

# Tätigkeitsbericht 2023

Aufsicht über die soziale  
Kranken- und Unfallversicherung



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

## Impressum

### Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Abteilung Versicherungsaufsicht

### Kontakt

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

### Publikationszeitpunkt

Februar 2024

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

### Grafische Konzeption und Satz

diff. Kommunikation AG, Bern

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Vorwort .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Rechtliche Grundlagen .....</b>	<b>9</b>
2.1	Aufsicht über die Krankenversicherung .....	9
2.2	Aufsicht über die Unfallversicherung .....	9
2.3	Aufsicht über die Militärversicherung .....	9
<b>3</b>	<b>Fokusthema Weiterentwicklung der Aufsicht: Evaluation des KVAG als Orientierungspunkt.....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Aufsicht über die Krankenversicherer .....</b>	<b>12</b>
4.1	Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen.....	12
4.2	KVG-Solvenztest 2023 .....	12
4.3	Genehmigung der Prämien 2024 .....	13
4.4	Analyse der Verwaltungskosten .....	17
4.5	Prüfung des gebundenen Vermögens und des IKS durch die externe Revisionsstelle.....	17
4.6	Rückversicherung im KVG .....	18
4.7	Corporate Governance .....	19
4.8	Audit .....	19
4.9	Weisungen, Aufsichtsbeschwerden, Verfahren nach dem Öffentlichkeitsgesetz (BGÖ) und Rechtsmittelverfahren .....	21
<b>5</b>	<b>Aufsicht über die Unfallversicherer .....</b>	<b>23</b>
5.1	Aufsicht über die obligatorische Unfallversicherung im Allgemeinen.....	23
5.2	Betriebsrechnungen .....	23
5.3	Prämientarife .....	24
<b>6</b>	<b>Aufsicht über die Militärversicherung.....</b>	<b>25</b>
6.1	Prämien der beruflich und freiwillig Versicherten .....	25
<b>7</b>	<b>Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG).....</b>	<b>26</b>

<b>8</b>	<b>Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht .....</b>	<b>27</b>
8.1	Aufsichtsdaten .....	27
8.2	Projekt ISAK Relaunch: Ablösung des bestehenden Informationssystems für die Aufsicht Krankenversicherung .....	27
8.3	Versichertenanfragen .....	28
8.4	Durchführung der Erhebung über die Testkosten, Berichterstattung durch die externen Revisionsstellen .....	29
8.5	Koordination mit dem Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten (EDÖB), der Eidgenössischen Stiftungsaufsicht (ESA) und der FINMA .....	29
8.6	Verwaltungskosten: Arbeitsgruppe mit der FINMA / Leitlinien .....	29
8.7	Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) .....	30
<b>9</b>	<b>Anhänge Rechtsetzung .....</b>	<b>32</b>
9.1	Rechtsetzung Krankenversicherung .....	32
9.2	Rechtsetzung Unfallversicherung .....	35
9.3	Rechtsetzung Militärversicherung .....	35
<b>10</b>	<b>Bundesratsbericht .....</b>	<b>37</b>
	Postulatsbericht 20.3135 SGK-SR. Auswirkungen der Gesundheitskosten der Pandemie auf die verschiedenen Kostenträger klären .....	37
<b>11</b>	<b>Glossar .....</b>	<b>38</b>
<b>12</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>39</b>



# 1 Vorwort

Die Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung war im Berichtsjahr 2023 mit einem schwierigen Umfeld konfrontiert. Inflation, Zinsänderungen und Aktienmärkte haben die finanziellen Risiken der Versicherer beeinflusst. Die weiterhin steigenden Gesundheitsausgaben haben Prämien erhöhungen bewirkt, dies in der obligatorischen Krankenversicherung und in der Militärversicherung. In der Krankenversicherung haben die Versicherten mit einem stärkeren Wechselverhalten reagiert. In der Folge beobachtet die Aufsicht die Auswirkungen auf die Versicherer aufmerksam. Diese Entwicklung zeigt sich an der höheren Anzahl von Interventionen auf Basis der finanziellen Kennzahlen.

## Prämien folgen den Kosten

Die mittlere Prämie beträgt im Jahr 2024 359,50 CHF pro Monat, was einem Anstieg um 28,70 CHF (8,7%) im Vergleich zu 2023 entspricht. Grund für den hohen Prämienanstieg sind die Kosten. Diese sind seit dem zweiten Halbjahr 2021 und insbesondere im Jahr 2023 stärker gestiegen als erwartet. Mehr Arztbesuche, mehr ambulante Spitalleistungen, mehr und teurere Medikamente haben zu diesen hohen Kosten geführt. Dies führt zu einem Nachholbedarf, denn die Prämien werden aufgrund dieser Entwicklung die Kosten 2023 nicht decken. Zudem haben überdurchschnittlich viele Versicherte den Grundversicherer gewechselt oder eine höhere Franchise gewählt, um ihre Prämienbelastung zu senken. Die Prämien sind in der Folge 2023 mit durchschnittlich 5,4% weniger stark gestiegen als angekündigt (6,6%). Die dadurch tieferen Prämieinnahmen mussten nun bei der Berechnung der Prämienentwicklung 2024 mit einbezogen werden. Und schliesslich muss auch die Kostensteigerung 2024 berücksichtigt werden. Das BAG hat eingehend geprüft, ob die von den Versicherern eingereichten Prämien die gesetzlichen Vorschriften erfüllen. Wo nötig, wurden Anpassungen verlangt. Alle Prämien wurden genehmigt.

Auch die fachlichen Grundlagen wurden 2023 geprüft. So wurde ein externes Mandat in Auftrag gegeben, welches Verbesserungsmöglichkeiten für die Berechnung des Maximalrabatts bei Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers untersucht

hat. In diesem Rahmen konnte die aktuell verwendete Methodik bestätigt werden und mögliche Weiterentwicklungsansätze für die Zukunft wurden ermittelt. Auf unserer [Website](#) finden Sie den detaillierten Bericht dazu.

Der Prozess der Prämien genehmigung hat vom Ausbau der Zusammenarbeit mit den Kantonen profitiert. Die Ergebnisse und das Feedback der Kantone zeigen, dass hier ein hoher Standard erreicht wurde. Diesen gilt es aufrechtzuerhalten und wo möglich weiterzuentwickeln.

## Reserven: Solvenzquote sinkt 2023 von 163% auf 130%

Die Summe der Reserven über alle Versicherer ist von 12,1 Mia. CHF per Anfang 2022 auf 8,5 Mia. CHF per Anfang 2023 gesunken. Sowohl das versicherungstechnische Ergebnis (Prämien abzüglich Leistungs- und Verwaltungskosten) als auch das Gesamtergebnis unter Einbezug des Finanzergebnisses waren negativ. Die seltene Kombination von gleichzeitigen Aktien-, Immobilienanlagen- und Obligationenverlusten hat den Wert der Kapitalanlagen um 1,8 Mia. CHF bzw. um 11% stark reduziert. Die Verluste der Krankenversicherer in diesem schwierigen Umfeld entsprechen dabei den Verlusten anderer Anleger. Trotz dieser Verluste betragen die jährlichen Kapitalerträge in den letzten zehn Jahren im Durchschnitt rund 250 Mio. CHF, was einer mittleren Anlagerendite von 1,5% entspricht. Dazu addiert sich ein versicherungstechnischer Verlust im Jahr 2022 in der Höhe von 1,7 Mia. CHF, welcher grösstenteils auf den starken Kostenanstieg durch Nachholeffekte aus der Pandemie zurückzuführen ist. Die Verluste wurden vollständig durch die Reserven aufgefangen. Die Versicherer verfügen insgesamt über ausreichend Reserven. Aber der Spielraum der Versicherer ist weg, den Prämienanstieg mit Reserven zu dämpfen.

## Versicherer rechnen mit sinkenden Verwaltungskosten gemessen an den Prämien

Die Verwaltungskosten waren ebenfalls ein Schwerpunkt der Tätigkeiten im Berichtsjahr. Nachdem die Verwaltungskosten gemessen an den Prämieinnahmen insbesondere wegen Investitionen in die Digitalisierung für 2021 und 2022 auf 5,1% gestiegen sind, haben die

Versicherer für 2023 und 2024 wieder mit einem Rückgang auf unter 5% gerechnet. Neben der regelmässigen Überwachung der Angemessenheit der Verwaltungskosten der Krankenversicherer ging es um die Grundsätze der Allokation der Kosten auf die verschiedenen Bereiche (obligatorische Krankenpflegeversicherung, Taggeldversicherung, Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten). Betreffend die Zuordnung der Verwaltungskosten besteht für die Versicherer ein gewisser Ermessensspielraum. Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) und das BAG arbeiten sehr eng zusammen und haben allgemein gültige Grundsätze und Leitprinzipien für die Verwaltungskostenallokation definiert. Das BAG wird sehr genau darauf achten, dass auch in Zukunft die Aufteilung der Verwaltungskosten nicht willkürlich und ungerechtfertigt zuungunsten der sozialen Krankenversicherung vorgenommen wird.

### **Evaluation des KVAG mit positiver Bilanz**

Die Evaluation des KVAG hat einen wichtigen Orientierungspunkt für die Weiterentwicklung der Aufsicht gesetzt. Mit dieser Standortbestimmung befasst sich das Fokusthema dieser Ausgabe des Tätigkeitsberichts. Die Evaluation zieht eine positive Bilanz. Mit dem KVAG wird im Interesse der Versicherten die Basis für die finanzielle

Stabilität und Transparenz in der sozialen Krankenversicherung gestärkt, wobei die Auswirkungen auf die Verwaltungskosten insgesamt moderat sind. Die Aufsicht ist gut aufgestellt, hat eingespielte Prozesse und verfügt über qualifizierte Mitarbeitende. Es besteht kein unmittelbarer Handlungsbedarf auf politischer und gesetzgeberischer Ebene. Gemäss Evaluationsbericht bewegt sich die Aufsicht in einem anspruchsvollen Umfeld. Das Spannungsfeld zwischen der Rolle der Versicherer als freie Unternehmer und jener als Vollzugsstelle des KVG wird bestehen bleiben und schliesslich wird der politische Druck hinsichtlich der Reserven und der Festsetzung der Prämien weiterhin auf allen Akteuren lasten. Ein gewisses Optimierungspotenzial stellt der Bericht dennoch fest. Namentlich soll geprüft werden, ob und wie der Vollzug der Aufsicht so angepasst werden kann, dass sie auch für kleine Versicherer mit geringerem Aufwand bewältigt werden kann. Die Fixkosten der «guten Geschäftsführung» werden gemäss der Evaluation für sehr kleine Versicherer im Verhältnis jedoch hoch bleiben.

Philipp Muri

*Der Leiter der Abteilung Versicherungsaufsicht*



**3,6 Mia.**

Franken weniger Reserven  
in der Krankenversicherung



**250 000+**

geprüfte Prämientarife  
in der Krankenversicherung

**900+**

geprüfte Risikokollektive  
in der Krankenversicherung



**≈ 200**

eingegangene  
Geschäftsplangesuche



**1%**

technischer Zins  
für alle Renten in der  
Krankenversicherung



**≈ 4000**

beantwortete  
Bürgeranfragen

**556**

Personen erhielten Prämienverbilligung  
in der EU oder in EFTA-Staaten.



# 2 Rechtliche Grundlagen

## 2.1 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, den Schutz der Versicherten und die Solvenz der Versicherer zu gewährleisten. Sie hat ebenfalls das Ziel, die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung sicherzustellen. 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 Revision, welche die Versicherer zu erfüllen haben und die von der Aufsichtsbehörde geprüft werden.

## 2.2 Aufsicht über die Unfallversicherung

In der obligatorischen Unfallversicherung (UV) gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) ist zwischen der Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung, der sogenannten Gesetzes- oder Vollzugsaufsicht, und der Aufsicht über die Geschäftsführung und die Solvenz, der sogenannten institutionellen Aufsicht, zu unterscheiden. Bei allen Versicherungsgesellschaften, welche die Versicherung nach dem 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 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 nimmt die Gesetzesaufsicht und die institutionelle Aufsicht das BAG wahr.

## 2.3 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 Fokusthema Weiterentwicklung der Aufsicht: Evaluation des KVAG als Orientierungspunkt

Die Weiterentwicklung der Aufsicht ist ein kontinuierlicher Prozess. Das Umfeld im Bereich der finanziellen Folgen von Krankheit und Unfall entwickelt sich weiter, sei es in der sozialen Krankenversicherung, der Unfall- oder der Militärversicherung.

Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) sind das KVAG und die dazugehörigen Ausführungsbestimmungen die wichtigsten Grundlagen für die Aufsichtstätigkeit. Daher ist die Evaluation des KVAG, die im Jahr 2023 abgeschlossen wurde, ein wichtiger Orientierungspunkt für die Weiterentwicklung der Aufsicht: Ist sie auf dem richtigen Weg, sind die Schwerpunkte richtig gesetzt, welche neuen Erkenntnisse gibt es aus der Evaluation?

Das KVAG und die dazugehörige Verordnung (KVAV) sind am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Vorher war die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) geregelt und primär auf die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ausgerichtet. Die neue Regulierung enthält Bestimmungen unter anderem im Bereich der finanziellen Sicherheit und der Unternehmensführung der Versicherer sowie der Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde. Damit soll die Aufsicht zum Schutz der Versicherten gestärkt und die Transparenz bei den Versicherern erhöht werden. In seiner Antwort auf die Interpellation Hegglin (20.3519) hat der Bundesrat angekündigt, die seit Inkrafttreten gemachten Erfahrungen zu sammeln und zu analysieren, um das neue Gesetz zu beurteilen und dazu einen Bericht auszuarbeiten. Die Interpellation Hegglin fragt insbesondere nach der administrativen Belastung der Krankenversicherer aufgrund der Anforderungen des KVAG.

