

# Tätigkeitsbericht 2021

Aufsicht über die soziale  
Kranken- und Unfallversicherung



## Impressum

### Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Abteilung Versicherungsaufsicht

### Kontakt

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Postfach  
CH-3003 Bern  
Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch  
[www.bag.admin.ch/krankenversicherung](http://www.bag.admin.ch/krankenversicherung)

### Publikationszeitpunkt

Februar 2022

### Bestelladresse

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
[www.bundespublikationen.admin.ch](http://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 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/taetigkeitsberichte/taetigkeitsbericht-aufsicht-soziale-kranken-und-unfallversicherung.html> zur Verfügung.

### Grafische Konzeption und Satz

diff. Kommunikation AG, Bern

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Vorwort .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen .....</b>	<b>8</b>
2.1	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung .....	8
2.2	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Unfallversicherung .....	8
2.3	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Militärversicherung .....	8
<b>3</b>	<b>Aufsicht über die Krankenversicherer .....</b>	<b>9</b>
3.1	Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen.....	9
3.2	KVG-Solvenztest 2021 .....	9
3.3	Genehmigung der Prämien 2022 und Reserveabbau .....	10
3.4	Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen .....	11
3.5	Prüfung des gebundenen Vermögens und des internen Kontrollsystems (IKS) durch die externe Revisionsstelle .....	12
3.6	Rückversicherung im KVG .....	12
3.7	Analyse der Geschäftsberichte .....	13
3.8	Corporate Governance .....	13
3.9	Audit .....	14
3.10	Aufsichtsbeschwerden, Rechtsmittelverfahren, Verfahren nach dem Öffentlichkeitsgesetz (BGÖ; SR 152.3) .....	15
<b>4</b>	<b>Aufsicht über die Unfallversicherer .....</b>	<b>16</b>
4.1	Betriebsrechnungen .....	16
4.2	Prämientarife .....	16
4.3	Aufsicht über die obligatorische Unfallversicherung im Allgemeinen.....	17
<b>5</b>	<b>Aufsicht über die Militärversicherung .....</b>	<b>18</b>
5.1	Strukturelle Reformen in der Militärversicherung .....	18
<b>6</b>	<b>Aufsicht über die GE KVG .....</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht .....</b>	<b>20</b>
7.1	Aufsichtsdaten .....	20
7.2	Versichertenanfragen .....	20
7.3	Durchführung der Erhebung über die Testkosten, Berichterstattung durch die externen Revisionsstellen .....	20
7.4	Modellkategorien.....	21
7.5	Aufgabenübertragung (Outsourcing) .....	21

7.6	Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten (EDÖB) und Datenschutz-Kreisschreiben Nr. 7.1 .....	22
7.7	Brexit .....	22
7.8	Projekt ISAK .....	23
<b>8</b>	<b>Anhänge Rechtsetzung .....</b>	<b>25</b>
8.1	Rechtsetzung Krankenversicherung .....	25
8.1.1	Botschaft zur Prämien-Entlastungs-Initiative und zum Gegenvorschlag .....	25
8.1.2	KVG-Revision .....	25
8.1.3	Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit .....	25
8.1.4	Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV; SR 832.121) .....	25
8.1.5	Spitalkostenbeitrag (Art. 104 KVV) .....	26
8.1.6	Änderung der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI, SR 832.112.11) .....	26
8.1.7	Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen (SR 832.106) .....	26
8.1.8	Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2022 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island, in Norwegen und im Vereinigten Königreich (SR 832.112.51) .....	26
8.1.9	Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.121.1) .....	26
8.2	Rechtsetzung Unfallversicherung .....	27
8.2.1	Änderung der gemeinsamen Rechnungsgrundlagen (Senkung des technischen Zinses) .....	27
8.2.2	UVIV; Unfallversicherung der von der IV einzugliedernden Personen .....	27
8.2.3	Beschluss und Inkraftsetzung der neuen Bauarbeitenverordnung (BauAV; SR 832.311.141) .....	27
8.3	Rechtsetzung Militärversicherung .....	27
8.3.1	Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV; SR 833.11) .....	27
<b>9</b>	<b>Bundesratsberichte .....</b>	<b>29</b>
9.1	Postulatsbericht 20.3135 SGK-SR. Auswirkungen der Gesundheitskosten der Pandemie auf die verschiedenen Kostenträger klären .....	29
<b>10</b>	<b>Glossar .....</b>	<b>30</b>
<b>11</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>31</b>



# 1 Vorwort

Die Abteilung Versicherungsaufsicht hatte sich im Berichtsjahr 2021 mit einer breit gefächerten Vielfalt an Themen und Fragestellungen zu befassen. Nachstehend sollen drei Bereiche hervorgehoben werden:

## **Gutes Zeugnis der EFK für die Aufsicht**

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat die Organisation und die Tätigkeit der Abteilung Versicherungsaufsicht des BAG unter dem Gesichtspunkt der Vollständigkeit und der Wirksamkeit geprüft. Sie hat die Umsetzung der Aufsicht insbesondere in den folgenden drei Bereichen untersucht: beim Datenschutz der Krankenversicherer, beim Risikoausgleich und bei den Prämientarifen der Unfallversicherer.

Die EFK<sup>1</sup> attestiert der Abteilung Versicherungsaufsicht eine gesetzeskonforme Aufsichtstätigkeit, die weitgehend auf einem risikobasierten Ansatz und auf einer systematischen internen Koordination beruht. Die interne Ressourcenverteilung wird als rationell, koordiniert und transparent beurteilt. Zudem unterstreicht die EFK die Flexibilität der Abteilung Versicherungsaufsicht, ohne zusätzliche Ressourcen neue Aufgaben zu übernehmen.

Die EFK hat aber auch Verbesserungspotenzial identifiziert, im Wesentlichen in folgenden Bereichen:

**Datenschutz:** Bei der Verwendung von individuellen Daten bestehen bedeutende Sicherheitsrisiken und die Gefahr einer nicht konformen Verwendung. Entsprechend sollen in diesem Bereich die Rollen des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) und des BAG geklärt sowie der gegenseitige Austausch gefördert werden. Diese Abstimmung hat stattgefunden. Entsprechend ist das Kreisschreiben 7.1 des BAG<sup>2</sup> in Zusammenarbeit mit dem EDÖB überarbeitet worden.

**Risikoausgleich:** Die Komplexität des Risikoausgleichs hat mit der Einführung der pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) deutlich zugenommen. Daher erarbeitet das BAG ein Konzept, um eine hohe Qualität der Daten der Versicherer, auf denen die Berechnung des Risikoausgleichs beruht, langfristig sicherzustellen. Dieses Konzept wird gemäss der Empfehlung der EFK so erweitert, dass alle Stakeholder in den Qualitätssicherungsprozess eingebunden werden. Dazu gehören unter anderem die Versicherer, die Gemeinsame Einrichtung KVG, das BAG sowie die Revisionsstellen.

**Unfallversicherung:** Um die Aussagekraft der Risiko-statistiken zu erhöhen, legt die EFK nahe, eine Differenzierung der Prämien nach solchen gemäss Tarif und solchen gemäss Erfahrungstarifizierung einzuführen. Zudem sollte eine beschleunigte Erstellung der Risikostatistik des abgelaufenen Versicherungsjahres geprüft werden.

Die Empfehlungen der EFK werden begrüsst.

## **Die KVAV-Revision zeigt Wirkung**

Auf den 1. Juni 2021 sind die Änderungen von Art. 26 KVAV zum freiwilligen Reserveabbau in Kraft getreten. Diese wurden im Prämien genehmigungsverfahren für die Prämien 2022 erstmals angewendet. Mit der Revision wurde der Handlungsspielraum für die Versicherer bezüglich des Abbaus von Reserven erhöht. Eine Hierarchisierung der Reserveabbauinstrumente wurde auch etabliert, indem eine knappe Kalkulation der Prämien einem Abbau von Reserven vorausgehen muss. Entsprechend den Erwartungen der Versicherten und der Politik sind die rechtlichen Möglichkeiten, die nach wie vor auf Freiwilligkeit beruhen, in einem breiten Kreis der Versicherer zur Anwendung gekommen. Neben der knappen Kalku-

1 Bericht der EFK vom 21. Mai 2021 (Aufsicht im Versicherungswesen – Bundesamt für Gesundheit – Eidgenössische Finanzkontrolle ([admin.ch](http://admin.ch))).

