

Tätigkeitsbericht 2024

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@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch/krankenversicherung

Publikationszeitpunkt

Februar 2025

Bestelladresse

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
Bestellnummer: 316.929.d

Sprachversionen

Diese Publikation ist in deutscher und französischer Sprache verfügbar.

Digitale Version

Alle Sprachversionen dieser Publikation stehen als PDF unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/taetigkeitsberichte/taetigkeitsbericht-aufsicht-soziale-kranken-und-unfallversicherung.html> zur Verfügung.

Grafische Konzeption und Satz

diff. Kommunikation AG, Bern

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	6
2	Rechtliche Grundlagen	7
2.1	Aufsicht über die Krankenversicherung	7
2.2	Aufsicht über die Unfallversicherung	7
2.3	Aufsicht über die Militärversicherung	7
3	Aufsicht über die Krankenversicherer	8
3.1	Intensive Aufsicht	8
3.2	KVG-Solvenztest 2024	8
3.3	Genehmigung der Prämien 2025	9
3.4	Analyse, Monitoring und Transparenz der Verwaltungskosten	12
3.5	Prüfung des gebundenen Vermögens und des internen Kontrollsystems (IKS) durch die externe Revisionsstelle	13
3.6	Rückversicherung im KVG	14
3.7	Corporate Governance	14
3.8	Audit	15
3.9	Rechtsaufsicht und BGÖ	16
4	Aufsicht über die Unfallversicherer	19
4.1	Betriebsrechnungen	19
4.2	Prämientarife	19
5	Aufsicht über die Militärversicherung	20
5.1	Prämien der beruflich und freiwillig Versicherten	20
6	Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)	21

7	Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht	22
7.1	Aufsichtsdaten	22
7.2	Projekt ISAK Relaunch: Ablösung des bestehenden Informationssystems für die Aufsicht Krankenversicherung	22
7.3	Versichertenanfragen	23
7.4	Koordination mit dem Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten EDÖB, der Eidgenössischen Stiftungsaufsicht ESA und der FINMA.....	23
7.5	Überarbeitung intensive Aufsicht.....	24
7.6	Überarbeitung des KVG-Solvenztests	24
8	Anhänge Rechtsetzung	26
8.1	Rechtsetzung Krankenversicherung	26
8.2	Rechtsetzung Unfallversicherung.....	28
8.3	Rechtsetzung Militärversicherung.....	30
9	Glossar	32
10	Abkürzungsverzeichnis	33



1 Vorwort

Das Umfeld der Versicherungsaufsicht wird weiterhin von überdurchschnittlich steigenden Gesundheitsausgaben geprägt. Die Krankenversicherer wiesen im Geschäftsjahr 2023 zum dritten Mal in Folge einen Verlust aus dem Versicherungsgeschäft aus. Über alle Versicherer beläuft sich dieser auf fast 2 Mia. CHF. Positive Kapitalerträge konnten den Verlust teilweise kompensieren.

Die Reserven sind weiter gesunken

Die Reserven über alle Krankenversicherer sind von 8,5 Mia. CHF per Anfang 2023 auf 7,3 Mia. CHF per Anfang 2024 gesunken. Die Verluste wurden vollständig durch die Reserven aufgefangen. Die Solvenzquote über alle Krankenversicherer ist von etwa 130% auf rund 120% gesunken. Insgesamt verfügen die Krankenversicherer weiterhin über ausreichende Reserven. Einzelne Versicherer erreichten 2024 die Mindestanforderungen an die Reserven jedoch nicht mehr und mussten entsprechende Massnahmen ergreifen, um die gesetzlichen Vorgaben wieder einhalten zu können.

Die Prämien folgen den Kosten

Der Prämienanstieg von durchschnittlich 6,0% per 2025 erklärt sich durch das Kostenwachstum in der Krankenversicherung. Denn die Prämien folgen den Kosten. Nachdem die Kosten mit 4,6% bereits 2023 stärker gestiegen sind als im langjährigen Durchschnitt, bleibt der Kostenanstieg weiterhin auf hohem Niveau. In den ersten neun Monaten 2024 betrug das Wachstum verglichen mit dem Vorjahreszeitraum weiterhin hohe 4,4% pro Person. Alle Kostengruppen (ambulante Behandlungen in Arztpraxen und Spitälern, stationäre Spitalbehandlungen, Medikamente, Pflegeheime usw.) trugen zum Kostenanstieg bei. Seit 2024 machen sich zunehmend die Folgen der Teuerung bemerkbar. Diese wirken sich im Gesundheitswesen immer mit einer gewissen Verzögerung aus, da es keine automatische Anpassung der Tarife gibt, sondern diese jeweils zwischen den Tarifpartnern verhandelt werden müssen.

Überarbeitung aufsichtsrechtlicher Instrumente

Das BAG identifiziert die Krankenversicherer, bei denen sich potenzielle finanzielle Schwierigkeiten abzeichnen, und überwacht sie im Rahmen der intensiven Aufsicht. Um möglichst frühzeitig reagieren zu können, wurde der Prozess zur Auswahl der enger überwachten Versicherer überarbeitet. Die betroffenen Krankenversicherer konnten Anfang 2024 kontaktiert werden, um ihre finanzielle Lage sowie mögliche Massnahmen frühzeitig zu besprechen.

Der KVG-Solvenztest ist ein zentrales Aufsichtsinstrument, das sich am Swiss Solvency Test (SST) der FINMA orientiert. Das BAG überprüft regelmässig, ob die Risiken durch das verwendete Modell angemessen abgebildet werden. Im Jahr 2024 wurden Anpassungen erarbeitet. Das BAG hat dabei auch auf externe Experten zurückgegriffen und zusammen mit den Versicherern einen Feldtest durchgeführt, um die Auswirkungen der geplanten Überarbeitung im Detail prüfen zu können. 2025 tritt der überarbeitete KVG-Solvenztest in Kraft. Die Solvenzberechnung konnte an einigen Stellen stark vereinfacht werden, ohne dabei an Aussagekraft zu verlieren. Damit konnte auch eine Aufwandreduktion bei den Krankenversicherern erreicht werden.

Philipp Muri
Leiter der Abteilung Versicherungsaufsicht

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 KVG (GE KVG) gestützt auf das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) sowie die Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV; SR 832.121). Dabei verfolgt die Aufsichtsbehörde das Ziel, die Versicherten vor Missbräuchen zu schützen und die Solvenz der Krankenversicherer zu gewährleisten. Nebst den Finanzierungsvorschriften und den Vorgaben zur Prämien genehmigung beinhalten das KVAG und die KVAV namentlich auch Vorgaben zur einwandfreien Geschäftsführung, zum Risikomanagement, zu den internen Kontrollen und zur externen Revisionsstelle, welche die Krankenversicherer zu erfüllen haben und die von der Aufsichtsbehörde geprüft werden.

2.2 Aufsicht über die Unfallversicherung

In der obligatorischen Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) ist zwischen der Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung, der sogenannten Gesetzes- oder Vollzugsaufsicht, und der Aufsicht über die Geschäftsführung und die Solvenz, der sogenannten institutionellen Aufsicht, zu unterscheiden. Bei allen Versicherungsgesellschaften, die das UVG anbieten, hat das BAG die Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung. Dies gilt für Privatversicherer, die Suva und die öffentlichen Unfallversicherer.

Bei den Privatversicherern obliegt die institutionelle Aufsicht der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA). BAG und FINMA haben die Aufsicht zu koordinieren. Der Bundesrat hat die institutionelle Oberaufsicht über die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (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 Krankenversicherern gemäss KVAG obliegen die Gesetzesaufsicht und die institutionelle Aufsicht dem BAG.

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 Aufsicht über die Krankenversicherer

3.1 Intensive Aufsicht

Das BAG überwacht die finanzielle Situation der Krankenversicherer. Zum Schutz der Versicherten und um sicherzustellen, dass die Geschäftsleitung der betreffenden Krankenversicherer Massnahmen ergreift, verfügt die Aufsichtsbehörde über das Instrument der intensiven Aufsicht. Dieses erlaubt, besondere Situationen schnell zu identifizieren und Krankenversicherer engmaschig zu überwachen. Es ergänzt die regelmässige Berichterstattung der Krankenversicherer sowie die Pflicht zur Meldung wesentlicher Vorkommnisse gegenüber der Aufsicht gemäss Art. 35 Abs. 3 KVAG.

Zu Jahresbeginn wird die aktuelle Situation der Krankenversicherer u.a. anhand der provisorischen Jahresrechnung und der Bestandsentwicklung begutachtet. Aufgrund dieser Beurteilung oder später eintreffender, weiterer Informationen werden die Krankenversicherer, deren Risikoexposition als hoch eingestuft wird, verpflichtet, der Aufsichtsbehörde periodisch Bericht zu erstatten (Reporting).

Das Instrument der intensiven Aufsicht ersetzt das Interventionskonzept, das bis 2023 das gleichwertige Instrument war (siehe dazu [Abschnitt 7.5](#)). Zum einen wurde der Prozess beschleunigt und flexibler gestaltet, was eine schnellere Kommunikation mit den Krankenversicherern ermöglicht. Zum anderen wurde das Reporting aktualisiert und bietet einen besseren Überblick über die Situation der Krankenversicherer, insbesondere die Entwicklung der Liquidität und die Ergebniserwartungen für das laufende Jahr.