Das BAG hat deshalb eine externe Evaluation in Auftrag gegeben, deren Resultate nun in einem [Evaluationsbericht](#) veröffentlicht sind. Der Bericht stützt sich methodisch einerseits auf die Resultate von Interviews und Online-Umfragen von Krankenversicherern sowie Branchenexperten. Andererseits bezieht der Bericht die Ergebnisse von Inhaltsanalysen und statistischen Auswertungen von Aufsichtsdaten und weiteren öffentlich zugänglichen Daten und Dokumenten ein. Die Leitung

des Projekts lag bei der Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Eine Begleitgruppe arbeitete in beratender und unterstützender Funktion, sie bestand aus Vertreterinnen und Vertretern der Versicherer in Form der Versichererverbände Curafutura, santésuisse und RVK sowie des BAG. Ziel der Evaluation waren eine Untersuchung der Umsetzung und Wirksamkeit der Regulierung sowie das Aufzeigen von Optimierungspotenzial in Form von Empfehlungen.

Die Evaluation kam zu einer grundsätzlich positiven Einschätzung. Mit dem KVAG wird im Interesse der Versicherten die Basis für die finanzielle Stabilität und Transparenz in der sozialen Krankenversicherung gestärkt. Die Auswirkungen auf die Verwaltungskosten sind insgesamt moderat. Die Aufsicht ist gut aufgestellt, hat eingespielte Prozesse und verfügt über qualifizierte Mitarbeitende. Es besteht kein unmittelbarer Handlungsbedarf auf politischer und gesetzgeberischer Ebene.

Zu beachten ist gemäss Evaluationsbericht das anspruchsvolle Umfeld, in der sich die Aufsicht bewegt. Die Folgen der Regulierungen im KVG und in seinen Verordnungen sowie weiteren Erlassen wie etwa dem Datenschutzgesetz werden in der Diskussion häufig fälschlicherweise dem KVAG zugeschrieben. Gewisse Interessenkonflikte werden sich auch durch weitere Optimierungen in der Aufsicht kaum beheben lassen. Die Fixkosten der «guten Geschäftsführung» werden für sehr kleine Versicherer im Verhältnis hoch bleiben. Auch das Spannungsfeld zwischen der Rolle der Versicherer als freie Unternehmer und jener als Vollzugsstelle des KVG wird bestehen bleiben. Und schliesslich wird der politische Druck hinsichtlich der Reserven sowie Festsetzung der Prämien weiterhin auf allen Akteuren lasten.

Zum Aufwand des Vollzugs des KVAG für die Versicherer hält die Evaluation fest, dass kein unangemessen hoher Aufwand festgestellt werden kann. Es war ein Initialaufwand nach Einführung des KVAG zu leisten, der jedoch im Alltagsbetrieb inzwischen deutlich weniger ausgeprägt ist. Ein grosser Teil des Aufwandes würde auch unabhängig vom KVAG anfallen aufgrund der heutigen anerkannten Standards einer guten Unternehmensfüh-

rung. Die Evaluation hält fest, dass kleine Versicherer und vor allem Kleinstversicherer die Aufwände und die Belastung als unangemessen gross empfinden. Sie machen auch einen überproportional grossen Anteil an ihren Verwaltungskosten geltend. Es handelt sich bei der Belastung vorrangig um die Aufwände für das Risikomanagement bzw. das interne Kontrollsystem (IKS), die externen Revisionsstellen und die Solvenzberechnungen. Der Evaluationsbericht empfiehlt, zu prüfen, ob und wie weit die Aufsicht für alle Versicherer gleichermaßen so angepasst werden kann, dass insbesondere bei kleinen Versicherern Vereinfachungen resultieren. Im Gespräch mit den kleinen Versicherern in einem zweckmässigen Format soll zudem das gegenseitige Verständnis geschärft werden.

Das BAG teilt die Stossrichtung der Empfehlung. Die gesetzlichen Vorgaben gelten jedoch für alle Versicherer gleichermaßen. Eines der Ziele bei der Einführung des KVAG war die Einführung gewisser prinzipienbasierter Mindeststandards bezüglich Unternehmensführung, welche insbesondere auch für kleine Versicherer anwendbar sind. Denn die vor dem KVAG eingetretenen Insolvenzfälle betrafen insbesondere kleine Versicherer (KK Zurzach, KBV, Accorda) und waren unter anderem auf fehlende Regelungen zur Unternehmensführung (Corporate Governance) zurückzuführen. Die Einführung und die Einhaltung von Standards zur Unternehmensführung ziehen gewisse Fixkosten nach sich.

Verschiedene Schritte zur Entlastung im Vollzug der Aufsicht wurden in der Vergangenheit bereits unternommen. Diese betreffen die Umsetzung der prinzipienbasierten Mindeststandards durch die Versicherer. Hier wird die Grösse und Komplexität des Versicherers berücksichtigt. In Absprache mit der Branche wurde die von der FINMA eingeführte Überarbeitung beim Marktrisiko im Swiss Solvency Test (SST) nicht für den KVG-Solvencetest übernommen und die Erfassung der Marktrisikoparameter wurde vereinfacht. In der provisorischen Jahresrechnung wurde auf die früher erhobene Differenzierung nach Kanton verzichtet, um die Datenerhebung für die Versicherer wesentlich zu vereinfachen. Im Bereich IKS/Risikomanagement wird zurzeit geprüft, welche aufwandmindernden Massnahmen getroffen werden können, ohne die oben erwähnten Ziele des KVAG zu vernachlässigen. Bei der Weiterentwicklung des KVG-Solvencetests wird eine Vernehmlassung bei den Versicherern durchgeführt sowie die Fachgruppe Krankenversicherung der Schweizerischen Aktuarvereinigung konsultiert. Auch wird ein Feldtest durchgeführt, um allfällig mögliche Vereinfachungen erkennen und prüfen zu können.

Schliesslich ist die Aufsichtsbehörde einer Einladung des Vereins RVK – als Verband kleiner und mittlerer Krankenversicherer – zu einem Austausch über verschiedene Anliegen der kleinen und mittleren Krankenversicherer gefolgt. Dieser Austausch soll in einem geeigneten Rahmen und Rhythmus weitergeführt werden, zusätzlich zu den bestehenden Gefässen (z. B. Aufsichtsgruppe), die bereits allen Versicherern unabhängig von ihrer Grösse offenstehen.

Ebenso wie die EFK in ihrem Bericht von 2021 ist die Evaluation des KVAG zum Schluss gekommen, dass eine Verwaltungsstrafkompetenz für das BAG bei Gelegenheit wieder geprüft respektive eingeführt werden sollte.

Der Bericht weist auch auf einen Digitalisierungsbedarf hin. Das BAG hat vor, den mit dem Projekt «ISAK Relaunch» bereits 2022 eingeschlagenen Weg zur weiteren Digitalisierung im Rahmen von «DigiSanté» (Programm des EDI zur Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen) konsequent fortzusetzen. Dieses hat zum Ziel, das 2012 eingeführte «Informationssystem Aufsicht Krankenversicherung (ISAK)» abzulösen und verschiedene weitere Aufsichtsprozesse zu digitalisieren.

Schliesslich wird empfohlen, den Weg einer partizipativen Aufsicht und des Ausbaus des Dialogs mit den Beaufsichtigten und anderen Stakeholdern inklusive anderer Aufsichtsstellen konsequent weiterzugehen. Dieser Dialog ist der Aufsichtsbehörde ein grosses Anliegen. Es gibt viele Beispiele für Austauschgefässe: Die Aufsichtsgruppe befasst sich mit dem Vollzug, die Kontaktgruppe mit Rechtsetzungs-, Leistungs- und Tarifthemen. Mit einzelnen Versicherern finden Jahresgespräche statt und es gibt Austausche mit Vertretern der Versichererverbände Curafutura, RVK und santésuisse. Weitere Austausche werden mit der GE KVG, der Eidgenössischen Stiftungsaufsicht (ESA), der Ombudsstelle Krankenversicherung und dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) geführt. Darüber hinaus tauscht sich die Aufsichtsbehörde mit der Revisionsaufsichtsbehörde (RAB) aus und führt Jahresgespräche mit den externen Revisionsstellen der Versicherer sowie EXPERTsuisse. Halbjahresgespräche und Arbeitsgruppensitzungen mit der FINMA und dem Staatssekretariat für internationale Finanzfragen (SIF) finden ebenso statt wie Gespräche mit der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Kantonsvertretern. Auch nimmt das BAG Einsitz in die Steuergruppe Datenaustausch Prämienverbilligung (STG DA-PV).

# 4 Aufsicht über die Krankenversicherer

## 4.1 Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen

Das BAG überwacht die Solvenz der Versicherer. Zum Schutz der Versicherten und um sicherzustellen, dass die Geschäftsleitung Massnahmen ergreift, stützt es sich auf sein Interventionskonzept.

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

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

Das BAG teilte den betroffenen Versicherern die Ergebnisse seiner Beurteilung mit. Es informierte sie über festgestellte Schwachstellen und die damit verbundenen Massnahmen und bat sie um eine Stellungnahme. 2023 mussten zwei Versicherer monatlich und fünf vierteljährlich aktualisierte Prognosen und Liquiditätsplanungen vorlegen. Das BAG überwachte weiter bei einigen Versicherern die wöchentlichen Nettoleistungen und Rückstellungen in einem monatlichen Rhythmus.

Alle betroffenen Versicherer lieferten die geforderten Daten, erläuterten ihre Einschätzungen und ergriffenen Massnahmen. In keinem der Fälle wurde die Massnahme einer unterjährigen Prämienenerhöhung getroffen. Die Aufsicht beurteilte die Massnahmen der Versicherer als zielführend und beendete die zusätzlichen Berichtspflichten so bald wie möglich. In einem Fall führte die detaillierte Überwachung des Versicherers zu einer Weisung durch das BAG, die in [Abschnitt 4.9](#) näher erläutert wird.

## 4.2 KVG-Solvenztest 2023

Die Versicherer müssen zum Schutz der Versicherten vor Zahlungsunfähigkeit des Versicherers ausreichend Reserven bilden. Diese werden aus den Gewinnen finanziert und gleichen Jahre mit Verlusten aus. So bleiben alle Prämiegelder im System der OKP. Um die finanzielle Lage eines Versicherers einschätzen zu können, gibt es seit 2012 den KVG-Solvenztest. Das ist ein etablierter Standard im Finanz- und Versicherungswesen. Der KVG-Solvenztest lehnt sich an den SST der FINMA an. Im KVG-Solvenztest wird geprüft, ob ein Versicherer über genügend Reserven verfügt, um seine Risiken zu tragen. Dabei werden hauptsächlich Kostenschwankungen aus dem Versicherungsgeschäft und unerwartete Verluste aus den Kapitalanlagen betrachtet. Zusätzlich werden seltene Ereignisse wie eine Pandemie oder eine Finanzmarktkrise berücksichtigt. Jeder Versicherer muss mindestens so hohe Reserven halten, dass er selbst in einem schlimmen Jahr (wie es nur einmal alle hundert Jahre vorkommt) alle Verpflichtungen bezahlen kann.

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

Das BAG prüfte die Berechnungen und Berichte der Versicherer zum KVG-Solvenztest 2023. Die Aufsichtsbehörde verlangte im Zuge der Prüfung einige Zusatzinformationen, wie z. B. bestimmte Angaben bezüglich der Kosten im Zusammenhang mit Covid-19 sowie die Einreichung des Aktuarsberichts VAG für gemischte Krankenversicherer.

Schon im Mai wurde an einem Mediengespräch über den Stand der Reserven der Gesamtbranche informiert. Die Summe der Reserven über alle Versicherer ist von 12,1 Mia. CHF per Anfang 2022 auf 8,5 Mia. CHF per Anfang 2023 gesunken. Sowohl das versicherungstechnische Ergebnis (Prämien abzüglich Leistungs- und Verwaltungskosten) als auch das Gesamtergebnis unter

Einbezug des Finanzergebnisses waren negativ. Die seltene Kombination von gleichzeitigen Aktien- und Obligationenverlusten hat den Wert der Kapitalanlagen um 1,8 Mia. CHF bzw. um 11% stark reduziert. Trotz dieser Verluste betragen die jährlichen Kapitalerträge in den letzten zehn Jahren im Durchschnitt rund 250 Mio. CHF, was einer mittleren Anlagerendite von 1,5% entspricht. Ab dem zweiten Halbjahr 2021 sind die Kosten stärker angestiegen, als noch zum Zeitpunkt der Prämien genehmigung erwartet wurde. Dieser Kostenanstieg ist grösstenteils durch die Folgen der Pandemie verursacht worden und hat 2022 zu einem negativen versicherungstechnischen Ergebnis von rund 1,7 Mia. CHF geführt.