2 Kreisschreiben 7.1, Aufsicht des BAG über datenschutzrelevante Bereiche gemäss KVAG, KVAV, KVG und KVV.

lation und dem Reserveabbau mit Ausgleichszahlung ist auch vom Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen und vom Abzug von Kapitalerträgen an den Kosten Gebrauch gemacht worden. Die Summe des Ausgleichs von zu hohen Prämieinnahmen, die im Jahr 2021 an die Versicherten zurückfliessen, beläuft sich auf rund 134 Mio. CHF, während die Ausgleichsbeträge für den freiwilligen Reserveabbau, die im Jahr 2022 in Abzug gebracht werden, rund 380 Mio. CHF ausmachen. Wie stark letztlich die Reserven abgebaut werden, hängt von der Kostenentwicklung sowie den Kapitalerträgen für das Jahr 2022 ab. Dies wird sich im zweiten Quartal 2023 in den Jahresabschlüssen der Versicherer zeigen. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass der Reserveabbau in den kommenden Jahren fortgesetzt werden muss und ebenso Reformen notwendig sind, um den Anstieg der Gesundheitskosten einzudämmen.

### **Abrechnung der Testkosten**

Im Berichtsjahr ist der Corona-Pandemie unverändert eine erhebliche Bedeutung zugekommen. Mit der Überprüfung der Testkostenabrechnungen der Versicherer und der Kantone sowie deren Freigabe für die Auszahlung der Entschädigungen ist der Versicherungsaufsicht eine neue Aufgabe zugekommen.

Der Bund übernimmt seit dem 25. Juni 2020 die Kosten für die Corona-Tests. Die Versicherer, die Gemeinsame Einrichtung KVG und die Kantone melden dem BAG die Anzahl der Analysen und die Beträge, die sie den Leistungserbringern vergütet haben, quartalsweise. Zusammen mit den Akteuren ist ein Erhebungsformular entwickelt worden, mit welchem die vergüteten Analysen nach Tarifziffern erfasst werden. Das Instrument wird parallel zu den Änderungen der Covid-Verordnung 3 laufend aktualisiert. Dazu finden

regelmässig Abstimmungsmeetings mit den Versicherern und mit den Kantonen statt. Die Meldungen der vergüteten Testkosten der Versicherer und der Gemeinsamen Einrichtung werden jährlich von den externen Revisionsstellen geprüft. Sie untersuchen, ob geeignete Mechanismen existieren, mit welchen kontrolliert wird, ob die Leistungserbringer die Testkosten korrekt entsprechend den festgelegten gesetzlichen Vorgaben abgerechnet haben. Die Revisionsstellen erstatten dem BAG darüber Bericht.

Die fortlaufenden Änderungen in der Teststrategie und der gesetzlichen Vorschriften sowie die dadurch bedingten Anpassungen der Prozesse und Unterlagen stellten im Rahmen dieser neuen Aufgabe eine besondere Herausforderung für alle Akteure dar. Obwohl sich die Implementierung des Abrechnungsprozesses bei den verschiedenen Anspruchsgruppen technisch schwierig gestaltete, ist er heute erfolgreich etabliert. Der Austausch zwischen der Aufsicht, den Versicherern, der Armee und den Kantonen ist im Bestreben um ein gut funktionierendes Versicherungswesen stets konstruktiv und sehr engagiert gewesen. Für ihre Mitwirkung sei allen Akteuren bestens gedankt.

Philipp Muri

*Der Leiter der Abteilung Versicherungsaufsicht*

## 2 Grundlagen

### 2.1 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung

Das BAG beaufsichtigt die Versicherer der sozialen Krankenversicherung (Krankenkassen und betroffene private Versicherungsunternehmen), die Rückversicherer der sozialen Krankenversicherung und die Gemeinsame Einrichtung (GE KVG) gestützt auf das 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.

### 2.2 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.

### 2.3 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Militärversicherung

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

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



# 3 Aufsicht über die Krankenversicherer

## 3.1 Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen

Die Aufsichtsbehörde überwacht die Solvenz der Krankenversicherer. Sie wendet dazu ein Interventionskonzept an, um eine allfällige Insolvenz eines Krankenversicherers abzuwenden. Versicherer, deren finanzielle Verhältnisse den Anforderungen nicht entsprechen, unterliegen einer besonderen Aufsicht.

Zu Jahresbeginn wird die Situation der Krankenversicherer anhand der Kriterien Solvenzquote, Combined Ratio und Höhe der Rückstellungen pro versicherte Person beurteilt. Versicherer, deren Risikoexposition als hoch eingestuft wird, müssen der Aufsichtsbehörde häufiger Bericht erstatten.

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

In diesem Jahr hat die Aufsichtsbehörde festgestellt, dass ein Krankenversicherer die Anforderungen an seine finanzielle Situation nur teilweise erfüllte. Dieser Versicherer musste vierteljährlich rapportieren.

## 3.2 KVG-Solvenztest 2021

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. Die Solvenzquote jedes Versicherers muss mindestens 100% betragen. Dies bedeutet, dass ein Versicherer einen Verlust eines durchschnittlichen Schadens eines Katastrophenjahrs verkraften kann. Ein Katastrophenjahr ist als Jahrhundertereignis pro Versicherer definiert.

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 2021 und die dazu eingegebenen Berichte. Alle Versicherer reichten den Solvenztest fristgerecht ein. Die Aufsichtsbehörde verlangte von den Versicherern einige Zusatzinformationen, zu welchen bestimmte Angaben bezüglich der Kosten im Zusammenhang mit Covid-19 sowie die Einreichung des Aktuarsberichts VAG für gemischte Krankenversicherer gehören.

Die Solvenzquoten, die Mindesthöhen der Reserven für das Jahr 2021 und die vorhandenen Reserven am 1. Januar 2021 wurden am 28. September 2021 publiziert. In der unten stehenden Tabelle sind die Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz nach Jahr dargestellt.

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

Jahr	2018	2019	2020	2021
Anzahl Versicherer insgesamt	57	57	56	55
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	2	0	1	2

Bei der Beurteilung der Solvenzquoten der Versicherer ist zu beachten, dass die Solvenzquote bei einem Versicherer eine Kapitalerhöhung beinhaltet. Diese wurde vom BAG beanstandet. Das Bundesverwaltungsgericht hat am 31. Mai 2021 ein Urteil zugunsten des BAG gefällt. Ohne diese Einschüsse würde die Solvenzquote des betreffenden Versicherers tiefer ausfallen.

### 3.3 Genehmigung der Prämien 2022 und Reserveabbau

Die Krankenversicherer reichten dem BAG per 31. Juli 2021 die Prämien für das Jahr 2022 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 und dass die Kantone gleich behandelt werden. So werden Quersubventionierungen zwischen den Kantonen unterbunden und es wird sichergestellt, dass die Versicherer über ausreichend hohe Reserven verfügen, um die Risiken von unerwarteten Entwicklungen decken zu können. Das BAG überprüft jährlich ex post die Unterschiede der kantonalen versicherungstechnischen Ergebnisse. Dabei wird der Anteil der in der Schweiz zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien berechnet. Das Ziel ist, dass die Kennzahl unter 1% liegt. Im Jahr 2020 lag diese bei 0,65% und befand sich somit deutlich unterhalb der Zielvorgabe. Die Unterschiede zwischen den Kantonen haben nach der Einführung des KVAG im Jahr 2016 abgenommen.

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; SR 832.10) versichern, sowie für die freiwillige Einzeltaggeldversicherung nach KVG. Im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung für Schweizer Versicherte wurden von 45 Versicherern über 260 000 Prämien zur Genehmigung unterbreitet. Alle Versicherer reichten die Prämien fristgerecht ein. Aufgrund der neuen Bestimmungen der revidierten KVAV sind bei einzelnen Versicherern grössere Probleme bei der Datenqualität aufgetreten. Diese konnten jedoch mehrheitlich zu Beginn des Prüfungsprozesses behoben werden. Insgesamt wurden während der Prämien genehmigung über 15 000 Prämien nach oben und knapp 80 000 Prämien nach unten angepasst. Von den Senkungen waren sehr viele Versicherte betroffen, da die Korrekturen unter anderem auch bei einigen grossen Krankenversicherern durchgeführt wurden. Die Versicherer sind im Durchschnitt in etwa 20 Kantonen tätig – zu prüfen waren somit die Prämien für über 900 Risikokollektive. Einige Versicherer bieten zusätzlich eine EU/EFTA-Versicherung, einige bieten ausschliesslich die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG an.