Die intensive Aufsicht des BAG umfasst vier Kategorien zur Einstufung der Krankenversicherer. Zur ersten Kategorie (grün) gehören die Krankenversicherer, bei denen die Aufsicht keine Auffälligkeiten bei den Risiken identifiziert hat. Die anderen Kategorien (gelb, orange, rot) beinhalten als Folge des Reportings und je nach Höhe der Risikoexposition eine Stellungnahme bzw. eine einmalige, monatliche oder vierteljährliche Datenübermittlung. Die letzte Kategorie (rot) umfasst die Krankenversicherer, denen eine Insolvenz droht.

Das BAG teilte den betroffenen Krankenversicherern die Ergebnisse seiner Beurteilung mit. Es informierte sie über festgestellte Schwachstellen und die damit verbundenen Anforderungen und bat sie um eine Stellungnahme. 2024 wurden acht Versicherer in die Kategorie gelb eingestuft, drei Krankenversicherer in die Kategorie orange und keiner in die Kategorie rot.



11

Versicherer wurden in der intensiven Aufsicht überwacht

Alle betroffenen Krankenversicherer lieferten die geforderten Daten, erläuterten ihre Einschätzungen und die ergriffenen Massnahmen, wenn notwendig. In einem der Fälle wurde eine unterjährige Prämienhöhung verfügt und auf der BAG-Seite unter der Rubrik [Aufsichtsrechtliche Massnahmen](#) publiziert. Die Aufsicht beurteilte die Massnahmen der anderen Krankenversicherer als zielführend und beendete wo möglich die zusätzlichen Berichtspflichten oder setzte die Frequenz der Berichterstattung herab.

3.2 KVG-Solvenztest 2024

Die Krankenversicherer müssen zum Schutz der Versicherten vor Zahlungsunfähigkeit des Krankenversicherers ausreichend Reserven bilden. Diese werden aus den Gewinnen finanziert und gleichen Jahre mit Verlusten aus. So bleiben alle Prämiegelder im System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Um die finanzielle Lage eines Krankenversicherers einschätzen zu können, gibt es seit 2012 den KVG-Solvenztest. Das ist ein etablierter Standard im Finanz- und Versicherungswesen. Der KVG-Solvenztest ist angelehnt an den Swiss Solvency Test (SST) der FINMA. Im KVG-Solvenztest wird geprüft, ob ein Krankenversicherer 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 Krankenversicherer 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 hat die Berechnungen und Berichte der Krankenversicherer zum KVG-Solvenztest 2024 geprüft. Die Aufsichtsbehörde verlangte im Zuge der Prüfung einige Zusatzinformationen sowie die Einreichung des Aktuarberichts VAG für gemischte Krankenversicherer.

Die Solvenzquoten, die Mindesthöhen der Reserven für das Jahr 2024 und die vorhandenen Reserven am 1. Januar 2024 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 Krankenversicherer mit ungenügender Solvenz nach Jahr dargestellt:

Jahr	2016	2017	2018
Anzahl Versicherer insgesamt	63	59	57
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	14	6	2

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

Jahr	2022	2023	2024
Anzahl Versicherer insgesamt	50	49	44
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	0	7	11

Die Methodik des KVG-Solvenztests wird periodisch geprüft. Im Rahmen eines externen Mandats wurden Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet, um das Modell den aktuellen Bedürfnissen und Marktgegebenheiten anzugleichen. Die von der Aufsicht auf dieser Basis erarbeiteten Vorschläge zur Überarbeitung der Szenarien wurden mit der Fachgruppe Krankenversicherung der Schweizerischen Aktuarvereinigung diskutiert. Im Jahr 2024 wurde ein Feldtest durchgeführt, mit dem die Krankenversicherer die Auswirkungen auf ihre Berechnungen überprüfen konnten. Die Teilnahme am Feldtest war freiwillig. Viele Krankenversicherer haben daran teilgenommen. Der Bericht über den Feldtest und die daraus resultierenden Änderungen des Modells ist seit Anfang Dezember auf www.bag.admin.ch/solvenztest verfügbar.

Die Verbesserungen des KVG-Solvenztests wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2025 eingeführt.

3.3 Genehmigung der Prämien 2025

Grundlagen

Die Prämien der Krankenversicherer müssen die gesetzlichen Bestimmungen einhalten. Die Krankenversicherer 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 Schweizer Versicherte, für Versicherte mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA, 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 Krankenversicherer über ausreichend hohe Reserven verfügen, um die Risiken von unerwarteten Entwicklungen decken zu können.

Die durchschnittliche Prämienerrhöhung von 2019 bis 2025 lag bei 3,2% pro Jahr.

Die mittlere Prämie wird im Jahr 2025 im Vergleich zu 2024 um 6,0% ansteigen. Hauptgrund des hohen Prämienanstiegs ist der starke Anstieg der Gesundheitskosten. Denn die Prämien sind das Spiegelbild der Kosten. Im ersten Halbjahr 2024 sind die Kosten verglichen mit dem ersten Halbjahr 2023 um 4,1% gestiegen. Für das gesamte Jahr 2024 erwarten die Krankenversicherer einen Anstieg der den Prämien zugrunde liegenden Kosten von 3,7% und für 2025 wird ein weiteres Kostenwachstum von 4,2% erwartet.

Diese starke Kostenzunahme ist auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen:

- Neue Medikamente und Behandlungsmöglichkeiten sowie allgemein eine Zunahme der nachgefragten Gesundheitsleistungen.
- Verlagerung von stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich, der zu 100% durch Prämien finanziert wird.

- Andere Ursachen wie Alterung der Gesellschaft. Der Demografie-Effekt wurde in einem Faktenblatt näher beleuchtet ([Krankenversicherung: Prämienvergleich](#)).

Ein weiterer Faktor ist die Teuerung. Die Vergütung der Leistungserbringer ist durch vereinbarte oder festgesetzte Tarife fixiert. Eine allgemeine Teuerung, z. B. durch ein Anziehen der Energiepreise oder höhere Löhne, wirkt sich erst dann aus, wenn die Tarife angepasst werden. Daher schlägt sich die allgemeine Teuerung grundsätzlich erst mit einer gewissen Verzögerung nieder und muss für die Festlegung der Prämien frühzeitig berücksichtigt werden. Im Vergleich zu früheren Jahren sind vermehrt starke und bestrittene Tarifierungen zu beobachten. Es besteht eine erhöhte Schätzunsicherheit bei der Festlegung der Prämien. Das BAG hat daher eine Erhebung bei den Kantonen durchgeführt und die Angaben ausgewertet.

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"> – Information der Versicherer – Einholen einer Kostenprognose – Vorbereiten der Systeme für den Datenaustausch 	<ul style="list-style-type: none"> – Datenanalyse – Schätzungen der Leistungen, des Risikoausgleichs, der Verwaltungskosten etc. – Berücksichtigung der Solvenz – Eingabe der Prämientarife (~ 250 000) 	<ul style="list-style-type: none"> – Plausibilisierung – Kostendeckung – Gleichbehandlung der Kantone – Rabatte, Modelle – Rückstellungen – Risikoausgleich – Berücksichtigung der Solvenz – Anpassungen – Genehmigung 	<ul style="list-style-type: none"> – Medienkonferenz – Priminfo – Open Government Data – Anwendung der genehmigten Prämien durch die Versicherer
Einbezug der Kantone			
<ul style="list-style-type: none"> – Information der Kantone – Austausch zwischen BAG und Kantonen zur Kostenprognose 	<ul style="list-style-type: none"> – BAG holt Meinung der Kantone zur Kostenprognose ein – Kantone erhalten die erste Eingabe der Versicherer 	<ul style="list-style-type: none"> – Kantone geben Stellungnahme ab – BAG verwendet Stellungnahme und informiert über Verwendung 	<ul style="list-style-type: none"> – Austausch vor der Medienkonferenz – Rückblick auf die Prämienrunde mit den Kantonen

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 Krankenversicherer berechnet. Dabei müssen sie neben den Schätzungen der Leistungen verschiedene Parameter mit einbeziehen wie Bestandesbewegungen, Risikoausgleich, Rückstellungen oder Verwaltungskosten.

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 Krankenversicherer 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 Krankenversicherung 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 Krankenversicherer zu den Prämien in einer umfangreichen Datenlieferung. Es handelt sich dabei um Bestandeszahlen, Kosten- sowie Risikoausgleichsentwicklungen und Budgets je Krankenversicherer 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 Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) einen Rückblick auf die Prämien genehmigung.

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

Ergebnisse der Prüfungen

Die Krankenversicherer reichten dem BAG per 31. Juli 2024 die Prämien für das Jahr 2025 zusammen mit Hochrechnungen der Kosten und Angaben zur Anzahl der Versicherten zur Genehmigung ein.

Aufgrund von Kostenprognosen, Erfahrungswerten und Vergleichen zwischen Krankenversicherern hat das BAG die eingegebenen Hochrechnungen und Budgets für die Geschäftsjahre 2024 und 2025 plausibilisiert.

