
Bundesamt für Gesundheit

Evaluation des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes KVAG

30.11.2022



Impressum

Vertragsnummer	1 42005031
Laufzeit der Evaluation	März 2022 – Oktober 2022
Datenerhebungsperiode	April 2022 – August 2022
Leitung Evaluationsprojekt im BAG	Markus Weber Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

Meta-Evaluation:

Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

Bezug	Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern Fachstelle Evaluation+Forschung (E+F) www.bag.admin.ch/evaluationsberichte
-------	--

Übersetzung	Keine
-------------	-------

Autoren	David Wüest-Rudin, bolz+partner Dr. Peter Müller, bolz+partner Dr. Harry Telser, Polynomics
---------	---

Zitiervorschlag:

David Wüest-Rudin, Peter Müller, Harry Telser (2022): Evaluation des Krankenversicherungsaufsichtsgesetz. Beurteilung von Wirkungen und Vollzug, Empfehlungen zur Optimierung. Bern: bpc.

Korrespondenzadresse	bpc bolz+partner consulting ag Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern T +41 31 381 66 86 E-Mail: david.wueest@bolzpartner.ch www.bolzpartner.ch
----------------------	--

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	9
1.1	Die Evaluation des KVAG	9
1.1.1	<i>Auftrag und Überblick Bericht</i>	9
1.1.2	<i>Evaluationsfragen (Pflichtenheft)</i>	10
1.1.3	<i>Evaluationsmethoden</i>	11
1.2	Neuerungen durch das KVAG	12
2	Ergebnisse der Interviews und Analysen	13
2.1	Vorbemerkung: Rahmenbedingungen für die Aufsichtsbehörde	13
2.2	Finanzielle Stabilität / Solvenz der Versicherer	14
2.2.1	<i>Der Solvenzttest</i>	14
2.2.2	<i>Entwicklung der Solvenzquote / Reserven</i>	15
2.2.3	<i>Sanierungen / Geschäftsaufgaben / Erkennen finanzieller Probleme</i>	17
2.3	Transparente Geschäftstätigkeit der Versicherer	18
2.4	Verwaltungskosten insgesamt	19
2.4.1	<i>Entwicklung der Kosten</i>	19
2.4.2	<i>Verwaltungskosten nach Bereichen</i>	22
2.4.3	<i>Einflüsse auf die Verwaltungskosten</i>	23
2.5	Aufwände und Nutzen des KVAG	26
2.5.1	<i>Aufwand der Einhaltung des KVAG</i>	26
2.5.2	<i>Nützliche Wirkungen aus Sicht der Akteure</i>	28
2.6	Geschäftspläne und Geschäftsplanänderungen	29
2.6.1	<i>Regelungen und Abläufe</i>	29
2.6.2	<i>Aufwand für die Versicherer</i>	30
2.7	Audits	32
2.7.1	<i>Organisation</i>	32
2.7.2	<i>Aufwand für die Versicherer</i>	32
2.7.3	<i>Folgen und Akzeptanz</i>	33
2.8	Massnahmen: Aufsicht und Sanktionen	34
2.8.1	<i>Aufsichtsmassnahmen</i>	34
2.8.2	<i>Sanktionen</i>	35
2.9	Kantonale Ungleichgewichte	36
2.9.1	<i>Stabilität</i>	36
2.9.2	<i>Prämien</i>	38
2.10	Regulierung	39
2.10.1	<i>Ebene Gesetz</i>	39
2.10.2	<i>Ebene Verordnung und Vollzugsbestimmungen</i>	41
2.11	Vollzug	42
2.11.1	<i>Personal und Organisation der Abteilung Versicherungsaufsicht (VA)</i>	42
2.11.2	<i>Zusammenarbeit/Kommunikation mit Beaufsichtigten</i>	43
2.11.3	<i>Koordination mit anderen Aufsichtsstellen und Stakeholdern</i>	45
2.11.4	<i>Vollzugspraxis</i>	46

3	Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluatoren.....	49
3.1	Wirkung des Gesetzes.....	49
3.2	Vollzug.....	52
3.2.1	<i>Aufwand des Vollzugs</i>	52
3.2.2	<i>Massnahmen und Praxis</i>	53
3.2.3	<i>Organisation des Vollzugs</i>	56
3.2.4	<i>Externe Bezüge und Aussenkontakte der Abteilung</i>	59
3.3	Regulierung.....	60
3.4	Fazit.....	61
II	ANHANG	62
1	Ausschnitt Analysekonzept.....	62
1.1	Methoden.....	62
1.2	Überblick Fragen-Methoden.....	63
2	Ergebnisse der Interviews (Auswahl/Vertiefung).....	66
2.1	Neuerungen durch das KVAG.....	66
2.2	Rahmenbedingungen und Grundsatzthemen.....	67
2.2.1	<i>Abgrenzung Regulierungsfolgen KVAG von anderen Regulierungen</i>	67
2.2.2	<i>Vielgestaltige Aufsicht, vielgestaltige Beaufsichtigte</i>	68
2.2.3	<i>Krankenkassen in einem regulierten Markt</i>	68
2.2.4	<i>Verhältnis von KVAG und VAG</i>	69
2.2.5	<i>Zuteilung der Verwaltungskosten: KVG oder VVG?</i>	69
2.2.6	<i>Meinungen zur Relevanz der Neuerungen im KVAG</i>	70
2.3	Solvenztest.....	71
3	Ergebnisse Datenanalysen.....	73
3.1	Analyse der finanziellen Stabilität.....	73
3.2	Analyse der Verwaltungskosten.....	74
3.3	Analyse der kantonalen Ungleichgewichte.....	79
3.4	Weitere Daten und Analysen.....	80
3.4.1	<i>Entwicklung der Anzahl Versicherer</i>	80
3.4.2	<i>Organisation der Versicherungsaufsicht: Organigramm Abteilung VA</i>	83
3.5	Ergebnisse Online-Umfrage.....	84
3.5.1	<i>Frage 1: Bedeutendste Änderungen durch das KVAG</i>	84
3.5.2	<i>Frage 2: Auswirkungen des KVAG auf die Versicherer</i>	85
3.5.3	<i>Frage 4: Kosten-Nutzen-Betrachtung</i>	88
3.5.4	<i>Frage 5a: Realitätsbezug der Kostenschätzungen</i>	88
3.5.5	<i>Frage 6: Schätzung der Kostenanteile, Mittelwerte</i>	89
3.5.6	<i>Frage 6: Schätzung der Kostenanteile, Verteilung (Perzentile)</i>	89
3.5.7	<i>Frage 7: Entwicklung der Verwaltungskosten</i>	92
3.5.8	<i>Frage 9: Hauptursachen/Treiber der Verwaltungskosten</i>	94
3.5.9	<i>Frage 10: Aufwand für Geschäftsplanänderungen</i>	95
3.5.10	<i>Frage 11: Häufigkeit der Geschäftsplanänderungen</i>	95
3.5.11	<i>Frage 12: Aufwand der Geschäftsplanänderungen</i>	98

3.5.12	Frage 13: Beurteilung des Solvenztest	100
3.5.13	Frage 14a: Einschätzung der Veränderung der finanziellen Stabilität	103
3.5.14	Frage 14b: Finanzielle Stabilität je nach Grössenkatgorien.....	103
3.5.15	Frage 15: Wurde ein Audit durchgeführt?	104
3.5.16	Frage 16: Aufwand für die Audits.....	104
3.5.17	Frage 17: Beurteilung der Audit-Praxis des BAG	105
3.5.18	Frage 18: An welche Aufsichtsbehörden wird rapportiert	108
3.5.19	Frage 19: Anteil der mehrfach eingereichten Unterlagen	108
3.5.20	Frage 20: Koordination der Aufsichtsstellen.....	109
3.5.21	Frage 21: Notwendigkeit und Nachvollziehbarkeit der Interventionen	109
3.5.22	Frage 22: Unnötige, schwer nachvollziehbare Interventionen	110
3.5.23	Frage 23a: Anteil des KVAG an den gesamten Verwaltungskosten.....	110
3.5.24	Frage 23b: KVAG bildet gute Geschäftsführung ab	111
3.5.25	Frage 24: Wahrnehmung des Aufwands.....	111
3.5.26	Frage 26a: Einschätzung grösster Aufwand.....	112
3.5.27	Frage 27: Gesamtbeurteilung Aufsichtsbehörde	114
3.5.28	Frage 29: Verhältnis zwischen Versicherer und Aufsichtsbehörde.....	115

Abkürzungsverzeichnis

Abk.	Erläuterung
AVB	Allgemeine Versicherungsbestimmungen
AVO	Aufsichtsverordnung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAKV	Sektion Betriebliche Aufsicht der VA
CH	Schweiz / Schweizer / schweizerisch
DSG	Datenschutzgesetz
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FTE	Vollzeitstelle («full time equivalent»)
GAKV	Sektion Governance Aufsicht der VA
k.A.	Keine Angabe
KVAG	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVAV	Krankenversicherungsaufsichtsverordnung
HMG	Heilmittelgesetz
ISAK	Informationssystem Versicherungsaufsicht
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
OKP	Obligatorische Krankenpflege
OR	Obligationenrecht
PuS	Sektion Prämien- und Solvenzaufsicht der VA
RA	Sektion Rechtliche Aufsicht der VA
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VA	Abteilung Versicherungsaufsicht des BAG
z.B.	Zum Beispiel
Ziff.	Ziffer

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Entwicklung Solvenzquote nach Grössenklasse Versicherer.....	15
Abbildung 2	Anteil Versicherer unter den Mindestreserven nach Grössenklasse (in %)...	16
Abbildung 3	Verwaltungskosten in % der Prämien nach Grösse Versicherer	20
Abbildung 4	Durchschn. Verwaltungskosten pro Versicherten nach Grösse Versicherer ..	20
Abbildung 5	Mittelwerte Kostenkomponenten nach Grösse Versicherer	22
Abbildung 6	Verteilung Angaben Kostenkomponenten	23
Abbildung 7	Claims-Ratio - Abweichung vom CH-Mittelwert, Kt. nach Bevölkerungszahl	36
Abbildung 8	Standardabweichung Claims-Ratio	37
Abbildung 9	Anteil kantonal zu viel bzw. zu wenig bezahlter Prämien an Gesamtprämien	38
Abbildung 10	Kumulierte Abweichung der Prämien vom CH-Mittelwert nach Kanton.....	39
Abbildung 11	Anzahl Versicherer unter den Mindestreserven nach Grössenklasse	73
Abbildung 12	Einschätzung Datenqualität nach Grösse Versicherer.....	74
Abbildung 13	Verteilung Angaben Kostenkomponenten, Kleinstversicherer	74
Abbildung 14	Verteilung Angaben Kostenkomponenten, kleine Versicherer	75
Abbildung 15	Verteilung Angaben Kostenkomponenten, mittelgrosse Versicherer	75
Abbildung 16	Verteilung Angaben Kostenkomponenten, grosse Versicherer	76
Abbildung 17	Common Trend Verwaltungskosten in % der Prämien	76
Abbildung 18	Common Trend Verwaltungskosten in CHF pro Versicherten.....	77
Abbildung 19	Common Trend Verwaltungskosten absolut in logarithmierten CHF	77
Abbildung 20	Abweichungen kantonaler Prämien zum CH-Durchschnitt nach Zeitraum ...	79
Abbildung 21	Anzahl Versicherer seit 1996 n. Anz. Versicherte (Flächendiagramm)	80
Abbildung 22	Anzahl Versicherer seit 1996 n. Anz. Versicherte (Liniendiagramm)	81
Abbildung 23	Anzahl Versicherer seit 1996 n. Anz. Versicherte (ohne Kleinstversicherer)	81
Abbildung 24	Organigramm Abteilung Versicherungsaufsicht des BAG.....	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Schätzresultate: Einfluss KVAG auf die Verwaltungskosten der Versicherer mit weniger als 10'000 Versicherten, Untersuchungszeitraum 2010 - 2019.....	24
Tabelle 2:	Anzahl Geschäftsplanänderungen in je zwei Jahren 2018/19 und 2020/21.....	30
Tabelle 3:	Überblick Anzahl Aufsichtsmaßnahmen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)....	34
Tabelle 4	Schätzresultate: Einfluss KVAG auf die Verwaltungskosten der Versicherer mit weniger als 10'000 Versicherten, Untersuchungszeitraum 2010 - 2020.....	78
Tabelle 5:	Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 1996	82

Zusammenfassung

Bundesrat beauftragt Bericht

Das Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) und die dazugehörige Verordnung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV) sind seit dem 1. Januar 2016 in Kraft. Mit dem neuen Gesetz sollen die Interessen der Versicherten geschützt, die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung erhöht und die Solvenz der Versicherer gewährleistet werden. Bis Ende 2020 galten für einige Bestimmungen Übergangsfristen.

Der Bundesrat hat in Reaktion auf einen politischen Vorstoss im Jahr 2020 einen Evaluationsbericht zum KVAG angekündigt. Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der vom BAG Anfang 2022 in Auftrag gegebenen Evaluation dar. Der Auftrag beinhaltete, die Wirkungen des KVAG sowie den aktuellen Vollzug zu beurteilen und Empfehlungen dazu abzugeben. Zusammengefasst kommt die Evaluation zu nachfolgenden Schlüssen.

Positive Wirkungen; kaum Effekte auf Verwaltungskosten, ausser bei sehr kleinen Versicherern

Das KVAG hat zu einer Stärkung der Aufsicht sowie zu einer Verbesserung der Transparenz und der Governance (Risikomanagement und Organisation) geführt. Es hat deutlich zu einer Stärkung der finanziellen Stabilität der Versicherer beigetragen (im Sinne der Solvenzquoten und des Reservenbestands).

Das Gesetz hat im Allgemeinen keine wesentliche Steigerung der Verwaltungskosten zur Folge gehabt. Einzig bei den sehr kleinen Versicherern ist ein im Verhältnis zu den Gesamtkosten deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Das hängt damit zusammen, dass das KVAG einen Mindeststandard bei der Unternehmensführung verlangt, der gewisse Fixkosten nach sich zieht. Diese sind bei sehr kleinen Versicherern im Verhältnis zu den übrigen Kosten substanziell, bei grösseren Versicherern sind sie moderat bis marginal. Letztere hatten zudem viele Massnahmen bereits vor Einführung des KVAG implementiert.

Nach Inkraftsetzung des KVAG haben sich im Weiteren die kantonalen Ungleichgewichte verringert. Ob dies ursächlich auf das KVAG zurückzuführen ist, konnte nicht abschliessend festgestellt werden.

Zweckmässiger Vollzug der Aufsicht, Optimierungspotenzial vorhanden

Der Vollzug des KVAG durch die Abteilung Versicherungsaufsicht des BAG funktioniert insgesamt gut, die Behörde ist zweckmässig organisiert. Sie erhält insbesondere betreffend das Personal und die Zusammenarbeit mit den Beaufsichtigten gute Rückmeldungen.

Nach Inkrafttreten des KVAG musste die Aufsicht in einer speziell geregelten Übergangsphase bis Ende 2017 bzw. Ende 2020 erst einmal neu aufgebaut und verstärkt werden. Unterdessen hat sich die Aufsicht im Alltag weitgehend eingespielt, doch sind noch verschiedene Justierungen möglich.

So sollte geprüft werden, ob und wie die Aufsicht über die Versicherer ohne Sonderregelungen so angepasst werden kann, dass sie auch für kleine Versicherer mit geringerem Aufwand bewältigt werden kann. Hierzu könnte temporär ein besonderes Gefäss für den fachlichen Austausch geschaffen werden. Die Abwicklung der Geschäftsplanänderungen könnte durch eine Harmonisierung der Anforderungen und der Formulare mit jenen der FINMA allenfalls vereinfacht werden. Das BAG ist aktuell daran, entsprechende Geschäftsplanformulare zu erstellen.

Der Nutzen der Audits wird anerkannt, und deren Durchführung erhält insgesamt gute Noten. Die Audits werden risikobasiert angesetzt. Ihre Akzeptanz könnte noch verbessert werden, wenn Prinzipien und Methoden der Überprüfungen noch klarer kommuniziert würden. Zudem sollte die Behörde prüfen, ob die Audits im Einzelfall noch risikobasierter als bisher durchgeführt werden können.

Es gibt deutliche Hinweise, dass die Behörde in Detailfragen eine gewisse Entlastung im Vollzug sowohl für die Beaufsichtigten wie für sich selbst erreichen kann (Einforderung Daten/Bericht; Kontrollen; Details in Vollzugsbestimmungen). Sie sollte solche Optionen konsequent und sorgfältig prüfen.

Weiterentwicklung der Organisation der Aufsichtsbehörde

Die interne Organisation der Aufsichtsbehörde ist im Grundsatz einleuchtend. Noch weiter voranbringen kann die Behörde die Zusammenarbeit zwischen ihren Sektionen und die Einheitlichkeit des Vollzugs. Daneben könnte die Abteilung die strategische Arbeit und ihre Ausrichtung auf thematische Schwerpunkte verstärken. Sie kann dies im Dialog mit den Beaufsichtigten tun.

Eine Entlastung des Alltagsgeschäfts scheint im Bereich der Betrieblichen Aufsicht möglich. Mittelfristig können organisatorische Anpassungen im Verbund mit der Prämien-/Solvenzaufsicht geprüft werden.

Die Aufsichtsbehörde hat die Notwendigkeiten einer stärkeren Digitalisierung erkannt und diesbezüglich bereits Projekte gestartet, geplant oder angedacht. Die Einführung bzw. Weiterentwicklung digitaler Systeme wird zur Einheitlichkeit und zur Effizienz der Aufsicht auch für die Beaufsichtigten beitragen. Im Zentrum steht ein zentrales Kundenverwaltungssystem (als Data Warehouse in der Art eines Client Relationship Managements CRM). Daneben sollte die Entwicklung einer Austauschplattform mit den Versicherern, insbesondere für Geschäftsplanänderungen, angegangen werden. Diese zwei Funktionen sollten in die bereits laufende Erneuerung/Weiterentwicklung des System ISAK integriert werden.

Weiter ausgebaut und gestärkt werden kann die partizipative Aufsicht, das heisst der Dialog der Behörde mit den Beaufsichtigten und anderen Stakeholdern, unter anderem der Austausch mit anderen Aufsichtsstellen und das Ausloten von gegenseitigen Synergien. Hierzu ist die Behörde bereits auf gutem Weg.

Keine dringlichen Gesetzesanpassungen, Detailarbeit an Vollzugsbestimmungen

Ein dringender Handlungsbedarf für Anpassungen auf Gesetzes- und Verordnungsebene besteht nicht. Es scheint jedoch prüfenswert, dem BAG bei Gelegenheit wieder die Kompetenz zur Durchführung von Verwaltungsstrafverfahren einzuräumen. Allenfalls können bei dieser Gelegenheit auch gewisse Vorschriften von KVAG und VAG noch etwas harmonisiert werden.

In den Details der Vollzugsbestimmungen sollten zur oben erwähnten Entlastung des Vollzugs Anpassungen vorgenommen oder geprüft werden. Diese technischen Fragen konnten nur punktuell vertieft werden, konkrete Änderungen werden zum Solvenztest zur Diskussion gestellt.

Zudem könnte eine Regelung betreffend die Aufteilung der Verwaltungskosten zwischen KVG und VVG implementiert werden. Das würde die Transparenz, den Wettbewerb wie auch die Rechtssicherheit für die Versicherer stärken.

Fazit: Guter Vollzug der Aufsicht in schwierigem Umfeld

In einer Gesamtbeurteilung kann festgestellt werden, dass mit dem KVAG im Interesse der Versicherten die Basis für die finanzielle Stabilität und die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung gestärkt worden sind. Die Auswirkungen auf die Verwaltungskosten sind moderat. Die Aufsicht ist gut aufgestellt, hat eingespielte Prozesse und verfügt über qualifizierte Mitarbeitende. Ein gewisses Optimierungspotential scheint dennoch vorhanden: auf *operativer Ebene* in der Entlastung der Versicherer, insbesondere der Kleinen, in gewissen Organisationsfragen und in der Fokussierung des Mitteleinsatzes; auf *strategischer Ebene* in der Vertiefung und Verankerung der Strategie der Behörde, in der weiteren Stärkung der partizipativen Aufsicht und in der Digitalisierung. *Politisch-gesetzgeberisch* besteht kein unmittelbarer Handlungsbedarf.

Zu beachten ist das anspruchsvolle Umfeld, in der sich die Aufsicht bewegt. Die Folgen der Regulierungen im KVG und seinen Verordnungen sowie weiteren Erlassen wie etwa dem Datenschutzgesetz werden in der Diskussion häufig fälschlicherweise dem KVAG zugeschrieben. Und 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; 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 Festsetzung der Reserven und Prämien weiterhin auf allen Akteuren lasten.