Aufgrund von Kostenprognosen, Erfahrungswerten und Vergleichen zwischen Versicherern hat das BAG die eingegebenen Hochrechnungen und Budgets für die Geschäftsjahre 2021 und 2022 plausibilisiert. Wie bereits letztes Jahr wurde dies aufgrund der besonderen Situation der Corona-Pandemie erschwert. Dies lag unter anderem sowohl an der unterschiedlichen Abrechnungsgeschwindigkeit der Leistungserbringer als auch an den verschobenen Behandlungen, welche teilweise nachgeholt wurden.

Basierend auf der individuellen Situation des Versicherers schätzt das BAG die Combined Ratio, das heisst das Verhältnis von Ausgaben zu Einnahmen, welche die Versicherer im kommenden Jahr erzielen müssen. Der Versicherer kann dabei 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 unter 100% anzustreben. Für das Jahr 2022 haben mehr als 70% der Versicherer die Kapitalerträge in die Prämienberechnung mit einbezogen, was zu tieferen Prämien führte.

Mit der Revision der KVAV, die seit dem 1. Juni 2021 in Kraft ist, wurde der Einsatz von Instrumenten zum Abbau der Reserven durch die Versicherer erleichtert. So hatten die Versicherer die Möglichkeit, die Prämien knapp zu kalkulieren. Das BAG stellte dabei unter anderem sicher, dass das Instrument der knappen Prämienkalkulation einheitlich auf das gesamte Tätigkeitsgebiet des Versicherers angewendet wurde. Die Versicherer konnten zusätzlich ein Gesuch zum Abbau der Reserven mittels eines Ausgleichsbetrags für die Versicherten stellen. Dieses Instrument stand jenen Versicherern zur Verfügung, welche ihre Prämien knapp kalkulierten. Dabei prüfte das BAG unter anderem, dass die Reserven der betroffenen Versicherer auch nach ihrem Abbau der gesetzlichen Mindesthöhe entsprechen. Das BAG beurteilte auch die von den Versicherern eingereichte Definition der Versicherten, die von einem Ausgleichsbetrag pro-

fitieren sollten. Insgesamt 30 Versicherer griffen auf das Mittel der knappen Prämienkalkulation zurück. Zusätzlich haben 14 Versicherer Reservenabbaupläne vorgelegt. Dadurch werden den Versicherten im Jahr 2022 knapp 380 Mio. CHF rückvergütet.

Die Prämien sämtlicher Versicherer wurden für das ganze Jahr 2022 genehmigt und am 28. September 2021 publiziert. Der Rückgang der gesamtschweizerischen mittleren Prämie im Vergleich zum Jahr 2021 beträgt 0,2%. Dabei entspricht die Veränderung für Erwachsene (ab 26 Jahren) -0,3%, für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) -1% und für Kinder (unter 18 Jahren) -0,3%. Da es sich hierbei um Durchschnittswerte handelt, kann die Entwicklung der Prämie für den einzelnen Versicherten davon abweichen.

### 3.4 Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen

Das KVAG erlaubt es den Versicherern, einen Prämienausgleich beim BAG zu beantragen, wenn die Prämieeinnahmen 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 2021 von sechs Versicherern Gesuche um Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen erhalten, welche sie bewilligt hat. Die sechs Gesuchsteller beantragten Prämienausgleichszahlungen für das Geschäftsjahr 2020 in verschiedenen Kantonen von total 133,5 Mio. CHF. Von den Rückerstattungen profitierten insgesamt mehr als eine Million Versicherte, welche per 31. Dezember 2020 bei den Gesuchstellern in den betroffenen Kantonen versichert waren.

Der Bundesrat hat am 14. April 2021 die Revision der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) verabschiedet. Mit dem neuen Recht wird erläutert, wann die Prämieinnahmen deutlich über den kumulierten Kosten liegen (vgl. Abschnitt 8.1.4).

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

Zum dritten 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 externen Revisionsstellen für das Geschäftsjahr 2020 als auch die für Beanstandungen aus dem Geschäftsjahr 2019 verlangten Folgeprüfungen sind in die aufsichtsrechtliche Berichterstattung eingeflossen. Im Vergleich zum Geschäftsjahr 2019 haben die Beanstandungen und Empfehlungen der Revisionsstellen im Geschäftsjahr 2020 sowohl beim gebundenen Vermögen als auch beim IKS in absoluten Zahlen zum Teil deutlich abgenommen.

Die eingereichten Arbeitspapiere der Revisionsstellen sind kritisch gewürdigt worden. Alle wichtigen Feststellungen, insbesondere die Beanstandungen und die Empfehlungen, wurden mit den Revisionsstellen besprochen. Die Aufsichtsbehörde hat gegenüber den Revisionsstellen kommuniziert, dass die Beanstandungen und Empfehlungen innerhalb der festgelegten Fristen zu beheben sind. Die Revisionsstellen werden über ihre Feststellungen des Geschäftsjahres 2020 eine Folgeprüfung vornehmen und über diese im nächsten aufsichtsrechtlichen Bericht an das BAG rapportieren.

### 3.6 Rückversicherung im KVG

Um sich gegen eine unvorhersehbare Anhäufung von kostenintensiven Krankheitsfällen abzusichern, schliessen insbesondere kleine Krankenversicherer Rückver-

sicherungsverträge 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. Knapp die Hälfte der Krankenversicherer beansprucht zurzeit Rückversicherungsschutz. Dafür wurden 2020 rund 47,7 Mio. CHF an Prämien bezahlt und knapp 47,5 Mio. CHF an Rückversicherungsleistungen vergütet. Im Jahr zuvor betrugen die Rückversicherungsprämien und -leistungen über 100 Mio. CHF. Der Rückgang des Rückversicherungsvolumens ist vor allem auf die Kündigung eines grossen Quotenrückversicherungsvertrags zurückzuführen.

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 2021 in Kraft getreten sind, nach den folgenden einheitlichen Kriterien geprüft:

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

Geprüft wird des Weiteren, inwieweit der Vertrag die Risikosituation beeinflusst und ob er im KVG-Solvenztest berücksichtigt werden kann. Die Prüfung der am weitesten verbreiteten Grossschadenexzedenten- oder Quotenrückversicherungen erfolgt in erster Linie

anhand routinemässig erhobener Daten, namentlich der Individualdaten aus BAGSAN. Im Bedarfsfall können weitere Daten von der Aufsichtsbehörde erhoben werden. Bei Stop-Loss-Verträgen kann kein allgemeines Schema angegeben werden. Eine vertiefte aktuarielle Prüfung der Prämien und des Vertrages ist hier nötig. Im Jahr 2021 verfügten 25 KVG-Versicherer über Rückversicherungen im Bereich OKP- und KVG-Taggeld. Das BAG prüft zudem die Berichterstattung der aktiven Rückversicherer gemäss Art. 33 KVAG. Die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG und die Helsana Versicherungen AG haben entschieden, sich aus der aktiven Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung zurückzuziehen. Sie bieten seit längerer Zeit keine diesbezüglichen Produkte mehr an. Daher hat das BAG verfügt, dass ihnen die Bewilligung zur Durchführung der aktiven Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung entzogen wird. Sie sind von der Liste der zugelassenen Rückversicherer entfernt worden.

### 3.7 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 Gesamtbetrag und höchster Einzelbetrag ohne Nennung des Namens) sind offenzulegen. Weiter muss der Geschäftsbericht mindestens den Jahresbericht und den geprüften statutarischen Einzelabschluss nach Swiss GAAP FER mit allen fünf Bestandteilen enthalten. 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 hat zu keinen besonderen Feststellungen geführt.

### 3.8 Corporate Governance

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

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

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

2021 sind bei der Aufsichtsbehörde rund 160 Geschäftsplanänderungsgesuche eingegangen. Zirka 75% der Gesuche betrafen – je ungefähr zu gleichen Teilen – die Organisation des Versicherers, Personaländerungen in den Verwaltungs- und Leitungsorganen, Übertragung von wesentlichen Aufgaben an Dritte sowie Änderungen von Versicherungsbedingungen.

Zudem hat die Aufsichtsbehörde im Jahr 2021 bei sämtlichen Krankenkassen die Umsetzung der per Ende 2020 ausgelaufenen Übergangsbestimmungen des KVAG überprüft. Dies beinhaltete insbesondere die Kontrolle der Interessenbindungen und Selbstdeklarationen zu allfälligen Straf-, Zivil- oder Verwaltungsverfahren sämtlicher Leitungs- und Verwaltungsorgane sowie der Richtlinien zur Vermeidung von Interessenkonflikten. Die Aufsichtsbehörde verlangte bei einigen Krankenkassen Nachbesserungen zu diesen Eingaben. So verkannten einige Kranken-

kassen zuerst, dass sämtliche Interessenbindungen gemäss Art. 38 KVAV meldepflichtig sind, unabhängig von einer subjektiven Bewertung hinsichtlich eines möglichen Interessenkonfliktes. Weitere kleinere Beanstandungen betrafen unvollständige Selbstdeklarationen oder Richtlinien zur Vermeidung von Interessenkonflikten. In der Zwischenzeit erfüllen alle Krankenversicherer die Übergangsbestimmungen.