Im Bereich der OKP für in der Schweiz wohnhafte Versicherte wurden von 42 Krankenversicherern 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 33 000 Prämien nach oben und knapp 49 000 Prämien nach unten angepasst. 144 000 Prämien konnten ohne Anpassungen genehmigt werden. Die Krankenversicherer sind im Durchschnitt in etwa 20 Kantonen tätig. Einige Krankenversicherer bieten zusätzlich eine EU-/EFTA-/UK-Krankenversicherung an, einige bieten ausschliesslich die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG an. Insgesamt waren somit die Prämien für über 800 Risikokollektive zu prüfen.

 **250 000+**
Prämientarife
wurden genehmigt

Basierend auf der individuellen Situation des Krankenversicherers schätzt das BAG die Combined Ratio, das heisst das Verhältnis von Ausgaben zu Einnahmen, welche die Krankenversicherer im kommenden Jahr erzielen. Der Krankenversicherer 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 2025 konnten jedoch nur wenige Krankenversicherer die Kapitalerträge in die Prämienberechnung mit einbeziehen. Das lag hauptsächlich an den gesunkenen Reserven.

 **800+**
Risikokollektive wurden geprüft

Mit der im Jahr 2021 revidierten KVAV haben die Krankenversicherer die Möglichkeit, die Prämien knapp zu kalkulieren, um allfällig zu hohe Reserven abzubauen. Das BAG stellt dabei unter anderem sicher, dass das Instrument der knappen Prämienkalkulation einheitlich auf das gesamte Tätigkeitsgebiet des Krankenversicherers angewendet wird. Die Krankenversicherer können zusätzlich ein Gesuch zum Abbau der Reserven mittels eines Ausgleichsbetrags für die Versicherten stellen. Dieses Instrument steht jenen Krankenversicherern zur Verfügung, welche ihre Prämien knapp kalkulieren. Dabei prüft das BAG unter anderem, dass die Reserven der betroffenen Krankenversicherer auch nach ihrem Abbau der gesetzlichen Mindesthöhe entsprechen. Das BAG beurteilt auch die von den Krankenversicherern eingereichte Definition der Versicherten, die von einem Ausgleichsbetrag profitieren sollen. Auch von diesem Instrument konnten aus den oben genannten Gründen nur sehr wenige Krankenversicherer Gebrauch machen. Das Faktenblatt über Instrumente zum Ab- und Aufbau von Reserven enthält nähere Informationen.

Die Prämien sämtlicher Krankenversicherer wurden für das ganze Jahr 2025 genehmigt und am 26. September 2024 publiziert. Der Anstieg der gesamtschweizerischen mittleren Prämie im Vergleich zum Jahr 2024 beträgt 6,0%. Dabei entspricht die Veränderung für Erwachsene (ab 26 Jahren) 6,0%, für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) 5,4% und für Kinder (unter 18 Jahren) 5,8%. 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 erreicht wird. Die jährliche Abweichung sollte jedoch klein sein. Das Ziel, dass die Abweichung unter 1% liegt, konnte seit 2016 in jedem Jahr erreicht werden.



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

Jahr	2015	2016	2017
Anteil der zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien	1,08%	0,90%	0,70%

Jahr	2018	2019	2020
Anteil der zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien	0,62%	0,75%	0,65%

Jahr	2021	2022	2023
Anteil der zu viel bezahlten Prämien an den Gesamtprämien	0,72%	0,59%	0,66%

3.4 Analyse, Monitoring und Transparenz der Verwaltungskosten

Die Krankenversicherer müssen ihre Verwaltungskosten im Bereich der OKP auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränken. Das BAG plausibilisiert jährlich im April die Verwaltungskosten aller Krankenversicherer im Rahmen der Kontrolle der Jahresrechnung. Für die Prüfung vergleicht das BAG u. a. die Zahlen der einzelnen Krankenversicherer mit den Branchendurchschnitten sowie mit der langjährigen Entwicklung. Zudem stützt sich das BAG auf die Berichte der externen Revisionsstellen.

Bei Auffälligkeiten, beispielsweise wenn ein Krankenversicherer Verwaltungskosten aufweist, die diese Durchschnittswerte deutlich überschreiten, verlangt das BAG, dass der Krankenversicherer diese detailliert ausweist und begründet. Kann der Krankenversicherer die Höhe seiner Verwaltungskosten nicht begründen, ist das BAG befugt, eine vertiefte Kontrolle vor Ort durchzuführen oder Dritte damit zu beauftragen. Der Krankenversicherer ist verpflichtet, ihm freien Zugang zu allen Informationen zu gewährleisten, die das BAG als relevant erachtet.

Ende Juni 2024 teilte das BAG den betroffenen Krankenversicherern seine Einschätzung mit. Im entsprechenden Schreiben informierte es diese Krankenversicherer über festgestellte Sachverhalte und bat sie um eine Stellungnahme.

Insgesamt wurden vier Krankenversicherer kontaktiert und bei zwei weiteren wurden die Verwaltungskosten in den Jahresgesprächen thematisiert. Es stellte sich heraus, dass die Mehrheit der Krankenversicherer in den letzten Jahren erhebliche Investitionen in die Digitalisierung vorgenommen hatten, um ihre Kosten langfristig zu senken. Je nach Grösse des Krankenversicherers wirken sich solche Investitionen zunächst mehr oder weniger stark auf die Verwaltungskosten aus. Darüber hinaus wurden auch andere Faktoren, wie gestiegene Personal- und Betriebskosten, erwähnt. Die durchschnittlichen Verwaltungskosten der Krankenversicherer lagen 2023 bei 4,9% der verdienten Prämien. Gemäss Hochrechnungen der Krankenversicherer sind die Verwaltungskosten in Prozent der verdienten Prämien im Jahr 2024 weiter zurückgegangen.

Weitere Details zu den Verwaltungskosten sind auf den BAG-Internetseiten im Bereich [«Bilanzen und Betriebsrechnungen Krankenversicherer»](#) zu finden. Dort sind in einem Excel-Dokument auch gezielte Abfragen nach einzelnen Krankenversicherern oder Gruppen durchführbar und die Ergebnisse werden in grafischen Analysen über mehrere Jahre angezeigt.

Das BAG erwartet von den Krankenversicherern, dass sie ihre Verwaltungskosten dem tatsächlichen Aufwand entsprechend den verschiedenen Bereichen (OKP, Taggeldversicherung, Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten) zuordnen. Betreffend die Zuordnung der Verwaltungskosten besteht für die Krankenversicherer ein gewisser Ermessensspielraum. Die FINMA und das BAG arbeiten eng zusammen und haben allgemeingültige Grundsätze und Leitprinzipien für die Verwaltungskostenallokation definiert. Diese wurden den Krankenversicherern Anfang Februar 2024 zur Verfügung gestellt. Das BAG wird darauf achten, dass auch in Zukunft die Aufteilung der Verwaltungskosten nicht willkürlich und ungerechtfertigt zuungunsten der sozialen Krankenversicherung vorgenommen wird.

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

Die externen Revisionsstellen haben der Aufsichtsbehörde die Ergebnisse aus ihren jährlichen Prüfungen zum gebundenen Vermögen (GebV) und zu den unternehmensweiten Kontrollen sowie zum IKS Framework fristgerecht eingereicht. Sowohl die Prüfungen für das Geschäftsjahr 2023 als auch die für Beanstandungen aus dem Geschäftsjahr 2022 verlangten Folgeprüfungen sind in die aufsichtsrechtliche Berichterstattung eingeflossen.

Der Vergleich zeigt, dass Beanstandungen beim IKS 2023 zwar zugenommen, beim GebV hingegen abgenommen haben. Empfehlungen wiederum haben beim GebV zu- und beim IKS abgenommen.

Jahr	2022	2023
Beanstandungen GebV	19	18
Empfehlungen GebV	1	2
Beanstandungen IKS	16	27
Empfehlungen IKS	36	24

Die Arbeitspapiere der Revisionsstellen wurden kritisch gewürdigt. Alle wichtigen Feststellungen wurden mit den Revisoren besprochen. Die Beanstandungen zum GebV wurden mehrheitlich als tief eingestuft. Meist handelt es sich um minimale Limitenüberschreitungen. Diese wurden durch hohe Überdeckung gedeckt und toleriert. Die Beanstandungen im IKS betreffen nur wenige Krankenversicherer, wurden als mittel eingestuft und müssen innerhalb der festgelegten Fristen behoben werden. Die Revisionsstellen werden Folgeprüfungen vornehmen und über diese im nächsten Bericht rapportieren.

Mit der Anpassung von Art. 53 Abs. 2 KVAV vom 1. Juli 2024 wurde die Pflicht der externen Revisionsstelle, jährlich zu kontrollieren, ob das IKS wirksam und der Grösse und der Komplexität des Unternehmens angepasst ist, in eine Kann-Formulierung umgewandelt. Dementsprechend fordert das BAG seit 2024 periodisch anhand eines Fragebogens eine Selbstbeurteilung von den Krankenversicherern zu ihrer unternehmensweiten Kontrolle und zum IKS ein. Im Mittelpunkt stehen dabei die grundlegenden Vorgänge, Methoden und Massnahmen, um ein angemessenes IKS zu gewährleisten. Das BAG wird mit den Informationen der einzelnen Krankenversicherer deren Aufbau- und Ablauforganisation einschätzen können. Die aus dem Fragebogen gewonnenen Erkenntnisse fliessen in die Gesamteinschätzung des Krankenversicherers ein und können bei Bedarf Fol-

geaktivitäten auslösen. Dies wird insgesamt zu einer regulatorischen Entlastung für die Beaufsichtigten und zu zielgerichteten Prüfungen führen.