1 Ausgangslage

1.1 Die Evaluation des KVAG

1.1.1 Auftrag und Überblick Bericht

Seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) am 1. Januar 1996 hatten sich die Strukturen bei den Krankenversicherern zum Teil wesentlich verändert. Die Versicherer hatten sich zum Teil neu organisiert und zu Konzernen zusammengeschlossen. Des Weiteren war bei gewissen Versicherern die finanzielle Lage angespannt und es kam vereinzelt zu Insolvenzfällen.¹

Vor diesem Hintergrund wurde die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung zum Teil neu geregelt und verstärkt. Das Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG, SR 832.12) und die dazugehörige Verordnung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV, SR 832.121) sind seit dem 1. Januar 2016 in Kraft. Mit dem neuen Gesetz sollen die Interessen der Versicherten geschützt, die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung erhöht und die Solvenz der Versicherer gewährleistet werden.²

Schon während der Entstehung des KVAG wurden die mit den entsprechen Regelungen verbundenen administrativen Belastungen der Krankenversicherer kontrovers diskutiert. Der Bundesrat ging in seiner Botschaft davon aus, dass «für die Krankenkassen nicht mit grossen Kostenfolgen zu rechnen» sei; ins Gewicht fallende Vorhaben seien schon unabhängig vom KVAG eingeführt worden.³ In seiner parlamentarischen Interpellation (20.3519) führte Ständerat Hegglin aus, die Anforderungen an den Geschäftsplan, aber auch weitere Vorgaben des Gesetzes, zum Beispiel zur Erstellung und zum Betrieb eines Risikomanagements, seien gerade für kleine und kleinste Krankenversicherer einschneidend. Es sei wichtig, die bisherigen Erfahrungen mit KVAG und KVAV, insbesondere was die administrative Belastung der Krankenversicherer betreffe, zu evaluieren und allfällige Schlussfolgerungen zu ziehen.

In seiner Stellungnahme vom 19.8.2020 hielt der Bundesrat unter anderem fest, die Versicherer hätten bisher nie den Einwand vorgebracht, die neue Gesetzgebung verursache einen unverhältnismässigen Verwaltungsaufwand. Er beabsichtige aber, die Erfahrungen mit dem Gesetz während mehrerer Jahre zu sammeln und zu analysieren und in einem Bericht festzuhalten.⁴

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bzw. seine Fachstelle Evaluation und Forschung hat am 21. Dezember 2021 unter anderem unter Bezugnahme auf die Interpellation Hegglin eine Evaluation des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes ausgeschrieben und in der Folge der bolz+partner consulting ag den Zuschlag für diese Arbeit erteilt.

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis der Evaluation und ist wie folgt aufgebaut: In Ziffer 1 werden der Auftrag, das Vorgehen und die Methoden sowie die Neuerungen des KVAG erläutert. Ziffer 2 beinhaltet alle Erhebungen und Analysen: Es werden die Aussagen der Interviews und die Ergebnisse der Online-Umfrage thematisch strukturiert beschrieben; zudem werden die Ergebnisse der analysierten Daten dargestellt. Im Anhang sind dazu jeweils zusätzliche Details aufgeführt, insbesondere weitere Grafiken zu den Daten sowie jene zu allen Antworten der Online-Umfrage.

Die Ziffer 3 beinhaltet alle Schlussfolgerungen und Empfehlungen, die aus den Ergebnissen der Ziffer 2 gezogen werden können. Es enthält die Kernaussagen der Evaluation (neben der noch dichterem Zusammenfassung).

¹ So die Botschaft zum Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung vom 15. Februar 2012, BBl 2012 1946f.

² Vgl. Art. 1 Abs. 2 KVG.

³ BBl 2012 1995).

⁴ Interpellation Hegglin (20.3519); <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20203519>

Im Zentrum des Auftrags stand – wie nachfolgend an den Fragen im Pflichtenheft ersichtlich – ob das KVAG seine Wirkung gemäss Zweckartikel entfaltet hat, wie die Aufsichtsbehörde das Gesetz vollzieht und die Beaufsichtigten, das heisst die Versicherer, diese wahrnehmen. Die Versicherten und ihre Interessen standen daher nicht unmittelbar im Blick der Analyse, sondern indirekt via im Zweckartikel festgehaltene Transparenz und finanzielle Stabilität der Versicherer. Direkte Wirkungen auf die Interessen der Versicherten, wie zum Beispiel die Sicherung der Gleichbehandlung, sind teils in der Analyse erwähnt, wurden aber gemäss Auftrag nicht vertieft und auch bei den Schlussfolgerungen nicht ausgewiesen.

Ebenso war es nicht Auftrag der Evaluation, Sinn und Zweck des KVAG grundsätzlich zu hinterfragen im Sinne einer generellen «Deregulierung». Sollten bei der Beurteilung der Wirkungen oder des Vollzugs jedoch Bestimmungen ins Auge fallen, die nicht zweckmässig, mithin überflüssig erscheinen, so wären solche zu benennen gewesen.

1.1.2 Evaluationsfragen (Pflichtenheft)

Überblick

Das BAG hat folgende Fragen für die Evaluation formuliert.

A) Übergeordnete Evaluationsfrage: Ist mit dem neuen KVAG eine Stärkung der Aufsicht und eine Erhöhung der Transparenz im Interesse der Versicherten erreicht worden?

B) Haupt- und dazugehörige Detailfragen:

- B1. a) Wie wird das neue KVAG umgesetzt? und
b) welche Wirkungen wurden durch die Anwendung des neuen KVAG und der dazugehörigen Verordnung erzielt?

Zu a) Welche Erfahrungen wurden gemacht in Bezug auf folgende Bereiche?

- Geschäftspläne und Geschäftsplanänderungen
- Verwaltungskosten der Versicherer
- Audits
- Aufsichtsmaßnahmen
- Kantonale Ungleichgewichte
- Solvenz der Versicherer

B2. Wie sind die Zweckmässigkeit und Angemessenheit einzelner Massnahmen und der Regulierung als Ganzem zu beurteilen? Massnahmen und Sanktionen, insbesondere:

- Art und Anzahl der ausgesprochenen Sanktionen (verwaltungsrechtliche Massnahmen/strafrechtliche Sanktionen)
- Muss man die verwaltungsstrafrechtliche Kompetenz des BAG wiederherstellen?

B3. Gibt es Umsetzungsdefizite? Gibt es Regulierungsbedarf? Konkret:

- In welchen Bereichen können regulatorische Ergänzungen oder neue Regeln aufgenommen werden (Reserven, Prämien, Provisionen, Verwaltungskosten, Einflussnahme der Kantone usw.)?
- In welchen Bereichen können die regulatorischen Anforderungen allenfalls gelockert werden?
- Was wären grob die Auswirkungen, der Nutzen und die Kosten der neuen Regelungen?

Einordnung: Wirkungsfragen, Vollzugsfragen, Verbesserungspotential

Die Evaluation ist im Sinne einer Zielwirkungs- und einer Vollzugsanalyse zu interpretieren. Primär soll geprüft werden, ob mit dem neuen Gesetz die Stärkung der Aufsicht und die Erhöhung der Transparenz erreicht, die finanzielle Stabilität gestärkt und die Verwaltungskosten tangiert worden sind. Die Hauptfra-

gen, wie in der Ausschreibung formuliert, zielen aber auch auf eine Beurteilung der Vollzugspraxis. Geprüft werden soll, wie das neue KVAG umgesetzt wird, welche Erfahrungen mit dem Gesetz gemacht wurden, wie zweckmässig die darin vorgesehen Massnahmen sind und ob es Umsetzungsdefizite gibt.

Die Evaluation hat damit summative (Zielwirkung) und formative (Lernen/Verbessern) Elemente. Methodisch sind die beiden Fragestellungen unterschiedlich anzugehen. Die summative Aussage beruht auf einem Vergleich «vorher/nachher», die formative Aussage auf einem Vergleich Ist/Soll.

1.1.3 Evaluationsmethoden

Methodik

Die Fragen im Pflichtenheft wurden konkretisiert und zugespitzt zu «leitenden» Fragen. Die leitenden Fragen und die Methoden zu ihrer Beantwortung wurden in Form einer Matrix aufgeführt. Die Methoden und die Matrix werden im Ausschnitt zum Analysekonzept in Anhang 1 detailliert beschrieben.

Es wurden folgende Methoden eingesetzt (in Stichworten):

- Erhebung, Analyse und Darstellung verschiedener quantitativer und qualitativer Daten zum Vollzug und zu den Wirkungen des KVAG;
- Ökonometrische Analyse/Modellierung;
- Aufbereitung und Analyse von Fallbeispielen;
- Einzelinterviews (total 16);
- Schriftliche Befragung Online. Es wurden alle am 1.1.2022 zugelassenen Versicherer gemäss Verzeichnis des BAG angeschrieben;
- Analyse rechtlicher Grundlagen.

Methodische Feststellungen

Die *Einzelinterviews* sind eine wesentliche Stütze der Evaluation. Durchgeführt wurden Interviews mit 5 Vertretungen des BAG, mit 3 Vertretungen von Experten/-innen; mit je einer Vertretung einer kleinen, mittelgrossen und grossen Versicherung, telefonisch mit 2 Vertretungen von Kleinversicherern sowie je Vertretungen der Verbände *santésuisse*, *curafutura* und *RVK* (in dieser Reihenfolge). Die Interviews sind nicht repräsentativ, sie enthalten subjektive Äusserungen. Diese werden von den Evaluatoren im Schlussbericht zusammengefasst. Es werden Themen und Aussagen wiedergegeben, die mehrfach in den Interviews vorgekommen oder sich in der Datenerhebung oder der Online-Umfrage als bedeutsam erwiesen haben. Einzelaussagen werden als solche gekennzeichnet.

Den Interviewpartnern und den Teilnehmenden an der Online-Umfrage wurde *Anonymität* zugesichert. Diese war eine wichtige Voraussetzung, möglichst realistische Aussagen zu erhalten. Um die Anonymität sicherzustellen, werden die Interviewten und die Teilnehmenden der Umfrage nicht namentlich aufgeführt, ebenso wenig wie die freien Textantworten der Umfrage. Die Auswertung wird ausser nach Grössenklassen nicht weiter differenziert.

Die Versicherer wurden für die Analyse in vier *Grössenklassen* unterteilt: Kleinversicherer mit weniger als 10'000 Versicherte, kleine Versicherer mit 10'000 bis 100'000 Versicherten, mittelgrosse Versicherer mit 100'000 bis 500'000 Versicherten und grosse Versicherer mit über 500'000 Versicherten. Die Bildung der Grössenklassen richtet sich nach der Klassifizierung des BFS bzw. des BAG in den Statistiken, welche sechs Grössenklassen führt. Damit in den Daten eine gleichmässige Verteilung sowie ausreichend Fälle pro Grössenklasse vorhanden sind, wurden diese zu vier plausiblen Klassen zusammengefasst. Dort wo Vergleiche über die Zeit vorgenommen werden mussten (Abschnitte 2.2 und 2.4), wurde die Grösseneinteilung des Jahrs 2016 für alle Jahre beibehalten, unabhängig davon, ob ein Versicherer in einem anderen Jahr in eine andere Grössenklasse eingeteilt werden würde.

Versicherer sind in *Gruppen* zusammengeschlossen. Die Online-Umfrage füllte jeweils eine Person (oder füllten mehrere Personen unter Federführung einer Kontaktperson) für den Versicherer oder für die ganze

Gruppe aus. Auch die Antworten zur Aufteilung und Entwicklung der Verwaltungskosten wurden für ganze Versicherungsgruppen gegeben. Für die Online-Umfrage wurden darum die Versicherer in ihren Gruppen zusammengefasst. Damit wurde vermieden, dass Einzelaussagen der Vertretung von Versicherungsgruppen mehrfach einfließen und damit stark überbewertet würden. Zur Einordnung, welcher Grössenkatgorie von Versicherer die Antworten zugeteilt werden, wurde die Anzahl Versicherte der gesamten Gruppe beigezogen. Dies gilt nicht für die übrigen Datenanalysen, die pro zugelassenem Versicherer unabhängig von der Gruppe durchgeführt wurden. Die Datenanalysen und die Analyse der Online-Umfrage sind daher nicht präzise vergleichbar.

An der *Online-Umfrage* haben 26 Personen teilgenommen,⁵ die 36 der 45 Versicherer repräsentieren, welche OKP-Versicherungen anbieten. Das ist eine Abdeckung von 80 Prozent. Die Versicherer wurden in Grössenkatgorien unterteilt: bis 10'000 Versicherte («Kleinstversicherer» 8 Datensätze); bis 100'000 Versicherte («kleine Versicherer» 5 Datensätze); bis 500'000 Versicherte («mittelgrosse Versicherer» 5 Datensätze); über 500'000 Versicherte («grosse Versicherer 6 Datensätze).

1.2 Neuerungen durch das KVAG

Im KVAG und in der KVAV ist die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung neu geregelt worden. Dabei sind neben den eigentlichen Neuerungen viele Bestimmungen wörtlich oder sinngemäss übernommen worden, die vorher im KVG und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) aufgeführt waren. Ebenso sind ins KVAG Regelungen aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG, SR 961.01) und der Aufsichtsverordnung (AVO, SR 961.011) integriert und bei Bedarf aufgrund von Erfahrungen mit dem VAG und der AVO angepasst worden (Beispiel für Anpassung: vorgängige Meldung der Geschäftsplanänderungen im KVAG statt nachgängiger Meldung im VAG).

Die Identifikation der Neuerungen durch das KVAG sind auch deshalb für die Evaluation relevant, weil bei der Würdigung der Kritik am Vollzug oder der Auswirkungen des Gesetzes unterschieden werden muss zwischen Bestimmungen, die sich tatsächlich im KVAG befinden oder um solche, die anderswo festgehalten sind, vor allem im KVG, aber beispielsweise auch im Bundesgesetz über den Datenschutz (Datenschutzgesetz DSG, SR 235.1).

Die wesentlichen Neuerungen sind im Überblick folgende (eine Beschreibung findet sich in Anhang 2.1):

- Erweiterte Auskunftspflichten der Versicherer
- Aufsichtsinstrumente
- Vorgaben zur Good-Governance
- Vorgaben betreffend Verwaltungskosten
- Vorgaben zur Finanzierung und Sicherstellung der Solvenz der Versicherer
- Sichernde Massnahmen
- Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit
- Strafrechtliche Sanktionen

⁵ Zwei Teilnehmende davon wurden aus der Auswertung genommen, da ihr Unternehmen nur Taggeldversicherungen anbietet.

2 Ergebnisse der Interviews und Analysen

Anmerkung zur Ziffer 2: In diesem Kapitel werden neutral ohne Bewertung einerseits Fakten auf Basis von Unterlagen oder Zahlen, andererseits Meinungsäusserungen im Rahmen der Interviews und Online-Umfrage beschrieben. Die Darstellung von Meinungen ist gekennzeichnet entweder durch Zwischentitel («Meinungen») oder durch den Verweis auf die Interviews oder die Online-Umfrage im Text sowie durch die Wahl der indirekten Rede. Die Ziffern 2.10 und 2.11 beinhalten weitgehend Meinungsangaben.

2.1 Vorbemerkung: Rahmenbedingungen für die Aufsichtsbehörde

Um die Aufsicht im Rahmen des KVAG richtig beurteilen zu können, sind gewisse Rahmenbedingungen und offene Fragen zu berücksichtigen, die sich beim Vollzug des KVG stellen. Zusammenfassend lassen sich folgende Erkenntnisse aus den Interviews und der Umfrage festhalten (vgl. dazu Ergänzungen im Detail Anhang 2.2).

- Es sind die Regelungen im Finanzbereich (Solvenz, Prämien, Finanzmanagement) sowie auf dem Gebiet der Governance (Geschäftspläne, Risikomanagement), welche als wesentlichste Neuerungen des KVAG wahrgenommen werden.
- Die Regulierungsfolgen des KVAG sind von allen Beobachtenden, insbesondere von den Beaufsichtigten schwer von jenen des KVG, der dazugehörigen Ausführungsverordnungen und weiterer Regulierungen, unter anderem jener des Datenschutzgesetzes auseinanderzuhalten.
- Das Gesetz sieht ab seinem Inkrafttreten zwei Übergangsphasen vor – bis Ende 2017 bzw. Ende 2020 (Art 59. KVAG). Zu Beginn der vorliegenden Analyse mussten die Bestimmungen erst seit vier Jahren bzw. ein Jahr umgesetzt sein. Das hatte Auswirkungen auf die Praxis der Aufsicht, welche die Umsetzung der neuen Bestimmungen bzw. den Ausbau der neuen Instrumente bei den Versicherern beaufsichtigen musste.
- Die Aufsichtsbehörde steht vor der Herausforderung, Gesetz und Verordnung auf ein heterogenes Feld von Beaufsichtigten mit unterschiedlichen Interessen und Wahrnehmungen anwenden zu müssen.
- Die Aufsicht agiert in einem politisch umstrittenen und öffentlich stark diskutierten Feld (zumindest bezüglich Prämien). Die gesamte Bevölkerung ist wesentlich betroffen.
- Die Aufsicht agiert in einem regulatorischen Spannungsfeld: Die Versicherer wünschen sich einerseits eine weniger detaillierte, mehr auf Grundsätze ausgelegte Regulierung, andererseits aber auch präzise Interpretationen oder genaue Ausführungen von Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen.
- Die Diskussion um Wirkungen und Vollzug des KVAG tangiert stark das Verständnis der Rolle der Krankenversicherer in der OKP im Spannungsfeld von Markt versus Regulierung (Versicherer als eigenständige Unternehmen oder als Vollzugsorgane des KVG). Die unterschiedlichen Standpunkte prägen die Vorstellung darüber, wie Aufsicht funktionieren soll.
- Entsprechend zwiespältig fallen die Beurteilungen der Versicherer zu den neu eingeführten Bestimmungen zur Finanzaufsicht (Solvenz, Prämien, Reserven, gebundenes Vermögen usw.) sowie zur Governance (Geschäftsplan und Risikomanagement/Internes Kontrollsystem) aus: Einerseits werden die Vorgaben als sinnvoll angesehen und breit akzeptiert, andererseits aber als Übergriff in die unternehmerische Handlungsfreiheit wahrgenommen.
- Die Versicherer wünschen sich bezüglich der Vorgaben der Aufsicht eine möglichst grosse Kohärenz von VAG und KVAG, wohl wissend, dass zwischen beiden Geschäftsmodellen wesentliche Unterschiede bestehen. Ein Abgleich der Vollzugspraxis in den beiden Bereichen ist für eine Optimierung der Aufsicht dennoch sinnvoll, kann im Rahmen dieser Evaluation jedoch nicht geleistet werden.
- Ein Vergleich zwischen den Verwaltungskosten der Versicherer ist nur beschränkt auf die Kostenarten (gemäss Kontenplan) möglich, da es keine Standards bzw. keine einheitliche Praxis der Zuteilungen der Verwaltungskosten auf verschiedene Tätigkeiten bzw. Bereiche gibt..

2.2 Finanzielle Stabilität / Solvenz der Versicherer

2.2.1 Der Solvenzttest

Begriff

Der Begriff Solvenz bezeichnet die Zahlungsfähigkeit eines Unternehmens. Der Solvenzttest im Bereich KVG prüft, ob die OKP-Versicherer über genügend Reserven verfügen. Der Test wird anfangs Jahr ausgefüllt. Er berücksichtigt die Risiken des Versicherers bis Ende des Jahres. Der Test gilt als erfüllt, wenn die vorhandenen Reserven über einer definierten Mindesthöhe liegen.⁶

Der Solvenzttest für die Krankenversicherungen wurde vom Swiss Solvency Test abgeleitet, der zur Beurteilung der Zahlungsfähigkeit der Privatversicherer durch die FINMA dient. Der Solvenzttest berücksichtigt das Marktrisiko (Finanzmärkte; Anlagen), das Kreditrisiko (Zahlungsfähigkeit der Schuldner) sowie das Versicherungsrisiko (Risiken im OKP-Versicherungsgeschäft, inkl. Risikoausgleich, Kassenwechsel usw.). Der heutige Solvenzttest wurde im Wesentlichen im Jahr 2012 eingeführt.⁷

Meinungen Interviews

In den Interviews und in der Online-Umfrage wird sehr grossmehrheitlich Verständnis für die Notwendigkeit von Vorgaben zur Solvenz und deren Berechnung wie auch Zuspruch zum Solvenzttest geäussert.

Der Solvenzttest sei angemessen und aussagekräftig. Die Standardisierung über alle Versicherer sei ein Vorteil im Vergleich zu früher, sie habe Klarheit gebracht, ermögliche eine präzise Kalkulation, stabile Resultate und deutlich mehr Transparenz. Zur Aussagekraft habe der Einbezug der Risiken beigetragen (früher wurde Solvenz nur in Relation zum Prämienvolumen festgelegt ohne Einbezug der Risiken).

Die Solvenzpolitik sei heute weniger politisch steuerbar, weil die Berechnung auf einem zwar komplexen, aber zweckmässigen Modell mit festgeschriebenen Untergrenzen beruhe. Allerdings wird demgegenüber moniert, dass die Politik weiterhin versuche, Einfluss auf die Reservenbildung zu nehmen (Senkung der Reservesätze) und dadurch Instabilitäten ins System kämen.