Schliesslich haben die vier Versicherungskonzerne CSS, Helsana, ÖKK und Sanitas gruppeninterne Fusionen per 1. Januar 2022 beantragt. Die Aufsichtsbehörde hat die entsprechenden Übernahmen durch Absorptionsfusionen der Intras Krankenversicherung AG und der Sanagate AG durch die Arcosana AG, der Progrès Versicherungen AG durch die Helsana Versicherungen AG, der KVF Krankenversicherung AG durch die ÖKK Unfall- und Krankenversicherungen AG sowie der Compact Grundversicherungen AG durch die Sanitas Grundversicherungen AG eng begleitet und bewilligt.

### 3.9 Audit

Die Kontrollen vor Ort ermöglichen einen vertieften Einblick in die verschiedenen Tätigkeitsgebiete eines Versicherers sowie einen Quervergleich zwischen den beaufsichtigten Kassen. Anhand risikobasierter, d.h. quantitativer und qualitativer Kriterien werden jährlich sämtliche Versicherer in einem Ratingsystem analysiert und eingestuft. Basierend auf den Ergebnissen aus diesem Rating, der Auswertung von individuellen Versichererdaten sowie weiteren Hinweisen werden diejenigen Versicherer bestimmt, die in der kommenden Prüfperiode auditiert werden. Ein standardisiertes Prüfverfahren stellt sicher, dass die Audits professionell und einheitlich durchgeführt werden. Bei festgestellten Mängeln wird der geprüfte Versicherer angewiesen, der Aufsichtsbehörde 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.

Nebst der Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen nach KVG und KVAG lag der Fokus 2021 auf einer prozessorientierten Prüfung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle. Dabei wurden die massgebenden Prozesse, das interne Kontrollsystem (IKS), die Kontrollinstrumente im Bereich der Rechnungskontrolle sowie das Regelmanagement für die automatisierte Rechnungsprüfung auf Zweckmässigkeit, Angemessenheit und Wirksamkeit hin beurteilt. Ein weiterer Schwerpunkt in den geprüften Bereichen war die Gleichbehandlung der Versicherten.

Im Prüfbereich *Corporate Governance* verfügen die Krankenversicherer grundsätzlich über gut dokumentierte und angemessene Risikomanagementprozesse und interne Kontrollsysteme (IKS). Diverse, insbesondere kleinere Versicherer haben in diesem Jahr Risikomanagement und IKS weiter ausgebaut und besser formalisiert. Diese neuen internen Vorschriften müssen von den betroffenen Versicherern künftig konsequent gelebt und systematisch dokumentiert werden.

Im Prüfbereich *Versicherungsleistungen* nehmen die auditierten Krankenversicherer ihre Aufgaben bzw. Pflichten in Bezug auf die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle gut wahr, angemessene interne Kontrollsysteme (IKS) sind in diesem Bereich grundsätzlich vorhanden. Jedoch wurde festgestellt, dass die internen Vorschriften teilweise nicht aktuell und/oder die Prozesse bezüglich der Pflege und Weiterentwicklung der Prüfregeln ungenügend formalisiert und dokumentiert sind. Bei einzelnen Versicherern sind einige Schlüsselkontrollen nicht nach den definierten Vorgaben durchgeführt bzw. dokumentiert worden. Weiter wurden einzelne Versicherer angewiesen, die Abklärung der Leistungspflicht konsequent und unabhängig von Rechnungsbetrag und administrativem Aufwand durchzuführen sowie bei erfolgreicher Rückforderung die erhobene Kostenbeteiligung in jedem Fall der versicherten Person zurückzuerstatten.

Überdies wurden Schwachstellen bei der Erhebung des Spitalbeitrags sowie der gesetzlichen Kostenbeteiligung für die während einer Schwangerschaft erbrachten Krankheitsleistungen festgestellt und Verbesserungsmassnahmen verlangt.

In Bezug auf den *Datenschutz* sind die geprüften Krankenversicherer gesetzteskonform organisiert, und sie widmen diesem sensiblen Bereich die notwendige Aufmerksamkeit. Ein Versicherer wurde angewiesen, Überwachung und Kontrollen bei Auswertungen aus dem Datawarehouse (DWH) auszubauen. Ein weiterer Versicherer wurde angewiesen, die vorgesehenen internen Datenschutzaudits bei den Regionalstellen regelmässig durchzuführen und dabei insbesondere die Verhältnismässigkeit und die Zweckbindung von Zugriffsberechtigungen auf allenfalls sensible Leistungsdaten zu überprüfen. Bei einzelnen Versicherern wurde zudem angeordnet, die Schlüsselkontrollen im Bereich der Zugriffe auf vertrauensärztliche Akten systematisch durchzuführen und nachvollziehbar zu dokumentieren.

In den Prüfbereichen *Versicherungspflicht und Prämienkonformität* kam es u. a. zu Weisungen bei der Teilbarkeit der Prämie, dem unterjährigen Modell- bzw. Franchisenwechsel sowie den KVG-Antragsformularen und der Aufnahmepflicht. Die meisten Weisungen wurden in Bezug auf den Beitritt mit nicht entschuldbarer Verspätung und den von der versicherten Person zu entrichtenden Prämienzuschlag ausgesprochen. Zudem hat sich gezeigt, dass beim Prozess bezüglich der Sistierung der Unfaldeckung bei Personen im Rentenalter weiterhin Verbesserungspotenzial vorhanden ist.

### 3.10 Aufsichtsbeschwerden, Rechtsmittelverfahren, Verfahren nach dem Öffentlichkeitsgesetz (BGÖ; SR 152.3)

Die Aufsichtsbehörde befasste sich im Berichtszeitraum mit rund 30 Aufsichtsbeschwerden. Ein besonderes Augenmerk galt dringenden Anzeigen betreffend die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall (Art. 71a ff. KVV).

Ein Versicherer hatte gegen die Weisung zur Rückleistung von Einschüssen im Zusammenhang mit einer Aktienkapitalerhöhung Beschwerde eingereicht. Das Bundesverwaltungsgericht ist mangels eines tauglichen Anfechtungsobjekts nicht darauf eingetreten, dieses Urteil ist formell rechtskräftig.

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.

Im Rahmen eines BGÖ-Verfahrens gelangten die Geschwister nach Gewährung eines eingeschränkten Zugangs an den Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB). Nach Durchführung einer Schlichtungsverhandlung wurde das Gesuch präzisiert. Gestützt auf dessen engere Fassung empfahl der EDÖB, den Zugang zu gewähren; diese Empfehlung hat das BAG umgesetzt.

# 4 Aufsicht über die Unfallversicherer

## 4.1 Betriebsrechnungen

Die UVG-Versicherer sind verpflichtet, für jedes Rechnungsjahr eine Betriebsrechnung je Versicherungszweig (Berufsunfälle, Nichtberufsunfälle, freiwillige Versicherung) zu erstellen. Per Ende Juni 2021 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 eingelesen und daraufhin inhaltlichen Analysen und Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Die Prüfungshandlungen betrafen unter anderem

- Follow-up von Feststellungen aus dem Vorjahr, insbesondere das Gleichgewicht zwischen Verwaltungs- und Schadenbearbeitungskosten einerseits und den Prämienzuschlägen für Verwaltungskosten andererseits
- Prüfung der Bildung von Rückstellungen gemäss Art. 90 Abs. 3 UVG zur Finanzierung der vom Bundesrat per 1. Januar 2022 genehmigten Senkung des technischen Zinses auf 1% 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.

Auf Basis der Betriebsrechnungsdaten der letzten 5 Jahre führen das BAG und die FINMA im Sinne der koordinierten Aufsicht gemäss Art. 104 UVV (SR 832.202) eine gemeinsame jährliche Risikoanalyse über alle UVG-Versicherer gemäss Art. 68 Abs. 1 Bst. a UVG durch. Grundlage der Risikoanalyse ist eine gemeinsame Kennzahlentabelle, welche unter anderem die Combined Ratios aller UVG-Versicherer sowie Benchmarks enthält. Gesellschaften mit auffälligen

Kennzahlen wurden von den beiden Aufsichtsbehörden kontaktiert, um die Hintergründe der Feststellungen zu klären und gegebenenfalls gegensteuernde Massnahmen einzuleiten. Die Umsetzung der Massnahmen wird auf Basis der kommenden Risikoanalysen weiterverfolgt.