Die Solvenzquoten, die Mindesthöhen der Reserven für das Jahr 2023 und die vorhandenen Reserven am 1. Januar 2023 wurden zusammen mit den genehmigten Prämien Ende September publiziert. Zudem finden sich in einem [Faktenblatt](#) weitere Erklärungen zum KVG-Solvenztest sowie aktualisierte Tabellen, Grafiken und Beschreibungen sowie Begründungen zur Entwicklung der Solvenzsituation des KVG-Gesamtmarktes. In der unten stehenden Tabelle ist die Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz nach Jahr dargestellt:

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

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

Jahr	2021	2022	2023
Anzahl Versicherer insgesamt	55	50	49
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	2	0	7

Die Methodik des Solvenztests wird kontinuierlich geprüft, um den Weiterentwicklungsbedarf zu erkennen. Im Rahmen von zwei externen Mandaten und BAG-internen Analysen wurden Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet, um das Modell den aktuellen Bedürfnissen und Marktgegebenheiten anzugleichen. Die von der Aufsicht auf dieser Basis erarbeiteten Vorschläge wurden mit der Fachgruppe Krankenversicherung der Schweizerischen Aktuarvereinigung diskutiert. Es ist geplant, die Verbesserungen des Solvenztests mit Wirkung per 1. Januar 2025 einzuführen. Vorgängig wird dazu im Jahr 2024 ein Feldtest durchgeführt, mit dem die Versicherer die Auswirkungen auf ihre Berechnungen überprüfen können. Die Teilnahme am Feldtest ist für die Versicherer freiwillig.

### 4.3 Genehmigung der Prämien 2024

#### Grundlagen

Die Prämien der Versicherer müssen die Anforderungen des KVAG und seiner Ausführungsbestimmungen erfüllen. Die Versicherer geben die geplanten Prämien beim BAG ein. Das BAG prüft, ob die eingegebenen Prämien den rechtlichen Bestimmungen entsprechen, bevor sie genehmigt werden und zur Anwendung kommen. Im Einzelnen handelt es sich um die Prämien für die OKP für in der Schweiz wohnhafte Versicherte, für Versicherte mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA oder im Vereinigten Königreich (UK), die sich nach KVG versichern, sowie für die freiwillige Einzeltaggeldversicherung nach KVG. Die Aufsichtsbehörde hat die Kompetenz, Erhöhungen und Senkungen der Prämien zu verlangen, wenn die Prämien nicht den Anforderungen entsprechen. Besonders wichtig ist dabei das Prinzip der Kostendeckung. Die Aufsichtsbehörde achtet darauf, dass die Prämien für jeden Kanton kostendeckend sind und dass die Kantone gleich behandelt werden. So werden Quersubventionierungen zwischen den Kantonen unterbunden. Mit der Höhe der Prämien muss auch sichergestellt werden, dass die Versicherer über ausreichend hohe Reserven verfügen, um die Risiken von unerwarteten Entwicklungen decken zu können.

Für die Jahre 2018–2024 beläuft sich die durchschnittliche Prämienhöhung auf 2,4% pro Jahr. Diese Rate ist tiefer als diejenige in den vorausgegangenen fünf Jahren, wo die Wachstumsrate jährlich 3,8% betrug.

Die mittlere Prämie wird im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 um 8,7% ansteigen. Hauptgrund des hohen Prämienanstiegs ist der starke Anstieg der Gesundheitskosten. Denn die Prämien sind das Spiegelbild der Kosten. Im ersten Halbjahr 2023 sind die Kosten verglichen mit dem ersten Halbjahr 2022 um 6,4% gestiegen. Für das gesamte Jahr 2023 erwarten die Versicherer einen Kostenanstieg von 5,3% und für 2024 wird ein weiteres Kostenwachstum von 3,4% erwartet.

Diese starke Kostenzunahme ist auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen. Das BAG hat mehrere externe Untersuchungen in Auftrag gegeben, um den starken Kostenanstieg auf mögliche Ursachen zurückzuführen.

Ganz grundsätzlich gilt für die Kosten, dass sie sich aus Menge und Preis zusammensetzen und dass neue Leistungen hinzutreten können. In den Studien wurden we-

niger Preiseffekte, sondern vielmehr folgende Mengeneffekte festgestellt:

- Die Folgen der Corona-Pandemie: Behandlungs- und Impfkosten, Nachholen von verschobenen Eingriffen im vergangenen Jahr, aber auch eine höhere Gesundheitssensibilität, ein höheres Gesundheitsbewusstsein.
- Erklärbare Ursachen wie Alterung der Gesellschaft und der medizinische Fortschritt.
- Es gibt aber auch einen Teil, der nicht einfach erklärbar ist: eine Zunahme der Inanspruchnahme von Leistungen, insbesondere im ambulanten Bereich, bei Physio- und Psychotherapie und bei den Medikamenten.

Der Preiseffekt ist weniger gross, wir beobachten ihn aber ebenfalls etwa bei der psychologischen Psychotherapie, wo die Preise deutlich gestiegen sind, oder bei den Medikamenten.

### Prozess der Prämien genehmigung

Den Prämien genehmigungsprozess kann man grundsätzlich in vier Phasen einteilen:

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

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

In der zweiten Phase werden die Prämien durch die Versicherer berechnet. Dabei müssen sie nebst den Schätzungen der Leistungen verschiedene Parameter mit einbeziehen wie Bestandesbewegungen, Risikoausgleich, Rückstellungen oder Verwaltungskosten. Insgesamt

werden dem BAG über 250 000 Prämientarife (davon 110 Taggeldtarife) zur Prüfung und zur Genehmigung eingereicht.

 **250 000+**  
geprüfte Prämientarife  
in der Krankenversicherung

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

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

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

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

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

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

### **Erzielte Prozessverbesserungen**

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

Die Öffentlichkeit wurde schon vor der Prämien genehmigung in einem Mediengespräch vom 25. Mai 2023 über die Entwicklung der Gesundheitskosten und Prämien sowie die Reserveentwicklung und Solvenzsituation der Versicherer informiert.

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

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

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

### **Studie zu Modellrabatten**

Im Rahmen eines externen Mandats wurden Verbesserungsmöglichkeiten bei der quantitativen Ermittlung des Maximalrabattes für besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Hausarzt-Modelle, HMO, Telefonmodelle etc.) erarbeitet. Immer mehr Personen sind in Modellen versichert (Stand 2022 77% der Versicherten). Durch konsequente Nutzung der gewählten Erstanlaufstelle und dadurch besser koordinierte Behandlungen sowie den Einsatz

von kostengünstigeren Generikas werden in Modellen weniger Kosten verursacht. Die Versicherten profitieren deshalb von einer tieferen Prämie. Im [Kreisschreiben 5.3](#) sind die Rabattregeln beschrieben. Die Versicherer müssen zur Rabattberechnung die effektiv erzielten, risikobereinigten Kosteneinsparungen berücksichtigen. Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs und der abnehmenden Bedeutung der Basisversicherung stellte sich die Frage, ob das Kreisschreiben 5.3 punktuell angepasst werden muss.

Der Bericht hat aufgezeigt, dass der Grundgedanke des Kreisschreibens 5.3 weiterhin seine Berechtigung hat und zuverlässige Ergebnisse liefert. Es könnte aber weiterentwickelt werden, um die Stabilität der Berechnung zu erhöhen. Welche Lösungsansätze umgesetzt werden sollen, wird derzeit evaluiert. Das BAG wird dazu eng mit der Branche zusammenarbeiten, um auch in Zukunft über ein nachvollziehbares und inhaltlich akzeptiertes Regelwerk zu [verfügen](#).

### **Ergebnisse der Prüfung der eingereichten Prämien**

Die Krankenversicherer reichten dem BAG per 31. Juli 2023 die Prämien für das Jahr 2024 zusammen mit Hochrechnungen der Kosten und Angaben zur Anzahl der Versicherten zur Genehmigung ein.

Aufgrund von Kostenprognosen, Erfahrungswerten und Vergleichen zwischen Versicherern hat das BAG die eingegebenen Hochrechnungen und Budgets für die Geschäftsjahre 2023 und 2024 plausibilisiert. Wie bereits letztes Jahr wurde dies aufgrund der besonderen Situation der Corona-Pandemie und der darauffolgenden unerwartet hohen Kostenentwicklung erschwert.

Im Bereich der OKP für in der Schweiz wohnhafte Versicherte wurden von 44 Versicherern über 250 000 Prämientarife (davon 110 Taggeldtarife) zur Genehmigung unterbreitet. Bei einzelnen Versicherern sind grössere Probleme bei der Datenqualität aufgetreten, diese konnten jedoch mehrheitlich zu Beginn des Prüfungsprozesses behoben werden. Insgesamt wurden aufgrund der Prüfung und der darauffolgenden Gespräche mit den Krankenversicherern rund 59 000 Prämien nach oben und knapp 74 000 Prämien nach unten angepasst. 113 000 Prämien konnten ohne Anpassungen genehmigt werden. Die Versicherer sind im Durchschnitt in etwa 20 Kantonen tätig. Einige Versicherer bieten zusätzlich eine EU-/EFTA-/UK-Versicherung an, einige bieten ausschliesslich die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG an. Insgesamt waren somit die Prämien für über 900 Risikokollektive zu prüfen.



# 900+

## geprüfte Risikokollektive in der Krankenversicherung

Basierend auf der individuellen Situation des Versicherers schätzt das BAG die Combined Ratio, das heisst das Verhältnis von Ausgaben zu Einnahmen, welche die Versicherer im kommenden Jahr erzielen. Der Versicherer kann dabei die Erträge aus seinen Kapitalanlagen anrechnen, und zwar bis zur Höhe des Prozentsatzes, den er in den letzten zehn Jahren durchschnittlich erwirtschaftet hat. Seine Combined Ratio kann so 100% übersteigen. Muss er Reserven aufbauen, ist eine Combined Ratio von unter 100% anzustreben. Für das Jahr 2024 konnten jedoch nur wenige Versicherer die Kapitalerträge in die Prämienberechnung mit einbeziehen. Das lag einerseits an den gesunkenen Reserven und andererseits an der seltenen Kombination von Anlageverlusten sowohl bei Obligationen als auch Aktien.

Mit der Revision der KVAV, die seit dem 1. Juni 2021 in Kraft ist, wird der Einsatz von Instrumenten zum Abbau der Reserven für die Versicherer erleichtert. So haben die Versicherer die Möglichkeit, die Prämien knapp zu kalkulieren. Das BAG stellt dabei unter anderem sicher, dass das Instrument der knappen Prämienkalkulation einheitlich auf das gesamte Tätigkeitsgebiet des Versicherers angewendet wird. Die Versicherer können zusätzlich ein Gesuch zum Abbau der Reserven mittels eines Ausgleichsbetrags für die Versicherten stellen. Dieses Instrument steht jenen Versicherern zur Verfügung, welche ihre Prämien knapp kalkulieren. Dabei prüft das BAG unter anderem, dass die Reserven der betroffenen Versicherer auch nach ihrem Abbau der gesetzlichen Mindesthöhe entsprechen. Das BAG beurteilt auch die von den Versicherern eingereichte Definition der Versicherten, die von einem Ausgleichsbetrag profitieren sollten. Auch von diesem Instrument konnten aus den oben genannten Gründen nur sehr wenige Versicherer Gebrauch machen.

Die Prämien sämtlicher Versicherer wurden für das ganze Jahr 2024 genehmigt und am 26. September 2023 publiziert. Der Anstieg der gesamtschweizerischen mittleren Prämie im Vergleich zum Jahr 2023 beträgt 8,7%. Dabei entspricht die Veränderung für Erwachsene (ab 26 Jahren) 8,6%, für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) 8,6% und für Kinder (unter 18 Jahren) 7,7%. Da es sich hierbei um Durchschnittswerte handelt, kann die Entwicklung der Prämie für den einzelnen Versicherten davon abweichen.

## Monitoring der kantonalen Ungleichgewichte

Im Abschnitt Grundlagen wird erläutert, wie wichtig das Kostendeckungsprinzip pro Kanton ist. Das BAG überprüft daher jährlich ex post die Unterschiede der kantonalen versicherungstechnischen Ergebnisse. Dabei wird der Anteil der in der Schweiz zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien an den Gesamtprämien berechnet. Da die erwarteten Kosten bei der Prämienfestsetzung jeweils geschätzt werden müssen und die definitiven Zahlen im Nachhinein von den jeweiligen Schätzungen abweichen, ist nicht zu erwarten, dass der Wert 0 angenommen wird. Die jährliche Abweichung sollte jedoch klein sein. Das Ziel ist, dass die Kennzahl unter 1% liegt. Der Wert war noch nie so tief wie im Jahr 2022. Er lag bei 0,59% und befand sich somit deutlich unterhalb der Zielvorgabe.

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

Jahr	2014	2015	2016
Anteil der zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien	1,04%	1,08%	0,90%

Jahr	2017	2018	2019
Anteil der zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien	0,70%	0,62%	0,75%

Jahr	2020	2021	2022
Anteil der zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien	0,65%	0,72%	0,59%

## 4.4 Analyse der Verwaltungskosten

Die Versicherer müssen ihre Verwaltungskosten im Bereich der Grundversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränken. Das BAG plausibilisiert jährlich im April die Verwaltungskosten aller Versicherer im Rahmen der Kontrolle der Jahresrechnung. Dabei stützt es sich auch auf die Erkenntnisse aus den Prüfungen der externen Revisionsstellen. Es lagen dem BAG seitens der externen Revisionsstellen weder Beanstandungen noch Empfehlungen vor. Für die Prüfung vergleicht das BAG u. a. die Zahlen der einzelnen Versicherer mit den Branchendurchschnitten sowie mit der langjährigen Entwicklung. Bei Auffälligkeiten, beispielsweise wenn ein Versicherer Verwaltungskosten aufweist, die diese Durchschnittswerte deutlich überschreiten, verlangt das BAG, dass der Versicherer diese detailliert ausweist und begründet.