Kontrovers diskutiert wird das Vorgehen bei der retrospektiven Prüfung der Finanzaufstellungen. In der Kritik steht, das Einfordern und Prüfen der provisorischen Geschäftsabschlüsse. Auf der einen Seite wird positiv gewürdigt, dass diese im Frühjahr genau angeschaut und allenfalls Fehler entdeckt würden. Andererseits stört man sich genau daran: Mit der Erhebung provisorischer Zahlen bereits im Januar würde man die Versicherer unnötig belasten, Fehler würden von den internen Prüfstellen oder den Revisionsstellen entdeckt (eine Vorprüfung durch das BAG sei unnötig) und die Aussagekraft dieser Zahlen sei noch gering; die Aufsichtsbehörde solle die Abschlüsse abwarten und dann die Zahlen einsetzen.

Das BAG ist der Ansicht, für die Behörde sei es wichtig und hilfreich, dass die Zahlen zum Jahresabschluss möglichst früh vorliegen. Allfällige Fehler in den Zahlen müssten so rasch als möglich korrigiert werden. Die Aussagekraft der Zahlen sei nicht gering. Mit dem Verzicht auf die Aufteilung der provisorischen Jahresrechnung nach Kantonen habe das BAG vor längerem schon eine Entlastung vorgenommen.

Die kleinen Versicherer antworteten, der Solvenzttest sei für sie aufwändig (bzw. teuer, da sie oft Externe mit der Durchführung beauftragen müssten) und er ergebe für sie wenig Sinn. Die alte Annahme, dass 20-30 Prozent der Prämieinnahmen ausreichend seien, würde in dieser Grössenklasse Versicherer genügen. Es wurde aber auch angemerkt, dass die Vorgaben zur Berechnung der Solvenz bei den kleinen Versicherern zur Verbesserung interner Prozesse beigetragen hätten.

⁶ Vgl. ausführlicher und mit Unterlagen:

www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/reporting/kvg-solvenzttest.html

⁷ Die risikobasierte Berechnung der Mindestreserven war in der Änderung der Artikel 78–78c KVV vom 22. Juni 2011 enthalten, die am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist (AS 2011 3449).

In diversen Interviews wurde der Solvenztest im Detail mit konkreten Angaben kritisiert; überhaupt verliere man sich bei der Berechnung der Solvenz gerne in Details, gewisse Elemente der Berechnung seien nicht sinnvoll. Wir greifen diese Fragen unter Ziffer 2.10.2 betreffend Regulierung auf Ebene Verordnung und Vollzugsbestimmungen auf (Unterkapitel «Solvenztest»)

Meinungen Online-Umfrage

In der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.12) zeigt sich ein differenzierteres Bild als in den Einzelinterviews. Der Aussage, der Solvenztest sei sachgerecht und in sich stimmig, stimmen 40% der Versicherer «eher nicht zu» - die anderen stimmen «eher zu». Eine knappe Mehrheit findet eher nicht (vereinzelt gar nicht), dass der Solvenztest «aussagekräftig» sei und «tatsächlich die Solvenz zeigt».

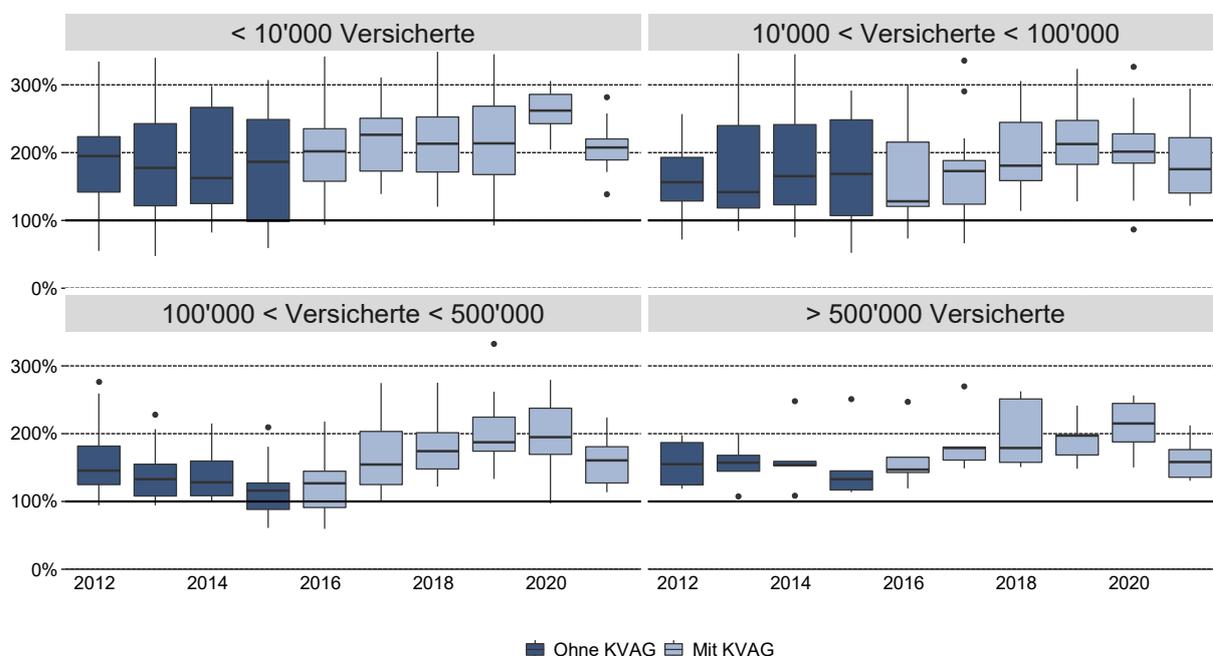
Unterschiede nach Grösse der Versicherer zeigen sich bei der Frage nach dem Aufwand für den Test. Die grossen Versicherer sind grossmehrheitlich überzeugt, dass der Solvenztest «einfach zu erstellen» sei. Die mittelgrossen und kleinen Versicherer sind diesbezüglich geteilter Meinung (sie stimmen «eher zu» oder «eher nicht zu»). Für die Kleinstversicherer ist hingegen klar, dass der Solvenztest nicht einfach zu erstellen sei: Nur 2 sind der Auffassung, dass der Test einfach zu erstellen sei, 3 stimmen dieser Aussage eher nicht und 5 gar nicht zu.

Die deutliche Mehrheit der grossen, mittleren und auch kleinen Versicherer sind nicht der Meinung, dass der Solvenztest «aufwändige Elemente hat, die unnötig sind». Im klaren Kontrast dazu ist für die Kleinstversicherer fast unbestritten, dass der Solvenztest unnötige Elemente hat (von 10 Befragten stimmen der Aussage 5 eher und 4 voll zu).

2.2.2 Entwicklung der Solvenzquote / Reserven

Datenanalyse

Abbildung 1 Entwicklung Solvenzquote nach Grössenklasse Versicherer



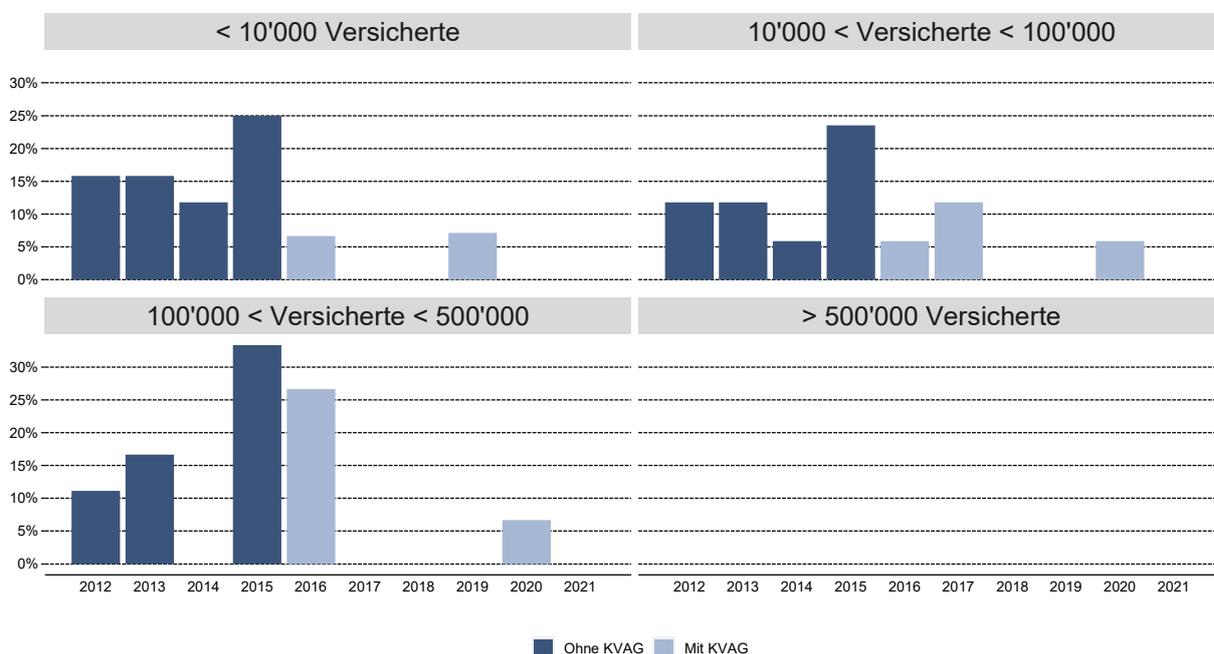
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Aufsichtsdaten OKP, 2013-2022.

Die Analyse der durch das BAG publizierten Daten zum Solvenztest zeigt, dass sich die finanzielle Stabilität der Versicherer seit der Einführung des Solvenztests im Jahre 2012 verbessert hat. Der Median der

Solvenzquote aller Versicherer betrug im Jahr 2012⁸ 181 Prozent, im Jahr 2020 lag er bei 221 Prozent. Eine Zunahme der Solvenzquoten kann dabei vor allem für die Jahre nach der Einführung des KVAG festgestellt werden, während die Jahre 2012 bis 2015 eher durch eine Abnahme der Solvenzquoten gekennzeichnet waren. Dieses Muster kann grundsätzlich bei allen Versicherern beobachtet werden, insbesondere aber für diejenigen mit 100'000 bis 500'000 Versicherten (vgl. Abbildung 1).

Im Jahr 2021 ist die Solvenz allerdings wieder gesunken. Die Mediansolvenz liegt bei allen Grössenklassen teilweise deutlich unter dem Vorjahr. Dieser Rückgang wird gemäss BAG hauptsächlich durch hohe versicherungstechnische Verluste verursacht. Diese lassen sich durch Nachholeffekte bei Behandlungen erklären, die durch die COVID-19-Pandemie zustande gekommen sind und nicht voraussehbar waren⁹ sowie nach Aussage der Versicherer durch die schwierige Situation an den Finanzmärkten.

Abbildung 2 Anteil Versicherer unter den Mindestreserven nach Grössenklasse (in %)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Aufsichtsdaten OKP, 2013-2022.

Die Entwicklung der Solvenzquoten spiegelt sich im Anteil bzw. in der Anzahl der Versicherer, deren Reserven unter die Mindestreserven fallen (vgl. Abbildung 2 und Abbildung 11 im Anhang). In den ersten Jahren nach der Einführung des Solvenztests, insbesondere im Jahr 2015 ist der Anteil Versicherer mit Reserven unter den Mindestreserven deutlich höher. Seit 2017 sind es jeweils nur noch einzelne Versicherer, deren Reserven unter der Mindesthöhe liegen. Bei Versicherern mit mehr als 500'000 Versicherten sind die Reserven im Beobachtungszeitraum nie unter die Mindestreserven gefallen. Trotz der deutlichen Verschlechterung der Solvenzquoten im Jahr 2021 liegt in diesem Jahr kein einzelner Versicherer unter den Mindestreserven.

Die deskriptive Analyse der Solvenzquoten gibt einen Hinweis, dass die Verbesserung der Solvenz mit der Einführung des KVAG zusammenhängt. Die Einführung des neuen Solvenztests 2012 hat noch keine

⁸ Die Jahreszahlen beziehen sich nicht auf das Jahr, in welchem der Solvenztest durchgeführt worden ist, sondern auf das Jahr des Finanzabschlusses der Versicherer, das dem Solvenztest zugrunde liegt. Das Jahr 2015 ist deshalb als Übergangsjahr zu betrachten. Die Finanzaufstellungen waren noch aus dem Jahr vor dem KVAG, die Risiken wurden aber bereits für das Jahr 2016, das erste Jahr mit KVAG berechnet. Aus diesem Grund betrachten wir das Finanzjahr 2016 (durchgeführt 2017) als erstes Jahr, in dem der Solvenztest vollständig unter dem KVAG stattfand.

⁹ Bundesamt für Gesundheit BAG (2022). KVG-Solvenztest 2022. Zusammenfassung und Kommentar : Kenntnisstand September 2022. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/solvenztest/kvg-solvenztest-2021/ergebnisse-kvg-solvenztest-2022.pdf.download.pdf/ergebnisse-kvg-solvenztest-2022.pdf>, abgerufen am 12. Oktober 2022.

besseren Werte nach sich gezogen. Diese sind erst nach 2016 eingetreten. Es wurden auch mit dem KVAG die Eckwerte des neuen Solvenztest im Gesetz verankert und ihnen damit deutlich mehr Gewicht und der Aufsicht Handhabe zur Durchsetzung gegeben.

Trotz deutlichem Hinweis – ein erhärteter kausaler Zusammenhang kann mit dieser Analyse nicht hergestellt werden. Denkbar ist, dass die beobachtete Entwicklung ein verzögerter Effekt der Einführung des Solvenztests darstellt oder dass andere Faktoren die Entwicklungen dominieren. In Frage käme dafür beispielsweise die gute Entwicklung der Finanzmärkte, welche auch einen Einfluss auf die Reserven hat.

Meinungen

Der Solvenztest habe gemäss den Aussagen in den Interviews zu einer deutlich besseren finanziellen Stabilität der Versicherer beigetragen. Vor dem Inkrafttreten des KVAG seien verschiedentlich Konkurse von Versicherern aufgetreten, was heute nicht mehr der Fall sei. Damals hätten die Versicherer weniger belastbare Rückstellungen und Reserven gehabt. Die Risiken seien heute dadurch geringer. Es wird allerdings auch angemerkt, dass die finanzielle Stabilität zu einem wesentlichen Teil mit den Entwicklungen des Kapitalmarktes und weniger mit dem KVAG zusammenhänge.

Drei Viertel der 26 Antwortenden der Online-Umfrage trauen sich eine Einschätzung der Entwicklung der finanziellen Stabilität zu (vgl. Anhang 3.5.13), ein Viertel antworten «das kann ich nicht beurteilen»). Von denjenigen, die sich eine Einschätzung zutrauen, sagt ein Viertel (5 von 19), die finanzielle Stabilität der Versicherer sei früher besser gewesen als heute, fast 40% (7 von 19) sagen aus, sie sei unverändert und ebenso viele meinen, sie sei früher schlechter gewesen als heute.

Frappant ist der Unterschied nach Grösse der Versicherer. Für fast alle Antwortende (mit einer Ausnahme), welche kleine, mittlere und grosse Versicherungen vertreten, ist die finanzielle Stabilität unverändert (5 von 11) oder früher schlechter gewesen, also heute besser (6 von 11) – wobei die grossen Versicherer sich positiver äussern (4 von 6 beurteilen die Situation als früher schlechter und heute als besser).

Aus Sicht einer Mehrheit der Kleinstversicherer hingegen (4 von 7) war die finanzielle Stabilität früher besser und heute schlechter. Auf Nachfrage hin zeigte sich, dass die kleinen und kleinsten Versicherer die jährlichen Schwankungen des Versichertenbestands und damit der Prämien und Reserven als finanzielle Instabilität wahrnehmen – auch wenn sich ihre Reserven und Solvenzquoten erhöht haben.

2.2.3 Sanierungen / Geschäftsaufgaben / Erkennen finanzieller Probleme

Fakten

Es wurden keine Insolvenzen, Sanierungen oder Geschäftsaufgaben aufgeführt, die seit dem Inkrafttreten des KVAG eingetreten wären. Bekannt sind Fusionen bzw. Übernahmen von kleineren Versicherern durch grössere Versicherer, die mit der finanziellen Situation ersterer zu tun haben könnten.

Zu erwähnen ist, dass Geschäftsaufgaben bzw. Fusionen gemäss Aussage der Aufsichtsbehörde oft innerhalb des gleichen Konzerns stattgefunden haben (Schwestergesellschaften) und dafür eher geschäftspolitische Gründe als wirtschaftliche Notwendigkeiten ausschlaggebend waren. Im Zuge der Verfeinerung des Risikoausgleichs und der damit verbundenen Angleichung der Prämien sei es zum Teil zu einer Abkehr von der Strategie der «Billigkassen» gekommen.

In den Interviews wird erwähnt, dass vereinzelt Prämien von der Aufsichtsbehörde nicht genehmigt worden seien oder in einem Fall die Prämien unterjährig erhöht werden mussten.

Einen Hinweis auf Insolvenzfälle und Geschäftsaufgaben gibt die Statistik über die Entwicklung der Anzahl und Grösse (gemessen an der Anzahl Versicherten) der Versicherer. Daraus ist ersichtlich, dass es bei der Reduktion der Anzahl Versicherer zwei Schübe gab (vgl. Zahlen und Grafiken im Anhang 3.4.1).

In einem ersten Schub, in den ersten zehn Jahren nach Inkrafttreten des KVG 1996, reduzierte sich die Anzahl Versicherer um 40% von 145 auf 85. Dies war fast ausschliesslich auf die Aufgabe von Kleinstversicherer mit bis zu 5000 Versicherten zurückzuführen; deren Zahl sank um 70% von 90 auf 27.

Im zweiten Schub, in den Jahren 2010 und 2011, reduzierte sich die Anzahl Versicherer um gute 20% von 81 auf 63. Betroffen waren vor allem die kleinen Versicherer mit bis zu 100'000 Versicherten. Dies geschieht in zeitlicher Korrelation mit der Einführung der neuen risikobasierten Berechnung der Mindestreserven mit der Änderung der KVV (22. Juni 2011, in Kraft ab 1. Januar 2012, AS 2011 3449).

Seither ist ein stetiger leichter Trend zur Reduktion der Anzahl festzustellen, der aber vor allem mittelgrosse Versicherer (100-500'000 Versicherte) betrifft, während die Zahl der kleinen Versicherer (50-100'000 Versicherte) leicht steigt. Der Grund dafür kann auch die Verschiebung zwischen den Klassen sein (mittelgrosse werden zu Grossen oder zu Kleinen, je nach Entwicklung des Versichertenbestands).

Meinungen

In den Interviews wird festgehalten, die Aufsichtsbehörde würde Veränderung der Solvenzquoten adressieren, sie stelle den Versicherern die richtigen Fragen. Dies sei auch dank der Weiterentwicklung und Standardisierung der Solvenzberechnungen (vorher nicht risikobasiert, nicht standardisiert) und Verbesserung der Transparenz durch Rechnungslegungsvorschriften möglich (vorher Bilanzen nach OR).

Es wird ergänzend angemerkt, dass die finanzielle Stabilität der Versicherer auch mit der empfohlenen Rückversicherung, mit der guten Börsenentwicklung und nicht zuletzt der Prämien genehmigung durch das BAG und der Prämien erhöhungen der Versicherer zu tun habe.

Die Online-Umfrage bei den Versicherern (vgl. Anhang 3.5.2) zeigt in der Wahrnehmung der Auswirkungen des KVAG auf die kleinen Versicherungen ein ganz anderes Bild als die Einzelinterviews: Über 80 Prozent der Befragten stimmten der Aussage voll oder eher zu, das KVAG habe wesentlich dazu beigetragen, dass die Anzahl der kleinen Versicherer zurückgegangen sei, obgleich wie gezeigt der grosse Bereinigungsprozess vor dem KVAG stattfand. Es könnte sich daher eher um eine generelle Befürchtung der kleinen Versicherer handeln, vom Markt gedrängt werden zu sollen. Nach und nach scheint aber gemäss den Interviews die Einschätzung dahin zu gehen, dass jene Kleinversicherer, welche den Initialaufwand bewältigen und die Compliance zum KVAG etablieren konnten, auch weiter bestehen werden.

2.3 Transparente Geschäftstätigkeit der Versicherer

Gesetzliche Vorgaben

Ein Zweck des KVAG ist es, die Interessen der Versicherten zu schützen (Art. 1 Abs. 2). Dies soll erreicht werden, indem unter anderem die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung gewährleistet wird. Das Gesetz und die Verordnung umschreiben nicht näher, was darunter zu verstehen ist.