## 4.2 Prämientarife

Die gemäss Art. 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 Tarifierungsanpassungen zu verlangen bzw. auf eine Anpassung der Erfahrungstarifierung einzuwirken.

Neben der Prüfung der eingereichten UVG-Tarife für das Versicherungsjahr 2022 wurden weiterhin Verbesserungen hinsichtlich der sogenannten Erfahrungstarifierung gemäss Art. 92 UVG, mit welcher die UVG-Versicherer die Möglichkeit haben, Betriebe ihrem individuellen Risiko entsprechend auf Basis der Schadenhistorie zu tarifieren, angestrebt.

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat das BAG im Jahr 2020 einem Audit unterzogen. In Bezug auf das UVG wurde die Prüfung der Möglichkeit einer vorgezogenen Lieferung der Statistiken an das BAG gewünscht, damit die Prüfung der Risikogerechtigkeit der Prämien auf Basis von aktuelleren Daten erfolgen kann. Auch wurde eine differenzierte Erfassung der standardtarifierten und der erfahrungstarifierten Prämien und Aufwände in den Statistiken angeregt, da-



mit das BAG die Risikogerechtigkeit der Standardtarife und die Risikogerechtigkeit der Erfahrungstarife getrennt voneinander und besser beurteilen kann. Beide Anliegen werden derzeit vom BAG mit der Kommission Technik Unfallversicherung (TKU) des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) bearbeitet.

### 4.3 Aufsicht über die obligatorische Unfallversicherung im Allgemeinen

Gestützt auf Art. 79 UVG hat das BAG für eine einheitliche Rechtsanwendung zu sorgen. Im Rahmen dieser Gesetzes- bzw. Vollzugsaufsicht ist das BAG mit der Entwicklung des UVG und der Umsetzung der Neuerungen auf Gesetzes- und Verordnungsebene betraut. In diesem Zusammenhang steht das BAG je nach Themenkreis mit verschiedenen Organisationen und Institutionen in Kontakt. Auf der anderen Seite wird mit der Nachverfolgung der Rechtsprechung und mit der Möglichkeit, sich in Beschwerdeverfahren vor dem Bundesgericht einzubringen, die Praxis in der obligatorischen Unfallversicherung überprüft und mitgestaltet. Mit der Beantwortung von Bürger- und Fachanfragen sowie der Behandlung von Aufsichtsbeschwerden wird ebenso Einfluss auf eine einheitliche und korrekte Rechtsanwendung genommen. Auf der Finanzierungsseite prüft das BAG jährlich die Risikogerechtigkeit der Prämientarife, wobei es sich der Risikostatistiken der einzelnen Versicherer (Hausstatistik) sowie der Gesamtrisikostatistik UVG (Gemeinschaftsstatistik) bedient. Ebenso werden die Betriebsrechnungen jährlich geprüft und die Erkenntnisse gestützt auf eine gemeinsam geführte Kennzahlentabelle mit der FINMA analysiert. Im Rahmen der koordinierten Aufsicht (Art. 104 Abs. 4 UVV) obliegt der FINMA die Solvenzaufsicht über die Privatversicherer. Die Vollzugsaufsicht des BAG beschränkt sich nicht alleine auf alle UVG-Versicherer, sondern bezieht sich ebenso auf die Stiftung Ersatzkasse UVG, die Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung (KSUV) sowie die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS).

Neben der Gesetzesaufsicht übt das BAG für den Bundesrat gegenüber der Suva auch die institutionelle Oberaufsicht aus, welche insbesondere die Solvenzaufsicht beinhaltet. Entsprechend prüft das BAG die Jahresrechnung der Suva und stellt dem Bundesrat jährlich Antrag auf Genehmigung. Den Unterlagen zur Genehmigung der Jahresrechnung liegt jeweils ein Bericht über die finanzielle Lage der Suva bei, welcher zu den Solvenzanforderungen von Art. 111 Absatz 4 UVV Stellung nimmt. Im Rahmen der Solvenzaufsicht hat sich das BAG in den letzten Jahren auch mit dem IKS und der Anlagepolitik der Suva auseinandergesetzt und auf Anpassungen hingewirkt. Zudem ist ein regelmässiges Solvenzreporting der Suva eingeführt worden. Analog zu den übrigen Unfallversicherern werden auch die Prämien der Suva geprüft. Im Rahmen der Abnahme der Jahresrechnung hat die Suva dem BAG jeweils die Risikogerechtigkeit der Prämien in jedem Versicherungszweig darzulegen. Im Berichtsjahr hat das BAG insbesondere das Projekt der Suva, im Jahr 2022 überschüssige Prämien wegen tieferer Kosten infolge der Corona-Pandemie zurückzuerstatten, in aufsichtsrechtlicher Hinsicht begleitet.

# 5 Aufsicht über die Militärversicherung

## 5.1 Strukturelle Reformen in der Militärversicherung

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ist im Rahmen der strukturellen Reformen mit Bundesratsbeschluss vom 29. August 2018 beauftragt worden, dem Bundesrat eine Vernehmlassungsvorlage mit dem Verzicht auf die freiwillige Versicherung und dem gleichzeitigen Verzicht auf den Versicherungsschutz der beruflich Versicherten bei Krankheit durch die Militärversicherung vorzulegen. Der Fokus sollte dabei auf den finanziellen Auswirkungen eines Systemwechsels liegen.

Nach einer gründlichen Analyse ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zum Ergebnis gelangt, dass sich beim Bund mit einem kollektiven Verzicht auf die freiwillige Versicherung und auf den Versicherungsschutz der beruflich Versicherten bei Krankheit Einsparungen von ca. 3,6 Mio. CHF realisieren liessen. Die möglichen Einsparungen umfassen insbesondere den Wegfall des Kostenanteils des Bundes von 20% an den Krankenversicherungskosten. Bei den Kantonen hingegen würden bei einem Systemwechsel Mehrkosten von ca. 5,6 Mio. CHF anfallen. Der finanzielle Mehraufwand ergibt sich hauptsächlich aus der Beteiligung der Kantone von 55% an den Kosten für die stationäre Behandlung und aus der Finanzierung der Prämienverbilligung.

Insgesamt zeigten die Abklärungen der finanziellen Auswirkungen, dass sich für den Bund nur marginale Einsparungen erzielen liessen, während sich für die Kantone eine gewisse Mehrbelastung ergeben würde. Auf der anderen Seite könnte der Übertritt der versicherten Personen in die OKP dort wegen Überschussprämien zu einer gewissen finanziellen Entlastung beitragen. Unter diesen Voraussetzungen und in Anbetracht der bekannten Vorbehalte der Kantone sowie der Personalverbände des militärischen Personals hat der Bundesrat mit Entscheidung vom 8. September 2021 beschlossen, von der Ausarbeitung einer Vernehmlassungsvorlage mit dem Verzicht auf die freiwillige Versicherung und dem gleichzeitigen Verzicht auf den Versicherungsschutz der beruflich Versicherten bei Krankheit durch die Militärversicherung abzusehen.

## 6 Aufsicht über die GE KVG

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 2020 auf insgesamt 2,1 Mio. CHF und blieben somit unverändert im Vergleich zum Vorjahr.

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 2020 (wie auch

im Vorjahr) rund 0,9 Mio. CHF ausbezahlt. Diese Prämienverbilligung bekamen 626 Personen, die Mehrzahl davon in Deutschland (217) und Frankreich (96) lebend. Die GE KVG reicht der Aufsichtsbehörde jährlich diverse Unterlagen wie Geschäfts- und Revisionsberichte ein. Diese Berichte werden von der Aufsichtsbehörde geprüft. Zusätzlich legt die GE KVG Anfang Jahr das Budget betreffend Bundesgelder vor, das die Aufsichtsbehörde hinsichtlich der oben erwähnten Verwaltungs- und Zinskosten prüft.

# 7 Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht

## 7.1 Aufsichtsdaten

Die Datenerhebungen bei den Versicherern liefern grundsätzliche Informationen, die es 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](http://www.bag.admin.ch/kvstat)), und detaillierte Daten können auch von der Website des BAG oder der Datenplattform der öffentlichen Verwaltung (<https://opendata.swiss>) 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. Um der Entwicklung des Risikoausgleiches zwischen den Versicherern Rechnung zu tragen, wurde die 2021 durchgeführte Erhebung an die Kriterien für die PCG (Pharmaceutical Cost Groups) angepasst, die 2020 eingeführt worden waren.