Das Kreisschreiben [5.4 Durchführung der ordentlichen Revision und der aufsichtsrechtlichen Prüfungen sowie Berichterstattung an das Bundesamt für Gesundheit \(BAG\)](#) wurde in diesem Sinne überarbeitet, und das Arbeitspapier «Unternehmungsweite Kontrollen & IKS Framework» für die externen Revisionsstellen wurde abgeschafft.

3.6 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. Für den Rückversicherungsschutz wurden 2023 92,6 Mio. CHF an Prämien bezahlt und 90,7 Mio. CHF an Rückversicherungsleistungen vergütet. Im Jahr zuvor betragen die Rückversicherungsprämien und -leistungen 7,5 Mio. CHF bzw. 5,3 Mio. CHF. Der Grund für diese Zunahme liegt darin, dass im Jahr 2023 mehr 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 Krankenversicherer und dem Typ des Rückversicherungsvertrags Rechnung getragen.

Die Aufsichtsbehörde hat die eingereichten Verträge, die 2024 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 Krankenversicherer 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-Solvenzttest 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 2024 verfügten 22 KVG-Versicherer über Rückversicherungen im Bereich OKP- und KVG-Taggeld. Für 2025 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. Januar 2024 sieben aktive Rückversicherer ([Verzeichnis der zugelassenen Kranken- und Rückversicherer](#)). Während des Jahres 2024 sind keine neuen Bewilligungen hinzugekommen und es erfolgten auch keine Bewilligungsentzüge.

3.7 Corporate Governance

Nebst den Audits (siehe Ziff. 3.8) sind die Geschäftspläne der Krankenversicherer eine wichtige Quelle zur Überprüfung einer Corporate Governance oder der Gewähr für einwandfreie Geschäftsführung. Die Änderungen der Geschäftspläne bedürfen einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde mittels Verfügung, wenn sie folgende Elemente betreffen:

- Statuten
- Rückversicherungspläne und Rückversicherungsverträge
- Angaben zum örtlichen Tätigkeitsbereich
- Verträge und andere Vereinbarungen, mit denen die Krankenversicherer 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.

2024 sind bei der Aufsichtsbehörde rund 190 Geschäftsplanänderungsgesuche eingegangen. Die Gesamtzahl

der Gesuche ist damit verglichen mit dem Vorjahr stabil geblieben. Die häufigste Geschäftsplanänderung (rund 30% der Gesuche) betraf Personaländerungen in den Verwaltungs- und Leitungsorganen, gefolgt von Änderungen der Versicherungsbedingungen sowie Änderungen der Organisation des Krankenversicherers (je ca. 16%). Mit ungefähr 9% folgen Gesuche betreffend die Übertragung von wesentlichen Aufgaben an Dritte sowie zu Statutenänderungen. Letztere sind insbesondere auf den Nachvollzug des geänderten Aktienrechts zurückzuführen.



≈ 190

eingegangene Geschäftsplanänderungsgesuche

In Absprache und Zusammenarbeit mit dem SVK (Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer) wurde 2024 eine sogenannte Sammel-Geschäftsplanänderung eingeführt. Das bedeutet, dass die Krankenversicherer den SVK (und bei Bedarf auch andere Dienstleister) bevollmächtigen können, die Geschäftsplanänderungen betreffend die wesentlichen an ihn übertragenen Aufgaben in Vertretung der Krankenversicherer gesammelt in einem Gesuch vorzunehmen. Das funktioniert gut, wenn sich die Auslagerungen auf Standardverträge stützen, welche für jeden Krankenversicherer im Wesentlichen gleich sind. Die einzelnen Gesuchseingaben der Krankenversicherer entfallen somit in diesen Fällen, was einen Effizienzgewinn sowie eine Vereinfachung der administrativen Abläufe bedeutet.

Im Weiteren gab es auch 2024 Umstrukturierungen in der Branche, welche ebenfalls durch die Aufsichtsbehörde überprüft wurden. So werden innerhalb des Groupe-Mutuel-Konzerns per 1. Januar 2025 die SUPRA-1846 SA von der Mutuel Krankenversicherung AG sowie die Easy Sana Krankenversicherung AG von der Avenir Krankenversicherung AG übernommen (Absorptionsfusionen).

3.8 Audit

Sämtliche KVG-Versicherer werden jährlich anhand risikobasierter Kriterien in einem Ratingsystem eingestuft. Basierend auf den Ergebnissen dieses Ratings sowie weiteren Faktoren (Grösse des Krankenversicherers, allfällige Hinweise sowie Resultate des letzten Audits) wurde bei 8 Krankenversicherern (Vorjahr 9) ein Audit durchge-

führt. Dies entspricht einer Abdeckung in der OKP (Anzahl Versicherte) von ca. 44% (Vorjahr 40%).



≈ 44%

So hoch war die Abdeckung der OKP-Versicherten beim Audit 2024

Nebst der Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen nach KVG und KVAG lagen die Schwerpunkte der Audits 2024 in allen geprüften Bereichen auf der Gleichbehandlung der Versicherten sowie der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle der Krankenversicherer. Im Fokus standen dabei insbesondere die Überprüfung der Arbeitsprozesse und des internen Kontrollsystems (IKS) bzgl. der Leistungs- und Rechnungsprüfung mittels der eingesetzten Prüfregelewerke sowie die Einhaltung der gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen, wie zum Beispiel die medizinischen bzw. therapeutischen Limitationen bei Medikamenten der Spezialitätenliste (SL).

Basierend auf systematischen Datenanalysen von definierten Themenkomplexen wurde im Jahr 2024 ein neues Prüfkonzept entwickelt, um die Wirksamkeit der Prüfsysteme der Krankenversicherer beurteilen zu können. Erste Datenanalysen mit einem Pilotkrankenversicherer wurden im Verlauf des 4. Quartals 2024 durchgeführt, die definitive Umsetzung des Prüfungskonzepts bei den zehn grössten Krankenversicherern, welche rund 91% aller Personen versichern, ist im ersten Semester 2025 vorgesehen.

In Bezug auf die Rechnungs- und Leistungsprüfung sind die entsprechenden Prozesse und das IKS der auditierten Krankenversicherer grundsätzlich angemessen. Fünf Krankenversicherer wurden angewiesen, ihre internen Vorgaben und Prozesse zu Anpassungen im Prüfregelewerk und der Überprüfung der Effektivität der Prüfregele konkret zu formalisieren und zu dokumentieren.

Weiter wurden der Arbeitsprozess «Rechnungsprüfung im Tagesgeschäft» und das hierfür eingesetzte Regelwerk kontrolliert. Die rechtlichen Voraussetzungen zur Kostenübernahme bei der elektronischen, automatisierten Rechnungsprüfung werden grundsätzlich eingehalten und die notwendigen Abklärungen der Leistungspflicht durchgeführt. Jedoch wurde bei fünf Krankenversicherern festgestellt, dass bei einem grösseren Rückstand in der Leistungsverarbeitung Prüfschwel-

len für die Rechnungskontrolle bzw. temporäre Unterbrüche von einzelnen Prüfungen der Leistungspflicht definiert wurden, was nicht zulässig ist. Die betroffenen Krankenversicherer haben die notwendigen Korrekturen vorgenommen. Bei einigen Krankenversicherern wurde zudem festgestellt, dass die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die OKP, wie zum Beispiel bei medizinischen oder therapeutischen Limitationen bei SL-Medikamenten, nicht systematisch abgeklärt wurde. Die betroffenen Krankenversicherer wurden angewiesen, die entsprechenden Abklärungen mit einem verhältnismässigen und zumutbaren Aufwand durchzuführen.

Der Rückabwicklungsprozess bei Medikamenten mit Preismodellen gemäss Spezialitätenliste ist bei den geprüften Krankenversicherern grundsätzlich zweckmässig. Bei drei auditierten Krankenversicherern wurde noch Optimierungspotenzial identifiziert. Diese wurden angewiesen, entsprechende Massnahmen einzuleiten.

Ferner wurde bei zwei Krankenversicherern festgestellt, dass die Erwartungen des BAG bezüglich der Rückabwicklung von Leistungsrückerstattungen aufgrund eines nachträglich festgelegten stationären Tarifs nicht in jedem Fall erfüllt waren. Ebenso wurden bei der Abwicklung der gesetzlichen Kostenbeteiligung für die während einer Schwangerschaft erbrachten Krankheitsleistungen sowie bei der Erhebung des Spitalbeitrags einzelne Mängel festgestellt. Die betroffenen Krankenversicherer wurden angewiesen, Verbesserungen 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](#) lag auf der Bearbeitung und der Bekanntgabe von Personendaten, wobei untersucht wurde, ob OKP-Daten zweckentfremdet wurden (z. B. im Bereich Marketing). Drei Krankenversicherer mussten ihre IKS-Massnahmen verstärken, um eine solche mögliche Zweckentfremdung von OKP-Daten identifizieren und unterbinden zu können. Ein weiterer Krankenversicherer wurde angewiesen, die Nutzung von OKP-Daten für sämtliche Zwecke einzustellen, welche über die gesetzlich geregelten Aufgaben hinausgehen.