Die Aufsichtsbehörde kann mit der allgemeinen Auskunfts- und Meldepflicht Transparenz einfordern (so weit für die Aufsicht erforderlich). Die Versicherer sind verpflichtet, jährlich (oder häufiger) Angaben über die Daten zu machen, die im Bereich der sozialen Krankenversicherung anfallen (Art. 35 KVAG). Zu den gegenüber der Aufsichtsbehörde offen zu legenden Informationen gehören im Wesentlichen einerseits jene des Geschäftsplans (Art. 7 und 8 KVAG) sowie solche zu Fusionen, Beteiligungen usw. (Art. 9f KVAG). Ferner gehören dazu die Informationen über Rückstellungen, Reserven/Solvenztest, gebundenes Vermögen, Prämientarife (Art. 12 ff. KVAG). Die Versicherer müssen zudem ihr Risikomanagement (Art. 22 KVAG) und die interne Kontrolle (Art. 23 KVAG) offenlegen. Die Aufsichtsbehörde kann zusätzliche Transparenz einfordern, indem sie der Revisionsstelle Aufträge erteilt (Art. 26 Abs. 2 KVAG).

Hinsichtlich der Information der Öffentlichkeit legt das Gesetz fest, dass die Versicherer einen Geschäftsbericht erstellen und Rechnungslegungsvorschriften einhalten müssen (Art. 24 KVAG). Die Verordnung bestimmt die Art der Rechnungslegung (Art. 50 ff. KVAV). 4). Die Versicherer legen im Geschäftsbericht ihr Entschädigungssystem offen (Art. 21 KVAG). Sie haben in ihrer Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlerprovisionen gesondert auszuweisen (Art. 19 Abs. 2 KVAG, Art. 34 f. KVAV). Die Organe der Versicherer sind zur Offenlegung von Interessenbindungen verpflichtet (Art. 20 Abs. 4 KVAG, Art. 38 KVAV). Daneben ist die Aufsichtsbehörde gehalten, die Öffentlichkeit über die zugelassenen Versicherer und Rückversicherer sowie über die genehmigten Prämientarife und den Prämienausgleich zu

informieren (Art. 43 Abs. 5 KVAG, Art. 71 KVAV). Die Behörde ist zudem ermächtigt, über Massnahmen und strafrechtliche Sanktionen gegenüber Versicherern zu informieren (Art. 37 KVAG).

Meinungen

Sowohl aus Sicht der Aufsichtsbehörde, der Experten wie auch der Versicherer verfügt die Aufsichtsbehörde über ausreichend Informationen und herrscht ausreichend Transparenz. Insbesondere dank den Geschäftsplänen habe die Aufsicht eine bessere Übersicht über die Versicherer.

Vor dem KVAG habe auch die Fachwelt keine genaue Vorstellung über die finanzielle Situation der OKP-Versicherer gehabt, da Bilanzen nur nach obligationenrechtlichem Standard erstellt worden seien. Der Standard Swiss GAAP FER¹⁰ habe für deutlich mehr Transparenz in finanzieller Hinsicht gesorgt.

Auf die Frage, was die Transparenzpflicht der Versicherer umfasse bzw. woran erkannt werden könne, ob die Versicherer transparenter geworden sind, werden erwähnt: Der Ausweis der Verwaltungskosten, Informationen bezüglich der Maklerkosten, die Rechnungslegung, zusätzliche Statistiken sowie der Prämienrechner mit Vergleichsmöglichkeiten. Auch der Tätigkeitsbericht der Aufsichtsbehörde sei transparenter geworden. Vereinzelt erwähnt werden die Vorschriften zum Geschäftsbericht. Die Versicherer seien zudem um eine transparente Kommunikation bemüht, auch in Abstimmung mit der Ombudsstelle.

Die Versicherer möchten zum Teil gerne vor der Kommunikation des Bundes über die Prämienfestlegung selbst in ihrem eigenen Geschäftsbereich informieren. Nach Auffassung der Aufsichtsbehörde würde dies aber zu einer sehr unübersichtlichen Situation führen und die Versicherten verunsichern. Zudem könnten Wettbewerbsverzerrungen und dadurch Ungleichbehandlungen entstehen.

In der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.2) stimmten gegen 60 Prozent der Befragten eher oder voll der Aussage zu, dass das KVAG wesentlich dazu beigetragen habe, die Transparenz bezüglich der finanziellen Situation und der Risiken der Versicherer zu verbessern.

Für die Versicherten selbst scheint die Transparenz bei der Festlegung der eigenen Prämie wichtig zu sein (was in der Zuständigkeit der Versicherer liegt, nicht der Aufsicht, auch für Auskünfte).

2.4 Verwaltungskosten insgesamt

2.4.1 Entwicklung der Kosten

Datenanalyse

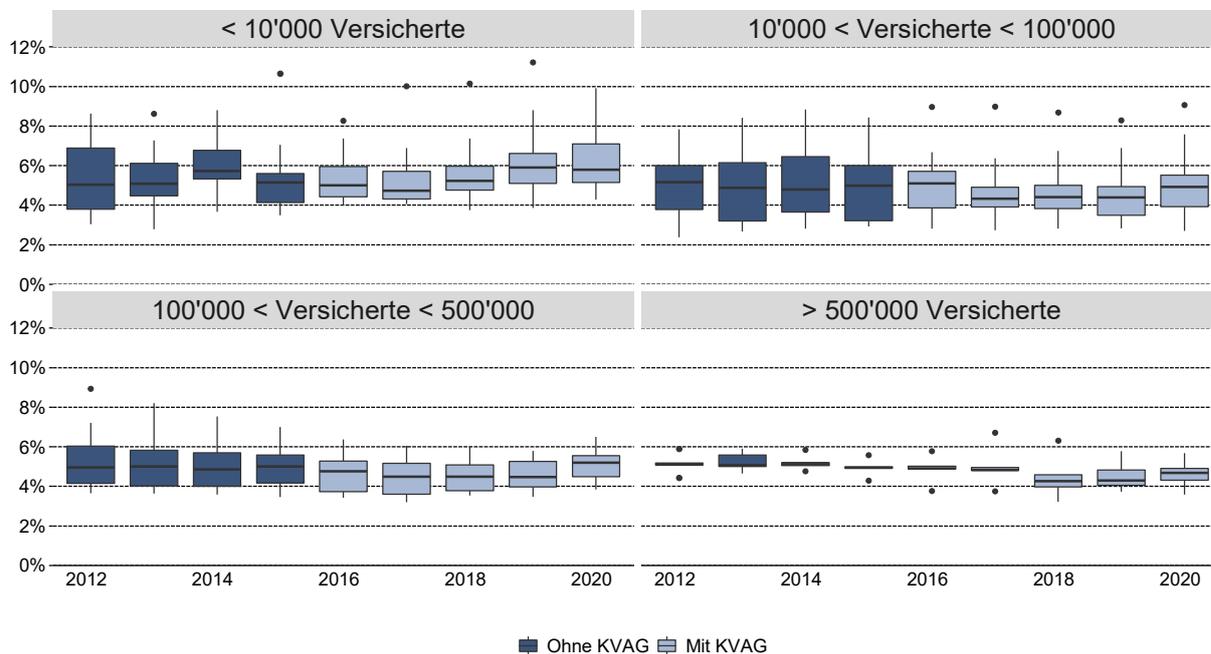
Damit die Verwaltungskosten unabhängig von der Grösse des Versicherers verglichen werden können, weisen wir sie einmal in Prozent der Prämien und einmal pro Versicherten aus.¹¹ Die Verwaltungskosten, das Prämienvolumen und die durchschnittliche jährliche Anzahl Versicherter entnehmen wir den Aufsichtsdaten OKP die durch das BAG publiziert werden.

Die Verwaltungskosten in Prozent der Prämien haben bei den Versicherern mit über 10'000 Versicherten seit 2012 tendenziell abgenommen, bei jenen mit weniger als 10'000 Versicherten ist dagegen insbesondere seit 2018 eine Zunahme zu beobachten (vgl. Abbildung 3). Für alle Versicherer kann zudem ein Anstieg der Verwaltungskosten im Jahr 2020 festgestellt werden (ein möglicher Grund für diese Auffälligkeit könnte die COVID-19-Pandemie sein, aufgrund der Datenlage lässt sich dies aber nicht abschliessend bestätigen, dieselbe Auffälligkeit zeigt sich auch bei den Kosten pro Versicherten).

¹⁰ Die Fachempfehlungen zur Rechnungslegung (Swiss GAAP FER) sind Schweizer Rechnungslegungsstandards, die ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage (True and Fair View) vermitteln.

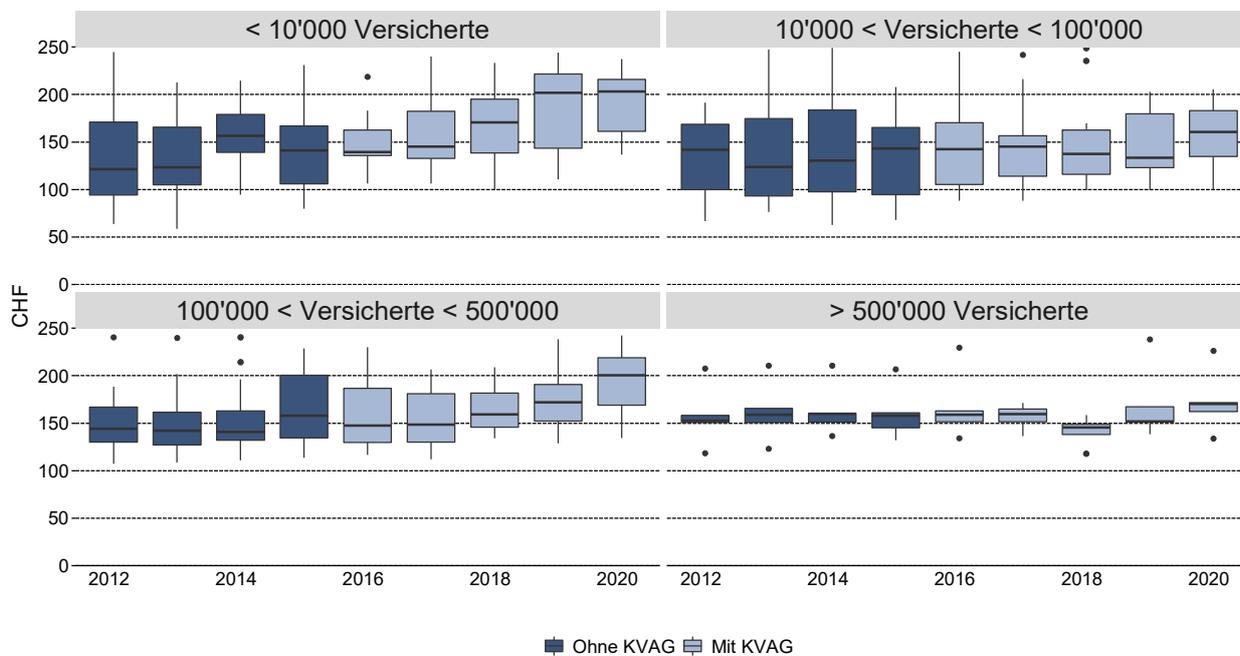
¹¹ Wir haben zusätzlich auch die Verwaltungskosten ohne Abschreibungen sowie die Verwaltungskosten in Prozent des um den Risikoausgleich korrigierten Prämienvolumens betrachtet. Die Resultate unterscheiden sich nicht wesentlich.

Abbildung 3 Verwaltungskosten in % der Prämien nach Grösse Versicherer



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Aufsichtsdaten OKP, 2012-2020.

Abbildung 4 Durchschn. Verwaltungskosten pro Versicherten nach Grösse Versicherer



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Aufsichtsdaten OKP, 2012-2020.

Demgegenüber haben die Verwaltungskosten pro Versicherten bei den Versicherern mit weniger als 500'000 Versicherten zwischen 2012 bis 2019 zugenommen, wobei die Entwicklung bei den Versicherern

mit weniger als 10'000 Versicherten am deutlichsten ausfällt (vgl. Abbildung 4). Bei den Versicherern mit mehr als 500'000 Versicherten ist die Entwicklung mit Ausnahme des Jahres 2020 weitgehend flach.

Meinungen: Interviews

In den *Interviews* wird darauf hingewiesen, dass im Quervergleich zum Tätigkeitsbereich nach VVG die Verwaltungskosten eher tief seien. Es hätten sich auch wenig Veränderungen in den Kosten gezeigt, zumindest sei die Entwicklung nicht auffällig, das Verhältnis der Verwaltungskosten zu den Gesamtkosten in Prozent sei lang ähnlich geblieben.

Wichtig zur Beurteilung der Entwicklung sei die zur Anwendung gelangende Messgrösse. Absolut gesehen seien die Verwaltungskosten gestiegen, ebenso pro versicherte Person; im Vergleich zu den Prämien seien sie stabil bzw. bis 2019 sinkend (trotz KVAG), jüngst wieder eher steigend.

Ob Kosten pro versicherte Person oder im Verhältnis zum Prämienvolumen aussagekräftig sind, darüber gehen die Meinungen auseinander. Für das Abstellen auf das Prämienvolumen spreche, dass die Leistungen gestiegen seien und deren Abwicklung einen starken Impact auf die Verwaltungskosten habe. Allerdings sei der Bezug zum Prämienvolumen insofern etwas fragwürdig, als dieses von der Genehmigung der Prämien abhängt.

Erstaunlich seien die grossen Unterschiede zwischen den Versicherern. Von den Kleinen zählten die einen zu den günstigsten, die andern zu den teuersten. Auch bei den Grossen gebe es markante Unterschiede. Wesentlich seien bei diesen die Beschaffungskosten, zum Beispiel für Informatik.

Meinungen: Online-Umfrage

In der *Online-Umfrage* wurde die Einschätzung zur *Kostenentwicklung im eigenen Unternehmen* pro versicherte Person seit Einführung des KVAG abgefragt (vgl. Anhang 3.5.7). Alle Versicherer geben an, dass die Kosten gestiegen (total 116 Nennungen über alle Bereiche) oder aber gleich geblieben seien (total 73 Nennungen). In einzelnen Bereichen seien die Kosten sogar stark gestiegen (total 37 Nennungen, z.B. Informatik). Gesunken (13 Nennungen) oder stark gesunken (keine) sind die Kosten selten.

Mehrheitlich in der Einschätzung gleichgeblieben bzw. sogar gesunken sind die Kosten für Beschaffung und Verträge, Produktentwicklung und Vertrieb, Kundendienst und Inkasso bzw. Debitorenbewirtschaftung. Die Einschätzung zum Vertrieb kontrastiert allerdings etwas mit dem Anstieg der externen Provisionen seit 2015 von rund CHF 25 Mio. auf rund CHF 55 Mio. im Jahr 2020.

Gestiegen sind nach Einschätzung der Versicherer die Kosten in der Leistungsabwicklung, im Finanzmanagement, Controlling und Unternehmensentwicklung sowie beim Overhead, der Infrastruktur und der unterstützenden Administration.

Gestiegen oder stark gestiegen seien die Kosten für Recht, Risiko und Compliance (höchster Wert), für die externe Revision sowie für die Informatik.

Bedeutsam sind *deutliche Unterschiede je nach Grösse des Versicherers* (nach Anzahl versicherter Personen). Bezüglich der Leistungsabwicklung geben die meisten grossen Versicherer an, die Kosten seien pro versicherte Person gleichgeblieben oder gesunken, während die meisten anderen Versicherer von gestiegenen Kosten ausgehen. Ein solcher Unterschied zeigt sich nicht ganz so deutlich auch beim Inkasso und der Debitorenbewirtschaftung. Insgesamt gehen die grossen Versicherer von eher weniger gestiegenen Kosten aus als die kleineren (vgl. den Mittelwert über alle gemittelten Bereiche).

Ein bedeutender Unterschied zeigt sich im Bereich Recht, Risiko und Compliance: Während die grossen Versicherer im Schnitt von gleich bleibenden bis gestiegenen Kosten ausgehen, schätzen alle anderen die Kosten als gestiegen bis stark gestiegen ein, einen Maximalwert geben die Kleinstversicherer an.

Sehr ähnlich ist das Bild in den Bereichen Finanzen, Controlling und Unternehmensentwicklung sowie der externen Revision. Die meisten grossen Versicherer geben an, die Kosten seien gleichgeblieben, während alle anderen angeben, die Kosten seien gestiegen.

Bezüglich der externen Revision zeigt sich ein lineares Bild: Je kleiner die Versicherungen, umso stärker sind die Kosten im Verhältnis zur Anzahl Versicherte gestiegen. Die grossen Versicherer sprechen von gleichbleibenden Kosten, die Kleinstversicherer von stark gestiegenen Kosten.

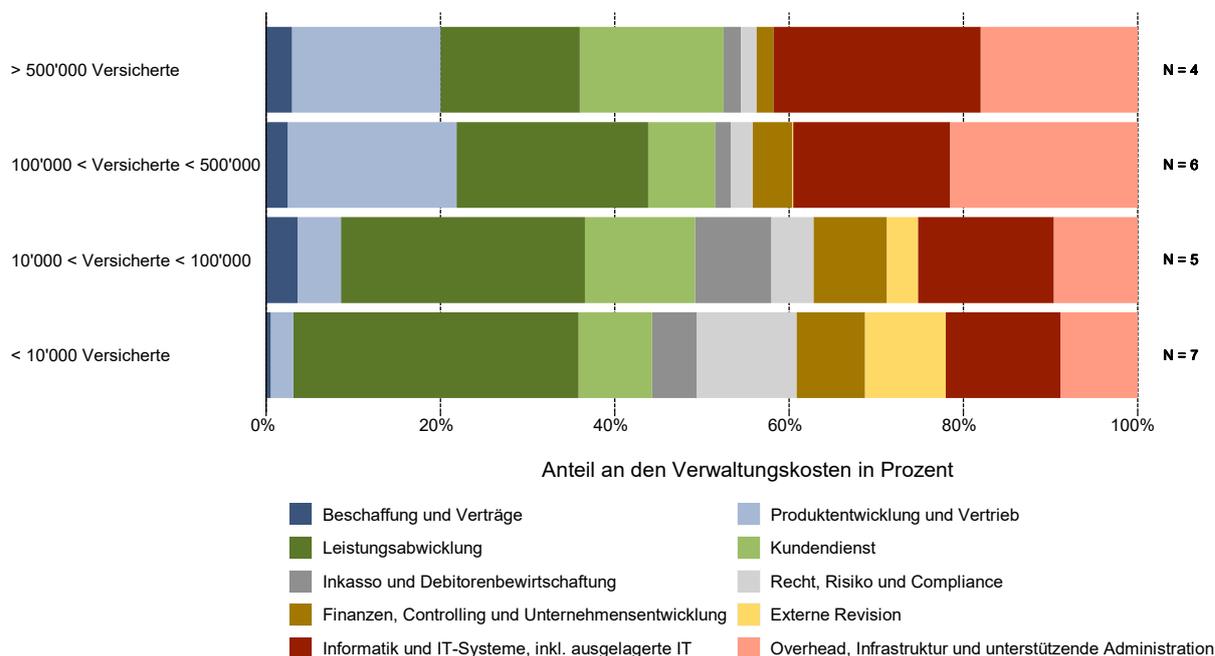
Die grossen Versicherer sprechen im Vergleich zu den kleineren Versicherern in der Tendenz eher von steigenden Kosten in den Bereichen Informatik und Overhead/Infrastruktur/unterstützende Administration.

2.4.2 Verwaltungskosten nach Bereichen

Im Rahmen der Online-Umfrage wurden die Versicherer gebeten ihre Verwaltungskosten nach Bereich aufzuteilen und eine Einschätzung zur Qualität ihrer Angaben abzugeben. Ein Grossteil der Versicherer gibt dabei an, dass ihre Zahlen zumindest einigermaßen die Realität abbilden sollten. Diese Einschätzung unterscheidet sich nicht systematisch nach Grösse des Versicherers (vgl. Abbildung 12 im Anhang).

Die Zusammensetzung der Verwaltungskosten unterscheidet sich stark nach Grösse des Versicherers (vgl. Abbildung 5). Bei den Versicherern mit mehr als 100'000 Versicherten sind die wichtigsten Kostenkomponenten Produktentwicklung und Vertrieb, Leistungsabwicklung, Informatik sowie Overhead. Bei den Versicherern mit weniger als 10'000 Versicherten stellt die Leistungsabwicklung die mit Abstand wichtigste Kostenkomponente dar. Informatik sowie Overhead bilden zwar ebenfalls wichtige Kostenblöcke, ihr Anteil ist aber deutlich geringer als bei den grossen Versicherern. Bei den Versicherern mit weniger als 10'000 Versicherten fällt zudem auf, dass Ausgaben für Recht, Risiko und Compliance sowie externe Revision bedeutende Kostenblöcke darstellen.