Im März 2021 sind die Parlamentsdiskussionen um den neuen Art. 21 KVG zu Ende gegangen. Damit lässt sich nun die Entwicklung der Erhebung anonymisierter Individualdaten besser verfolgen.

## 7.2 Versichertenanfragen

Die Versicherungsaufsicht hat wiederum viele schriftliche und mündliche Anfragen zu unterschiedlichen Themen beantwortet. Schwerpunktmässig waren es Anfragen zur Versicherungspflicht und -befreiung von verschiedenen Personengruppen wie z. B. Grenzgängern, Entsandten, Studierenden und Rentnern. Die Kostenübernahme von Covid-19-Impfungen und Covid-Testkosten von ausländischen Personen, die vorübergehend in der Schweiz weilen, wurde ebenfalls oft thematisiert. Auch gab es immer wieder Unklarheiten bei der Versicherungspflicht von Weltreisenden. Da mit der Prämienkommunikation 2022 eine Senkung der mittleren Prämie angekündigt werden konnte, gab es viele Anfragen von Versicherten, bei welchen die individuelle Prämie trotzdem erhöht wurde. Auch zum freiwilligen Reserveabbau gab es Unklarheiten und Fragen. Schliesslich gab es Krankenkassen, welche den Anteil der Prämie für die Unfaldeckung erhöht haben. Diese Änderung wurde nicht von allen betroffenen Versicherten verstanden. In Zahlen ausgedrückt sind bei der Abteilung Versicherungsaufsicht rund 1100 Anfragen per Mail und 2300 Anfragen per Telefon zur Beantwortung eingegangen. Darüber hinaus sind beim Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung rund 800 Briefe mit Fragen zu Themen der Kranken- und/oder Unfallversicherung eingegangen. Die Abteilung Versicherungsaufsicht hat davon entsprechend die aufsichtsrechtlich relevanten Anfragen zur Beantwortung übernommen.

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

Seit dem 25. Juni 2020 übernimmt der Bund die Kosten für Corona-Tests. Die Versicherer, die Militärversicherung, die Gemeinsame Einrichtung KVG, die Armee und die Kantone melden dem BAG quartalsweise die Anzahl der Tests und die Beträge, die sie den Leistungserbringern in der Abrechnungsperiode vergütet haben. Die Rechnungsprüfung für die Tests

erfolgt dabei durch diese Akteure selbst. Sie sind verantwortlich, dass die Leistungen korrekt abgerechnet worden sind.

Das BAG plausibilisiert die vierteljährlich eingegangenen Erhebungsformulare und stimmt diese mit den Rechnungen ab. In einigen Fällen musste das BAG die Rechnungen zurückweisen und entsprechende Korrekturen anordnen, was beim BAG mit einem nicht unerheblichen Mehraufwand verbunden war. Die externen Revisionsstellen prüften die Abrechnungen der Testkosten. Dazu haben sie einen Prüfauftrag von den Versicherern und der Gemeinsamen Einrichtung KVG erhalten, welcher mit EXPERTsuisse abgesprochen wurde. Das BAG hat 2021 diese Berichte zum ersten Mal geprüft. Es sind keine wesentlichen Feststellungen aufgetreten. Die Kosten für diese Prüfungen werden durch die Versicherer und die Gemeinsame Einrichtung getragen.

## 7.4 Modellkategorien

Die Versicherer können in der OKP Versicherungslösungen anbieten, bei denen die Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt wird (sogenannte Modelle). Dafür erhalten die Versicherten einen Prämienrabatt. Die Bestimmungen dazu finden sich in Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG sowie Art. 99 ff. KVV. Die meisten Versicherten sind in einem Modell versichert.

Im Prämienrechner des Bundes «priminfo.ch» werden die Modelle in drei Gruppen unterteilt. Für die Versicherten wird so die Suche nach dem geeigneten Modell vereinfacht. Es gibt Hausarztmodelle (HAM, Konsultation eines Hausarztes vor dem Aufsuchen eines Spezialisten), «Health Maintenance Organization»-Modelle (sogenannte HMO, Gruppenpraxis mit Ärzten unterschiedlicher Disziplinen) und «Diverse» (DIV). Bei DIV werden z.B. die Telefonmodelle erfasst.

Das BAG ist derzeit daran, passendere Modellkategorien gemeinsam mit den Versicherern zu finden. Es benötigt deren Unterstützung, da das Recht keine Modellkategorien vorsieht. Grund für die Aufnahme des Projekts ist, dass die Sammelrubrik DIV unterdessen neben den traditionellen Telefonmodellen auch Modelle der Telemedizin, Apothekenmodelle und Modelle mit mehreren ersten Anlaufstellen nach Vertragsabschluss enthält. Die Unterscheidungskriterien der Kategorien HAM und HMO sind zudem nicht mehr trennscharf.

Modellkategorien sollen die heutige Modelllandschaft gut abbilden und eine Orientierungshilfe für die Versicherten sein. Zudem müssen sie klar voneinander abgrenzbar, einfach handhabbar für die Versicherer sein und eine ausreichende Robustheit gegenüber künftigen Modellentwicklungen aufweisen. Derzeit befindet sich das Projekt noch in der Evaluationsphase.

## 7.5 Aufgabenübertragung (Outsourcing)

Die Versicherer dürfen einem anderen Unternehmen der Versicherungsgruppe, einem Verband der Versicherer oder Dritten grundsätzlich Aufgaben übertragen (Art. 6 Abs. 1 KVAG<sup>3</sup>).

In der Vergangenheit gab es oft Unklarheiten in Verbindung mit Auslagerungsverhältnissen der Krankenversicherer. Vor allem für die Beurteilung, ob eine Aufgabe als wesentlich bzw. als nicht wesentlich einzustufen ist, fehlte als Ergänzung zu den rechtlichen Grundlagen eine einheitliche Regelung. Aus diesem Grund wurde das BAG gebeten, zusätzliche Bestimmungen zu erarbeiten.

In der Folge entwarf die Aufsichtsbehörde ein Kreisreiben, welches die Thematik durch die Analyse der bisherigen Praxis genauer definieren sollte. Am

<sup>3</sup> Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz; SR 832.12).

31. März 2021 hat die Aufsichtsbehörde den Entwurf des neuen Kreisschreibens «Aufgabenübertragung (Outsourcing)» allen Krankenkassen sowie den Interessenverbänden curafutura, RVK und santésuisse zur Stellungnahme bis 30. April 2021 unterbreitet. Anschliessend hat die Aufsichtsbehörde am 10. August 2021 interessierte Branchenvertreter zu einer interaktiven Austauschsituation eingeladen, um auf die eingegangenen Stellungnahmen sowie die Voten der Versicherer einzugehen.

Letzte Unklarheiten werden in einem weiteren Austausch mit den interessierten Kreisen besprochen. Das Kreisschreiben soll im ersten Quartal 2022 in Kraft treten.

## 7.6 Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten (EDÖB) und Datenschutz-Kreisschreiben Nr. 7.1

Die EFK hat den Umgang der Abteilung Versicherungsaufsicht mit dem Datenschutz überprüft. Im Auditbericht schliesst sich die EFK der Auffassung des BAG und des Bundesamtes für Justiz an, wonach das BAG nur in Bezug auf die Datenschutzbestimmungen des Krankenversicherungsrechts eine Weisungsbefugnis habe. Da in diesem Bereich das BAG und der EDÖB eine sich überschneidende Aufsicht ausüben, sei aus EFK-Sicht eine Klärung der Rollen der Aufsichtsbehörden und ein gegenseitiger Austausch nötig. Die Aufsicht über die Einhaltung des Datenschutzes durch die Versicherer sei aufgrund der verschiedenen Kompetenzen und Erfahrungen beider Behörden zu koordinieren.

Gemeinsam mit dem EDÖB wurde das Kreisschreiben 7.1 des BAG überarbeitet, welches am 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist.

Die Rollen der beiden Aufsichtsbehörden wurden geklärt und abgestimmt.

Künftig ist ein regelmässiger Austausch mit dem EDÖB für eine Koordinierung der Datenschutzaufsicht im Krankenversicherungsbereich vorgesehen.