Im vertrauensärztlichen Dienst (VAD) wurden die Unabhängigkeit der Organisation, die Einhaltung der notwendigen Beurteilungen durch die Vertrauensärzte (VA), das Weiterleiten von Angaben an Dritte (ausserhalb des VAD) sowie die Zugriffsberechtigungen und die Bearbeitung von VA-Akten geprüft. In Bezug auf medizinische Akten,

die zuhanden der VA eingereicht werden, wurden zwei Krankenversicherer angewiesen, die Einsichtsrechte einzuschränken. Es wurden Massnahmen gefordert, um die Wahrung der Persönlichkeitsrechte sicherzustellen. Ein Krankenversicherer wurde angewiesen, Massnahmen zu treffen bei SL-Medikamenten, deren Kosten erst nach vorgängiger Konsultation des VA übernommen werden dürfen, damit solche Fälle systematisch dem VA vorgelegt werden.

Im Bereich Versicherungspflicht konzentrierten sich die Prüfungen einerseits auf die korrekte Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen bei Mutationen im Zusammenhang mit dem unterjährigen Wechsel in eine besondere Versicherungsform. Andererseits wurden die Arbeitsabläufe betreffend das Mahnwesen kontrolliert. Die Prüfungen ergaben in diesen Bereichen keine wesentlichen Schwachstellen und es mussten nur vereinzelt Weisungen erteilt werden.

In Bezug auf die Angemessenheit der Risikomanagementprozesse und des IKS wurden zwei Krankenversicherer angewiesen, die Überwachung der ausgelagerten Geschäftsprozesse und der Beziehungen zu Dritten auszubauen. Zudem mussten zwei Krankenversicherer die Rolle ihrer Assurance-Funktion verstärken und deren Unabhängigkeit gewährleisten.

3.9 Rechtsaufsicht und BGÖ

Weisungen an Krankenversicherer

Von den Weisungen, welche die Aufsichtsbehörde im Berichtszeitraum an die Krankenversicherer erliess, sind folgende erwähnenswert:

Zum einen war die Aufsichtsbehörde bei einem Krankenversicherer im Laufe des letzten Jahres auf mutmassliche Unregelmässigkeiten im Bereich der Rückstellungen gestossen. Das erforderte eine aufsichtsrechtliche Untersuchung, welche im Berichtszeitraum mit Weisung betreffend Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen und Meldepflichten fortgesetzt worden ist.

Zum anderen wurde gegen einen Krankenversicherer eine Weisung betreffend Anpassung des KVG-Solvenztests erlassen. Der Krankenversicherer stuft diese Weisung nicht als solche ein, worauf die Aufsichtsbehörde im Wesentlichen ihre Weisung wiederholte. In der Folge stellte der Krankenversicherer ein Gesuch um Erlass einer anfechtbaren Verfügung; die Aufsichtsbehörde ist darauf nicht eingetreten.

Aufsichtsbeschwerden gegen Krankenversicherer

Nebst den Erkenntnissen aus den Geschäftsplänen der Krankenversicherer (vgl. Ziff. 3.7), den Audits (vgl. Ziff. 3.8), den Versichertenanfragen (vgl. Ziff. 7.3) sowie der Berichterstattung der externen Revisionsstelle (vgl. Ziff. 3.5) berücksichtigt die Aufsichtsbehörde auch Medienberichte, Gerichtsurteile und Aufsichtsbeschwerden als Indizien zur Beurteilung der Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer.

Die Aufsichtsbehörde befasste sich im Berichtszeitraum mit rund 70 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). In rund einem Drittel der Fälle hat die Aufsichtsbehörde bei den betroffenen Krankenversicherern interveniert. Die Interventionen sind unterschiedlich ausgefallen (z. B. Einverlangen von Stellungnahmen [etwa bezüglich Vertrieb], Verpflichtung zur Behebung namentlich allfälliger datenschutzrechtlicher Mängel).



Gerichtliche Verfahren gegen Krankenversicherer

Im Rahmen eines Audits (s. dazu Ziff. 3.8) 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. Dagegen wurde eine Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht geführt. Das Verfahren dauerte rund sechs Jahre und kam im Berichtszeitraum zu einem Abschluss: Die Beschwerde ist im Umfang des Eintretens abgewiesen worden. Das Urteil wurde nicht weitergezogen.

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

Die statistische Auswertung der gerichtlichen Beschwerdeverfahren gegen Krankenversicherer (mit für die Versicherungsaufsicht relevantem Hauptgegenstand) zeigt,

dass sich ein Grossteil der Beschwerden als unbegründet erweist. So wurden bislang rund 280 Beschwerdeverfahren vor kantonalen und eidgenössischen Gerichten geführt: Davon waren rund 220 nicht erfolgreich (Abweisung, Nichteintreten, Rückzug o. Ä.); ungefähr 20 Beschwerden wurden teilweise und ca. 40 Beschwerden wurden vollumfänglich gutgeheissen. Die der Aufsichtsbehörde eröffneten Urteile werden dahingehend geprüft, ob ein aufsichtsrechtliches Einschreiten angezeigt ist; dies war 2024 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 der Krankenversicherer zu «streng» ist, in der zweiten Konstellation, weil der Krankenversicherer zu «kulant» ist und seinen gesetzlichen Prüfungspflichten möglicherweise nicht oder nur ungenügend nachkommt.

Verfahren nach dem Öffentlichkeitsgesetz (BGÖ)

Die Aufsichtsbehörde hat im Berichtszeitraum sechs BGÖ-Gesuche behandelt: Bei zweien ist der Zugang vollumfänglich und bei weiteren zwei teilweise gewährt worden. Bei den übrigen Gesuchen ist der Zugang verweigert worden; die gesuchstellenden Personen können sich jedoch direkt an die Krankenversicherer wenden, weil für diese das Öffentlichkeitsgesetz auch gilt (Art. 2 Abs. 1 Bst. b BGÖ).



Was tun bei Streitigkeiten mit Krankenversicherern?

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) 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 (und die versicherte Person nicht anwaltlich vertreten 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 der Krankenversicherer nicht innert nützlicher Frist eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid erlässt (in dringenden Fällen kann vom Krankenversicherer u. U. erwartet werden, dass er 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 wiedergutzumachenden 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 einen Krankenversicherer erhoben werden.

4 Aufsicht über die Unfallversicherer

4.1 Betriebsrechnungen

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

Das BAG hat die eingereichten Betriebsrechnungen des Rechnungsjahres 2023 inhaltlichen Analysen und Plausibilitätsprüfungen unterzogen.

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 mit dem Ziel, die Prämientransparenz zu verbessern.

4.2 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 Unfallversicherungsgesetz 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 Unstimmigkeiten in Bezug auf die Risikogerechtigkeit der Nettoprämien aufzudecken und entsprechende Tarifanpassungen zu verlangen bzw. auf eine Anpassung der Erfahrungstarifierung einzuwirken.

Im Jahr 2024 wurden die für das Versicherungsjahr 2025 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.

5 Aufsicht über die Militärversicherung

5.1 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 und entsprechende Prämien geschuldet sind. Nach einer fünfjährigen Einführungsphase, in der mindestens ein 80-prozentiger Kostendeckungsgrad geschuldet war, hat der Bundesrat auf 1. Januar 2024 den Kostendeckungsgrad auf 90% angehoben.

6 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 2023 auf insgesamt 3,1 Mio. CHF. Diese Kosten sind im Vergleich zum Vorjahr um 0,9 Mio. CHF angestiegen, insbesondere wegen der höheren Zinskosten (+0,7 Mio. CHF im Vergleich zum Vorjahr).

Die GE KVG führt die Prämienverbilligung für die in einem EU-/EFTA-Staat wohnhaften Beziehenden von schweizerischen Renten und ihre Familienangehörigen 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 2023 rund 0,8 Mio. CHF ausbezahlt. Diese Prämienverbilligung ging an insgesamt 521 Personen, die Mehrzahl davon in Deutschland (126), Frankreich (69) und Spanien (66).



521

Personen in EU/EFTA-Staaten erhielten eine Prämienverbilligung

Die GE KVG reicht der Aufsichtsbehörde jährlich diverse Unterlagen wie Geschäfts- und Revisionsberichte sowie Dokumente zur Berechnung des Risikoausgleichs ein. Diese Unterlagen 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.

Im Berichtsjahr wurde durch die Aufsichtsbehörde zudem eine Geschäftsplanänderung geprüft und bewilligt (Wechsel im Stiftungsrat).

7 Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht

7.1 Aufsichtsdaten

Die Datenerhebungen bei den Versicherern liefern grundlegende 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 kantonaler oder nationaler Ebene aggregiert werden; so lassen sich zentrale Werte erhalten, wie das Total der Leistungen und der Versichertenbestände oder auch die Höhe der vereinnahmten Prämien. Diese Daten bilden die offizielle Referenz für jegliche Information über die OKP. Ein Grossteil der Daten wird jährlich vom BAG in der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (www.bag.admin.ch/kvstat) veröffentlicht. Auch auf dem im März 2024 online gestellten «Dashboard Krankenversicherung» (www.dashboardkrankenversicherung.admin.ch) sind diese Informationen in einem interaktiven, gut leserlichen Format abrufbar. Die detaillierten Daten können auf der Website des BAG oder der Plattform <https://opendata.swiss> heruntergeladen werden.