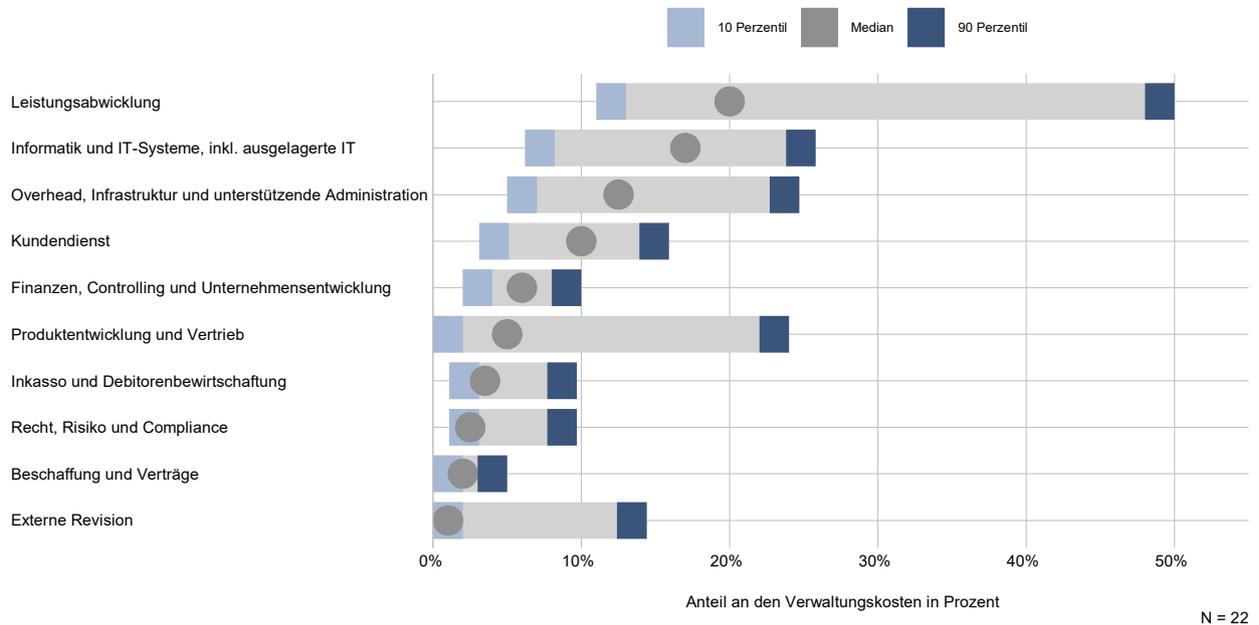
Abbildung 5 Mittelwerte Kostenkomponenten nach Grösse Versicherer



Quelle: Eigene Umfrage (online) bei den Versicherern.

Der Anteil der verschiedenen Kostenkomponenten an den Verwaltungskosten variiert zwischen den Versicherern jedoch sehr stark (vgl. Abbildung 6). Der Anteil der Leistungsabwicklung an den Verwaltungskosten beträgt beispielsweise zwischen 10 und 50 Prozent. Die grosse Spannweite der Angaben bleibt auch bestehen, wenn Versicherer gleicher Grössenklasse miteinander verglichen werden (vgl. Abbildungen 13, 14, 15 und 16 im Anhang 3.2)

Abbildung 6 Verteilung Angaben Kostenkomponenten



Quelle: Eigene Umfrage (online) bei den Versicherern.

2.4.3 Einflüsse auf die Verwaltungskosten

Datenanalyse

Die deskriptive Auswertung der Verwaltungskosten zeigt für die Versicherten mit weniger als 10'000 Versicherten seit der Einführung des KVAG einen Anstieg der Verwaltungskosten. Auch in den Expertengesprächen wird angeführt, dass das KVAG vor allem bei den Kleinstversicherern zu einem Anstieg der Verwaltungskosten geführt hätte. Demgegenüber sei die Einführung des KVAG bei grösseren Versicherern kaum mit einer Veränderung der Verwaltungskosten verbunden gewesen.

Nur aufgrund der deskriptiven Daten bleibt unklar, ob die Entwicklung der Verwaltungskosten bei den Versicherern mit weniger als 10'000 Versicherten (Kleinstversicherer) auf das KVAG zurückgeht oder ob sie andere Faktoren widerspiegelt bzw. dem generellen Zeittrend entspricht. Um den Einfluss des KVAG auf die Verwaltungskosten der Kleinstversicherer zu bestimmen, führen wir eine ökonometrische Analyse mit dem Difference-in-Difference-Ansatz durch. Als Kontrollgruppe verwenden wir die Versicherer mit mehr als 500'000 Versicherten. Wir führen die Analyse für die Verwaltungskosten in Prozent der Prämien, für die Verwaltungskosten pro Versicherten sowie für die logarithmierten Verwaltungskosten durch. Letzteres weil bei der Verwendung von Verhältniszahlen immer die Gefahr besteht, dass das Resultat nicht durch eine Entwicklung im Nenner (Verwaltungskosten), sondern im Teiler (Prämien, Versicherte) getrieben ist.¹² Folgende Annahmen müssen erfüllt sein, damit der Difference-in-Difference-Ansatz den Effekt des KVAG auf die Verwaltungskosten der Kleinstversicherer identifiziert:

- Die Verwaltungskosten der Versicherer mit mehr als 500'000 Versicherten (grosse Versicherer) werden nicht durch das KVAG beeinflusst.
- Die Verwaltungskosten der Kleinstversicherer hätten sich ohne die Einführung des KVAG nach dem gleichen Zeittrend entwickelt wie die der grossen Versicherer (Common-Trend).

¹² Vgl. z. B. Kronmal (1993). Spurious Correlation and the Fallacy of the Ratio Standard Revisited. Journal of the Royal Statistical Society. Series A, 156 (3).

- Das KVAG hat erst im Jahr der Einführung 2016 einen Einfluss auf die Verwaltungskosten der Kleinstversicherer (keine vorgezogenen Massnahmen aufgrund der Übergangsfristen).

Der erste und der dritte Punkt sind laut Interviews erfüllt. Um einen Eindruck zu erhalten, ob der zweite Punkt erfüllt ist, kann die Entwicklung der beiden Versicherergruppen vor der Einführung des KVAG verglichen werden. Folgen die Versicherergruppen in dieser sogenannten Pre-Treatment-Periode dem gleichen Zeittrend, deutet dies daraufhin, dass sie sich ohne die Einführung des KVAG weiterhin parallel entwickelt hätten. Abbildung 17, Abbildung 18 und Abbildung 19 im Anhang veranschaulichen diese Entwicklung für unsere drei abhängigen Variablen. Für die logarithmierten Verwaltungskosten ist die Entwicklung sehr ähnlich, bei den Verwaltungskosten in Prozent der Prämien sowie pro Versicherten ist es weniger klar. Insbesondere bei Letzteren verläuft die Entwicklung seit 2012 nicht mehr parallel (Abb. 18). Es ist denkbar, dass dies mit der Einführung des Solvenztests und einem damit verbundenen Anstieg der Verwaltungskosten bei den Versicherern mit weniger als 10'000 Versicherten, nicht aber den Versicherern mit mehr als 500'000 Versicherten zusammenhängt. Nachfolgend werden wir die Resultate für alle drei Ausprägungen der abhängigen Variablen aufzuführen, aufgrund der Unklarheiten bezüglich der Auswirkung der Einführung des Solvenztests auf die Verwaltungskosten sind die Resultate aber mit Vorsicht zu bewerten. Für die Analyse verwenden wir die Daten der Jahre 2010 bis 2019, das stark durch die COVID-19-Pandemie geprägte Jahr 2020 schliessen wir aus, um die Schätzresultate nicht zu verzerrern.¹³

Tabelle 1 Schätzresultate: Einfluss KVAG auf die Verwaltungskosten der Versicherer mit weniger als 10'000 Versicherten, Untersuchungszeitraum 2010 - 2019

	(1)	(2)	(3)
	Verwaltungskosten in % der Prämien	Verwaltungskosten pro Versicherten	Log Verwaltungskosten
Klein*KVAG	0.8226*** (2.58e-14)	37.48*** (7.74e-13)	0.1213*** (5.49e-14)
KVAG	-0.4759*** (1.41e-14)	11.97*** (6.45e-13)	0.1467*** (5.07e-16)
Klein	0.0843*** (8.05e-15)	-12.51*** (4.06e-13)	-5.366*** (3.39e-14)
Konstante	5.198*** (6.58e-15)	158.7*** (8.37e-14)	18.50*** (2.23e-14)
Jahre	2010 - 2019	2010 - 2019	2010 - 2019
Anzahl Beobachtungen	190	190	190
Adj. R2	0.01874	0.06157	0.91171

Standardfehler in Klammern, Clustering nach Grössenklasse des Versicherers

*** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1.

Die Resultate unsere Analyse finden sich in der obenstehenden Tabelle 1. Der Effekt des KVAG auf die Versicherer mit weniger als 10'000 Versicherten wird durch die Variable Klein*KVAG repräsentiert. Unabhängig von der Spezifikation der Verwaltungskosten zeigt die Analyse, einen statistisch signifikanten Effekt. Die Verwaltungskosten für die Versicherer mit weniger als 10'000 Versicherten entwickeln sich seit der Einführung des KVAG statistisch signifikant abweichend zum globalen Trend vor dem KVAG. Wenn nicht zeitgleich mit der Einführung des KVAG andere Umstände aufgetreten sind, welche nur die Verwaltungskosten der kleinsten, nicht aber der grössten Versicherer beeinflussen, kann der Effekt als kausal

¹³ Tabelle 4 im Anhang zeigt die Resultate, wenn das Jahr 2020 ebenfalls verwendet wird. Der Effekt des KVAG fällt dann leicht höher aus. Aus unserer Sicht dürfte der Schätzwert aber durch die COVID-19-Pandemie verzerrt sein.

auf die Einführung des KVAG zurückgehend interpretiert werden.¹⁴ Wie erwähnt ist der Effekt mit Vorsicht zu bewerten, er ist jedoch bedeutend, also statistisch relevant. Werden die Verwaltungskosten in Prozent der Prämien bzw. pro Versicherten betrachtet, so hat das KVAG bei den Versicherern mit weniger als 10'000 Versicherten zu deren Erhöhung um 0.8 Prozentpunkte bzw. 37.5 CHF pro Versicherten geführt (Koeffizient Klein*KVAG 0.8226 bzw. 37.48). Die durchschnittlichen Verwaltungskosten in Prozent der Prämien lag bei diesen Versicherern 2015 bei 5.4 Prozent. Das entspricht einer Zunahme der Verwaltungskosten in Prozent der Prämien um rund 15 Prozent. Bei den Verwaltungskosten pro Versicherten fällt der relative Anstieg leicht höher aus, bei den logarithmierten Verwaltungskosten leicht niedriger.

Meinungen

In den Interviews wird der Versichertenbestand und die Risikostruktur bei den Versicherten als wesentlicher Faktor für die Entwicklung der Verwaltungskosten genannt (Rechnungen, Kostengutsprachen usw.)

Als zweiter Treiber werden Regulierungen auf verschiedenen Ebenen, von KVG/KLV bis Datenschutz aufgeführt. Bei letzterem zum Beispiel die Vorschriften betreffend Zertifizierung und die räumliche Trennung von Personal. Das verursache direkte Kosten (Administration) und indirekte Kosten, weil Compliance und Aufsicht aufwändiger würden.

Drittens wird die Informatik als wichtige Ursache angeführt. Dabei wird vermutet, dass die kleinen Versicherer besondere Kostensteigerungen gehabt hätten – was in der Online-Umfrage gerade gegenteilig berichtet wird (grosse Versicherer mit stärker steigenden Kosten als kleine).

Vereinzelte als Kostentreiber genannt wird die neue Spitalfinanzierung ab 2012. Makler oder Vermittler werden nicht als kostentreibend angesehen. Kontrovers beurteilt wurde die Neuregelung des Risikoausgleichs.

Auf Nachfrage, ob denn die Regulierungen des KVAG (nicht des KVG/der KLV) und die Aufsicht durch das BAG die Kosten getrieben habe, wurde zwar festgehalten, dass dadurch Mehrkosten entstanden seien, das Gesetz und die Aufsicht aber nicht wesentliche Kostentreiber seien.

Die Ergebnisse der Online-Umfrage bei den Versicherern zu den wesentlichen Treibern der Verwaltungskosten zeigen ein ähnliches Bild. Gefragt wurde, welche bis zu drei Hauptursachen bzw. Kostentreiber spezifisch im Unternehmen für steigende Verwaltungskosten verantwortlich gemacht werden könnten.

Spitzenreiter ist die Informatik und Digitalisierung (19 Nennungen). Daneben wurden allgemein Regulierungen genannt (wie KVG, KLV, KVV, MiGeL, HMG usw., 11 Nennungen) und im speziellen die Regulierungen zum Datenschutz (10 Nennungen).

Es wurde auch gefragt, ob die «Vorgaben des KVAG / der KVAV und deren Vollzug durch das BAG» als Hauptursache und Kostentreiber für steigende Verwaltungskosten im Unternehmen verantwortlich seien. Im Kontrast zu den Einzelinterviews wurde dieser Grund von den Versicherern häufig angegeben (14 Nennungen), wobei auffällt, dass von den grossen Versicherern kein einziger diesen Grund aufführte. Es sind insbesondere die Kleinstversicherer (8 von 11), welche im KVAG und der Aufsicht die Ursache für das Kostenwachstum sehen.

Für die grossen Versicherer ist die Informatik kostentreibend, die Kundenbetreuung (Anfragen, Kundendienst) sowie generell Regulierungen (wie KVG, KLV, KVV, MiGeL, HMG usw.) inkl. dem Datenschutz. Das KVAG spielt bei ihnen eine untergeordnete Rolle.

¹⁴ Ein möglicher Einfluss, der die Verwaltungskosten der kleinsten Versicherer, nicht aber die der grössten Versicherer, betrifft, könnte die Änderung des Risikoausgleichs darstellen. Die grosse Änderung mit der Einführung von pharmazeutischen Kostengruppen als Risikoindikator wurde allerdings erst 2020 vorgenommen. Damit verbundene höhere Verwaltungskosten sollten dementsprechend vor allem im Jahr 2019 und evtl. noch 2018 anfallen, kaum jedoch bereits 2016.

2.5 Aufwände und Nutzen des KVAG

2.5.1 Aufwand der Einhaltung des KVAG

Fakten

Der Aufwand, der durch die Einhaltung der Regelungen im KVAG entsteht, ist abzugrenzen vom Aufwand, der durch die Einhaltung der Regulierungen im KVG und anderen Gesetzen entsteht, deren Einhaltung im Rahmen des Aufsichtsauftrags des KVAG geprüft wird. Wie in Ziffer 2.1 dargelegt, vermischt sich diese Unterscheidung in der Wahrnehmung der Versicherer.

In den Einzelinterviews hat sich bei Versicherern wie Experten/-innen gezeigt, dass eine Erhebung der Aufwände im Detail nicht möglich ist, schon gar nicht ein Vergleich vor/nach Inkraftsetzung KVAG. Die Daten sind nicht vorhanden, wenn sie vorhanden wären, wären sie zwischen den Versicherern nicht vergleichbar, weil nicht gleich strukturiert. Man kann die Daten also nicht zusammenführen, und bei denjenigen Versicherern, die auch Versicherungen nach VVG anbieten, würden die Aufwände – wenn die Daten denn bekannt wären – nicht auf dem notwendigen Detaillierungsgrad aufgeschlüsselt.

Der Aufwand kann auch nicht in einem Bereich der Verwaltungskosten identifiziert werden, wie sie in der vorangegangenen Ziffer 2.4 dargestellt wurden, wie zum Beispiel in «Recht, Risiko und Compliance». Wie sich durch Nachprüfung in vertiefenden Interviews gezeigt hat, ist der Aufwand für die Erfüllung der Auflagen im Rahmen des KVAG auf verschiedene Bereiche verteilt bis hin zur Kommunikation oder Personalmanagement.

Die Evaluation musste sich daher auf Meinungen in Interviews sowie Schätzungen und Annahmen der Versicherer in der Online-Umfrage abstützen.

Meinungen zum Aufwand generell

In allen Interviews wird der *anfallende Aufwand* für die Einhaltung des KVAG nicht als unangemessen oder problematisch thematisiert. Der Einfluss auf die Verwaltungskosten sei gering. Im Vergleich zu den gesamten Verwaltungskosten und besonders für die grossen Versicherer sei er sogar vernachlässigbar. Es wird mehrfach berichtet, dass allfällige Befürchtungen punkto Aufwand so nicht eingetroffen seien.

Übereinstimmend wird berichtet, dass der *Initialaufwand* bedeutend gewesen sei (z.B. Einreichen Geschäftsplan, Aufbau Risikomanagement). Weil das Gesetz Übergangsfristen von teils fünf Jahren vorsah, sei dieser Initialaufwand bei gewissen Versicherern erst vor kurzem geleistet worden. Der jetzt heute wegen des KVAG anfallende Aufwand sei viel geringer.

Betont wird, dass hingegen bei *Kleinversicherer* mit wenigen tausend Versicherten die Verwaltungskosten und auch die Aufwände für das KVAG im Anteil höher ausfallen. Gerade der Initialaufwand, aber auch zum Beispiel die Kosten für die externe Revision seien im Verhältnis höher und hätten durch die Rechnungslegungsvorschriften zugenommen. Darum wird der Aufwand für die Einhaltung des KVAG für die kleinsten Versicherer im Verhältnis als gross empfunden.

Allerdings hätten es gerade die kleinsten Versicherer zum Teil selbst in der Hand sich zu entlasten, indem sie zum Beispiel das Tätigkeitsgebiet einschränkten.

Ogleich in den Interviews in der Regel der Aufwand als im Verhältnis gering eingestuft wird, wird er als negative Wirkung des KVAG aufgeführt. Man sehe eine *Erhöhung des administrativen Aufwands* auf diversen Ebenen und der entsprechenden Kosten. Es werden negative praktische Auswirkungen im Vollzug und Beispiele von notwendigen Optimierungen genannt. Diese werden im Rahmen der anderen Kapitel behandelt. Zusammengefasst herrscht der Eindruck einer *zu detaillierten Administration*. Das zeigt sich auch in der Online-Umfrage: Sehr hohe Zustimmungswerte erhält die Aussage, dass «die Administration für die Versicherer im Bereich von Details zugenommen» habe. Schon deutlich weniger, aber immer noch klare Zustimmung erhält die Aussage, dass sich die Verwaltungskosten deutlich erhöht hätten.

Auch zum Gesamtaufwand zeigen sich die Versicherer in der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.25) eher kritisch. Gefragt wurde nach dem Ausmass des Aufwands, der aufgrund der Vorgaben des KVAG und der diesbezügliche Aufsichtstätigkeiten des BAG geleistet werden müsse. Fast die Hälfte der Antworten empfindet den Aufwand als gross und sehen viele Möglichkeiten, diesen zu vermindern, weitere gut 10 Prozent finden ihn als unangemessen gross. Die restlichen 40 Prozent empfinden den Aufwand als angemessen, teils mit Vereinfachungsmöglichkeiten bei der Aufsichtstätigkeit.

Nicht überraschend empfinden die grossen Versicherer mit einer Ausnahme den Aufwand für das KVAG als weniger problematisch. Demgegenüber empfinden die Kleinstversicherer zu 70 Prozent den Aufwand als gross und monieren viele Vereinfachungsmöglichkeiten. Etwas entgegen der Erwartung schliesst sich der grösste Teil der mittelgrossen Versicherer der Meinung der Kleinstversicherer an. Bei den kleinen Versicherern ist kein klares Bild auszumachen. Es ist nochmals methodisch anzumerken, dass die kleine Fallzahl nur Hinweise zulässt, keine belastbaren Aussagen.

Meinungen zum Anteil an den Verwaltungskosten

In Rahmen der Online-Umfrage wurden die Versicherer gefragt, welchen Anteil an den Verwaltungskosten die Vorgaben des KVAG (nicht die des KVG oder der KVV) und die diesbezüglich Aufsichtstätigkeiten bzw. Aufsichtsmassnahmen der Aufsichtsbehörde BAG ausmachen. Es wurden Kategorien von Grössenordnungen vorgegeben. Vgl. dazu Anhang 3.5.23.

Drei Viertel der antwortenden Versicherer taxierten den Aufwand bis hin zur Grössenordnung von plus/minus 5 Prozent.

Dabei gab die Hälfte der grossen Versicherer an, dass die Aufwände für das KVAG deutlich weniger als 1 Prozent der Verwaltungskosten ausmache, die andere Hälfte lag bei plus/minus 1 bzw. 5 Prozent.

Ein Teil der kleinen Versicherer stufte ihre Aufwände auf mehr als 10 Prozent ein. Die Hälfte der Kleinstversicherer gaben an, mehr als 10 Prozent oder sogar mehr als 30 Prozent ihrer Verwaltungskosten für das KVAG aufzuwenden. Die andere Hälfte liegt unter 10%.

Insgesamt zeigte sich deutlich, je kleiner die Versicherer umso höher der angegebene Anteil des KVAG-Aufwands an den Verwaltungskosten.