## 7.7 Brexit

Das Vereinigte Königreich (UK) ist auf den 31. Januar 2020 aus der EU ausgetreten. Bis zum 31. Dezember 2020 galt das europäische Koordinationsrecht für die Sozialversicherungen, das die Schweiz mit dem Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz einerseits und der EU und ihren Mitgliedstaaten andererseits übernommen hat, weiterhin in den Beziehungen zu UK. Für Personen, die sich nach dem 31. Dezember 2020 in eine grenzüberschreitende Situation begaben, galt das jeweilige nationale Recht. Am 9. September 2021 wurde das Abkommen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland und der Schweizerischen Eidgenossenschaft abgeschlossen. Dieses neue Abkommen wird seit dem 1. November 2021 vorläufig angewendet. Damit werden in der Kranken- und Unfallversicherung analoge Regelungen wie im europäischen Koordinationsrecht für die Sozialversicherungen übernommen. Das bedeutet z. B., dass ein schweizerischer Rentner, der seinen Wohnsitz nach UK verlegt, in der Schweiz kranken- und unfallversichert bleibt. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im anderen Land werden die Kosten von notwendigen medizinischen Behandlungen über die Leistungsaushilfe übernommen.

Das BAG hat bei jeder Änderung in den Beziehungen zwischen der Schweiz und UK alle schweizerischen Durchführungsstellen in der Kranken- und Unfallversicherung (Versicherer, Kantone, Verbände der Leistungserbringer) über die Auswirkungen auf diese Versicherungen schriftlich informiert.

## 7.8 Projekt ISAK

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

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

Mit der Ablösung des derzeitigen ISAK soll dem Prinzip «Single Source of Truth» verstärkt Rechnung getragen werden. Möglichst alle Aufsichtstätigkeiten sollen zentral über einen gemeinsamen Datenpool wahrgenommen werden. Das BAG erhofft sich damit noch aussagekräftigere und umfassendere Abfragen und Reports. Damit wird die Transparenz bei der aufsichtsrechtlichen Beurteilung erhöht.

Mit dem neuen System soll den wachsenden Bedürfnissen der internen und externen Anspruchsgruppen Rechnung getragen werden. Hohe Standards in den Bereichen Datenschutz sollen für noch mehr Informationssicherheit sorgen. Mit dem neuen System wird angestrebt, die Prozesse so weit wie möglich zu automatisieren und bestehende Workflows im System möglichst einfach und zusammenhängend abzubilden.

Die Nachfolgelösung von ISAK wird voraussichtlich modular aufgebaut und somit erweiterbar sein. Das neue System soll aber auch um moderne Analysetechnologien ergänzt werden können.

Aktuell erarbeitet das Projektteam die Projektgrundlagen, sodass nach der Erhebung der Anforderungen ein Realisierungspartner ermittelt und das Projekt umgesetzt werden kann.





# 8 Anhänge Rechtsetzung

## 8.1 Rechtsetzung Krankenversicherung

### 8.1.1 Botschaft zur Prämien-Entlastungs-Initiative und zum Gegenvorschlag

Am 17. September 2021 überwies der Bundesrat den Räten seine Botschaft zur Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» und zum indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Krankenversicherungsgesetzes): 21.063 | Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag. | Geschäft | Das Schweizer Parlament. Siehe auch die Medienmitteilung des BAG: Der Bundesrat verabschiedet Botschaft für Gegenentwurf zur Prämien-Entlastungs-Initiative (admin.ch).

### 8.1.2 KVG-Revision

Am 17. November 2021 hat der Bundesrat das EDI beauftragt, eine Vernehmlassung zur Änderung des KVG betreffend Datenaustausch und Risikoausgleich durchzuführen. Mit dieser Revision soll ein Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern eingeführt werden, um die Aufgaben beider Seiten zu vereinfachen. Des Weiteren werden mit der Revision die Versicherten, die im Ausland wohnen, in den Risikoausgleich einbezogen und diejenigen, die während einer bestimmten Zeit nicht mehr kontaktiert werden können, vom Risikoausgleich ausgenommen.

### 8.1.3 Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit

Am 19. Mai 2021 hat der Bundesrat dem Parlament seine Botschaft zum Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit überwiesen. Mit diesem Mantelerlass setzt der Bundesrat die Motion 18.4091 «Krankenkassen. Verbindliche Regelung der Vermittlerprovisionen, Sanktionen und Qualitätssicherung» um und sieht eine Änderung des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) vor. Nach diesem Gesetzesentwurf kann der Bundesrat im Bereich der sozialen Krankenversicherung und der Krankenzusatzversicherung einige Punkte der Vereinbarung

der Versicherer für verbindlich erklären: das Verbot der telefonischen Kaltakquise, die Ausbildung der Vermittlerinnen und Vermittler, die Einschränkung der Entschädigung ihrer Tätigkeit sowie die Erstellung und Unterzeichnung von Beratungsprotokollen. Die Vorlage sieht auch neue aufsichtsrechtliche Massnahmen vor. Die Nichteinhaltung der verbindlich erklärten Punkte der Vereinbarung stellt einen Straftatbestand nach KVAG und VAG dar.

### 8.1.4 Änderung der Krankenversicherungs-aufsichtsverordnung (KVAV; SR 832.121)

Am 14. April 2021 hat der Bundesrat eine Änderung der KVAV zum freiwilligen Abbau von Reserven und zum Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen verabschiedet. Zum Abbau der Reserven wird die Grenze, ab der ein solcher Abbau möglich ist, von 150 auf 100% der vorgeschriebenen Mindesthöhe gesenkt und in der Verordnung verankert. Diese Änderung erleichtert den Abbau von Reserven zugunsten der Versicherten. Der Abbau erfolgt in erster Linie durch eine knappe Berechnung der Prämien für das nächste Jahr. Zum Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen legt die Vorlage fest, wann die Prämien deutlich höher sind als die Kosten. Das Verhältnis zwischen den Kosten und den Prämien (Combined Ratio) muss unter einem bestimmten Niveau liegen, damit der Versicherer den Versicherten die zu viel einbezahlten Prämien erstatten kann. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) berechnet dieses Niveau für jeden Versicherer und jeden Kanton einzeln. Diese Änderung ist am 1. Juni 2021 in Kraft getreten.

### **8.1.5 Spitalkostenbeitrag (Art. 104 KVV)**

Am 26. Mai 2021 hat der Bundesrat eine Änderung der KVV verabschiedet, die insbesondere den Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts betrifft. Gemäss der neuen Bestimmung werden der Austrittstag und die Urlaubstage bei der Berechnung der Tage, für die der Spitalkostenbeitrag erhoben werden muss, nicht mitgezählt. Die Urlaubstage werden nach den Regeln der Tarifstruktur DRG ermittelt. Mit diesem Zusatz kann eine einheitliche Anwendung bei allen Spitalbehandlungen gewährleistet werden. Die Bestimmung ist per 1. Januar 2022 in Kraft getreten.

### **8.1.6 Änderung der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI, SR 832.112.11)**

Eine Revision des Anhangs 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 deshalb jährlich aktualisiert werden mit Arzneimitteln, die neu in der SL aufgeführt sind. Die Änderung der Verordnung wird am 1. April 2022 in Kraft treten.

### **8.1.7 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. August 2021 bzw. am 30. November 2021 verabschiedet und trat per 1. Januar 2022 in Kraft. Sie erfasst die Aktualisierung der Gemeinden gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des Bundesamtes für Statistik. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Juli 2021 genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2021 oder per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind.

### **8.1.8 Verordnung des EDI über die Preisniveauintizes und die Durchschnittsprämien 2022 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island, in Norwegen und im Vereinigten Königreich (SR 832.112.51)**

Gemäss der Verordnung vom 3. Juli 2001 über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rent-

nerinnen und Rentnern, 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 Durchschnittsprämien 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 Unfaldeckung). Die Preisniveauintizes stammen aus den Eurostat-Statistiken (Kaufkraftparitäten/Preisniveauintizes/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. Dieses Jahr wurden der Titel der Verordnung sowie die Einleitungssätze zu den Art. 1 und 2 aufgrund des neuen Sozialversicherungsabkommens mit dem Vereinigten Königreich angepasst. Die Verordnung vom 30. November 2021 ist am 1. Januar 2022 in Kraft getreten.

### **8.1.9 Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.121.1)**

Seit dem 1. Juni 2021 besagt Art. 50 Absatz 1 KVAV neu, dass das BAG die anwendbare Fassung der Fachempfehlungen zur Rechnungslegung Swiss GAAP FER festlegt. Künftig wird bei einer Anpassung der Swiss GAAP FER nur die Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung geändert.