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 (Art. 35 Abs. 2 KVAG) oder auch, um die Kostenentwicklung zu verfolgen, die Wirkung des Gesetzes auf das Gesundheitswesen zu analysieren oder den Risikoausgleich zu evaluieren (Art. 21 KVG). Darüber hinaus können sie neu der Öffentlichkeit für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt werden, unter Berücksichtigung der Ziele des Gesetzes und der Grundsätze der Verhältnismässigkeit und des Datenschutzes (Art. 28 KVV). Das

BAG hat diese Art von Daten 2024 zum ersten Mal (nach Leistungsart und Leistungserbringer) detailliert erhoben.

7.2 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 aufsichtsrechtliche Jahresrechnungen wie auch die Prämieingabe für das folgende Jahr. Dabei werden viele Informationen und Daten zwischen dem BAG und den Beaufsichtigten 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 Krankenversicherer 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 aktuellen 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 2024 hat ein spezialisiertes Entwicklungsteam den Aufbau der neuen Plattform für Aufsichtsprozesse ISAK fortgesetzt und erste Erhebungen umgesetzt. Weiter wurde mit dem Aufbau einer Analytics-Plattform sowie der Automatisierung von bisher manuellen Tätigkeiten begonnen.

Parallel zur Entwicklung hat die Versicherungsaufsicht die fachliche Optimierung der Geschäftsprozesse fortgeführt.

Externe Anspruchsgruppen, wie beispielsweise die Krankenversicherer, wurden im Rahmen von zwei Sounding Boards in die Produktentwicklung einbezogen. Dabei konnten Vertreter der künftigen Anwender ihre Rückmeldung bspw. zu neu gestalteten Erhebungsübersichten sowie einer Live-Demo der Erhebung der provisorischen Jahresrechnung geben. Die Rückmeldungen der Krankenversicherer helfen dem BAG, ein besseres Produkt zu bauen, welches an den Anforderungen der Anwender ausgerichtet ist.

7.3 Versichertenanfragen

Im Jahr 2024 hat die Aufsichtsbehörde auf 2908 schriftliche Bürgeranfragen im Bereich Kranken-, Unfall- und Militärversicherung geantwortet. Ein grosser Teil dieser Anfragen betrifft Fragen mit internationalem Zusammenhang. Besonders häufig sind Anfragen zu Themen rund um Grenzgängerinnen und Grenzgänger, Rentnerinnen und Rentner sowie Studierende zu verzeichnen. Der Beginn der Versicherungspflicht sowie in welchem Land die Versicherungsunterstellung gilt, sind ebenfalls häufig gestellte Fragen. Auch die Befreiung von der Versicherungspflicht und wie man dabei vorgehen soll, beschäftigt die Anfragenden. Bei Bedarf wird auf die Beratung durch die Ombudsstelle Krankenversicherung oder den möglichen Rechtsweg hingewiesen.

2908

beantwortete Bürgeranfragen



Die jüngsten Prämien erhöhungen haben bei vielen Versicherten Besorgnis ausgelöst. Die steigenden Lebenskosten sorgen für Unsicherheiten und belasten die Haushalte. Viele Versicherte haben Verbesserungsvorschläge. Ein bezahlbares Gesundheitssystem bleibt ein Grundanliegen der Bevölkerung. Ein bedeutendes Thema war zudem das Verbot der telefonischen Kaltakquise für die Vermittlung von Krankenversicherungen. Dieses Verbot trat am 1. September 2024 in Kraft, nachdem der Bundesrat am 14. August 2024 die entsprechenden Bestimmungen der Branchenvereinbarung 3.0 für allgemein verbindlich erklärt hatte. Beschwerden gegen einen Krankenversicherer können eingereicht werden, wenn man von einem Krankenversicherer selber oder von einer Vermittlerin oder einem Vermittler in seinem Auftrag kontaktiert wurde. Weitere Informationen dazu sowie die verschiedenen Beschwerdewege sind unter folgender Webseite abrufbar: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/intermediaire.html>.

7.4 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 sind zusätzliche, themenbezogene Ad-hoc-Austausche vorgesehen. 2024 gab es insbesondere mit der FINMA zahlreiche Austausche in Bezug auf die Allgemeinverbindlicherklärung gewisser Punkte der Branchenvereinbarung zur Vermittlerregulierung (vgl. Ziff. 8.1.7).

7.5 Überarbeitung intensive Aufsicht

In den Jahren 2023 und 2024 wurde das «Interventionskonzept» vollständig überarbeitet und in «Intensive Aufsicht» umbenannt (siehe Kapitel 3.1). Ziel dieser Revision war es zum einen, den Reportingprozess sowohl für die Versicherer als auch für das BAG zu vereinfachen. Zum anderen bietet das aktualisierte Reporting einen besseren Überblick über die finanzielle Situation der Krankenversicherer.

Das neue Instrument der intensiven Aufsicht wird seit Februar 2024 eingesetzt und die vielen Vorteile sind schon deutlich erkennbar:

- Die Kontaktaufnahme mit den Versicherern erfolgt früher im Jahr, nämlich bereits im Februar.
- Die Verwendung eines einzigen Reportingformulars hat die Datenverarbeitung vereinfacht.
- Neue Grafiken und Indikatoren für die Versicherer und das BAG ermöglichen eine bessere Diskussionsgrundlage und einen effizienteren Austausch.
- Der Bedarf an Ressourcen konnte gesenkt werden.

Das BAG stellt fest, dass mit der Überarbeitung des Prozesses die Ziele erreicht wurden: Der Prozess ist effizienter und ermöglicht gleichzeitig eine bessere Berücksichtigung der Risiken der Krankenversicherer.

7.6 Überarbeitung des KVG-Solvenztests

Das BAG überprüft regelmässig, ob Anpassungen und Vereinfachungen des KVG-Solvenztests nötig und möglich sind. Die letzte Revision der ResV-EDI fand am 1. Januar 2021 statt. Das BAG arbeitet somit seit 2021 mit demselben Modell. Die aktuelle Überarbeitung trat auf den 1. Januar 2025 in Kraft. Berichte des BAG und eines externen Beraters wurden erstellt und einige Änderungen wurden mit der Schweizerischen Aktuarvereinigung (SAV) besprochen.

Die Überarbeitung des KVG-Solvenztests führt zu zahlreichen Vereinfachungen, die je nach Krankenversicherer mehr oder weniger Auswirkungen auf die Höhe der Mindestreserve haben, sowie einigen Anpassungen technischer oder darstellerischer Natur am Formular.

Überarbeitet wurden insgesamt sechs Bereiche. Der Fokus der Revision lag auf dem Versicherungsrisiko. Der Grund dafür ist zum Teil das neue Berechnungsmodell für den Risikoausgleich mit den Pharmazeutischen Kostengruppen (PCG), welches 2020 in Kraft trat.

- Beim Zufallsrisiko gibt es eine starke Vereinfachung, die die Menge der von den Krankenversicherern zu liefernden Informationen deutlich reduziert.
- Das Parameterisiko war in der Vergangenheit als zu hoch eingeschätzt worden. Zusätzlich ist das Versicherungsrisiko durch den neuen Risikoausgleich tiefer. Deshalb wird im neuen KVG-Solvenztest das Parameterisiko insgesamt kleiner.
- Durch die separate Modellierung der Risiken der PCG und der Ausgleichsbeträge lässt sich das Risikoausgleichsrisiko genauer messen.
- Im neuen KVG-Solvenztest wird das erwartete Ergebnis in einer Vergleichsrechnung zusätzlich modelliert (neben der Schätzung durch die Krankenversicherer). Dies ermöglicht dem BAG einen besseren Vergleich zwischen den Krankenversicherern.
- Die Überarbeitung der Szenarien und deren Gewichtung führen zu weiteren Vereinfachungen.
- OKP-EU/EFTA und OKP-CH werden neu als separate Branchen modelliert.

Alle weiteren Details zur Überarbeitung des KVG-Solvenztests können in einem ausführlichen Bericht nachgelesen werden. Dieser ist auf der BAG-Website [«KVG-Solvenztest»](#) publiziert.



8 Anhänge Rechtsetzung

8.1 Rechtsetzung Krankenversicherung

8.1.1 Änderung des KVG (Prämienverbilligung) als Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative

Am 9. Juni 2024 lehnten Volk und Kantone die Initiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» ab. Die Referendumsfrist für die Änderung des KVG (Prämienverbilligung) ist unbenutzt verstrichen. Damit tritt der Gegenvorschlag in Kraft. Zur Umsetzung möchte der Bundesrat seine Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK, SR 832.112.4) erweitern. Die Vorlage befindet sich zurzeit in Vernehmlassung. Der Bundesrat kann diese Änderung je nach Ausgang der Vernehmlassung frühestens per 1. Januar 2026 in Kraft setzen.

8.1.2 Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Versicherung von inhaftierten Personen)

Am 22. November 2023 hat der Bundesrat eine Vernehmlassung zur Änderung des KVG betreffend die Versicherung von inhaftierten Personen eröffnet. Der Bundesrat hatte das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) bzw. das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit einer Ausdehnung des Krankenversicherungspflichtbereichs auf alle inhaftierten Personen zur Sicherstellung der medizinischen Gleichbehandlung im Freiheitsentzug beauftragt. Die Vernehmlassungsfrist ist am 7. März 2024 abgelaufen. Der Bundesrat dürfte dem Parlament voraussichtlich in der ersten Jahreshälfte 2025 einen entsprechenden Entwurf sowie eine Botschaft überweisen.