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

Ende Mai 2023 teilte das BAG den betroffenen Versicherern seine Einschätzung mit. Im entsprechenden Schreiben informierte es diese Versicherer über festgestellte Sachverhalte und bat sie um eine Stellungnahme.

Es stellte sich heraus, dass die fünf kontaktierten Versicherer in den letzten Jahren im Allgemeinen erhebliche Investitionen im IT-Bereich getätigt hatten, um ihre Kosten langfristig zu senken. Je nach Grösse des Versicherers wirken sich solche Investitionen zunächst mehr oder weniger stark auf die Verwaltungskosten aus. Die durchschnittlichen Verwaltungskosten der Versicherer lagen 2022 bei 5,1% der Prämien. Aktuell rechnen die Versicherer für 2023 und 2024 mit tieferen Verwaltungskosten und gemäss Eingaben der Versicherer werden die Verwaltungskosten in % der Prämien sinken.

Das BAG erwartet von den Versicherern, dass diese ihre Verwaltungskosten dem tatsächlichen Aufwand entsprechend den verschiedenen Bereichen (OKP, Taggeldversicherung, Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten) zuordnen. Betreffend die Zuordnung der Verwaltungskosten besteht für die Versicherer ein gewisser Ermessensspielraum. FINMA und BAG arbeiten sehr eng zusammen und haben allgemeingültige Grundsätze und Leitprinzipien für die Verwaltungskostenallokation definiert. Das BAG wird sehr genau darauf achten, dass auch in Zukunft die Aufteilung der Verwaltungskosten nicht willkürlich und ungerechtfertigt zuungunsten der sozialen Krankenversicherung vorgenommen wird.

## 4.5 Prüfung des gebundenen Vermögens und des IKS durch die externe Revisionsstelle

Die externen Revisionsstellen haben der Aufsichtsbehörde die Ergebnisse aus den jährlichen Prüfungen zum gebundenen Vermögen (GebV) und zu den unternehmensweiten Kontrollen sowie zum IKS eingereicht. Sowohl die Prüfungen für das Geschäftsjahr 2022 als auch die für Beanstandungen aus dem Geschäftsjahr 2021 verlangten Folgeprüfungen sind in die aufsichtsrechtliche Berichterstattung eingeflossen. Der unten stehende Vergleich zum Geschäftsjahr 2021 zeigt, dass die Zahl der Empfehlungen der Revisionsstellen beim GebV und beim IKS auch im Geschäftsjahr 2022 weiter abgenom-

men hat. Im Jahr 2022 wurde jedoch sowohl im GebV als auch im IKS ein leichter Anstieg der Beanstandungen verzeichnet.

	2022	2021
Beanstandungen GebV	19	14
Empfehlungen GebV	1	3
Beanstandungen IKS	16	13
Empfehlungen IKS	36	60

Die eingereichten Arbeitspapiere der Revisionsstellen sind kritisch gewürdigt worden. Alle wichtigen Feststellungen, insbesondere die Beanstandungen und die Empfehlungen, wurden mit den Revisionsstellen besprochen. Die Beanstandungen zum GebV wurden allesamt als tief eingestuft. Dabei handelte es sich mehrheitlich um minimale Limitenüberschreitungen bei einzelnen Anlagekategorien, welche jedoch durch die insgesamt sehr hohe Überdeckung toleriert werden konnten. Die Beanstandungen im Bereich IKS betreffen wenige Krankenkassen und sind von den externen Revisionsstellen mit der Wesentlichkeit tief eingestuft worden, da es sich vorwiegend um formelle Punkte handelt. 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 2022 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 ein gewisser Prozentsatz des Geschäftes an den Rückversicherer abgegeben. Knapp die Hälfte der Krankenversicherer beansprucht zurzeit einen Rückversicherungsschutz. Dafür wurden 2022 7,5 Mio. CHF an Prämien bezahlt und 5,3 Mio. CHF an Rückversicherungsleistungen vergütet. Im Jahr zuvor betrug die Rückversicherungsprämien und -leistungen 42,0 Mio. CHF bzw. 40,8 Mio. CHF. Der Grund für diese Abnahme liegt darin, dass im Jahr 2022 weniger Quotenrückversicherungen existierten.

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

Die Aufsichtsbehörde hat die eingereichten Verträge, die 2023 neu 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 2023 verfügten 23 KVG-Versicherer über Rückversicherungen im Bereich OKP- und KVG-Taggeld. Für 2024 wurden dem BAG vier neue Rückversicherungsverträge zur Genehmigung vorgelegt.

Das BAG prüft zudem die Berichterstattung der aktiven Rückversicherer gemäss Artikel 33 KVAG. Es gibt per 1.1.2023 sieben aktive Rückversicherer. Während dem Jahr 2023 sind keine neuen Bewilligungen hinzugekommen und es erfolgten auch keine Bewilligungsentzüge.

## 4.7 Corporate Governance

Nebst den Audits (siehe Ziff. 4.8) sind die Geschäftspläne der Versicherer eine wichtige Quelle zur Überprüfung einer Corporate Governance oder zur 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.

2023 sind bei der Aufsichtsbehörde rund 200 Geschäftsplanänderungsgesuche eingegangen. Das ist eine Zunahme von ungefähr einem Viertel, verglichen mit dem Vorjahr. Die häufigsten Geschäftsplanänderungen (rund 40% der Gesuche) betrafen Personaländerungen in den Verwaltungs- und Leitungsorganen, gefolgt von Änderungen der Versicherungsbedingungen (rund 20%) sowie von Änderungen der Organisation des Versicherers und der Übertragung von wesentlichen Aufgaben an Dritte (je rund 13%).



≈ 200  
eingegangene  
Geschäftsplanengesuche

Um eine effiziente und einheitliche Aufsicht über die Geschäftspläne der Krankenkassen zu gewährleisten, wurden Anfang 2023 – mit Übergangsfrist bis Ende März 2023 – standardisierte Geschäftsplanformulare eingeführt. Diese bilden die nach Artikel 7 Absatz 2 KVAG erforderlichen Elemente des Geschäftsplans ab. Das erste Fazit fällt grösstenteils positiv aus. Um den Inhalt und die Handhabung dieser Formulare weiter optimieren zu können, ist Mitte 2024 ein Erfahrungsaustausch mit den Versicherern geplant.

Im Weiteren war das Jahr 2023 von diversen Umstrukturierungen per 1. Januar 2024 geprägt, welche ebenfalls durch die Aufsichtsbehörde überprüft wurden. So werden die Moove Sympany AG und die Kolping Krankenkasse AG von der Vivao Sympany AG übernommen und die PROVITA Gesundheitsversicherung AG fusioniert mit der SWICA Krankenkasse AG. Zusätzlich übernimmt die Einsiedler Krankenkasse die Krankenkasse Institut Ingenbohl und die Rhenusana die Krankenkasse Stoffel, Mels.

Ausserdem hat die Stiftung Atupri Gesundheitsversicherung entschieden, die soziale Krankenversicherung per 1. Januar 2024 nicht mehr durchzuführen. Ihren Bestand an Versicherungsnehmern hat sie auf die (neu gegründete und durch die Aufsichtsbehörde bewilligte) Atupri Gesundheitsversicherung AG übertragen. In der Folge hat das BAG der Stiftung Atupri Gesundheitsversicherung die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung per 1. Januar 2024 entzogen.

## 4.8 Audit

Nebst der Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen nach KVG und KVAG lagen die Schwerpunkte der Audits 2023 wie in den Vorjahren in allen geprüften Bereichen auf der Gleichbehandlung der Versicherten sowie der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Versicherer. Sämtliche KVG-Versicherer werden jährlich anhand risikobasierter Kriterien in einem Ratingsystem eingestuft. Basierend auf den Ergebnissen aus diesem Rating sowie weiteren Faktoren (Grösse des Versicherers, Resultate des letzten Audits) wurde bei 9 ausgewählten Versicherern (Vorjahr 7) ein Audit durchgeführt. Dies entspricht einer Abdeckung in der OKP (Anzahl Versicherte) von rund 40% (Vorjahr 37%).

Das IKS bei der Rechnungs- und Leistungsprüfung der auditierten Versicherer ist grundsätzlich angemessen. Zwei Versicherer wurden in Bezug auf ihre jeweilige IT-Migration (Einführung eines neuen IT-Systems) angewiesen, ihre internen Dokumente und Vorgaben zu aktualisieren und einzelne Schlüsselkontrollen nachzuholen. Zudem wurden einige Versicherer angewiesen, ihre Prozesse und internen Vorgaben bezüglich der Anpassungen des Prüffregelwerks und der Überprüfung der Effektivität der Prüffregeln besser zu formalisieren und zu dokumentieren.

Weiter wurden der Arbeitsprozess «Rechnungsprüfung im Tagesgeschäft» und das hierfür eingesetzte Regelwerk kontrolliert. Grundsätzlich werden die rechtlichen Voraussetzungen zur Kostenübernahme bei der elektronischen automatisierten Rechnungsprüfung eingehalten und die notwendigen Abklärungen der Leistungspflicht durchgeführt. Bei einem Versicherer wurde jedoch festgestellt, dass Prüfschwellen bzw. temporäre Unterbrüche von Prüfungen der Leistungspflicht definiert wurden, was nicht zulässig ist und vom Versicherer korrigiert werden musste. Überdies wurde bei einigen Versicherern festgestellt, dass die rechtlichen Voraussetzungen gewisser Leistungen für eine Kostenübernahme durch die OKP nicht systematisch abgeklärt wurden. Die betroffenen Versicherer wurden angewiesen, die entsprechenden Abklärungen mit einem verhältnismässigen und zumutbaren Aufwand durchzuführen.

Als weiterer Schwerpunkt wurde untersucht, ob die Versicherer einen zweckmässigen Rückabwicklungsprozess bei Medikamenten mit Preismodellen gemäss Spezialitätenliste eingeführt haben, was nicht bei allen auditierten Versicherern der Fall war. Die betroffenen Kassen wurden angewiesen, die noch nicht eingeforderten Beträge bei den Leistungserbringern zurückzufordern. Überdies hat sich gezeigt, dass die Versicherer in Bezug auf die Kostenbeteiligung teilweise nicht kontrollierten, ob diese korrekt erhoben wurde oder zu hoch war und eine Rückvergütung an die betroffenen versicherten Personen hätte erfolgen müssen. Auch bei der Rückabwicklung von Leistungsrückerstattungen aufgrund eines nachträglich festgelegten stationären Tarifs erfolgte nicht in jedem Fall eine Korrektur der Kostenbeteiligung. Ebenso wurden bei der Abwicklung der gesetzlichen Kostenbeteiligung für die während einer Schwangerschaft erbrachten Krankheitsleistungen sowie bei der Erhebung des Spitalbeitrags Mängel festgestellt. Die Versicherer wurden angewiesen, Verbesserungsmaßnahmen vorzunehmen sowie entsprechende Nachkontrollen einzuführen.

Der Fokus bei der Prüfung der Einhaltung der Vorgaben des Kreisschreibens 7.1 Aufsicht des BAG über datenschutzrelevante Bereiche gemäss KVAG, KVAV, KVG und KVV lag einerseits auf den Anforderungen im Risikomanagement, wobei die Prüfungen ergeben haben, dass die notwendigen Risikoanalysen durchgeführt werden. Andererseits wurde die Bearbeitung und Bekanntgabe von Personendaten geprüft, d. h., es wurde untersucht, ob OKP-Daten zweckentfremdet wurden (z. B. im Bereich Marketing). Diesbezüglich wurde ein Versicherer angewiesen, die Nutzung von OKP-Daten für sämtliche Zwecke, welche über die gesetzlich geregelten Aufgaben hi-

nausgehen, einzustellen. Im vertrauensärztlichen Dienst (VAD) wurden die Unabhängigkeit der Organisation, die Einhaltung der notwendigen Beurteilungen durch die Vertrauensärzte, das Weiterleiten von Angaben an Dritte (ausserhalb des VAD) sowie die Zugriffsberechtigungen und die Bearbeitung von vertrauensärztlichen Akten geprüft. In Bezug auf Einsichtsrechte in medizinische Akten, die zuhänden des Vertrauensarztes eingereicht werden, war die Wahrung der Persönlichkeitsrechte bei zwei Versicherern nicht ausreichend sichergestellt. Die betreffenden Versicherer wurden angewiesen, die Einsichtsrechte einzuschränken, und es wurden sowohl technische als auch organisatorische Massnahmen gefordert.

Im Bereich Prämienkonformität wurde überprüft, ob die von Krankenversicherern fakturierten Prämien mit den vom BAG genehmigten Tarifen übereinstimmen, wobei in einem Fall eine Weisung ausgesprochen wurde. Im Bereich Versicherungspflicht lag der Fokus aufgrund diverser im Vorjahr festgestellter Unregelmässigkeiten erneut auf den versicherungstechnischen Mutationen. Dabei konnten bzgl. der Handhabung von unterjährigen Vertragsänderungen (Wechsel zwischen besonderen Versicherungsformen) und der Berechnung des Prämienzuschlags beim unentschuldbaren verspäteten Beitritt gewisse Mängel aufgezeigt werden, die von den betroffenen Versicherern behoben werden mussten.

Die geprüften Krankenversicherer verfügen grundsätzlich über gut dokumentierte und angemessene Risikomanagementprozesse und IKS. Zwei Versicherer müssen infolge einer Reorganisation gewisse interne Reglemente aktualisieren. Zudem müssen einzelne Versicherer ihre Business-Continuity-Management-(BCM-)Strategien und Notfallpläne erweitern.