Art. 1 der oben genannten Verordnung wird somit geändert, um die neue Fassung der Swiss GAAP FER vom 1. Januar 2020 zu berücksichtigen. Zudem wurde auch der Kontenrahmen, der den Anhang dieser Verordnung bildet, formal angepasst. Er wird auf der Internetseite des BAG veröffentlicht. Diese Änderungen treten per 1. Januar 2022 in Kraft.

## 8.2 Rechtsetzung Unfallversicherung

### 8.2.1 Änderung der gemeinsamen Rechnungsgrundlagen (Senkung des technischen Zinses)

Mit Brief vom 12. November 2020 haben die Suva und der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) dem EDI den gemeinsamen Antrag aller UVG-Versicherer vom 5./10./11. November 2020 auf Anpassung der einheitlichen Rechnungsgrundlagen mit einer Reduktion des technischen Zinssatzes auf 1,0% auf allen Renten mit Gültigkeit per 1. Januar 2022 eingereicht. Hintergrund des Gesuchs bildet die nach wie vor anhaltende Tiefzinsphase mit reduzierten Renditeerwartungen für festverzinsliche Anleihen. Das BAG hat das Gesuch geprüft und dem EDI einen entsprechenden Antrag eingereicht, welcher am 7. Mai 2021 genehmigt worden ist. Die beschlossene Senkung des technischen Zinssatzes auf 1,0% (für alle Unfalljahre) tritt am 1. Januar 2022 in Kraft. Die übrigen Parameter der einheitlichen Rechnungsgrundlagen bleiben unverändert.

Durch die zukünftig tiefere rechnerische Verzinsung von 1,0% entsteht den UVG-Versicherern per 1. Januar 2022 ein Nachfinanzierungsbedarf, welcher sich gemäss dem Antrag der UVG-Versicherer auf rund 2,7 Mrd. CHF (rund 8% des Deckungskapitals plus Rückstellungen für Langfristleistungen) beläuft. Gemäss Art. 90 Abs. 3 UVG sind diesbezüglich spätestens per 31. Dezember 2021 ausreichende Rückstellungen bereitzustellen. Das BAG prüft die Einhaltung dieser Gesetzesregelung fortlaufend.

### 8.2.2 UVIV; Unfallversicherung der von der IV einzugliedernden Personen

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung wurde der Unfallschutz für Personen in Massnahmen der IV (UVIV) gemäss dem UVG eingeführt. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) führt diese neue Versichertenkategorie als eigenen Versicherungsweig. Die Prämien für den Unfallschutz nach UVG werden von der Invalidenversicherung finanziert. Mit der entsprechenden Entlastung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber von Kosten und Pflichten soll deren Bereitschaft, Einglie-

derungsmassnahmen anzubieten, erhöht werden. Die Umsetzung der UVIV hat zu verschiedenen neuen Regelungen im UVG und in der UVV geführt. Diese betreffen insbesondere den massgebenden Lohn für die Berechnung der Geldleistungen nach einem Unfall, den prämienpflichtigen Verdienst für die Bemessung der Prämien und die Koordination mit der IV. Die UVIV wird am 1. Januar 2022 in Kraft treten.

### 8.2.3 Beschluss und Inkraftsetzung der neuen Bauarbeitenverordnung (BauAV; SR 832.311.141)

Der Bundesrat hat am 18. Juni 2021 die neue Bauarbeitenverordnung (BauAV) beschlossen. Bei der Totalrevision der BauAV wurden die technische Entwicklung und die Verhältnisse der heutigen Arbeitswelt berücksichtigt. Es wurde zudem eine Vereinheitlichung der Absturzhöhe, ab welcher Sicherungsmassnahmen getroffen werden müssen, vorgenommen. Damit soll der Arbeitnehmerschutz gestärkt und Rechtssicherheit geschaffen werden. Die neue BauAV tritt am 1. Januar 2022 in Kraft. Der Art. 124 (Inkrafttreten) sieht ihn Absatz 2 vor, dass der Art. 31 Absatz 3 erst am 1. Januar 2024 in Kraft treten wird. Stromkreise zur Versorgung von Steckdosen mit einem Bemessungsstrom von mehr als 32 A müssen daher erst ab dem 1. Januar 2024 durch Fehlerstromschutzrichtungen geschützt sein.

## 8.3 Rechtsetzung Unfallversicherung

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

Die Prämien für Leistungen der Militärversicherung bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten sind angepasst worden und belaufen sich ab dem 1. Januar 2022 auf monatlich CHF 365.– und für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten auf monatlich CHF 46.– (Art. 28a Abs. 1 und Art. 28b MVV).



# 9 Bundesratsberichte

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

Mit dem am 21. April 2020 von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) verabschiedeten Postulat 20.3135 wurde der Bundesrat beauftragt, einen Bericht über die finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen vorzulegen. Als Kostenträger im Gesundheitswesen gelten dabei der Bund, die Kantone, die Versicherer sowie die Versicherten. Im Bereich der Versicherer und Versicherten werden die pandemiebedingten Kosten bei sämtlichen Sozialversicherungen (OKP, UV, IV, MV) betrachtet, der Fokus wird aber auf die OKP gelegt. Die Abteilung Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung des BAG hat dazu den fachlichen Inhalt aus ihrem Bereich erarbeitet. Der Bericht beinhaltet eine erste, vorwiegend qualitative Auslegeordnung der bis zum 31. März 2021 bekannten pandemiebedingten Gesundheitskosten pro Kostenträger und kann als Zwischenbericht betrachtet werden. Dabei werden vorerst nur sogenannte direkte Kosten berücksichtigt, welche in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung während der Pandemie anfallen. Da die Pandemie noch andauert und aufgrund der üblichen zeitlichen Verzögerung für die Datensammlung und Aufbereitung sind quantitative Angaben zu den pandemiebedingten Kosten pro Kostenträger zurzeit erst sehr eingeschränkt möglich.

Die Frage nach den finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen kann erst dann abschliessend analysiert und beantwortet werden, wenn die Pandemie beendet ist und entsprechende Daten vorliegen. Basierend auf dem Zwischenbericht soll daher in Abhängigkeit vom Verlauf der Pandemie ein umfassender Folgebericht erarbeitet werden.

# 10 Glossar

## **Audit**

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

## **Combined Ratio**

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

## **Compliance**

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

## **Gebundenes Vermögen**

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

## **Corporate Governance**

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

## **ISAK**

Für die Erhebung von Finanz- bzw. Prämien genehmigungszahlen wird bei den Schweizer Krankenversicherern die Webapplikation ISAK eingesetzt. Der Begriff ISAK steht für «Informationssystem Aufsicht Krankenversicherung».

## **Priminfo**

Bei Priminfo handelt es sich um eine Vergleichsplattform des BAG im Bereich obligatorische Krankenpflegeversicherung. Dort können die Prämien der verschiedenen Krankenversicherer miteinander verglichen werden.

## **Risikokollektive**

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

## **Versicherungstechnische Rückstellungen**

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

# 11 Abkürzungsverzeichnis

<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>BAGSAN</b>	BAG-Statistik auf Basis von anonymisierten Versichertendaten
<b>BauAV</b>	Bauarbeitenverordnung (SR 832.311.141)
<b>BGÖ</b>	Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (SR 152.3)
<b>DSG</b>	Bundesgesetz über den Datenschutz (SR 235.1)
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Innern
<b>EDÖB</b>	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter
<b>EFTA</b>	Europäische Freihandelsassoziation
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>FINMA</b>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
<b>GE KVG</b>	Gemeinsame Einrichtung KVG
<b>HAM</b>	Hausarztmodell
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization
<b>IKS</b>	Internes Kontrollsystem
<b>ISAK</b>	Informationssystem Aufsicht Krankenversicherung
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>KVAG</b>	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.12)
<b>KVAV</b>	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.121)
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
<b>KVV</b>	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
<b>MV</b>	Militärversicherung
<b>MVG</b>	Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.1)
<b>MVV</b>	Verordnung über die Militärversicherung (SR 833.11)
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>PCG</b>	Pharmazeutische Kostengruppen
<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>SL</b>	Spezialitätenliste
<b>SR</b>	Systematische Sammlung des Bundesrechts
<b>SST</b>	Schweizer Solvenztest
<b>Suva</b>	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
<b>SVV</b>	Schweizerischer Versicherungsverband
<b>UV</b>	Unfallversicherung
<b>UVG</b>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
<b>UVV</b>	Verordnung über die Unfallversicherung (SR 832.202)
<b>VAG</b>	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (SR 961.01)
<b>VORA-EDI</b>	Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (SR 832.112.11)