8.1.3 Änderung des KVG (Datenaustausch und Risikoausgleich)

Am 14. Juni 2024 hat das Parlament die Änderung des KVG 23.048 (Datenaustausch, Risikoausgleich) angenommen. Diese Änderung zielt darauf ab, einen Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern einzuführen, um die Aufgaben beider Seiten zu vereinfachen. Des Weiteren werden neu Versicherte, die im Ausland wohnen, in den Risikoausgleich einbezogen. Diejenigen

Versicherten, die nach einer bestimmten Anzahl Monate nicht mehr kontaktiert werden können, werden von der Versicherungspflicht sistiert.

Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) wird derzeit revidiert. Sie sieht eine Kompetenzdelegation vor, die es dem EDI ermöglicht, eine Verordnung über den Datenaustausch zu erlassen. Zudem muss ein Konzept für den Datenaustausch ausgearbeitet werden.

8.1.4 Änderung des KVAG (Teilnahme der Kantone am Prämien genehmigungsverfahren; Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen)

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 werden. Andererseits sieht die Vorlage eine Änderung in Bezug auf den Ausgleich zu hoher Prämieeinnahmen vor: Bei Versicherten, deren Prämie vollständig von der öffentlichen Hand (Prämienverbilligung oder Ergänzungsleistungen) übernommen wird, wird die Rückerstattung den Kantonen gewährt. Am 7. Juni 2024 hat der Bundesrat dem Parlament seine Botschaft überwiesen.

8.1.5 Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV): Ausführungsbestimmungen für den Datenaustausch und die Streichung von Phantom-Versicherten aus dem Krankenversicherungsbestand

Nach Annahme der Änderung des KVG (Datenaustausch, Risikoausgleich) durch das Parlament am 14. Juni 2024 müssen Ausführungsbestimmungen erlassen werden. Die KVV wird mit einer Kompetenzdelegation ans EDI ergänzt, die es ihm ermöglicht, das einheitliche Verfahren für den Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern zu regeln. In Bezug auf Phantom-Versicherte, d. h. Versicherte, die von den Versicherern nicht mehr kontaktiert werden können, muss die Anzahl Monate festgelegt werden, die zu einer Sistierung der Versicherungspflicht führen. Auch dieses Verfahren muss geregelt werden.

8.1.6 Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV): Rechnungsstellung bei Analysen, unterjähriger Wechsel und Meldepflicht Ausgleichsbetrag

Infolge der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Pauschalen im ambulanten Bereich, die am 1. Januar 2023 in Kraft trat, muss auch die KVV angepasst werden, um das erste Paket des Kostendämpfungsprogramms umzusetzen. Diese KVV-Änderung betrifft die Rechnungsstellung bei Laboranalysen, die künftig in ausgehandelten Pauschalen für bestimmte ambulante Behandlungen enthalten sein können und nicht mehr separat verrechnet werden müssen. Zudem soll Versicherten mit wählbaren Franchisen und freier Wahl der Leistungserbringer ein unterjähriger Wechsel in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl ermöglicht werden. Schliesslich müssen die Krankenversicherer den Kantonen den Ausgleichsbetrag des freiwilligen Reserveabbaus zusätzlich zur genehmigten Prämie melden. Die Änderung trat am 1. Januar 2025 in Kraft.

8.1.7 Verordnung über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit

Am 16. Dezember 2022 hat das Parlament das Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit verabschiedet. Nach diesem Gesetz kann der Bundesrat in der sozialen Krankenversicherung und der Krankenzusatzversicherung bestimmte Punkte der Vereinbarung der Versicherer verbindlich erklären.

Die Versicherer haben am 22. März 2024 eine Branchenvereinbarung abgeschlossen und beim Bundesrat am 4. April 2024 eine Allgemeinverbindlichkeitserklärung beantragt. Sie wurden vom 29. April bis 13. Mai 2024 angehört. Am 14. August 2024 verabschiedete der Bundesrat die Verordnung über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit, mit der er die folgenden Punkte der Branchenvereinbarung vom 22. März 2024 für allgemeinverbindlich erklärte:

- Verbot telefonischer Kaltakquise;
- Begrenzung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit: 70 CHF pro abgeschlossenem Vertrag in der sozialen Krankenversicherung und 16 Monatsprämien pro abgeschlossenem Produkt in der Zusatzversicherung;
- Erstellung und Unterzeichnung von Protokollen von Beratungsgesprächen mit Kundinnen und Kunden.

Das Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit und seine Ausführungsverordnung sind seit 1. September 2024 in Kraft.

8.1.8 Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen

Der Anhang 1 der Verordnung des EDI über die Prämienregionen wurde aufgrund diverser Gemeindefusionen revidiert (AS 2024 470). Die Änderung erfasst die Aktualisierung der Gemeinden im Anhang gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des BFS. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Ende Juni 2024 von den kantonalen Behörden genehmigt und im Bundesblatt publiziert worden sowie im Laufe des Jahres 2024 oder per 1. Januar 2025 in Kraft getreten sind. Die Anpassungen des Anhangs 1 sind per 1. Januar 2025 in Kraft getreten.

8.1.9 Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes 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 OKP (mit einheitlicher Franchise von 300 CHF und Unfalldeckung). Die Preisniveauindizes stammen ihrerseits aus den Eurostat-Statistiken (Kaufkraftparitäten/Preisniveauindizes/Konsumausgaben der privaten Haushalte). Die GE KVG ist für die Durchführung der Prämienverbilligung für die Rentnerinnen und Rentner zuständig. Die Kantone stützen sich bei der Prämienverbilligung für Grenzgängerinnen und Grenzgänger ebenfalls auf diese Werte. Die Verordnung des EDI ist am 1. Januar 2025 in Kraft getreten.

8.1.10 Verordnung des EDI vom 13. November 2012 über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI)

Nach dem per 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Artikel 64a Absatz 7^{ter} KVG müssen die Kantone und die Krankenversicherer ihre Daten bezüglich der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen nach einem einheitlichen Standard austauschen, wofür der Bundesrat die Einzelheiten regelt. Er hat von dieser Kompetenz durch den Erlass von Artikel 105h KVV Gebrauch ge-

macht, welcher ebenfalls per 1. Januar 2024 in Kraft trat. Nach dieser Bestimmung kann das EDI im Bereich der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen technische und organisatorische Vorgaben für den Datenaustausch und das Datenformat festlegen.

Mit Gesuch vom 18. Juni 2024 an das BAG beantragten die GDK sowie santésuisse, die Version 2-01 ihres Konzeptes «Datenaustausch zum Art. 64a KVG» gestützt auf Artikel 105h KVV mit einer Verordnung des EDI zum für alle Kantone und Krankenversicherer verbindlichen Standard für den Datenaustausch nach Artikel 64a KVG bzw. 105a ff. KVV zu erklären. Eine solche Verbindlicherklärung entspricht der Regelung gemäss Artikel 6 der VDPV-EDI im Bereich des Datenaustausches für die Prämienverbilligung.

Um in Entsprechung des Gesuchs den Geltungsbereich der VDPV-EDI auf die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen auszuweiten, ist aus gesetzestechnischen Gründen eine Totalrevision dieser Verordnung notwendig. Dabei sollen die bisherigen Bestimmungen betreffend den Datenaustausch für die Prämienverbilligung im Wesentlichen unverändert bestehen bleiben. Das Inkrafttreten der totalrevidierten Verordnung ist für den 1. Juli 2025 vorgesehen.

8.1.11 Änderung der EDI-Verordnung über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung

Aufgrund der Erfahrungen hat das BAG am KVG-Solvenztest notwendige Verbesserungen vorgenommen, die zu einem verfeinerten Risikoausgleichsmodell führten, was sich insbesondere auf das Risikoausgleichs- und das Versicherungsrisiko auswirkt. Die aktuelle Änderung betrifft insbesondere die gesonderte Berücksichtigung des Versicherungsrisikos für die OKP in der EU, eine einfachere Berechnung des Zufallsrisikos, die Änderung der Berechnung des Parameterrisikos, die Änderung der Berechnung des Risikoausgleichsrisikos und die Änderung der Szenarien und ihrer Gewichtung. Die revidierte Verordnung trat am 1. Januar 2025 in Kraft (vgl. auch Ziff. 4.2 oben).

8.1.12 Änderung der Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI)

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 3. März 2024 beschlossen und ist am 1. April 2024 in Kraft getreten.

8.2 Rechtsetzung Unfallversicherung

8.2.1 Motion 11.3811 Darbellay «Rechtslücke in der Unfallversicherung schliessen»

Am 27. September 2024 hat der Bundesrat die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG): Umsetzung der Motion 11.3811 Darbellay «Rechtslücke in der Unfallversicherung schliessen» verabschiedet. Die Änderung soll sicherstellen, dass Taggelder auch in Fällen bezahlt werden, in denen die Erwerbsunfähigkeit durch Rückfälle oder Spätfolgen eines Unfalls begründet ist, welchen die versicherte Person als Jugendliche bzw. Jugendlicher erlitten hat, als sie noch nicht erwerbstätig war.