Am 30. September 2022 hat das BAG Weisungen zum VAD, zu den juristischen Kompetenzen und zur internen Organisation an die SLKK erteilt und die Weisungen auf seiner Website publiziert. Die Sektion Audit hat im September 2023 die Umsetzung der von der SLKK getroffenen Massnahmen für die Behebung der aufgezeigten Mängel vor Ort überprüft. Anhand der zur Verfügung gestellten Dokumente, der erhaltenen Informationen sowie der von der Aufsichtsbehörde durchgeführten Kontrollen konnten keine Sachverhalte festgestellt werden, die darauf hindeuten, dass die Weisungen des BAG vom 30.9.2022 nicht umgesetzt wurden. Die Unabhängigkeit sowohl der Vertrauensärzte als auch des vertrauensärztlichen Dienstes ist gewährleistet und die Beurteilung der vertrauensärztlichen Dokumente entspricht den gesetzlichen Vorschriften.

Die Versicherten haben für sämtliche erteilten Weisungen erforderliche Massnahmen festgelegt, wobei sie die definitive Umsetzung dieser Massnahmen der Aufsichtsbehörde schriftlich bestätigen und dokumentieren müssen. In Bezug auf die korrekte Behebung der aufgezeigten Mängel wird zudem bei wesentlichen Schwachstellen eine Nachkontrolle (Follow-up) durchgeführt.

#### 4.9 Weisungen, Aufsichtsbeschwerden, Verfahren nach dem Öffentlichkeitsgesetz (BGÖ) und Rechtsmittelverfahren

Das BAG hat (in Absprache und Übereinstimmung mit der Eidgenössischen Steuerverwaltung, ESTV) Krankenversicherer angewiesen, bei konzerninternen Auslagerungen von Dienstleistungen an sogenannte «Servicegesellschaften» lediglich den effektiven Aufwand zu entschädigen. Ein Gewinnzuschlag auf den effektiven Aufwand ist unzulässig. Denn die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung müssen auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränkt werden. Ein Gewinnzuschlag auf dem effektiven Aufwand widerspricht sowohl dem Verbot, einen Erwerbzweck zu verfolgen, als auch dem Zweckentfremdungsverbot von Mitteln aus der sozialen Krankenversicherung, mit anderen Worten ist als Umgehung des Verbots der Gewinnerzielung bzw. Verbots der Gewinnausschüttung zu betrachten.

Die Aufsichtsbehörde ist bei einem Krankenversicherer im Laufe des Jahres auf mutmassliche Unregelmässigkeiten im Bereich der Rückstellungen gestossen. Das erforderte eine aufsichtsrechtliche Untersuchung, welche am Schluss des Berichtszeitraums noch hängig gewesen ist.

Nebst den Erkenntnissen aus den Geschäftsplänen der Krankenversicherer (vgl. Ziff. 4.7), aus den Audits (vgl. Ziff. 4.8), den Versichertenanfragen (vgl. Ziff. 8.3) sowie der Berichterstattung der externen Revisionsstelle (vgl. Ziff. 4.5) berücksichtigt die Aufsichtsbehörde auch Medienberichte, Gerichtsurteile und Aufsichtsbeschwerden als Indizien zur Beurteilung der Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer.

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

Vorab ist die Möglichkeit zu prüfen, ob die Ombudsstelle KV ([www.om-kv.ch](http://www.om-kv.ch)) unterstützen kann. Diese privatrechtliche Stiftung vermittelt zwischen Versicherten und Versicherern, solange noch keine Verfügung erlassen und kein Verfahren vor einem Gericht rechtshängig gemacht worden ist.

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

1. Beim Krankenversicherer kann eine einsprachefähige Verfügung verlangt werden (sofern nicht schon von Amtes wegen eine eröffnet worden ist; zu den Voraussetzungen s. insbesondere Art. 49 ATSG).
2. Gegen die Verfügung kann Einsprache bei der Krankenkasse erhoben werden. Die Krankenkasse muss unabhängig und objektiv über den Sachverhalt entscheiden.
3. Gegen den Einspracheentscheid kann beim zuständigen kantonalen Gericht und in weiterer Instanz beim Bundesgericht Beschwerde erhoben werden.
4. Ist Gefahr im Verzug, sind folgende Möglichkeiten zu prüfen:
  - Unmittelbare Rechtsverweigerungs- oder Rechtsverzögerungsbeschwerde beim zuständigen kantonalen Gericht, wenn die Krankenkasse nicht innert nützlicher Frist eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid erlässt (in dringenden Fällen kann von der Krankenkasse u. U. erwartet werden, dass sie innert weniger Tage entscheidet);
  - Antrag auf provisorische oder superprovisorische Massnahmen beim zuständigen kantonalen Gericht: Das Gericht prüft anschliessend die Dringlichkeit, die mutmassliche Rechtslage und die Gefahr eines nicht leicht wieder gutzumachenden Nachteils. Gegebenenfalls ordnet das Gericht eine (super-)provisorische Massnahme an (z. B. vorläufige Übernahme der strittigen Leistungen), bevor es später materiell darüber entscheidet.

Ist und war der ordentliche oder ausserordentliche Rechtsweg nicht möglich, kann grundsätzlich Aufsichtsbeschwerde gegen eine Krankenkasse erhoben werden. Die Aufsichtsbehörde befasste sich im Berichtszeitraum mit rund 30 solcher Aufsichtsbeschwerden. In ungefähr zwei Drittel der Fälle war kein Einschreiten der Aufsichtsbehörde angezeigt (z. B. Verweis der aufsichtsbeschwerdeführenden Person auf den ordentlichen Rechtsweg und/oder an die Ombudsstelle Krankenversicherung, weitere Beobachtung). In rund einem Drittel der Fälle hat die Aufsichtsbehörde bei den betroffenen Versicherern interveniert. Die Interventionen sind unterschiedlich ausgefallen (z. B. Einverlangen von Stellungnahmen [etwa

bezüglich Aufforderung zur Suche einer neuen Hausärztin oder eines neuen Hausarztes], Verpflichtung zur unverzüglichen Behebung namentlich datenschutzrechtlicher Mängel).

Die Aufsichtsbehörde hat im Berichtszeitraum drei BGÖ-Gesuche behandelt, wovon zwei aufgrund zwischenzeitlich veröffentlichter Daten gegenstandslos geworden sind.

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

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

Soweit erforderlich, können Gerichte die Aufsichtsbehörde in Streitsachen zwischen Dritten zu einer Stellungnahme auffordern; meist wird der Aufsichtsbehörde überlassen, ob sie sich äussern will. Im Berichtszeitraum hat die Aufsichtsbehörde in einem Fall eine Vernehmlassung eingereicht.

Die statistische Erfassung der gerichtlichen Beschwerdeverfahren gegen Krankenversicherer (ohne Tarifstreitigkeiten mit Leistungserbringern) zeigt, dass sich ein Grossteil der Beschwerden als unbegründet erweist. So wurden bislang rund 300 Beschwerdeverfahren vor kantonalen und eidgenössischen Gerichten geführt. Davon waren rund 240 nicht erfolgreich (Abweisung, Nichteintreten, Rückzug o. Ä.). Je ungefähr 30 Beschwerden wurden teilweise oder vollumfänglich gutgeheissen. Die der Aufsichtsbehörde eröffneten Urteile werden dahingehend geprüft, ob ein aufsichtsrechtliches Einschreiten angezeigt ist. Dies war 2023 nicht der Fall.

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

# 5 Aufsicht über die Unfallversicherer

## 5.1 Aufsicht über die obligatorische Unfallversicherung im Allgemeinen

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

Auf der Finanzierungsseite prüft das BAG jährlich die Risikogerechtigkeit der Prämientarife, wobei es sich der Risikostatistiken der einzelnen Versicherer (Hausstatistik) sowie der Gesamtrisikostatistik UVG (Gemeinschaftsstatistik) bedient. Ebenso werden die Betriebsrechnungen jährlich geprüft und die Erkenntnisse, gestützt auf eine gemeinsam geführte Kennzahlentabelle mit der FINMA, analysiert. Im Rahmen der koordinierten Aufsicht (Art. 104 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV; SR 832.202) obliegt der FINMA die Solvenzaufsicht über die Privatversicherer. Die Vollzugsaufsicht des BAG beschränkt sich nicht alleine auf alle UVG-Versicherer, sondern bezieht sich ebenso auf die Stiftung Ersatzkasse UVG, die Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung (KSUV) sowie die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS).

In der Gesetzesaufsicht übt das BAG für den Bundesrat gegenüber der Suva die institutionelle Oberaufsicht aus, welche insbesondere die Solvenzaufsicht beinhaltet. Entsprechend prüft das BAG die Jahresrechnung der Suva und stellt dem Bundesrat jährlich Antrag auf Genehmigung. Den Unterlagen zur Genehmigung der Jahresrech-

nung liegt jeweils ein Bericht über die finanzielle Lage der Suva bei, welcher zu den Solvenzanforderungen von Artikel 111 Absatz 4 UVV Stellung nimmt. Im Rahmen der Solvenzaufsicht hat sich das BAG in den letzten Jahren auch mit dem IKS und der Anlagepolitik der Suva auseinandergesetzt und auf Anpassungen hingewirkt. Zudem ist ein regelmässiges Solvenzreporting der Suva eingeführt worden. Analog zu den übrigen Unfallversicherern werden auch die Prämien der Suva geprüft. Im Rahmen der Abnahme der Jahresrechnung hat die Suva dem BAG jeweils die Risikogerechtigkeit der Prämien in jedem Versicherungszweig darzulegen. Im Berichtsjahr hat das BAG insbesondere das Projekt der Suva, im Jahr 2022 überschüssige Prämien wegen tieferer Kosten infolge der Corona-Pandemie zurückzuerstatten, in aufsichtsrechtlicher Hinsicht begleitet.

## 5.2 Betriebsrechnungen

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

Das BAG hat die eingereichten Betriebsrechnungen des Rechnungsjahres 2022 in eine Datenbank eingelesen und daraufhin inhaltlichen Analysen und Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Im Berichtsjahr stand unter anderem die Prüfung der Nachreservierung infolge der vom Bundesrat per 1. Januar 2022 genehmigten Senkung des technischen Zinses auf 1% für alle Renten im Fokus.



# 1%

technischer Zins für alle Renten  
in der Krankenversicherung

Aus den Prüfungshandlungen ergaben sich zahlreiche Rückfragen, deren Klärung im schriftlichen Dialog stattfand. Im Falle von Korrekturbedarf wurden die betroffenen UVG-Versicherer angehalten, die verlangten Anpassungen vorzunehmen und die Betriebsrechnungen erneut einzureichen.

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

### 5.3 Prämientarife

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

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

2023 wurden die für das Versicherungsjahr 2024 eingereichten UVG-Tarife hinsichtlich ihrer Risikogerechtigkeit geprüft. Neben den eingereichten UVG-Tarifen haben die UVG-Versicherer die Möglichkeit, Betriebe ihrem individuellen Risiko entsprechend auf Basis der Schadenhistorie zu tarifieren. Das BAG strebt diesbezüglich laufend Verbesserungen an. Da die Prämien in der Praxis häufig erst zum Zeitpunkt der nächsten Vertragserneuerung angepasst werden und die Risikostatistiken prozessbedingt mit einer zeitlichen Verzögerung beim BAG eintreffen, erstreckt sich das Follow-up von Feststellungen in der Regel über mehrere Jahre.

# 6 Aufsicht über die Militärversicherung

## 6.1 Prämien der beruflich und freiwillig Versicherten

Die im Rahmen des Stabilisierungsprogrammes 2017–2019 per 1. Januar 2018 eingeführten neuen Finanzierungsregeln bestimmen, dass die effektiven Kosten der Militärversicherung für Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten sowie für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten massgebend sind. Das Gesetz hält fest, dass die Prämien für Leistungen bei Krankheit mindestens 80% der Kosten zu decken haben (Art. 66b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung, MVG; SR 833.1). Für den Unfallschutz der bei der freiwilligen Grundversicherung Versicherten wird ein Prämienzuschlag erhoben, der ebenfalls mindestens 80% der unfallbedingten Kosten decken soll (Art. 66c MVG). In einer fünfjährigen Einführungsphase sollte der Kostendeckungsgrad auf mindestens 80% beschränkt und somit auf eine volle Kostendeckung verzichtet werden, um den Prämienanstieg durch die neuen

Finanzierungsregeln in einem vertretbaren Ausmass zu halten. Es ist allerdings vorgesehen, dass der Bundesrat die Erhöhung des Kostendeckungsgrades nach einer Einführungszeit von fünf Jahren prüft. Die Einführungsphase lief Ende 2022 ab und der Bundesrat unterzog die Höhe des Kostendeckungsgrades per 1. Januar 2024 einer Prüfung.

Nach der Überprüfung kam der Bundesrat zu folgendem Schluss: Der Kostendeckungsgrad der Prämien für Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten wurde von schätzungsweise 82,1% (2023) auf 90% und bei der Prämie für den Unfallschutz der freiwillig Versicherten von 67,5% (2023) auf 90% erhöht. Daraus resultieren für das Jahr 2024 monatliche Prämien für Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten von 430 CHF (Art. 28a Abs. 1 der Verordnung über die Militärversicherung, MVV; SR 83311) und für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten von 52 CHF (Art. 28b MVV).