Diese Angaben korrespondieren mit den Ergebnissen der Erhebung der Anteile für «Recht, Risiko und Compliance» an den Verwaltungskosten (vgl. Anhang 3.5.5/6): 21 von 25 antwortenden Versicherern geben Werte für die Aufwände für Recht, Risiko und Compliance an, die zwischen 1-7 Prozent der gesamten Verwaltungskosten liegen. 4 Versicherer geben an, der Anteil betrage 10 Prozent (2) oder sogar 30 Prozent (2). 15 Versicherer geben Werte zwischen 1-3 Prozent an. Im Median liegen die Kosten bei etwa 3 Prozent, auch bei den Kleinstversicherern ist der Median nur leicht höher.

Allerdings sind nicht alle Kosten im Bereich «Recht, Risiko und Compliance» auf das KVAG zurückzuführen. Aufwände verursacht durch das KVAG fallen noch in anderen Bereichen an. Daher ist in vielen Fällen der geschätzte Anteil des Aufwands für das KVAG an den Verwaltungskosten höher als der angegebene Anteil für den hier behandelten Bereich. Das zeigen zum Beispiel die Unterschiede bei den fünf Versicherern, welche den Anteil des KVAG-Aufwands an den Verwaltungskosten bei «über 10 Prozent» verteten. Ihre Anteile für «Recht, Risiko und Compliance» lagen bei 3, 5, 7 und 10 Prozent (eine Angabe fehlte).

Meinungen zum Aufwand für «Good-Governance»

Bezüglich des Aufwands verursacht durch die Regulierungen zur Good-Governance wird in den Interviews ausgeführt, entsprechende Regelungen würden die Versicherer ohnehin einhalten wollen.

In der Online-Umfrage bestätigen die befragten Versicherer diese Aussage im Grossen und Ganzen (vgl. Anhang 3.5.24). 80 Prozent der Antwortenden stimmten der Aussage voll (4 von 25) oder eher zu (16 von 25), dass viele der Vorgaben des KVAG Teil der üblichen guten Geschäftsführung («Good-Governance»)

sind, welche der Versicherer sowieso erfüllt. 20 Prozent (oder 5 von 25) stimmen dieser Aussage eher nicht zu. Komplet abgelehnt wird die Aussage von niemandem.

Meinungen zu den aufwändigsten Verpflichtungen

In den Einzelinterviews werden auf die Fragen nach dem grössten, durch das KVAG verursachten Aufwand die Gewährleistung der einwandfreien Geschäftstätigkeit bzw. die Geschäftsplanänderungen angegeben. Aufwändig sei auch die Kontrolle der Einhaltung der Fristen. Ebenso wird auf die Kreisschreiben hingewiesen. Vereinzelt werden die Vor- und Nachbearbeitung der Audits als aufwändig bezeichnet.

Die Online-Umfrage gibt weitere Hinweise zu den Aufwänden der Versicherer im Zusammenhang mit der Aufsichtstätigkeit gemäss KVAG (vgl. Anhang 3.5.26). Gefragt wurde, welche Vorgaben des Gesetzes den grössten Aufwand pro Jahr verursache. Klar auf Rang 1 liegt die Prämien genehmigung, mit etwas Abstand folgt der Solvenztest, sodann der Nachweis des Risikomanagements und der internen Kontrolle und schliesslich die Anforderungen der Rechnungslegung (Aufwand für externe Revision).

Die Prämien genehmigung scheint vor allem für die kleinen, mittleren und grossen Versicherer einen grossen Aufwand zu verursachen, für die Kleinstversicherer (<10'000 Versicherte) deutlich weniger.

Es zeigt sich, dass der Aufwand für den Nachweis des Risikomanagements und der internen Kontrolle fast ausschliesslich ein Thema für die Kleinstversicherer ist, in viel geringerem Ausmass für kleine und überhaupt nicht für mittlere und grosse Versicherer.

Bei den Rechnungslegungsvorschriften gilt, dass je kleiner der Versicherer ist, umso bedeutender der Aufwand, um diese einzuhalten. Für die grossen Versicherer ist dies gar kein Thema. Der Aufwand für die externe Revision sei bei den kleinen und kleinsten Versicherern stark gestiegen, manche sprechen von einer Verdopplung der Kosten für die Rechnungsprüfung bzw. Revisionstätigkeiten.

2.5.2 Nützliche Wirkungen aus Sicht der Akteure

Die Wirkungen des KVAG und seines Vollzugs können wie in Ziffer 1 ausgeführt zu einem Teil mit Zahlen und Fakten aufgezeigt werden. Es sind aber auch Einschätzungen der Akteure abgefragt worden, in Einzelinterviews und in der Online-Umfrage. Äusserungen über negative Auswirkungen wurden in den vorangegangenen Ziffern dargestellt. Folgende nützliche Wirkungen wurden demgegenüber erwähnt.

Insgesamt sei die *Aufsicht gestärkt* worden, was auch indirekt den Versicherten zugutegekommen sein, zum Beispiel in der Durchsetzung der Gleichbehandlung.

Es sei die *Transparenz der finanziellen Situation der Versicherer* verbessert worden (vgl. Ziff. 2.3). Dazu habe wesentlich der *neue Solvenztest* bzw. die vereinheitlichte Ermittlung der Solvenz beigetragen, die positiv gesehen wird (vgl. Ziff. 2.2). Die *finanzielle Stabilität* der Versicherer habe sich verbessert (diese Meinung teilen nicht alle Befragten, vgl. Ziff. 2.2.2). Dass eine Verbesserung der finanziellen Stabilität primär dem KVAG geschuldet sei, das bejaht in der Online-Umfrage nur ein Drittel der Befragten.

Die *Governance* der Versicherer habe sich deutlich verbessert (Organisation, Risikomanagement). Dem stimmt auch eine deutliche Mehrheit der Versicherer in der Online-Umfrage zu. Es wird erwähnt, es habe sich ein verbessertes *Risikobewusstsein und Risikomanagement* eingestellt, wobei dies nicht nur dem KVAG zuzuschreiben sei, sondern eine generelle Entwicklung der Branche darstelle. Es wird hervorgehoben, dass das KVAG diese Entwicklung insbesondere bei den kleinen Versicherern gefördert habe.

Es sei zu einer *Professionalisierung*, insbesondere bei den kleineren Versicherern, auch in deren leitenden Gremien und bei der Geschäftsführung gekommen, deren Qualifikation zugenommen habe. Das gelte auch für die Aufsichtsbehörde. Diese Aussage wird zu etwa zwei Dritteln von den befragten Versicherern in der Online-Umfrage gestützt. Bei den kleineren Versicherern ist die Einschätzung geteilt.

Die *Prämiengenehmigung, Prämienrückerstattung und Festlegung der Mindestreserven* seien besser geregelt. Zumindest werde der Versuch der fairen Verteilung und einer Entpolitisierung der Prämienfestlegung unternommen. Gerade die Auswirkung der Entpolitisierung wird jedoch kontrovers diskutiert. Ein gewichtiger Teil der Interviewten sieht keine Entpolitisierung, sogar eher das Gegenteil.

Die Versicherer beurteilen den *konkreten Nutzen aus dem KVAG* kontrovers. Einige sehen aber praktische Vorteile in den Hinweisen aus den Audits oder der verbesserten Dokumentation der Geschäftstätigkeit. Genannt wurden weiter folgende positive Veränderungen:

- Eine *Regulierung mit klareren Vorgaben und mehr Rechtssicherheit*. Dieser Aussage stimmt eine grosse Mehrheit der befragten Versicherer zu. Insbesondere gelte das für die *Eigenkapitalanforderungen* bzw. das gebundene Vermögen.
- Eine *Flexibilisierung der Reservebildung*.
- Zum Teil *einfachere Prozesse*, etwa bei der Prämieninformation an die Kantone (heute zentral koordiniert durch das BAG).

2.6 Geschäftspläne und Geschäftsplanänderungen

2.6.1 Regelungen und Abläufe

Gesetzliche Vorgaben

Will ein Versicherer gemäss Art. 4 KVAG die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erwerben, so hat er gemäss Art. 7 Abs. 2 KVAG seinem Gesuch einen Geschäftsplan beizulegen. Das Gesetz gibt in Buchstaben a-p vor, welche Angaben und Unterlagen dabei einzureichen sind.

Gemäss Aussagen des BAG sind erst kürzlich, fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, die Erstgenehmigungen der Geschäftspläne abgeschlossen. Es ist wichtig, die aufwändige initiale Ersterarbeitung und -genehmigung zu unterscheiden von den einfacheren Änderungen am Geschäftsplan, die zum Teil genehmigt, zum Teil einfach dem BAG mitgeteilt werden müssen.

Nach Art. 8 Abs. 1 KVAG bedürfen Änderungen am Geschäftsplan, welche die Elemente nach Art. 7 Abs. 2 betreffen, einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde. Ein Teil der Änderungen am Geschäftsplan, die in Art. 8 Abs. 2 KVAG aufgeführt sind, sind der Aufsichtsbehörde lediglich mitzuteilen. Sie gelten als bewilligt, sofern die Aufsichtsbehörde nicht innert acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet. Als Geschäftsplan gelten die Informationen, die initial eingereicht wurden. Gibt es zu diesen Informationen bzw. Unterlagen Änderungen, so sind sie dem BAG zu melden bzw. zur Genehmigung vorzulegen.

Prozess/Ablauf

Es gibt keine formalen Vorgaben, wie die Geschäftspläne oder ihre Änderung einzureichen sind bzw. die Unterlagen gestaltet werden müssen, vorgegeben durch das KVAG ist der Inhalt. Das BAG ist jedoch an der Erarbeitung eines Leitfadens, um die Einreichung von Geschäftsplänen standardisieren zu können.

Versicherer, die neben den Versicherungen nach KVG auch solche nach VVG anbieten, sind mit der Erstellung von Geschäftsplänen vertraut, auch wenn die Anforderungen des VAG und des KVAG nicht ganz deckungsgleich sind. Die Eingaben erfolgen per Post oder per Mail.

Auf Seiten der Versicherer ist die wesentliche Herausforderung, alle Änderungen im Unternehmen, die den eingereichten Geschäftsplan betreffen, zu bewirtschaften und sicherzustellen, dass sie innerhalb der Fristen und inhaltlich korrekt gemeldet bzw. genehmigt werden. Das benötigt eine gute Organisation, bei grösseren Versicherern auch jene der entsprechenden Prozesse.

Meinungen zu Anforderungen und Fristenlauf bei Geschäftsplanänderungen

Vielfach gefordert wird eine Angleichung sowohl der Anforderungen (Dokumentation, Formulare) sowie der Fristen bei Geschäftsplanänderungen an jene der FINMA, die ohne sachliche Gründe unterschiedlich

ausgestaltet seien. Auf der anderen Seite wird argumentiert, die Unterschiede zwischen KVAG und VAG seien aufgrund von Erfahrungen mit dem VAG so ausgestaltet worden, es sei daher eher eine Anpassung des VAG bzw. der Praxis der FINMA erforderlich.

Die Anforderungen sollten an einem zentralen Ort definiert werden, aktuell seien sie zum Teil auch in Informationsschreiben enthalten. Die gesetzlichen Vorgaben sind in Artikel 7 KVAG und Artikel 4 VAG geregelt. Ein detaillierter Abgleich konnte an dieser Stelle nicht vorgenommen werden.

Im Weiteren wäre aus Sicht der Versicherer eine Flexibilisierung der Fristen sehr hilfreich, ohne dass es deshalb zu Abstrichen in der Aufsicht käme. Für die Geschäftstätigkeit wesentliche Anpassungen am Geschäftsplan könnten nicht immer innerhalb der Meldefrist von zwei Monaten fertiggestellt werden. Dabei wird besonders die Fristsetzung bei Outsourcings hervorgehoben. Jedoch gibt das KVAG in Artikel 8 Absatz 2 8 Wochen vor, während das VAG in Artikel 5 Absatz 2 4 Wochen vorsieht. Weitere Fristen werden in Artikel 9 Absatz 2 KVAG und Artikel 8 KVAV gesetzt.

Offenbar hat die Aufsichtsbehörde aber in Einzelfällen bereits reagiert und Entwürfe bzw. provisorische Genehmigungen oder solche mit Vorbehalt zugelassen. Zudem ist die Behörde dabei, Formulare zu entwickeln und will diese – so Stand Mitte Oktober – bei den Beaufsichtigten in Konsultation geben. Sie betont zudem, dass der Handlungsspielraum bei den Fristen ausgereizt sei.

2.6.2 Aufwand für die Versicherer

Fakten

Tabelle 2: Anzahl Geschäftsplanänderungen in je zwei Jahren 2018/19 und 2020/21

Art. 7 Abs. 2	Inhalt	Bewilligung od. Mitteilung	Anzahl 2018/2019	Anzahl 2020/2021
a	Statuten, Gründungsurkunde und Handelsregisterauszug	Bewilligung	28	16
b	Organisation (inkl. Versicherungsgruppe)	Mitteilung	40	81
c	Namen u. Lebensläufe d. Mitgl. d. Verwaltungs-/Leitungsorgane	Mitteilung	92	110
d	Externe Revisionsstelle und leitende/r Revisor/in	Mitteilung	21	12
e	Inhaber >10% Kapitalstimmenanteil od. massgebend Einfluss	Mitteilung	13	7
f	finanzielle Ausstattung von OKP und Taggeldversicherung	Mitteilung	5	15
g	Eröffnungsbilanz	--	0	0
h	Planbilanzen und -erfolgsrechnungen der ersten drei Jahre	--	0	0
i	Rückversicherungsplan und die Rückversicherungsverträge	Bewilligung	22	19
j	Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken	Mitteilung	17	27
k	örtlicher Tätigkeitsbereich	Bewilligung	3	4
l	Übertragung wesentl. Aufgaben an Dritte: Verträge/Absprachen	Bewilligung	44	71
m	Prämientarife OKP und Taggeldversicherung	Bewilligung	5	6
n	Bestimmungen beso. Versicherungsformen; Taggeldvers.; AVB	Bewilligung	48	55
o	Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten	Bewilligung	0	1
p	Krankenversicherung im Fürstentum Liechtenstein	Bewilligung	0	0

Gemäss einer Statistik des BAG wurden in den letzten vier Jahren die in Tabelle 2 aufgeführte Anzahl Geschäftsplanänderungen gemäss Art. 8 KVAG und den Vorgaben des Art. 7 Abs. 2 eingereicht.

Meinungen

In den Interviews wird der Unterschied zwischen dem Prozess und dem Aufwand der initialen Erstein-gabe und der aktuellen Änderungen betont.

Der administrative Prozess für die Eingabe der Änderungen findet insgesamt Zustimmung. Er sei nicht besonders aufwändig für die Versicherer (Unterlage mit markierten Änderungen sowie definitive Version einsenden). Auch kleine Versicherer seien nicht besonders belastet, weil diese in der Regel keine oder wenig aufwändige Weiterentwicklungen umsetzten. Allerdings gibt es Einzelmeinungen, die den Prozess mit den gesamten Geschäftsplananpassungen und Meldungen «als eher umständlich empfinden».

In der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.9) sind die Versicherer etwas geteilter Meinung: die Hälfte bestä-tigt, dass der Aufwand gering bis sogar marginal (weil analog FINMA) ist, die andere Hälfte bezeichnet den Aufwand als relevant. Dabei ist auffällig, dass praktisch alle Kleinstversicherer den Aufwand als ge-ring taxieren, während alle mittelgrossen Versicherer ihn als relevant einstufen.

Konkret beziffern lässt sich der Aufwand nicht. Für das BAG stellten die Geschäftsplanänderungen ein Massengeschäft dar. Das Amt sei aktuell bestrebt, die Abwicklung zu vereinfachen. Zwei Versicherer ha-ben in der Online-Umfrage eine Aufwandschätzung abgegeben: Ein grosser Versicherer schätzt seinen Aufwand für die Meldung/Genehmigung aller Geschäftsplanänderungen auf 20-25 Personentage, ein Kleinstversicherer auf 5 Personentage pro Jahr. Die anderen waren nicht in der Lage, ihren Aufwand zu schätzen.

Die Häufigkeit einer Geschäftsplanänderung sei sowohl für die Versicherer wie für das BAG nicht ein re-levantes Mass für den damit verbundenen Aufwand. Es gebe Geschäftsplanänderungen, welche sowohl seitens Versicherer wie der Aufsichtsbehörde aufwändig seien, weil die Änderungen aus Sicht der Be-hörde wesentlich, die Unterlagen umfangreich, die Inhalte komplex seien und entsprechend Klärungs- und Bereinigungsbedarf bestehe.

Besonders aufwändig seien neue Geschäftsmodelle, Allgemeine Versicherungsbedingungen und Regle-mente; Aufgabenübertragung an Dritte (Outsourcing); Rechtsstrukturänderungen mit Folgeaufwänden (Finanzflüsse, Jahresrechnungen, Info an Versicherte usw.); Änderung von Kernapplikationen in der In-formatik; Anpassungen am vertrauensärztlichen Dienst. Zudem seien neue digitale Trends aufzunehmen wie zum Beispiel rein digitale Versicherungsmodelle oder Cloud-Lösungen mit Daten in den USA.

Das widerspiegelt sich in der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.11). Gefragt wurde, welche Geschäfts-planänderungen im Einzelfall unabhängig von der Häufigkeit am meisten Aufwand verursachten. Deutlich wird die Genehmigung der Prämientarife gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. m KVAG als die aufwändigste Ände-rung beurteilt, wobei diese für die grossen und die kleinsten Versicherer nicht sehr stark im Vordergrund steht. An zweiter Stelle des Aufwands steht die Übertragung wesentlicher Aufgaben an Dritte (Bst. l).

Bei den weiteren Rangfolgen ist zu differenzieren: Für die kleinen und vor allem Kleinstversicherer sind die Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken (Bst. j) sowie die Mitteilung der Namen und Lebensläufe der Mitglieder der Verwaltungs-/Leitungsorgane (Bst.) am aufwändigsten, während dies für die anderen Versicherer nicht oder kaum gilt.

Für die grossen Versicherer ist die Einreichung von Bestimmungen zu besonderen Versicherungsformen mit den entsprechenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen (Bst. n) aufwändig.

Die mittelgrossen und grossen Versicherer taxieren die Mitteilung der finanziellen Ausstattung der obliga-torischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung (Bst. f) als aufwändig.

2.7 Audits

2.7.1 Organisation

Planung

Gemäss Auskunft des BAG wird die Jahresplanung der Sektion Audit risikobasiert mittels Ampelsystem festgelegt. Dabei handle es sich um ein Scoring-System. Diverse Kennzahlen (quantitativer Art) wie auch Erkenntnisse qualitativer Art (basierend auf div. Berichten und Informationen), würden nach Wichtigkeit gewichtet (Skala 1 bis 3) und jährlich für sämtliche Versicherer neu beurteilt. Je schlechter die Kennzahlen oder Erkenntnisse seien, desto mehr Punkte würden vergeben. Anschliessend werde ein Rating durchgeführt (quantitatives und qualitatives Rating werden zu je 50% gewichtet). Es flössen dabei die Grösse des Versicherers (Anzahl Versicherte) sowie das Ergebnis des letzten Audits ein. Eine Übersteuerung des Ratings sei möglich, falls wesentliche neue Informationen vorliegen (besondere Ereignisse oder konkrete Hinweise seitens Versicherten). Eine allfällige Übersteuerung werde immer dokumentiert.

Den Versicherern ist gemäss Interviews unklar, aus welchen Gründen wann ein Audit stattfindet. Aus der Erfahrung ist allen bewusst, dass die kleineren Versicherer deutlich weniger häufig auditiert werden als die grösseren Versicherer (gemessen an der Anzahl Versicherter). Die Kriterien für ein Audit sind jedoch weitgehend unbekannt.

Auch in der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.17) zeigt sich die Unsicherheit der Versicherer. Ein gutes Viertel der Antwortenden stimmt der Aussage gar nicht zu, sie wüssten, nach welchen Kriterien die Aufsichtsbehörde entscheidet, ob und wann ein Versicherer für einen Audit ausgewählt wird. 40 Prozent stimmt eher nicht zu. Damit sind knapp 70 Prozent der Versicherer nicht oder wenig informiert über die Planung der Audits. Ein weiteres gutes Viertel stimmt eher zu, dass sie über die Kriterien Bescheid wüssten, sind also unsicher.

Durchführung

Gemäss Auskunft des BAG stellt ein standardisiertes Prüfkonzept sicher, dass die Audits professionell und einheitlich durchgeführt werden. Pro Prüfbereich bestünden diverse Checklisten, die bei den Audits eingesetzt würden. Damit werde sichergestellt, dass bei allen Versicherern dieselben Belange in einen Bereich geprüft werden. Grösse und die Komplexität des Versicherers würden bei der Durchführung des Audits berücksichtigt.

In der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.17) erhalten die Aussagen «Die Audits werden sachkompetent durchgeführt» sowie «Die Prüfenden und Kontaktpersonen des BAG sind zuvorkommend und kooperativ» hohe Zustimmungswerte. Nur bei letzterer Aussagen stimmen zwei Befragte «eher nicht» zu, sonst sind alle mit den Aussagen «eher» oder noch häufiger «voll» einverstanden.