Die Vorlage sieht vor, das UVG zu ändern und Artikel 8 mit einem Absatz 3 zu ergänzen, damit Rückfälle und Spätfolgen eines Unfalls, der nicht über das UVG versichert war und sich vor Vollendung des 25. Altersjahres ereignet hat, ebenfalls als Nichtberufsunfälle gelten.

Zudem soll Artikel 16 UVG mit einem neuen Absatz 2bis ergänzt werden. Dieser sieht vor, dass die 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 zudem 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.

Die Finanzierung der neuen Leistung zulasten der UVG-Versicherer soll über eine geringfügige Anpassung der Prämien erfolgen, die von Gesetzes wegen risikogerecht sein müssen. Mit dieser Lösung wird somit das Ziel der Motion im engeren Sinne erreicht. Die Vorlage wird im Laufe des Jahres 2025 im Parlament beraten.

8.2.2 Stiftung Entschädigungsfonds für Asbestopfer (EFA)

Der Finanzbedarf der Stiftung EFA, welche Entschädigungen für Asbestopfer und deren Angehörige leistet, die mangels beruflicher Asbestexposition keinen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung haben, ist auf lange Sicht nicht sichergestellt. Mit der Einführung eines neuen Artikels 67b des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat der Bundesrat die Möglichkeit geschaffen, dass die Suva der Stiftung EFA finanzielle

Unterstützung zukommen lassen kann. Eine allfällige Finanzierung erfolgt ausschliesslich durch Ertragsüberschüsse aus der Versicherung gegen Berufsunfälle und Berufskrankheiten. Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe eine solche Unterstützung erfolgt, obliegt dem Suva-Rat.

8.2.3 Änderung der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) i.S. Grossereignisse

Am 31. Januar 2024 genehmigte der Bundesrat das «Reglement Grossereignisse» der Ersatzkasse UVG, welches insbesondere die Einzelheiten der Durchführung der Finanzierung eines Ausgleichsfonds festhält, mit Ausnahme von dessen Artikel 26. Dieser definiert den endgültigen Prämienzuschlag, der bei der Schliessung des Fonds erhoben wird, um die verbleibenden Kosten eines Grossereignisses zu decken. Da dieser letzte Zuschlag alle noch ausstehenden Schäden bis zur vollständigen Liquidation abdecken muss, ist eine Anpassung von Artikel 95a der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) erforderlich. Der Bundesrat hat am 30. Oktober 2024 über die Eröffnung der Vernehmlassung entschieden, welche bis im Februar 2025 läuft.

8.2.4 Anpassung der Verordnung 25 über die Teuerungszulagen an Rentnerinnen und Rentner der obligatorischen Unfallversicherung

Bezügerinnen und Bezüger von Invaliden- und Hinterlassenenrenten der Unfallversicherung erhalten Zulagen zum Ausgleich der Teuerung. Die Anpassung der UVG-Renten an die Teuerung erfolgt auf den gleichen Zeitpunkt wie die Renten der AHV und berechnet sich jeweils nach dem Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) des Monats September. Der diesjährige LIK stieg im Vergleich zur letztmaligen Anpassung der Teuerung im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung per 1. Januar 2023 um 2,5% an. Diese Erhöhung wird an die Bezügerinnen und Bezüger von UVG-Renten weitergegeben. Entsprechend wurde per 1. Januar 2025 die Verordnung 25 über Teuerungszulagen an Rentnerinnen und Rentner der obligatorischen Unfallversicherung in Kraft gesetzt.

8.2.5 Anpassung von Artikel 2 Absatz 1 der Verordnung über die Unfallversicherung

i. S. Sportvereine

Artikel 2 Absatz 1 UVV wurde 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. Diese Ausnahme wurde 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 trat am 1. Juli 2024 in Kraft.

8.2.6 Postulat 15.3797 SGK-N Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG

Das Postulat 15.3797 SGK-N Angleichung der Preise für Leistungen nach dem UVG und KVG vom 26. Juni 2015 (15.3797) erteilte dem Bundesrat einen Prüfauftrag. Gemäss diesem gilt zu prüfen, mit welchen Massnahmen eine Angleichung der Preise der eidgenössischen Sozialversicherungen Unfallversicherung (UV) / Militärversicherung (MV) / Invalidenversicherung (IV) und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erreicht und wie die Gleichbehandlung der Versicherten im Bereich der Nichtberufsunfälle (NBU) sichergestellt werden könne. Das Fazit des Berichts ist, dass der differente Preis auf systemisch bedingten Unterschieden zwischen dem KV-Bereich und den eidgenössischen Versicherern beruht. Als markanteste Differenz ist das Konzept einer gesamtschweizerisch einheitlichen Regelung bei den eidgenössischen Versicherern gegenüber dem Konzept der stärkeren kantonalen Abstützung im KVG hervorzuheben. Die Schaffung eines einzelnen Sozialversicherungszweiges für krankheits- und unfallbedingte Gesundheitsschädigungen hätte weitreichende Folgen für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer/-innen.

8.3 Rechtsetzung Militärversicherung

8.3.1 Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV; SR 833.11) in Sachen Prämien

Für das Jahr 2025 wird sich die Prämie für den Krankheitsschutz der beruflich und freiwillig Versicherten auf 450 CHF und für den Unfallschutz der freiwillig Versicherten auf 61 CHF belaufen. Artikel 28a Abs. 1 und 28b MVV wurden entsprechend angepasst.

8.3.2 Revision der Verordnung über die Militärversicherung (MVV; SR 833.11)

Per 1. Januar 2018 sind Änderungen bezüglich der Weiterentwicklung der Armee in Kraft gesetzt worden. Die entsprechenden Anpassungen von Begriffen und nicht mehr aktuellen Verweisen in der Verordnung über die Militärversicherung (MVV; SR 833.11), die seinerzeit nicht vorgenommen wurden, erfolgen in dieser MVV-Revision. Weiter muss die per 1. Januar 2022 eingeführte Präzisierung der Regelung in der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) betreffend «Analogietaxe» auch in der MVV umgesetzt werden. Zudem wird Artikel 12 MVV – der unter anderem auch die medizinischen Hilfspersonen zum Gegenstand hat, die nach der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zur selbstständigen Tätigkeit zugelassen sind – den aktuellen Gegebenheiten angepasst.

8.3.3 Anpassung der Verordnung über die Teuerungszulagen an Rentnerinnen und Rentner der obligatorischen Militärversicherung (MV-Anpassungsverordnung, SR 833.12)

Der Bundesrat hat durch Verordnung die auf unbestimmte Zeit festgesetzten Renten der Versicherten, die das Rentenalter der AHV noch nicht erreicht haben, sowie die Renten der Ehegatten und Waisen der Verstorbenen, die im Zeitpunkt der Anpassung dieses Alter noch nicht erreicht hätten, dem vom Bundesamt für Statistik ermittelten Nominallohnindex vollständig anzupassen. Alle übrigen, auf unbestimmte Zeit festgesetzten Renten, sind vollständig dem Stand des Landesindex der Konsumentenpreise anzupassen. Die Anpassung erfolgt jeweils auf den gleichen Zeitpunkt wie die AHV/IV-Renten Anpassung, somit grundsätzlich alle zwei Jahre. Per 1. Januar 2025 wurden die Renten und die MV-Anpassungsverordnung (SR 833.12) entsprechend angepasst.



9 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 bezeichnet den rechtlichen und faktischen Ordnungsrahmen für die Leitung und die Überwachung eines Unternehmens. Unvollständige Verträge und unterschiedliche Interessenlagen bieten den Stakeholdern prinzipiell Gelegenheiten wie auch Motive zu opportunistischem Verhalten. Regelungen zur Corporate Governance haben grundsätzlich die Aufgabe, durch geeignete rechtliche und faktische Arrangements die Spielräume und Motivationen der Akteure für opportunistisches Verhalten einzuschränken.

(Quelle: Springer Gabler Verlag [Herausgeber], Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Corporate Governance, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55268/corporate-governance-v8.html>)

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.

10 Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAGSAN	BAG-Statistik auf Basis von anonymisierten Versichertendaten
BCM	Business Continuity Management
BFS	Bundesamt für Statistik
BGÖ	Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (Öffentlichkeitsgesetz, SR 152.3)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EDÖB	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter
EFA	Stiftung Entschädigungsfonds für Asbestopfer
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
ESA	Eidgenössische Stiftungsaufsicht
EU	Europäische Union
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG
GebV	Gebundenes Vermögen
IKS	Internes Kontrollsystem
ISAK	Informationssystem Aufsicht Krankenversicherung
IV	Invalidenversicherung
KV	Krankenversicherung
KVAG	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.12)
KVAV	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.121)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
LIK	Landesindex der Konsumentenpreise

MV	Militärversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.1)
MVV	Verordnung über die Militärversicherung (SR 833.11)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCG	Pharmazeutische Kostengruppen
ResV-EDI	Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.102.15)
SL	Spezialitätenliste
SNB	Schweizerische Nationalbank
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SST	Swiss Solvency Test
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
UVV	Verordnung über die Unfallversicherung (SR 832.202)
VAD	Vertrauensärztlicher Dienst
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VORA	Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (SR 832.112.1)
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