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

Bei der Durchführung der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe ist die GE KVG Verbindungsstelle und aushelfende Trägerin, welche die Leistungsgewährung zulasten der ausländischen Versicherung sicherstellt. Die entsprechenden Zinskosten aufgrund der Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe und die Verwaltungskosten für die Durchführung der Aufgaben, die der Bund der GE KVG übertragen hat (z. B. Aufgaben gegenüber in der Schweiz versicherten Rentnerinnen und Rentnern, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen), beliefen sich für das Jahr 2022 auf insgesamt 2,2 Mio. CHF. Diese Kosten sind im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Mio. CHF angestiegen, unter anderem auch wegen der höheren Zinskosten.

Die GE KVG führt die Prämienverbilligung für die in einem EU-/EFTA-Staat wohnhaften Beziehenden von schweizerischen Renten und ihre Familienangehörige durch. Der Bund gewährt ihnen individuelle Prämienverbilligung, wenn sie in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben und die OKP bei einer schweizerischen Gesellschaft abgeschlossen ist. Um die Prämien

dieser Personen zu verbilligen, hat die GE KVG im Jahr 2022 rund 0,6 Mio. CHF ausbezahlt. Diese Prämienverbilligung erhielten 556 Personen, die Mehrzahl davon in Deutschland (157), Frankreich und Spanien (jeweils 63).



# 556

Personen erhielten Prämienverbilligung in der EU oder EFTA-Staaten.

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.

# 8 Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht

## 8.1 Aufsichtsdaten

Die Datenerhebungen bei den Versicherern liefern grundsätzliche Informationen, die es der Aufsichtsbehörde ermöglichen, die ihr übertragenen Prüfungen zu tätigen und gleichzeitig das breite Publikum anhand von nationalen und regionalen Zahlen aus unterschiedlichen Blickwinkeln über die Entwicklung im Schweizer Gesundheitswesen zu informieren.

Die erhobenen Daten geben Auskunft über die finanzielle Situation der Krankenversicherer und deren Tätigkeiten, Solvenz, Versichertenbestände und Leistungen, um nur einige wichtige Elemente zu nennen. Diese pro Versicherer vorhandenen Daten können auch auf kantonalen oder nationaler Ebene aggregiert werden; so lassen sich zentrale Werte erhalten, wie das Total der Leistungen oder der Versichertenbestände oder auch die Höhe der vereinnahmten Prämien. Diese Daten sind die offizielle Referenz für jegliche Information über die OKP. Ein Grossteil davon wird jährlich vom BAG veröffentlicht (Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, [www.bag.admin.ch/kvstat](http://www.bag.admin.ch/kvstat)). Die detaillierten Daten können auf der Website des BAG oder der Plattform <https://opendata.swiss> heruntergeladen werden.

### Neuerungen in der Individualdatenerhebung

Das BAG erhebt bei den Krankenversicherern anonymisierte Individualdaten. Anhand dieser kann die Aufsichtsbehörde eine Auswertung der Rückversicherungsverträge und eine Analyse der Versicherten mit hohen Kosten in kleinen Kollektiven vornehmen. Die Daten können ausserdem für spezifische Analysen verwendet werden, etwa zu Kostenkonzentration, Versichererwechseln, Verteilung der Franchisen usw. Am 1. Januar 2023 ist das Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (AS 2022 731) in Kraft getreten. Dies erlaubt dem BAG, Individualdaten nach Leistungserbringer und nach Leistungsart zu erheben. Mit diesen neuen Informationen wird das BAG in der Lage sein, ein eigenes Kostenmonitoring zu führen. Da mit den Individualdaten die Leistungsarten nachverfolgt werden können, eröffnen sich den Nutzerinnen und Nutzer dieser Daten neue,

bislang nicht dagewesene Analysemöglichkeiten. Beispielsweise kann künftig die Häufigkeit bestimmter Leistungen im Verlauf der Zeit ausgewertet werden. Die Gesetzesgrundlage gibt dem BAG neu auch den Auftrag, diese Daten der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, wobei die Kriterien der Zweckmässigkeit, der Verhältnismässigkeit und des Datenschutzes sicherzustellen sind. Auch hier eröffnet sich ein neues Betätigungsfeld für all jene, welche in Zusammenhang mit den im Gesetz definierten Zielen Analysen durchführen möchten.

## 8.2 Projekt ISAK Relaunch: Ablösung des bestehenden Informationssystems für die Aufsicht Krankenversicherung

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

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

Mit der Ablösung des derzeitigen ISAK soll dem Prinzip von «Single Source of Truth» verstärkt Rechnung getragen werden. Dadurch werden die Versicherer entlastet, weil die Mehrfachlieferung von Daten vermieden werden kann. Möglichst alle Aufsichtstätigkeiten sollen auf

einem gemeinsamen Datenpool abgestützt werden. Damit wird die Transparenz bei der aufsichtsrechtlichen Beurteilung erhöht.

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

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

Im Jahr 2023 wurde mit einem spezialisierten Entwicklungsteam der Aufbau der neuen Digitalisierungsplattform ISAK initiiert. Diese Plattform entsteht in Übereinstimmung mit den Architekturanforderungen der Stammorganisation und wird als schlanke, moderne Lösung konzipiert, die konsequent auf die Bedürfnisse der zukünftigen Nutzer und Nutzerinnen ausgerichtet ist. Ein externer UX-Designer unterstützt das Projekt dabei, eine intuitive Benutzerführung und hohe Bedienfreundlichkeit sicherzustellen.

Die Einführung der neuen Digitalisierungsplattform eröffnet Optimierungspotenziale. Ziel ist, die Digitalisierung der Geschäftsprozesse – insbesondere die Überwachung der KVG-Versicherer – kontinuierlich zu verbessern. Hierbei wird regelmässig Feedback integriert, das aus direkten Rückmeldungen oder durch User-Journey-Analysen gewonnen wurde.

Für das kommende Jahr ist geplant, externe Anspruchsgruppen wie Krankenversicherer und später auch Kantone stärker einzubeziehen. Dazu wird ein Sounding Board eingerichtet, um frühzeitig konstruktives Feedback zu Design und Prozessabläufen zu erhalten. Generell wird eine intensivere Projektkommunikation angestrebt, um Transparenz zu schaffen und frühzeitige Rückmeldungen zu den zukünftigen Erhebungsprozessen zu fördern.

### 8.3 Versichertenanfragen

Die Aufsichtsbehörde hat im Jahr 2023 rund 2300 schriftliche und rund 1700 mündliche Bürgeranfragen beantwortet.

≈ 4000  
beantwortete Bürgeranfragen



Die Anfragen von Versicherten und anderen Stellen (Behörden, Arbeitgebern, Gemeinden und ausländischen Stellen) sind vielfältig und betreffen schwerpunktmässig internationale Belange wie Fragen zur Unterstellung und Befreiung bei Studierenden, Grenzgängern, Entsandten und Rentnern. Hier fällt auf, dass die Krankenversicherer noch gewisse Unsicherheiten in der Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens bekunden, weshalb sich die Versicherten beim BAG erkundigen, wie die Rechtslage ist.

Ein Anteil der Anfragen betrifft den Zeitpunkt des Versicherungsbeginns bei Einreise in die Schweiz und den Versichererwechsel, wo es zu Problemen kommt (verspätete Kündigung, Ausstände etc.). Speziell in diesem Jahr melden sich viele besorgte Versicherte, die ihre Prämien nicht mehr bezahlen können aufgrund der steigenden Prämien, und wollen vom BAG wissen, ob ihre überdurchschnittliche Prämie korrekt berechnet wurde. Es werden nach wie vor viele Vorschläge gemacht, um die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Auch wird oft eine Einheitskasse mit oder ohne einkommensabhängige Prämien vorgeschlagen.

Der Bundesprämienrechner [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch) wird regen genutzt. Es kursieren jedoch einige potenzielle irreführende Seiten, die beim Suchwort «Priminfo» unter Google auftreten, was die Versicherten verunsichert. Im Newsportal der BAG-Website wird darauf aufmerksam gemacht ([Vorsicht bei Prämienrechnern – Priminfo.ch nutzen! \(admin.ch\)](#)). Zudem wird beim Berechnen der Prämien bemängelt, dass bei der Ausgestaltung gewisser besonderer Versicherungsmodelle wie z. B. Hausarzt- oder HMO-Modelle die Bezeichnungen von z. B. R1, R2 und R3 im Rechner nicht erklärt werden.

Schliesslich wird das Versenden der Prämienübersichten in Papierform von den Versicherten sehr geschätzt.

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

Die Versicherer, die Militärversicherung, die GE KVG, die Armee und die Kantone melden dem BAG quartalsweise die Anzahl der Tests und Arzneimittel und die Beträge, die sie den Leistungserbringern in der Abrechnungsperiode vergütet haben. Die Rechnungsprüfung für die Tests und Arzneimittel erfolgt dabei durch diese Akteure selbst. Sie sind verantwortlich, dass die Leistungen korrekt abgerechnet worden sind. Ab 2023 können nur die Analysen, Probeentnahmen, Selbsttests und Arzneimittel vom Bund übernommen werden, die im Zeitraum zwischen dem 25. Juni 2020 und dem 31. Dezember 2022 durchgeführt bzw. erworben worden sind.

Das BAG plausibilisiert die vierteljährlich eingehenden Erhebungsformulare und stimmt diese mit den Rechnungen ab. Auch in diesem Jahr musste das BAG mehrere Rechnungen zurückweisen und entsprechende Korrekturen anordnen. Die externen Revisionsstellen prüften die Abrechnungen der Testkosten. Dazu haben sie einen Prüfauftrag von den Versicherern und der GE KVG erhalten, welcher mit EXPERTsuisse (Expertenverband für Wirtschaftsprüfung, Steuern und Treuhand) abgesprochen wurde. Das BAG hat diese Berichte 2023 geprüft. Es sind keine wesentlichen Feststellungen aufgetreten. Die Kosten für diese Prüfungen werden durch die Versicherer und die GE KVG getragen.

### Rückforderungsprozess

Besteht der Verdacht, dass Testkosten zu Unrecht in Rechnung gestellt wurden, so kann der Bund diese Testkosten zurückfordern. Daneben besteht die Möglichkeit einer strafrechtlichen Verfolgung. Das BAG hat für die Rückforderung zu Unrecht in Rechnung gestellter Testkosten ein Team zusammengestellt, das sich ausschliesslich mit den Rückforderungen zu Unrecht in Rechnung gestellter Covid-19-Testkosten befasst. Das Team besteht aus externen und internen Fachkräften. Die Juristen und Ökonomen können dabei auf das Know-how und die Erfahrung interner und externer Spezialistinnen und Spezialisten zurückgreifen. Zudem steht das Team in regelmässigem Austausch mit den Versicherern.

Die Überprüfungen des BAG ergaben bisher, dass ein sehr grosser Teil der Leistungserbringer die durchgeführten Covid-19-Tests präzise und diszipliniert abgerechnet hat. Stand Juni 2023 wurden dem BAG bereits rund 19 Mio. CHF rückvergütet. Rund um die Abwicklung von Rechnungen zu Testkosten hat das BAG zudem strafrechtliche Schritte eingeleitet.

## 8.5 Koordination mit dem Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten (EDÖB), der Eidgenössischen Stiftungsaufsicht (ESA) und der FINMA

Das BAG als Aufsichtsbehörde über die soziale Krankenversicherung ist gesetzlich befugt und verpflichtet, anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden Informationen zukommen zu lassen, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen, und ist im Gegenzug auch auf Informationen von anderen Aufsichtsbehörden angewiesen.

Zu diesem Zweck trifft sich die Aufsichtsbehörde BAG zweimal jährlich mit der FINMA sowie einmal jährlich mit der ESA und dem EDÖB. Bei Bedarf ist auch ein Ad-hoc-Austausch vorgesehen. Im Jahr 2023 haben solche insbesondere stattgefunden mit der ESA in Bezug auf die Umstrukturierung von Krankenversicherern in der Rechtsform der Stiftung sowie mit der FINMA in Bezug auf Geschäftsplanänderungen, welche sowohl die OKP als auch die Zusatzversicherungen betroffen haben.

## 8.6 Verwaltungskosten: Arbeitsgruppe mit der FINMA / Leitlinien

Die Interpellation Masshardt mit dem Titel «Keine unlauteren Verhaltensweisen zulasten der Prämienzahlenden» ([22.4074](#)) verlangte im September 2022 vom Bundesrat eine Stellungnahme, welche Massnahmen der Bundesrat zu ergreifen gedenke, um zu verhindern, dass ungerechtfertigte Verwaltungskosten auf die Prämien der Grund- oder Krankenzusatzversicherten überwältzt werden.

Im Nachgang zu dieser Interpellation haben im Herbst 2022 die beiden Aufsichtsbehörden BAG und FINMA eine Arbeitsgruppe gebildet. Das Ziel dieser Arbeitsgruppe war, gemeinsame Grundsätze und Leitprinzipien für die Verwaltungskostenallokation zu entwickeln.

Die beiden Aufsichtsbehörden waren in diesem Jahr in engem Austausch und haben allgemeingültige Grundsätze und Leitprinzipien für die Verwaltungskostenallokation definiert. Diese Vorgaben sollen helfen, Unklarheiten und Unsicherheiten weiter zu reduzieren. BAG und FINMA halten fest, dass die Verwaltungskosten weiterhin verursachergerecht den verschiedenen Bereichen zuzuordnen sind und der Ermessensspielraum der Versicherer nicht einseitig und ungerechtfertigterweise zulasten des einen oder des anderen Versicherungszweigs ausfallen darf. Ein schriftliches und für sachkundige Dritte nachvollziehbares Kostenallokationskonzept, welches dies sicherstellt, muss vorhanden sein.