In den Einzelinterviews wird berichtet, die Durchführung der Audits sei gut organisiert, der Umgang und die Zusammenarbeit seien gut, es sind diesbezüglich keine negativen Aussagen zu vernehmen.

Allerdings herrscht bei den Versicherern, insbesondere bei den grossen Versicherern, gemäss Aussagen in den Interviews, ein gewisser Unmut, weil sich ein Teil ungerecht und ungleich behandelt sieht, sowohl bezüglich der Häufigkeit wie auch der Intensität der Auditprüfung.

2.7.2 Aufwand für die Versicherer

Über den Aufwand der Durchführung von Audits seitens Versicherer sind keine belastbaren Informationen vorhanden. Daher wurden in der Online-Umfrage die Versicherer um eine Schätzung ersucht (vgl. Anhang 3.5.16). Es gab auch entsprechende Nachfragen in Einzelinterviews, die in wenigen Fällen spontan beantwortet werden konnten, die Antworten stimmen mit den Ergebnissen der Umfrage überein. Die Kleinstversicherer haben sich bei der Aufwandschätzung nur etwa zur Hälfte geäussert, weil ein Teil bis dato noch keine Audits erlebt hat.

Es wurden der Aufwand in Personentagen sowie die Sachkosten abgefragt. Zu den *Sachkosten* gibt es lediglich acht Beiträge. Die Sachkosten werden unabhängig von der Grösse des Versicherers auf zwischen CHF 1'000 und 40'000 beziffert. Diese Zahlen geben einen groben Hinweis auf die Grössenordnungen. Der Aufwand in *Personentagen* unterscheidet sich – wie zu erwarten – je nach Grösse des Versicherers. Gebildet wurden Mittelwerte sowie Medianwerte. Beide Grössen werden bei einer so kleinen Anzahl Daten durch Extremwerte verzerrt. Beim Mittelwert wurden diese eliminiert. Die folgenden Angaben beziehen sich auf den korrigierten Mittelwert, die Mediane liegen jeweils leicht darunter oder darüber.

Danach wenden grosse Versicherer gut 45 Personentage auf (9 Personen eine volle Arbeitswoche), die mittleren und kleinen Versicherer liegen bei ungefähr 35 Personentagen (7 Personen eine volle Arbeitswoche), die Kleinstversicherer rapportieren etwa 15 Personentage (3 Personen eine volle Arbeitswoche). Gemäss Nachbefragung dürften die Werte für mittlere und grosse Versicherer am unteren Rand der effektiven Aufwände liegen, Vorbereitungsarbeiten eingerechnet könnten sie auch deutlich höher sein.

Die Versicherer empfinden diesen Aufwand gemäss Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.17) zu knapp 60 Prozent angemessen bzw. im üblichen erwartbaren Rahmen (die grosse Mehrheit stimmt der Aussage «eher» zu). Etwa 30 Prozent beurteilen den Aufwand «eher nicht», knapp 10 Prozent sehen ihn «gar nicht» als angemessen bzw. im üblich erwartbaren Rahmen.

Die Kleinstversicherer sind grossmehrheitlich zufrieden mit den Audits und akzeptieren den damit verbundenen Aufwand. Bei den grossen Versicherern sind die Meinungen geteilt.

2.7.3 Folgen und Akzeptanz

Ob die Audits nützlich sind, beantworten in der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.17) die Versicherer mit klar ja (4, 19%) oder mit eher ja (14, 67%), wenige sehen den Nutzen eher nicht (3, 14%). Ein analoges Resultat ergibt sich auf die Frage, ob die Audits der Aufsichtsbehörde insgesamt eine erwünschte positive Wirkung auf die Qualität, Professionalität oder Sicherheit der Arbeit als Versicherer haben. Hier stimmen über 80 Prozent zu (2 voll, 15 eher), während knapp 20 Prozent (4) eher nicht zustimmen.

Ein ähnliches Bild ergibt sich auf die Frage, ob die Weisungen, die als Ergebnis des Audits resultieren, sinnvoll und nachvollziehbar sind: Zwei Drittel bejahen dies eher, 10 Prozent sagen klar Ja. Das heisst aber auch, dass ein Viertel (5) eher Nein geantwortet hat. Es sind die mittleren und kleinen Versicherer, welche wenig sinnvolle oder nicht nachvollziehbare Weisungen rapportieren. Die grossen und die Kleinstversicherer sehen kein Problem.

Das Bild der Umfrage zeigt sich auch in den Einzelinterviews. Die Audits werden als nötig, sinnvoll und nützlich beurteilt, die Erfahrungen grundsätzlich als gut beschrieben. Es wird ein gemeinsamer Fokus von Audit (extern) und Compliance (intern) hervorgehoben. Auch die Umsetzung der Weisungen und Empfehlungen scheint keine grösseren Probleme zu bereiten.

Kritischer wird das Bild bei einzelnen Inhalten der Prüfung: Die Aussage, es gäbe «Themen der Audits, deren Sinn sich uns nicht erschliesst.» wird immerhin von knapp 40 Prozent (8) mit «stimme eher zu» beantwortet. Dabei sind es wiederum eher die kleinen und mittleren Versicherer, die sinnlose Tätigkeiten identifizieren und weniger die Grossen oder die Kleinstversicherer. Auch im Bereich der Stärken/Schwächen-Rückmeldungen wird angemahnt, man solle die Audits weniger «breit», sondern mehr mit risikobasierten Schwerpunkten durchführen.

In den Einzelinterviews und aus der Online-Umfrage (Textantworten) ergeben sich konkrete Hinweise und Beispiele, wo eine Veränderung gewünscht wird. Das sind etwa weniger intensive Auditierungen in Bezug auf Datenschutz oder bei Themen, bei denen auf bereits vorliegende Prüfungsergebnisse abgestellt werden könnte (Corporate Governance Assessment FINMA oder interne Prüfungen). Gefragt wird auch, ob die Aufsichtsbehörde den Versicherern nicht manchmal mehr Handlungsspielraum einräumen könnte, statt auf einer «buchstabengetreuen» Umsetzung der Vorschriften zu insistieren.

2.8 Massnahmen: Aufsicht und Sanktionen

2.8.1 Aufsichtsmassnahmen

Fakten zur Praxis

Die Aufsichtsbehörde ist organisatorisch in Sektionen unterteilt. Die Sektionen haben je eigene Instrumente zur Operationalisierung der Aufsicht (eine Sektion führt ein explizites «Interventionskonzept») und sie führen eigene Statistiken über die ergriffenen Massnahmen. Diese Massnahmen werden in Acta Nova dokumentiert und sind für die gesamte Abteilung Versicherungsaufsicht zugänglich

Rechtlich unterteilt werden Aufsichtsmassnahmen in Weisungen (ausserhalb Autonomiebereich); Verfügungen (im Autonomiebereich) und informelle Absprachen. Die Schreiben der Behörde werden je nach Sektion und Interventionsgrad wie folgt genannt: Schreiben, Intervention, Empfehlung, Rüge, Weisung.

Die Schreiben können die Feststellung eines Mangels bzw. nicht gesetzeskonformen Zustands und eine Empfehlung oder Aufforderung zur Behebung beinhalten, eine Einladung/Vorladung zum Gespräch oder Einforderung weiterer Informationen. Weisungen sind verbindliche generelle Anweisungen an die Versicherer und Verfügungen Anweisungen mit Aussenwirkung für Dritte, namentlich für die Versicherten.

Dazu kommen informelle Verwaltungsakte, konkret Besprechungen. Nach Auskunft des BAG erfolgt der überwiegende Teil der Interaktionen mit den Versicherern informell, um eben gerade eine Weisung oder eine Verfügung abwenden zu können. Dazu gebe es keine Statistik.

In untenstehender Tabelle findet sich eine Auflistung der ergriffenen Aufsichtsmassnahmen. Nach Auskunft des BAG erheben diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern geben (mit Ausnahme der Verfahren) höchstens eine Tendenz wieder.¹⁵

Tabelle 3: Überblick Anzahl Aufsichtsmassnahmen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Schriftliche Aufsichtsmassnahmen (ohne informelle Verwaltungsakte, vgl. Fussnote)	Total	Zeitraum (in Jahren)	Anzahl pro Jahr
Intervention Solvenz (Anzahl pro Jahr stark schwankend)	k.A.	k.A.	3 bis 30
Rügen Governance: E-Mail/Brief (u.U. mehrere Schriftwechsel)	26	2	13
Rügen Governance: Verfügung	6		3
Empfehlungen nach Audit	169	6	28
Weisungen nach Audit	483		81
Weisungen (ohne Verfahren)	74	6	12
Verfügungen (ohne Verfahren)	7		1
Gerichtsverfahren	17		3

¹⁵ a) ohne die informellen Interventionen bzw. Verwaltungsakte; b) Weisungen und Aufforderungen in den Begleitschreiben zur Erstbewilligung seien bei dieser Zählung nicht berücksichtigt (Erstgenehmigung des Geschäftsplans). c) Abgesehen von den strittigen Verfahren gebe es bei der Aufsichtsbehörde keine strukturierte Ablage und Abgrenzungskriterien zwischen Weisungen, Verfügungen und informellen Verwaltungsakten. d) Ebenso wenig seien generelle Hinweise an die Versicherer ohne konkrete Beanstandungen (z.B. Einhaltung der Ausstandspflichten) enthalten. e) auch seien Weisungen und Informationen gemäss Kreisschreiben und Informationsschreiben nicht enthalten.

Gemäss Auskunft wurden in den 6 Jahren des Beobachtungszeitraums im Durchschnitt 6 Audits pro Jahr durchgeführt, was gemäss Statistik knapp 5 Empfehlungen und knapp 14 Weisungen pro Audit ergibt.

Meinungen zur Notwendigkeit der Aufsichtsmaßnahmen

In der Online-Umfrage bei den Versicherern wurde abgefragt, ob Interventionen seitens der Aufsichtsbehörde nötig und nachvollziehbar gewesen seien (vgl. Anhang 3.5.21). 10 Antwortende waren in den letzten zwei Jahren von solchen Massnahmen nicht betroffen, so dass 16 Antworten eingetroffen sind.

Dass die Intervention nötig und nachvollziehbar gewesen sei, fanden 2 Antwortende. Grundsätzlich nötig und nachvollziehbar, aber in Einzelfällen unnötig oder schwer nachvollziehbar fanden sie 8 der 16 Betroffenen. Nicht ganz zwei Drittel waren also mit der Intervention mehr oder weniger zufrieden. Für ein gutes Drittel der Befragten hingegen waren viele der Interventionen unnötig oder nicht nachvollziehbar.

Die Kleinstversicherer waren am wenigsten von Interventionen betroffen (nur 4 von 10), waren aber überproportional unzufrieden (3 von 4). Bei den anderen Versicherern waren zwei Drittel oder alle betroffen und jeweils nur je ein Versicherer unzufrieden mit der Intervention.

Es ist wie an anderem Ort auch anzumerken, dass die Fallzahlen zu gering sind, um gesicherte Aussagen zu machen.

2.8.2 Sanktionen

In einer weiten Definition können die so genannten «Sichernden Massnahmen» nach Art. 38 KVAG als Sanktionen bezeichnet werden. Sie stellen eine Neuerung des KVAG dar und sollen es der Aufsichtsbehörde erlauben, die Einhaltung der Vorgaben von KVG und KVAG durch die Versicherer durchzusetzen. Zu diesem Zweck kann die Behörde unter anderem auf die Vermögenswerte der Versicherer zugreifen, die Organe abberufen oder deren Aufgaben auf Dritte übertragen sowie Prämien erhöhungen vorschreiben oder eine Nachlassstundung anordnen. Diese Massnahmen gelten gemäss Interviews als wichtige Instrumente der Aufsichtsbehörde, die auch eingesetzt würden. So sei seit der Inkraftsetzung des KVAG eine unterjährige Prämienhöhung gerichtlich durchgesetzt worden. Allerdings wurde auch vereinzelt die Ansicht geäussert, dass die aufsichtsrechtlichen Massnahmen starke Eingriffe darstellten, die bei geringfügigeren Verstössen schnell unverhältnismässig seien.

Strafrechtliche Sanktionen sind ebenfalls neu eingeführt, seit Inkrafttreten des KVAG aber nie ergriffen worden. Eine Anzeige gegen die Geschäftsleitung eines Versicherers wurde von der Staatsanwaltschaft nicht weiterverfolgt (Anzeige erfolgte allerdings noch unter altem Recht, Anzeige des BAG im Jahr 2015). Nach Auffassung des BAG sei die neue Regelung nicht zielführend. Der Aufwand, für vergleichsweise geringfügige Straftaten die ordentlichen Strafverfolgungsbehörden zu bemühen, sei zu gross, umso mehr als diese nicht grosse Neigung zeigten, sich solcher Fälle anzunehmen. Die alte Regelung, wonach das Amt in eigener Kompetenz ein Verwaltungsstrafverfahren einleiten konnte, sei zweckmässiger gewesen. Zwar seien die Bussen von CHF 5000 gering gewesen, doch habe mit einem entsprechenden Strafbescheid ein Zeichen gesetzt werden können.

Aus Sicht der Versicherten scheinen die Strafbestimmungen nützlich zu sein, sie könnten mit Verweis auf diese Bestimmungen ihre Rechte besser einfordern. Zum Beispiel könne eine Verletzung der Schweigepflicht eher verhindert (vgl. Art. 54 Abs. 1 Bst. d KVAG) oder die Versicherungspflicht eher durchgesetzt werden (Art. 54 Abs. 3 Bst. b KVAG).

Von Seiten der Versicherer werden andererseits die neuen Geldstrafen kritisiert. Sie seien viel zu hoch und gleichwohl nicht schmerzhaft, weil sie letztlich doch auf die Versicherten überwältigt würden. In einer anderen Stellungnahme wiederum wird argumentiert, geringe Strafen würden auch keine Wirkung entfalten. Es sei befürchtet worden, dass Leitungsorgane strafrechtliche zur Rechenschaft gezogen würden, was aber nicht eingetreten sei. Es ist auch die Ansicht geäussert worden, ein Berufsverbot, wie im VAG vorgesehen (Art. 33 VAG), wäre eine zweckmässige Sanktion.

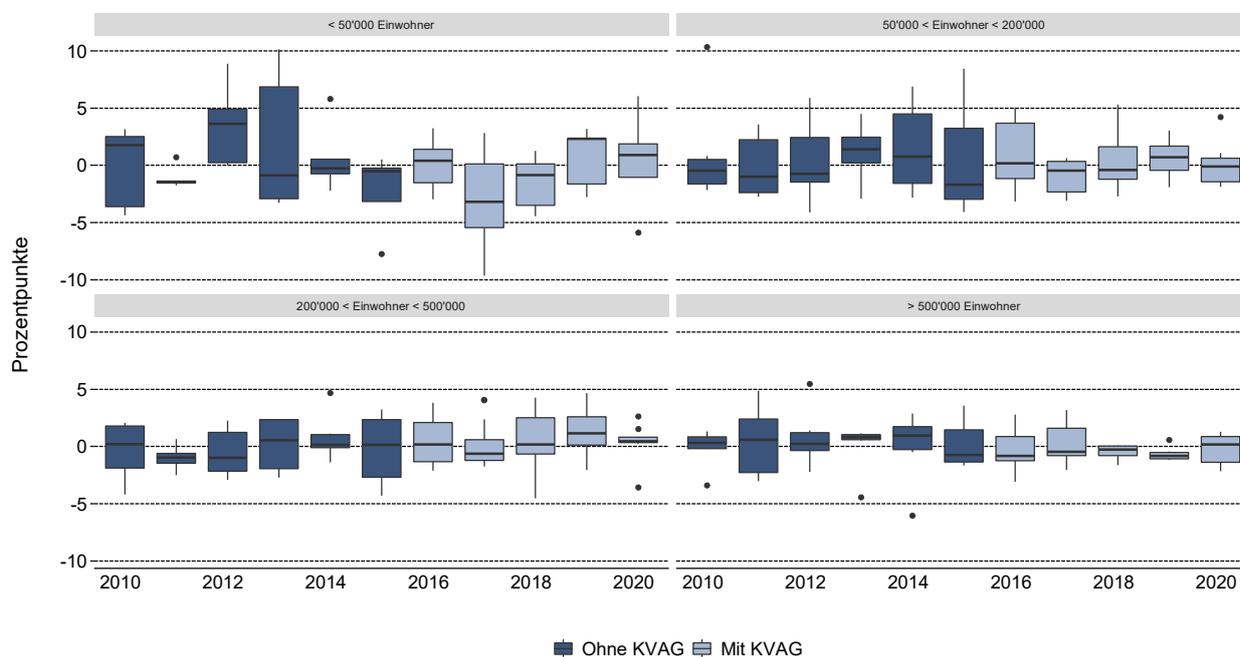
Ein Teil der Versicherer stellt sich deutlich gegen eine Wiedereinführung von Verwaltungsstrafverfahren. Das VAG und das KVAG seien gemäss allseitiger Forderung einander angeglichen worden (z.B. Vergehenstatbestände oder Übertretungstatbestände z.B. mit Höchststrafen und Abgrenzung zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit). Dies solle nun in Bezug auf die Sanktionen nicht wieder rückgängig gemacht werden. Zudem sei bei reinen Verwaltungsstrafverfahren die Gewaltenteilung nicht gewährleistet, wenn die Behörde neben ihren Aufsichtsmaßnahmen auch selbst solche Strafsanktionen erlassen könne. Die strafrechtliche Verfolgung sei Sache der Strafverfolgungsbehörden. Diese Trennung sei bei Einführung des KVAG explizit und analog dem VAG vorgenommen worden. Mit Artikel 38-42 KVAG habe die Aufsichtsbehörde ausreichend Handhabe für verwaltungsinterne Massnahmen. Schliesslich sollen nach dieser Ansicht Strafverfahren auch nicht einfach Zeichen setzen, sondern griffige und kompetent angewandte Instrumente sein.

2.9 Kantonale Ungleichgewichte

2.9.1 Stabilität

Zwischen 1996 und 2013 haben die Versicherten in einigen Kantonen zu hohe, in anderen Kantonen zu niedrige Krankenversicherungsprämien bezahlt. Dieses Ungleichgewicht zwischen der Höhe der Prämie und den Kosten für die Vergütung medizinischer Leistungen wurde zwischen 2015 und 2017 teilweise mit einer Prämienkorrektur ausgeglichen, die anteilmässig durch Versicherer, Versicherte und den Bund finanziert wurde. Ein Ziel der Aufsicht ist deshalb, bestehende kantonale Ungleichgewichte in Bezug auf zu viel oder zu wenig bezahlte Prämien im Vergleich zu den kantonalen Kosten möglichst zu reduzieren.

Abbildung 7 Claims-Ratio - Abweichung vom CH-Mittelwert, Kt. nach Bevölkerungszahl



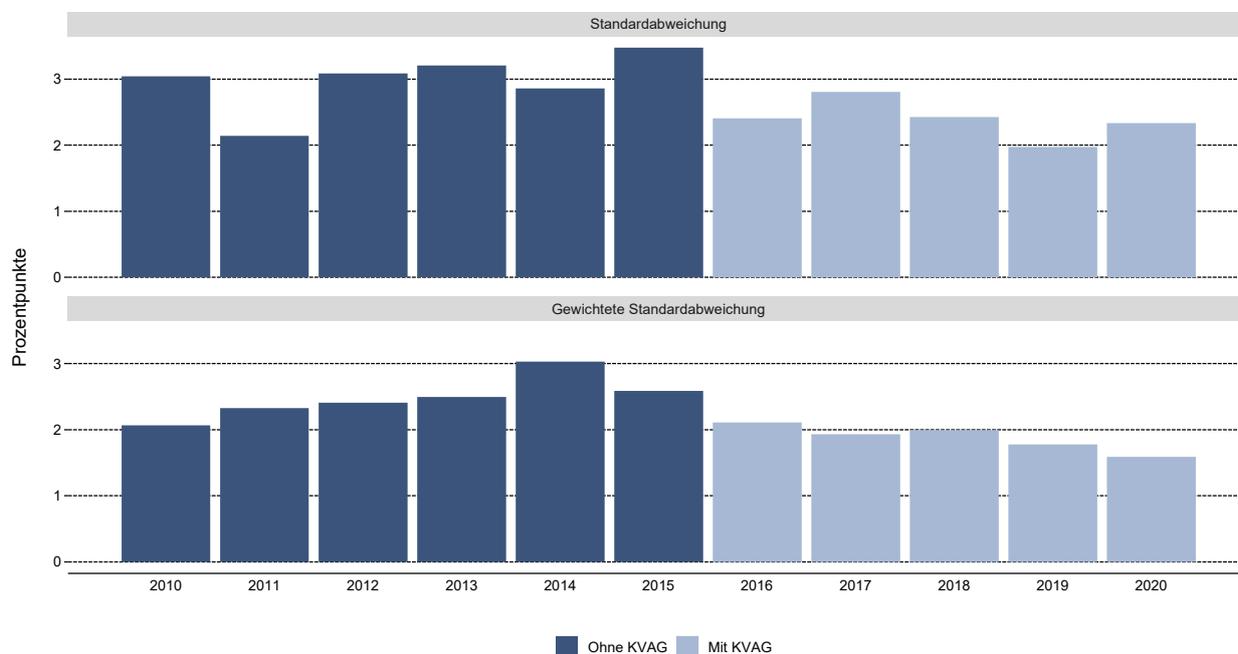
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der vom BAG zur Verfügung gestellten Daten zu den Claims-Ratios.

