht wurde analysiert, welche Kosten mit der Ausstellung von Arztzeugnissen verbunden sind. Es wurde eine Umfrage bei den Haus- und Kinderärzten Schweiz, dem Schweizerischen Arbeitgeberverband, dem Schweizerischen Gewerbeverband, dem Schweizerischen Gewerkschaftsbund und den Versicherungsverbänden durchgeführt. Da die Ausstellung von Arztzeugnissen keiner gesonderten Tarifposition unterliegt, lassen sich diese Kosten nicht genau beziffern.

Alternativen zur Übernahme dieser Kosten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung wurden geprüft. Allerdings sind weder Arbeitgeber noch Arbeitnehmer bereit, diese Kosten zu tragen. Ausserdem sind die Gewerkschaften der Ansicht, dass eine Überwälzung dieser Kosten auf die Arbeitnehmenden die unerwünschte Folge hätte, dass manche krank zur Arbeit gehen und ihre Kolleginnen und Kollegen anstecken könnten. Ein Ausschluss der Kosten von Arztzeugnissen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist daher keine praktikable Lösung. Deshalb muss die derzeitige Regelung beibehalten werden.

Die Ausstellung von Arztzeugnissen via Telemedizin spielt heute noch eine marginale Rolle, soll aber an Bedeutung gewinnen. So besteht ein nicht unerhebliches Sparpotenzial, wenn mehr Versicherte in harmlosen Fällen darauf zurückgreifen. Das ist auch eine interessante Stossrichtung, um die Arztpraxen während Gesundheitskrisen zu entlasten. Mit Beschluss vom 21. Oktober 2020 hat der Bundesrat den Bericht verabschiedet.

10.2 Postulatsbericht 17.3880 Humbel im Bereich IPV

Mit der Annahme des Postulats «Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung» von Nationalrätin Ruth Humbel wurde der Bundesrat beauftragt, die Wirksamkeit des Prämienverbilligungssystems zu überprüfen und Verbesserungsmöglichkeiten in der Ausgestaltung und Finanzierung aufzuzeigen.

Es wurden drei verschiedene Varianten erarbeitet. Variante 1 sieht vor, die Höhe des IPV-Bundesanteils nach der Höhe des Kantonsanteils zu richten. Bund und Kantone müssten also gleich viel zur individuellen Prämienverbilligung (IPV) beitragen. Nach oben wäre die Höhe des Bundesbeitrags auf 7,5% der Bruttokosten (BK) begrenzt. Den Kantonen wäre es jedoch freigestellt, einen höheren Beitrag beizusteuern und damit mehr als die Hälfte an die gesamte IPV beizutragen.

Variante 2 schlägt vor, den Kantonsanteil an die BK in Funktion der verbleibenden Prämienbelastung zu koppeln. Kantone mit einer höheren verbleibenden Prämienbelastung und höheren Kosten müssten also mehr an die IPV-Finanzierung beisteuern als Kantone mit tieferen Belastungen und Kosten.

Alternativ zur Variante 2 wird bei Variante 3 der kantonale IPV-Beitrag direkt in einem fixierten Prozentsatz der BK berechnet. Die verbleibende Prämienbelastung des verfügbaren Einkommens würde nicht berücksichtigt werden. Alle Kantone würden denselben Prozentsatz ihrer kantonalen Kosten, nämlich 7,5%, bezahlen. Bei den Varianten 2 und 3 bleibt der Bundesbeitrag unverändert wie bis anhin bei 7,5% der BK.

Die bei den vorgestellten Varianten resultierenden Mehrkosten belaufen sich zwischen 0,8 und 1 Mrd. CHF für die Kantone. Diese Mehrbelastungen treffen diejenigen Kantone, deren IPV-Beiträge heute deutlich unter den erhaltenen Bundesbeiträgen liegen und eine hohe verbleibende Prämienbelastung aufweisen.

Der Bundesrat hat am 20. Mai 2020 von diesem Bericht Kenntnis genommen.

11 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.

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: <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 für noch nicht abgerechnete Versicherungsfälle in der freiwilligen Taggeldversicherung sowie Alterungsrückstellungen der freiwilligen Taggeldversicherung, falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden.

12 Abkürzungsverzeichnis

<i>ATSG</i>	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 831.1)
<i>ATSV</i>	Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.11)
<i>BAG</i>	Bundesamt für Gesundheit
<i>BAGSAN</i>	BAG-Statistik auf Basis von anonymisierten Versichertendaten
<i>BGÖ</i>	Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (SR 152.3)
<i>BSV</i>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<i>BUV</i>	Berufsunfallversicherung
<i>EDI</i>	Eidgenössisches Departement des Innern
<i>EESSI</i>	Electronic Exchange of Social Security Information
<i>EFTA</i>	Europäische Freihandelsassoziation
<i>ELG</i>	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30)
<i>ELV</i>	Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.301)
<i>EU</i>	Europäische Union
<i>FINMA</i>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
<i>GE KVG</i>	Gemeinsame Einrichtung KVG
<i>IKS</i>	Internes Kontrollsystem
<i>IPV</i>	Individuelle Prämienverbilligung
<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>MVG</i>	Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.1)
<i>NBUV</i>	Nichtberufsunfallversicherung
<i>OKP</i>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<i>PCG</i>	Pharmazeutische Kostengruppen
<i>ResV-EDI</i>	Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.102.15)
<i>SORA</i>	Software für den Risikoausgleich
<i>SR</i>	Systematische Sammlung des Bundesrechts
<i>Suva</i>	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
<i>SVV</i>	Schweizerischer Versicherungsverband
<i>UVG</i>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
<i>UVV</i>	Verordnung über die Unfallversicherung (SR 832.202)
<i>VAG</i>	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (SR 961.01)
<i>VDPV-EDI</i>	Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (SR 832.102.2)
<i>VORA</i>	Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (SR 832.112.1)