## 8.7 Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG)

Die OKP garantiert allen Versicherten eine abgestufte einheitliche Prämie, unabhängig von den zu erwartenden Gesundheitskosten aufgrund ihres Alters, Geschlechts oder allfälliger Vorerkrankungen. Der Risikoausgleich wurde eingeführt, um einen finanziellen Ausgleich zwischen Krankenkassen mit unterschiedlich teuren Versichertenbeständen zu schaffen. Damit sollen Anreize für die Krankenversicherer, bestimmte Risiken zu selektieren, verhindert werden.

Zunächst wurde das erhöhte Krankheitsrisiko durch die Morbiditätsindikatoren «Alter» und «Geschlecht» abgebildet, später wurden die Indikatoren «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr» und «Arzneimittelkosten im Vorjahr» hinzugefügt. Der Indikator «Arzneimittelkosten im Vorjahr» wurde ab 2020 durch den Indikator «pharmazeutische Kostengruppen (PCG)» (pharmaceutical cost groups: PCG) ersetzt. Eine PCG umfasst eine Gruppe von Arzneimitteln, die spezifisch für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung verwendet werden, die zu anhaltend hohen Kosten führt. Ziel der Einführung von PCG war es, das Morbiditätsrisiko für chronische Erkrankungen im ambulanten Bereich besser abzubilden.

Nach [Art. 17a KVG](#) ist jeder zusätzlich für den Risikoausgleich eingeführte Indikator einer Wirkungsanalyse zu unterziehen. Zu untersuchen sind hierfür nach [Art. 29](#) der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA, SR 832.112.1) insbesondere die Wirkungen des Risikoausgleichs auf die Anreize zur Risikoselektion, die Unter- oder Überkompensation von bestimmten Gruppen sowie die Prämien der Versicherer. Die technischen Einzelheiten der Untersuchung werden durch das BAG bestimmt, ein wissenschaftliches Institut kann beigezogen werden.

Das BAG hat ein [Projekt](#) gestartet, um die Wirkungsanalyse durchzuführen. Es steht unter der Co-Leitung der Fachsektion Prämien und Solvenzaufsicht sowie der Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Eine Begleitgruppe wurde eingerichtet, um die Interessen der Betroffenen einzubinden: Versicherte (von Selektion betroffen), Versicherer (von finanziellen Auswirkungen betroffen) und Gemeinsame Einrichtung KVG (mit der Ausführung beauftragt).

Das BAG hat den Evaluationsauftrag in Form eines Pflichtenhefts definiert und ein externes Mandat vergeben. Zwischenergebnisse der Evaluation wurden bereits abgenommen und mit der Begleitgruppe diskutiert. Geplant ist das Verfassen einer Stellungnahme zu den Evaluationsergebnissen bzw. der Dokumente im Rahmen der Berichterstattung an das GS-EDI, den Bundesrat und das Parlament. Die Publikation aller Ergebnisse ist für das erste Quartal 2024 vorgesehen.



# 9 Anhänge Rechtsetzung

## 9.1 Rechtsetzung Krankenversicherung

### 9.1.1 Prämien-Entlastungs-Initiative und Änderung des KVG (Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag

Am 29. September 2023 beschloss das Parlament, dem Volk zu empfehlen, die Prämien-Entlastungs-Initiative abzulehnen. Zugleich nahm es eine Änderung des KVG zur Prämienverbilligung als indirekten Gegenvorschlag an. [Weitere Infos](#)

### 9.1.2 Änderung des KVG (Datenaustausch und Risikoausgleich)

Diese Änderung zielt darauf ab, einen Datenaustausch zwischen den Versicherern und den Kantonen einzuführen, um deren Aufgaben zu vereinfachen. Zudem werden Versicherte mit Wohnsitz im Ausland in den Risikoausgleich einbezogen und Versicherte, zu denen die Versicherer seit einer gewissen Zeit keinen Kontakt mehr herstellen konnten, aus dem Risikoausgleich ausgeschlossen. [Weitere Infos](#)

### 9.1.3 Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit

Am 19. Mai 2021 hat der Bundesrat dem Parlament seine Botschaft zu einem Entwurf des Bundesgesetzes über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit überwiesen. Nach diesem Entwurf kann der Bundesrat in der sozialen Krankenversicherung und der Krankenzusatzversicherung die Punkte der Vereinbarung der Versicherer verbindlich erklären, die das Verbot der telefonischen Kaltakquise, die Ausbildung und die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit sowie die Erstellung und Unterzeichnung eines Beratungsprotokolls betreffen. Der Entwurf sieht auch neue aufsichtsrechtliche Massnahmen vor. Die Nichteinhaltung der verbindlich erklärten Punkte der Vereinbarung stellt einen im KVAG und im VAG festgeschriebenen Verstoss dar. Am 7. März 2022 nahm der Nationalrat den Gesetzesentwurf mit einer Änderung an: Die Anforderungen an die Ausbildung und die Entschädigung gelten nicht für Vermittlerinnen und Vermittler, die durch einen Arbeitsvertrag an einen Versicherer gebunden sind. Am 20. September 2022 nahm der Ständerat den Entwurf des Bundesrates an und ergänzte

ihn um die Anhörung der Versicherer vor der Verbindlichkeitserklärung. Am 16. Dezember 2022 hat das Parlament den Entwurf des Bundesrates mit der Ergänzung des Ständerates verabschiedet. Zurzeit bereitet der Bundesrat die Vollzugsbestimmungen vor. Die Verordnung über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit soll die eigentliche Allgemeinverbindlichkeitserklärung beinhalten und die Punkte der Branchenvereinbarung auflisten, die verbindlich erklärt werden. Der Bundesrat kann die Regelung nur für allgemeinverbindlich erklären, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind und die Versicherer ein entsprechendes Gesuch einreichen.

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

Im Mai 2016 reichte der Kanton Thurgau eine Ständesinitiative ein, damit die Kantone sich Verlustscheine für nicht bezahlte Krankenkassenprämien übertragen lassen können. [Weitere Infos](#)

Die Vorlage zur Änderung des KVG wurde auf weitere Themen ausgeweitet. Beispielsweise können die Versicherer Minderjährige künftig nicht mehr für unterlassene Prämienzahlungen ihrer Eltern betreiben und dürfen höchstens zwei Betreibungsverfahren pro Jahr gegen dieselbe versicherte Person einleiten.

Am 18. März 2022 hat das Parlament diese Änderungen des KVG in der Schlussabstimmung angenommen. Die Revision der KVV bezweckt deren Umsetzung und die Regelung des Verfahrens zur Übernahme der Verlustscheine durch die Kantone. Der Bundesrat hat die Bestimmungen der KVV am 22. November 2023 gutgeheissen und das Inkrafttreten festgesetzt.

### 9.1.5 Änderung des KVAG (Teilnahme der Kantone am Prämien genehmigungsverfahren; Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen)

Diese Vorlage soll einerseits die Rolle der Kantone im Prämien genehmigungsverfahren stärken. Künftig können sie sich zu den Prämientarifen für ihr jeweiliges Hoheitsgebiet äussern, bevor diese vom BAG genehmigt wer-

den. Andererseits sieht die Vorlage eine Änderung in Bezug auf den Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen vor: Bei Versicherten, deren Prämie vollständig durch die öffentliche Hand gedeckt ist, wird die Rückerstattung den Kantonen gewährt. Am 24. Mai 2023 schickte der Bundesrat die Änderung des KVAG in Vernehmlassung. Diese dauerte bis zum 14. September 2023.

### **9.1.6 Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Versicherung von inhaftierten Personen)**

Der Bundesrat hat im Zusammenhang mit dem Geschäft «Perspektiven der schweizerischen Drogenpolitik; [Bericht in Erfüllung des Postulats 17.4076 Rechsteiner Paul vom 12. Dezember 2017](#)» am 28. April 2021 den Beschluss gefasst, das EDI bzw. das BAG mit einer Ausdehnung des Krankenversicherungspflichtigen auf alle inhaftierten Personen zur Sicherstellung der medizinischen Gleichbehandlung im Freiheitsentzug zu beauftragen. Es soll dem Bundesrat eine entsprechende Vorlage unterbreiten. Es fand eine Vorkonsultation der GDK und der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) mit den Versichererverbänden statt.

Gemäss der Statistik des Freiheitsentzuges (FHE) des Bundesamts für Statistik (BFS) vom Jahr 2021 sind schätzungsweise ein Drittel aller inhaftierten Personen in der Schweiz, also rund 2000 Personen, nicht über die OKP versichert. Dies liegt daran, dass sie über keinen Wohnsitz in der Schweiz verfügen und somit nicht versicherungspflichtig sind.

Die Vorlage beinhaltet die Einführung einer Versicherungspflicht für inhaftierte Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz. Dadurch erhalten die betroffenen Personen neu Zugang zur OKP. Damit wird die medizinische Gleichbehandlung im Freiheitsentzug sichergestellt. Die Prämie der betroffenen Personen soll primär durch diese selbst getragen werden. Die Kantone können die Prämie der betroffenen Personen gegebenenfalls verbilligen, sofern diese nicht vollständig selber für ihre Prämie aufkommen können und die übrigen Anspruchsvoraussetzungen für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) erfüllen. Gemäss geltendem Recht übernehmen die Kantone die gegen oben nicht begrenzten Leistungskosten. Neu sollen die Kantone lediglich die Prämien der betroffenen Personen verbilligen, sofern dies nötig ist. Die Kosten werden mit dieser Revision berechenbar und gegen oben begrenzt. Des Weiteren trägt der Entwurf dem Umstand der Inhaftierung dieser Personen Rechnung. Es ist vorgesehen, dass die Kantone die freie Wahl der Versicherer sowie die freie Wahl der Versicherungsform

bzw. der Leistungserbringer sämtlicher inhaftierten Personen (unabhängig von ihrem Wohnsitz) einschränken können. Sie werden ermächtigt, auf freiwilliger Basis mit den Krankenversicherern besondere, für inhaftierte Personen zugängliche Versicherungsformen zu vereinbaren.

Das Vernehmlassungsverfahren wurde im November 2023 eröffnet und dauert bis Anfang März 2024.

### **9.1.7 Änderungen der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV): unterjähriger Wechsel und Meldepflicht Ausgleichsbetrag**

Diese Verordnungsänderung bewirkte im «unterjährigen Wechsel», dass Versicherte mehr Freiheiten haben werden. Wenn diese Versicherten in der Versicherung mit wählbaren Franchisen und freier Wahl der Leistungserbringer versichert sind, werden sie unterjährig in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Modelle) wechseln können. Bei der «Meldepflicht Ausgleichsbetrag» werden die Versicherer verpflichtet, den Kantonen den Ausgleichsbetrag des freiwilligen Reserveabbaus zusätzlich zur genehmigten Prämie zu melden. Diese Anpassung ermöglicht den Kantonen, den Ausgleichsbetrag bei der Bemessung der Prämienverbilligung zu berücksichtigen, sofern die kantonale Gesetzgebung dies vorsieht.

Das Vernehmlassungsverfahren wurde am 18. Oktober 2023 eröffnet und dauerte bis am 1. Februar 2024.

### **9.1.8 Abkommen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland (SR 0.831.109.367.2)**

Das Abkommen über soziale Sicherheit zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich (UK) ist am 1. Oktober 2023 in Kraft getreten. Dieses neue Abkommen, das die Sozialversicherungssysteme der beiden Staaten nach dem Brexit koordiniert, wird seit dem 1. November 2021 vorläufig angewendet. Deswegen gelten auch die schweizerischen Gesetzesbestimmungen, welche die EU-Versicherten betreffen, schon ab diesem Zeitpunkt auch für das UK. Die diesbezüglichen Verordnungsbestimmungen wurden auf den 1. Januar 2023 angepasst.

Das Abkommen übernimmt in den grossen Zügen die Regelungen, die unter dem Freizügigkeitsabkommen (FZA) anwendbar waren. Was die Versicherungspflicht anbelangt, gilt das Erwerbortprinzip. Aber die spezifische Regelung, wonach Familienangehörige einer in der Schweiz versicherten Person, welche im UK wohnen, sich im Wohnland versichern müssen, wurde beibehal-

ten. Da das Abkommen mit dem UK keinen Export von Arbeitslosenleistungen vorsieht, ist Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe d KVV nicht mehr auf UK-Staatsangehörige anwendbar. Arbeitslose, die ihren bisherigen Erwerbsstaat verlassen, um sich im anderen Staat niederzulassen, oder arbeitslose Grenzgängerinnen und Grenzgänger müssen sich im Wohnland versichern.

Die Anspruchsbescheinigungen für den Bezug von medizinischen Leistungen im anderen Staat sind die gleichen wie in den Beziehungen mit der EU/EFTA (EKVK, Bescheinigung S1 und S2). Die Versicherten des nationalen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) legen für notwendige Behandlungen in der Schweiz die «UK Global Health Insurance Card» (GHIC) vor; ein Muster der GHIC ist auf der Website der GE KVG aufgeschaltet: [www.kvg.org](http://www.kvg.org) >> *Leistungserbringer* >> *Anspruchsnachweis*. Der Datenaustausch erfolgt grundsätzlich, wie dies auch im Verhältnis zu den EU-Staaten gehandhabt wird, via das System EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information).

#### **9.1.9 Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1)**

Am 30. August 2023 hat der Bundesrat eine Änderung der VORA verabschiedet. Die Verordnungsänderung ermächtigt die GE KVG, die Gesamtmarktstatistik über den Risikoausgleich mit zusätzlichen Informationen zu ergänzen. Dies erlaubt es den Versicherern, den Risikoausgleich besser zu schätzen und die Prämien der OKP noch angemessener zu berechnen. Neu werden in der Statistik auch Angaben nach Kantonen zur Anzahl der Versicherten, die bei zwei oder mehr Versicherern im Bestand geführt werden, publiziert. Dies wird die Arbeiten der Kantone im Zusammenhang mit der Übernahme von Forderungen aus Verlustscheinen erleichtern. Die Änderung trat am 1. Januar 2024 in Kraft.

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

Der medizinische Fortschritt führt jedes Jahr zu zahlreichen Änderungen in der Spezialitätenliste (SL). Die PCG-Liste im Anhang der VORA-EDI muss daher mit den neuen Arzneimitteln der SL aktualisiert werden. Die Änderung der VORA-EDI wurde am 17. Februar 2023 beschlossen und ist am 1. April 2023 in Kraft getreten.

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

Der Anhang 1 der Verordnung des EDI über die Prämienregionen wurde aufgrund diverser Gemeindefusionen revidiert (AS 2023 494, [SR 832.106 – Verordnung des EDI vom 15. März 2022 über die Prämienregionen \(admin.ch\)](#)). Sie erfasst die Aktualisierung der Gemeinden im Anhang gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des BFS. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Ende Juni 2023 genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2023 oder per 1. Januar 2024 in Kraft getreten sind. Die Anpassungen des Anhangs 1 sind per 1.1.2024 in Kraft getreten.

#### **9.1.12 Verordnung des EDI über die Preisniveauidizes und die Durchschnittsprämien 2024 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 Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen (VPVKEU; SR 832.112.5), muss das EDI jedes Jahr den Umrechnungsfaktor für den Kaufkraftunterschied zwischen der Schweiz und dem Wohnland des Rentners oder der Rentnerin sowie die Durchschnittsprämien für die Schweizer Versicherung in den Staaten des EU-/EFTA-Raums und im UK bestimmen, damit der Anspruch auf Prämienverbilligungen ermittelt werden kann. Die Durchschnittsprämien sind jene der Grundversicherung (mit einheitlicher Franchise von 300 CHF und Unfalldeckung). Die Preisniveauidizes stammen ihrerseits aus den Eurostat-Statistiken (Kaufkraftparitäten / Preisniveauidizes / Konsumausgaben der privaten Haushalte). Die GE KVG regelt die Prämienverbilligung für die Rentnerinnen und Rentner. Die Kantone stützen sich bei der Prämienverbilligung für Grenzgängerinnen und Grenzgänger ebenfalls auf diese Werte. Die Verordnung des EDI vom 29. November 2023 ist am 1. Januar 2024 in Kraft getreten.

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

Nach Artikel 50 Absatz 1 KVAV legt das BAG die anwendbare Fassung der Bestimmungen der Stiftung für Fachempfehlungen zur Rechnungslegung (Swiss GAAP FER) fest.

Dies erfolgt über die Verordnung des BAG über Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung, in deren Artikel 1 die anwendbare Fassung der Swiss GAAP FER festgehalten ist.

Die Stiftung für Fachempfehlungen zur Rechnungslegung hat eine überarbeitete Neuauflage der Empfehlungen veröffentlicht, die am 1. Januar 2023 in Kraft getreten ist. In der Verordnung des BAG muss daher das entsprechende Datum aktualisiert werden.

Diese Änderung trat am 1. Januar 2024 in Kraft.

## 9.2 Rechtsetzung Unfallversicherung

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

Artikel 2 Absatz 1 UVV wird mit einer zusätzlichen Ausnahme von der Versicherungspflicht ergänzt. Dabei sollen Sportvereine und ähnliche Organisationen im Bereich des Sports von der UVG-Pflicht ausgenommen werden, wenn ihre Sportlerinnen und Sportler sowie Trainerinnen und Trainer ein Einkommen von zwei Dritteln der jährlichen AHV-Minimalrente oder weniger erhalten. Diese Ausnahme kommt nur zum Tragen, wenn sämtliche in diesen Funktionen tätigen Personen ein Einkommen unter dieser Limite erzielen. Sobald eine Sportlerin, ein Sportler oder eine Trainerin, ein Trainer ein Einkommen generiert, welches diese Summe übersteigt, sind alle Personen in diesen Funktionen zu versichern. Wer eine andere Tätigkeit für den Sportverein oder die ähnliche Organisation im Bereich des Sports ausübt (zum Beispiel Administrativ- oder Servicepersonal, Reinigungskräfte) bleibt in jedem Fall der UVG-Pflicht unterstellt.

Diese Ausnahme wird geschaffen, um Vereine des Breitensports und ähnliche Organisationen im Bereich des Sports finanziell zu entlasten. Deren UVG-Prämien sind aufgrund des erhöhten Verletzungsrisikos und der oft teuren Sportverletzungen regelmässig sehr hoch.

Die Änderung der UVV tritt am 1. Juli 2024 in Kraft.

### 9.2.2 Motion Darbellay

Am 15. September 2023 eröffnete der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des UVG zur Umsetzung der Motion 11.3811 Darbellay «Rechtslücke in der Unfallversicherung schliessen». Diese Änderung soll sicherstellen, dass Taggelder auch in solchen Fällen bezahlt werden, in denen die Arbeitsunfähigkeit durch Rückfälle oder Spätfolgen einer Verletzung begründet

ist, welche die versicherte Person im Jugendalter erlitten hat. Die Vorlage sieht vor, Artikel 8 UVG mit einem Absatz 3 zu ergänzen, wonach Rückfälle und Spätfolgen im Zusammenhang mit einem Unfall, der nicht durch das UVG versichert war und sich vor Vollendung des 25. Altersjahres ereignet hat, ebenfalls als Nichtberufsunfälle gelten. Zugleich soll Artikel 16 UVG mit einem neuen Absatz 2bis ergänzt werden. Dieser sieht vor, dass die vorangehend erwähnten Rückfälle und Spätfolgen einen Anspruch auf Taggeld nach Artikel 16 UVG begründen. Diese neue Bestimmung regelt auch, wie der Anspruch auf Taggeld konkret ausgestaltet wird. Namentlich sieht sie vor, dass der Anspruch befristet ist und spätestens 720 Tage nach seiner Entstehung erlischt. Das auf die neue Bestimmung zurückgehende Taggeld ist subsidiär zu allen anderen Arten von Erwerbsausfallentschädigungen. Es wird nur ausgerichtet, wenn die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers erlischt und die Person keinen Anspruch auf ein Taggeld einer Erwerbsausfallversicherung mehr hat. Dieses neue Risiko zulasten der Versicherer wird über eine geringfügige Anpassung der Prämien erfolgen, welche von Gesetzes wegen risikogerecht sein müssen. Mit dieser Lösung wird das mit der Motion verfolgte Ziel erreicht. Die Vernehmlassung dauerte vom 15. September bis zum 15. Dezember 2023. Im Herbst 2024 soll dem Parlament eine Botschaft vorgelegt werden.

### 9.2.3 Kranverordnung (SR 832.312.15)

Der Bundesrat hat am 16. Juni 2023 Anpassungen in der Kranverordnung beschlossen. Angepasst werden die Artikel 5 und 6 der Kranverordnung. Neu sollen Arbeitnehmende im Anschlagen von Lasten wie auch für die Bedienung des Krans nicht nur angeleitet, sondern für diese Tätigkeit ausgebildet werden. Mit der Anpassung dieser beiden Artikel steht die Kranverordnung wieder im Einklang mit dem Stand der Technik und der heute gelebten Praxis. Zudem werden mit der Anpassung dieser beiden Artikel Klarheit und Rechtssicherheit geschaffen. Die Anpassungen in der Kranverordnung sind am 1. September 2023 in Kraft getreten.

## 9.3 Rechtsetzung Militärversicherung

### 9.3.1 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 2024 auf monatlich 430 CHF und für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten auf monatlich 52 CHF (Art. 28a Abs. 1 und Art. 28b MVV).



# 10 Bundesratsbericht

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

Der Bundesrat verabschiedete den [Schlussbericht](#) an seiner Sitzung vom 21. Juni 2023. Darin wurden die Ergebnisse der vorangegangenen Zwischenberichte für die Jahre 2020 und 2021 zusammengefasst und mit den Zahlen des Jahres 2022 sowie mit Angaben zu den Kosten der Kantone ergänzt.

Beim Kostenträger Bund machten, neben der Beschaffung von medizinischen Gütern und dem Einsatz von Armeemangehörigen, vor allem die Ausgaben für Sars-CoV-2-Analysen (Testkosten) den grössten Anteil aus.

Bei den Kantonen wie auch bei den Krankenversicherern sind die höchsten Kosten für die stationären Behandlungen von Covid-19-Patienten und -Patientinnen angefallen. Daneben sind grosse Ausgaben bei den Kantonen für

die Bereitstellung von Kapazitäten in den Spitälern und die Impfung sowie Testung der Bevölkerung festgestellt worden. Die Krankenversicherer haben sich neben den Behandlungen auch an den Impf- und Testkosten beteiligt.

Ein Grossteil der pandemiebedingten Kosten wurde von den erwähnten Kostenträgern übernommen. Die Versicherten haben sich jedoch teilweise über ihre Franchise und den Selbstbehalt ebenfalls an den Kosten beteiligt. Diese Kosten sind nicht quantifizierbar.

Im betrachteten Zeitraum sind bei allen Kostenträgern die grössten Beträge im Jahr 2021 angefallen. Eine Ausnahme ist bei den stationären Behandlungen von Covid-19-Patienten zu beobachten: Sie stiegen im betrachteten Zeitraum stetig an.

Übersicht der direkten pandemiebedingten Gesundheitskosten in den Jahren 2020 bis 2022 nach Kostenträger (in Mio. CHF):

Kostenträger und Kostenart	2020	2021	2022	2020-2022
<b>Bund</b>				
Beschaffung von medizinischen Gütern (inkl. Rückzahlungen)	576	613	537	1 726
Analysen auf Sars-CoV-2 (inkl. Rückstellungen)	417	2 279	324	3 020
Einsatz von Armeemangehörigen	n/a	n/a	n/a	160
<b>Kantone</b>				
Stationäre Behandlungen	284-335	341-404	372-432	997-1 171
Bereitstellung von spezifischen Kapazitäten in den Spitälern	323-580	204-315	43	570-938
Impfung der Bevölkerung	5	304	104	413
Beschaffung, Weiterverteilung und Abgabe medizinische Güter	97	18	1	116
Analysen auf Sars-CoV-2	31	66	38	135
Restfinanzierung Pflegeleistungen	56	36	2 *	94
<b>Krankenversicherer</b>				
Analysen auf Sars-CoV-2	48	–	–	48
Impfkosten	–	264	116	380
Stationäre Behandlungen	233-274	279-330	304-354	816-958
<b>Andere Sozialversicherungen (UV, MV)</b>				
Unfallversicherung	15	30	–**	45
Militärversicherung	0,4	2	1,4	3,8

\*Die Kosten bei der Pflege zu Hause 2022 waren zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht bekannt.

\*\*Für das Jahr 2022 liegen noch keine aktualisierten Zahlen vor.

# 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.

## **Compliance**

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

## **Corporate Governance**

Corporate Governance ist die Gesamtheit der auf das nachhaltige Unternehmensinteresse ausgerichteten Grundsätze, die unter Wahrung von Entscheidungsfähigkeit und Effizienz auf der obersten Unternehmensebene Transparenz und ein ausgewogenes Verhältnis von Leitung und Aufsicht anstreben. Unternehmerische Tätigkeit ist nachhaltig, wenn dabei die Interessen der verschiedenen Anspruchsgruppen im Unternehmen berücksichtigt und wirtschaftliche, soziale sowie ökologische Ziele ganzheitlich angestrebt werden.

## **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.

## **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.

# 12 Abkürzungsverzeichnis

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>BAGSAN</b>	BAG-Statistik auf Basis von anonymisierten Versichertendaten
<b>BCM</b>	Business Continuity Management
<b>BGÖ</b>	Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (SR 152.3)
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Innern
<b>EDÖB</b>	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter
<b>EESSI</b>	Electronic Exchange of Social Security Information
<b>EFTA</b>	Europäische Freihandelsassoziation
<b>EKAS</b>	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
<b>EVKV</b>	Europäische Krankenversicherungskarte
<b>ESA</b>	Eidgenössische Stiftungsaufsicht
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>EXPERTsuisse</b>	Expertenverband für Wirtschaftsprüfung, Steuern und Treuhand
<b>FED</b>	Federal Reserve
<b>FINMA</b>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
<b>FZA</b>	Freizügigkeitsabkommen
<b>GebV</b>	Gebundenes Vermögen
<b>GDK</b>	Gesundheitsdirektorenkonferenz
<b>GE KVG</b>	Gemeinsame Einrichtung KVG
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization
<b>IKS</b>	Internes Kontrollsystem
<b>Ip</b>	Interpellation
<b>ISAK</b>	Informationssystem Aufsicht Krankenversicherung
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>KOF</b>	Konjunkturforschungsstelle
<b>KSUV</b>	Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung
<b>KV</b>	Krankenversicherung
<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>LIK</b>	Landesindex der Konsumentenpreise
<b>MOKKE</b>	Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung
<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>SNAP</b>	Swiss National Action Plan
<b>SNB</b>	Schweizerische Nationalbank
<b>SR</b>	Systematische Sammlung des Bundesrechts
<b>SST</b>	Swiss Solvency Test
<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>VAD</b>	Vertrauensärztlicher Dienst
<b>VORA</b>	Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (SR 832.112.1)
<b>WZW</b>	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