Die kantonalen Ungleichgewichte werden vom BAG mit Hilfe der Combined bzw. den Claims-Ratios gemessen. Das Claims-Ratio misst das Verhältnis zwischen dem Versicherungsaufwand und dem Versicherungsertrag in jedem Kanton. Beim Combined-Ratio wird zusätzlich zum Versicherungsaufwand auch der Betriebsaufwand berücksichtigt. Es veranschaulicht damit, inwiefern relativ zu den Kosten zu viel oder zu wenig Prämien gezahlt wurden. Die Abweichung des Claims-Ratio bzw. Combined-Ratio eines Kantons vom Schweizer Durchschnitt zeigt auf, inwiefern in einem Kanton relativ zur Gesamtschweiz zu

viel oder zu wenig Prämien gezahlt wurden. Je grösser die Abweichungen sind, desto höher sind die Ungleichgewichte zwischen den Kantonen, da in diesem Fall in einem Kanton relativ zu seinem Aufwand zu viel und in einem anderen Kanton zu wenig Prämien bezahlt wurden. In unserer Analyse beziehen wir uns auf das Claims-Ratio, da der Betriebsaufwand auf Ebene Gesamtschweiz verteilt wird und die Abweichung eines Kantons vom Schweizer Mittelwert damit beim Claims- und Combined-Ratio die gleiche ist.

Abbildung 8 veranschaulicht für alle Kantone die Abweichung ihres Claims-Ratio vom Schweizer Mittelwert, wobei die Kantone nach ihrer Bevölkerungsgrösse gegliedert sind. Es zeigt sich, dass die Abweichung vom Schweizer Mittelwert in den kleinen Kantonen tendenziell grösser ist. Ersichtlich ist aber auch, dass die Spannweite der Abweichungen seit Einführung des KVAG tendenziell zurückgegangen ist. Dies zeigt sich auch in der Standardabweichung der Claims-Ratios (Abbildung 8). Sowohl die ungewichtete wie auch die mit dem Prämienvolumen gewichtete Standardabweichung sind seit Einführung des KVAG zurückgegangen.

Abbildung 8 Standardabweichung Claims-Ratio

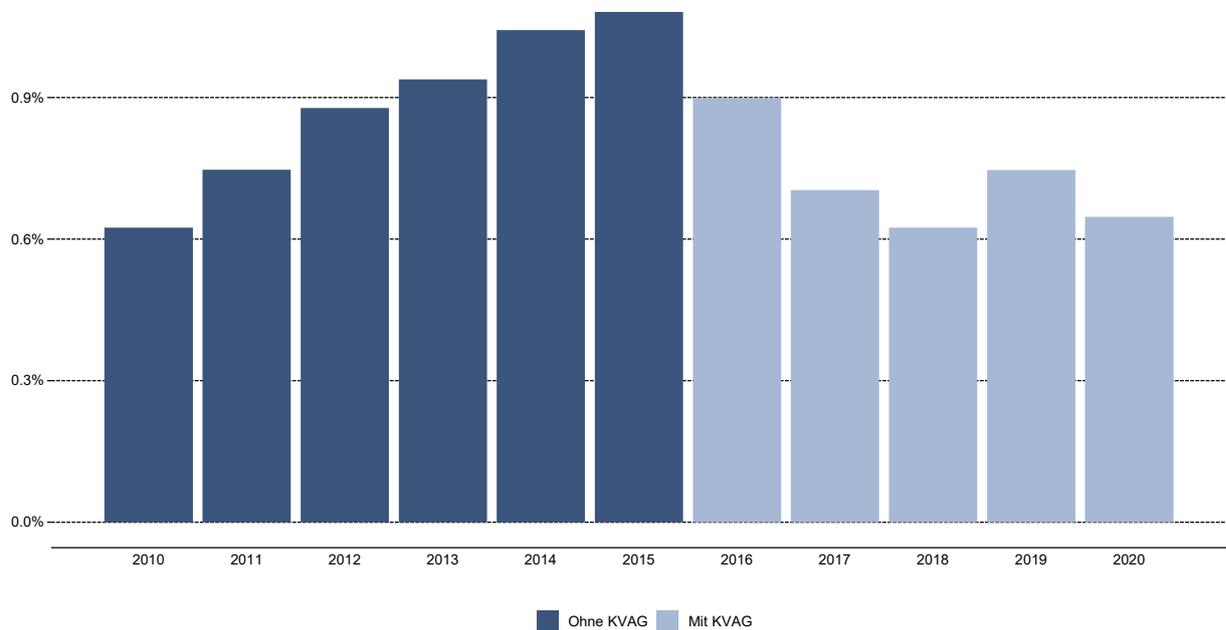


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der vom BAG zur Verfügung gestellten Daten zu den Claims-Ratios.

Das BAG misst die kantonalen Ungleichgewichte zudem über den Anteil des kantonal zu viel gezahlten Prämienvolumens an den Gesamtprämien,¹⁶ wie in Abbildung 9 veranschaulicht wird. Es zeigt sich, dass der Anteil zwischen 2010 und 2015 kontinuierlich angestiegen ist. Seit 2016 (Einführungsjahr KVAG), ist dagegen ein Rückgang des aus Kantonssicht zu viel gezahlten Prämienvolumens zu beobachten.

¹⁶ Die Berechnung ist wie folgt: Alle positiven kantonalen Abweichungen vom Gesamtschweizer Claims-Ratio (= zu viel bezahltes Prämienvolumen) werden aufsummiert und ins Verhältnis zum Gesamtschweizer Prämienvolumen gesetzt.

Abbildung 9 Anteil kantonal zu viel bzw. zu wenig bezahlter Prämien an Gesamtprämien



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der vom BAG zur Verfügung gestellten Daten zu den Claims-Ratios.

2.9.2 Prämien

Die kantonalen Ungleichgewichte sind vor allem dann politisch unerwünscht, wenn in einem Kanton relativ zur Gesamtschweiz systematisch über einen längeren Zeitraum zu hohe bzw. zu niedrige Prämien bezahlt werden. Gleichen sich die zu hohen Zahlungen in einem Jahr mit zu niedrigen Zahlungen in einem Folgejahr aus, sind die Abweichungen in einem bestimmten Jahr als weniger problematisch zu erachten.

Abbildung 10 zeigt die kumulierten Abweichungen zum Schweizer Mittelwert in den fünf Jahren vor (2011-2015) sowie nach (2016-2020) der Einführung des KVAG. Die Abweichungen sind in den kleineren Kantonen (blaue Balken) tendenziell grösser als in den grösseren Kantonen (grüne Balken). Es lässt sich aber keine klare Systematik nach Kantonsgrösse erkennen.

Bei 16 der 26 Kantone ist die kumulierte Abweichung vor Einführung des KVAG grösser als nachher. Bei 10 Kantonen ist sie nach der Einführung grösser, wobei es nur in drei Kantonen zu einer deutlichen absoluten Zunahme der kumulierten Ungleichgewichte gekommen ist. Die maximale Abweichung vom Schweizer Mittelwert in einem Jahr findet sich zudem in 19 der 26 Kantone in den fünf Jahren vor der Einführung des KVAG (Abbildung 20 im Anhang). Es lässt sich folgern, dass die aus Kantonsicht zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien seit der Einführung des KVAG tendenziell abgenommen haben.

Abbildung 10 Kumulierte Abweichung der Prämien vom CH-Mittelwert nach Kanton



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der vom BAG zur Verfügung gestellten Daten zu den Claims-Ratios.

Die Zahlen konterkarieren mit den Einschätzungen der Versicherer in der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.2). Gemäss dieser stimmt nur ein Drittel der Antwortenden der Aussage eher zu, dass die Prämienlasten aufgrund des KVAG fairer auf die Kantone verteilt seien, ein Viertel stimmt gar nicht zu.

2.10 Regulierung

2.10.1 Ebene Gesetz

Geringer Handlungsbedarf

Gemäss KVAG (Art. 34 Abs. 1 Bst. a) wacht die Aufsichtsbehörde darüber, dass die Bestimmungen nicht nur des KVAG, sondern auch des KVG und seiner Ausführungsverordnungen (KVV und KLV) und deren Anhänge wie etwa die Mittel und Gegenständeliste (MiGeL) eingehalten werden. Wie in Ziffer 2.1 ausgeführt wird bei der Einschätzung der Regulierungsfolgen im Bereich OKP von den Versicherern nicht immer zwischen den Regulierungen im KVG und jenen im KVAG bzw. der KVAV unterschieden.

Was nun das KVAG betrifft, wurde dieses von den Befragten eigentlich wenig kritisiert. Es wurde die Schaffung eines eigenen Aufsichtsgesetz neben dem KVG begrüsst. Positiv erwähnt wurde, dass im KVAG einige Bereiche der OKP nun klarer und präziser geregelt würden. Es sind auch aktuell weder von der Aufsichtsbehörde noch von den Versicherern Bestrebungen im Gang, das KVAG zu revidieren. Immerhin wurden einige Themen genannt, die bei einer Revision allenfalls aufgenommen werden könnten:

Zuteilung der Verwaltungskosten KVG/VVG

Es ist den Versicherern untersagt, Kosten für die Abwicklung von Versicherungen nach VVG den Kosten der Abwicklung von Versicherungen nach KVG zuzuteilen oder umgekehrt. Dasselbe gilt für die Erträge. Gemäss Artikel 34 KVAV sind die Versicherer verpflichtet, die Verwaltungskosten entsprechend dem tatsächlichen Aufwand den verschiedenen Bereichen zuzuordnen. Die Art der Kostenallokation ist auch ent-

sprechend zu dokumentieren. Die externe Revisionsstelle prüft, ob die Vorgaben bezüglich Rechnungslegung und Verbuchung korrekt vorgenommen wurde, wobei in der Kostenrechnung Handlungsspielräume bestehen.

Es gibt keine einheitliche Methode der Zuteilung der Kosten auf KVAG und VVG. Daher sind die Verwaltungskosten zwischen den Versicherern allenfalls grob, aber nicht im Detail vergleichbar.

Diskutiert wird, ob eine Regulierung der Zuteilung der Verwaltungskosten (in Gesetz oder Verordnung) notwendig sei. Einzelne Versicherer würden von der FINMA angewandte Modelle der verursachergerechten Verteilung des Betriebsaufwands begrüßen. Gemäss Auskünften des BAG wurde beschlossen, dass eine Arbeitsgruppe von FINMA und BAG die Grundsätze der Kostenallokation erarbeiten soll. Die Versicherer weisen darauf hin, dass bestehende Modelle und Erfahrungen herangezogen werden können.

Anzumerken ist, dass aktuell ein Gerichtsfall zwischen der FINMA und einem Versicherer bezüglich der Kostenschlüsselung hängig ist. Die FINMA wirft dem Versicherer eine nicht korrekte Zuteilung der Kosten zwischen KVG und VVG vor (zu hoher Anteil VVG, zu geringer Anteil KVG). Der Versicherer hat Beschwerde gegen die Verfügung der FINMA eingereicht. Der Ausgang des Verfahrens ist offen.

Jährlichkeitsprinzip für den kantonalen Ausgleich

Im KVAG und der KVAV ist vorgeschrieben, dass die Versicherer pro Kanton und Jahr kostendeckende Prämien verlangen müssen.¹⁷ Dies ist eine Bedingung für deren Genehmigung (Art. 16 Abs. 4 Bst. b und c KVAG). In den Interviews wurde moniert, dass das Prinzip von kostendeckenden Prämien pro Kanton und Jahr, wenn streng durchgehalten, dem Versicherungsgedanken widerspreche und ungünstig für die Versicherer sei. Es sei nachvollziehbar, dass die Prämien in jedem Kanton kostendeckend sein sollten, aber die starre Einjahressicht ergebe angesichts von regionalen Schwankungen bei Versichertenbeständen keinen Sinn, gerade auch bei kleinen Versicherern nicht.

Zudem sei eine Folge dieser Vorgabe, dass die Versicherer ihre erwarteten Versichertenbestände angeben bzw. einkalkulieren müssten. Ob diese Erwartungen einträfen, sei aber nicht sicher und daher die jährliche Kalkulation per se nicht genau. Vorgeschlagen wurde daher auch die Ermittlung eines gleitenden Durchschnitts beispielsweise über 5 Jahre. Dem wird entgegengehalten, dass eine jährliche Sicht nötig sei, um Ungleichgewichte zwischen den Kantonen zu verhindern.

Weitere Themen

Es wurde in Interviews berichtet, dass es unzweckmässige *Doppelspurigkeiten* in den Gesetzgebungen gebe, namentlich zwischen dem KVAG und dem KVG sowie dem KVAG und dem VAG. Die Aussage konnte allerdings nicht substantiiert werden.

Darüber hinaus wurden die gesetzlich festgelegten Fristen für die Einreichung von *Geschäftsplanänderungen* kritisiert sowie die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben (Art. 7 KVAG, Art. 4 VAG). Vgl. dazu Ziffer 2.6.1.

Es wurde ferner darauf hingewiesen, dass gewisse Bestimmungen, zum Beispiel jene über *sichernde Massnahmen und Sanktionen*, noch kaum je angewendet worden seien. Als unzweckmässig wurden von Versicherern zum Teil die neuen Strafbestimmungen beurteilt, welche andererseits von den Versicherten begrüsst werden (vgl. im Einzelnen dazu Ziff. 2.8.2).

¹⁷ Artikel 16 Absatz 3 KVAG legt fest, dass die Prämien des Versicherers die kantonal unterschiedlichen Kosten (sämtliche Kosten im Kanton, Art. 25 Abs. 2 KVAV) decken müssen. Dabei hat der Versicherer (neben dem Risikoausgleich) «die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton» zu berücksichtigen. Die Kantone können zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen (Art. 16 Abs. 6 KVAG). Der Versicherer kann einen Prämienausgleich machen, wenn «die Prämieinnahmen eines Versicherers in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton» liegen (Art. 17 Abs. 1 KVAG). Die KVAV präzisiert, dass «die kumulierten Kosten eines Versicherers seinen gesamten Kosten in einem Jahr» entsprechen (Art. 30).

2.10.2 Ebene Verordnung und Vollzugsbestimmungen

Unverhältnismässige Regulierung im Detail?

Regulierung in Vollzugsbestimmungen und Vollzugspraxis überlagern sich. Es ist keine trennscharfe Unterscheidung möglich. Es ist in den Interviews und der Online-Umfrage moniert worden, gewisse Bestimmungen in der Verordnung hätten keine Grundlage im Gesetz. Diesbezüglich Belege sind jedoch nicht nachgereicht worden.

In praktisch allen Interviews und in der Online-Umfrage wird von den Versicherern aber bemängelt, Ausführungen in den Kreisschreiben, Weisungen und Verfügungen sowie teils auch in der Verordnung seien zu detailliert, unverhältnismässig und würden den Rahmen des Gesetzes stark strapazieren. Verschiedene Bestimmungen seien mit Blick auf den Zweck des Gesetzes nicht nötig und unnötig aufwändig.

Durch gezieltes Nachfragen und in vertiefenden Interviews konnten vereinzelt konkrete Beispiele an Optimierungspotenzial identifiziert werden. Aufgrund der Heterogenität und der technischen Komplexität der entsprechenden Hinweise (betreffend Betriebskosten und -finanzen, Rechnungslegung, Versicherungsmathematik, KVG- oder DSG-Regulierung usw.) konnte diese aber im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht vertieft werden. Wir skizzieren nachfolgend einige der Themen.

Solvenztest

Der Solvenztest ist stark angelehnt an jenen der FINMA. Grundsätzlich wird dies von den Interviewten begrüsst. Allerdings würden gemäss Interviews die Anforderungen des BAG zu weit gehen. Der Test weise unnötige Elemente auf, die gerade für kleine Versicherer sehr aufwändig seien, das Modell solle vereinfacht werden. Sechs Punkte wurden konkret angesprochen. Diese wurden von der Aufsichtsbehörde kontrovers kommentiert, insgesamt hält sie fest, dass sie bereits zum Erreichen von Vereinfachungen im KVG-Bereich von der Version FINMA abgewichen sei bzw. aufwändige Veränderungen nicht nachvollzogen habe. Die Diskussion ist in Anhang 2.3 wiedergegeben.

Anzumerken ist, dass gemäss Unterlagen und Auskunft des BAG eine Überarbeitung des Solvenztests begonnen wurde bzw. in Planung ist.

Prämienausgleich / Prämienrückerstattung

Kontrovers diskutiert werden Artikel 16 und 17 KVAG und die Ausführungsbestimmungen. Der Handlungsspielraum der Versicherer sei wegen den kantonal kostendeckenden Prämien und Prämienrückerstattung stark eingeschränkt. Die enge kantonale Kostensicht führe zu grösserer Volatilität der Prämien in kleinen Kantonen (Art. 16 Abs. 3 KVAG). Immerhin sei aber mit Artikel 17 KVAG die Möglichkeit gegeben, die Prämien wieder auszugleichen bzw. zurückzuerstatten. Das BAG habe aber mit der Verordnung (Art. 30a und 30b KVAV) die Möglichkeit der Prämienrückerstattung wieder über Gebühr eingeschränkt.

Andererseits wird die Prämienrückerstattung kritisiert, da sie teils zu Marketingzwecken missbraucht werde. Bei kostendeckend kalkulierten und genehmigten Prämien dürften zu hohe Prämien nämlich nur sehr selten anfallen. Dem wird entgegengehalten, dass die Prämien ja eben gerade durch die Genehmigung in der Höhe gerechtfertigt seien und bei tieferen Kosten daher sofort zurückgegeben werden sollten.

Weitere aktuell diskutierte Beispiele

Vielfach gefordert wird eine Angleichung sowohl der Anforderungen (Dokumentation, Formulare) sowie der Fristen bei *Geschäftsplanänderungen* an jene der FINMA (vgl. unter Ziff. 2.6)

Als aktuelles Beispiel wird die Diskussion über die *Lieferung von Daten* an das BAG genannt. Die Versicherer monieren, dass der Umfang der eingeforderten Daten seit Inkrafttreten des KVAG beständig zugenommen habe und mit den angestrebten neuen Regelungen unverhältnismässig werde. Insbesondere die Meldung von Daten pro Versicherungsnehmer sei mit grossem Aufwand verbunden, dessen Nutzen nicht ersichtlich sei (neben den datenschützerischen Aspekten, die dagegensprechen).

Demgegenüber betont das BAG, Es müssten keine weiteren Daten infolge des KVAG geliefert werden. Allenfalls seien hier Vorgaben des KVG gemeint (Risikoausgleich, Individualdaten für KVG-Statistik, etc.).

Als ärgerlich wird von Seiten Versicherer die Regelung der *Prämienkommunikation* genannt. Es sei schwierig, auf Anfragen von Medien und Versicherten kundenfreundlich zu antworten, ohne die Vorgaben des Bundes zu verletzen. Im Gegenzug wird argumentiert, eine Liberalisierung der Kommunikation würde zu unübersichtlichen Verhältnissen für die Versicherten führen, es könne durch marketingorientierte Kommunikationen zu Wettbewerbsverzerrungen und durch die frühe Öffentlichkeit zu einer Verpolitisierung der Prämien genehmigung kommen. Das sei weder im Interesse der Versicherer noch der Versicherten.

2.11 Vollzug

2.11.1 Personal und Organisation der Abteilung Versicherungsaufsicht (VA)

Fakten

Die Abteilung Versicherungsaufsicht ist in sechs Sektionen aufgeteilt, wovon eine Sektion («Rechtliche Aufsicht» RAKV) eine interne Dienstleistungssektion darstellt und eine die Aufsicht über die Militär- und Unfallversicherungen ausübt. Vier Sektionen betreiben die operative Aufsicht nach KVAG: «Audit» mit 4.6 FTE; «Betriebliche Aufsicht» BAKV mit 6.6 FTE (eine befristet); «Governance Aufsicht» GAKV mit 8.5 FTE; «Prämien & Solvenzaufsicht» PuS mit 9.6 FTE (eine befristet). Das Organigramm und die Aufgaben sind in Anhang 3.4.2 einsehbar.

Die aktuelle Organisation sei teils historisch begründet. Es habe eine bestehende Aufsichtsorganisation basierend auf Bestimmungen im KVG infolge des KVAG um- und ausgebaut werden müssen. In der Organisation vor Inkrafttreten des KVAG wurden die Aufgaben von BAKV und PuS in einer Sektion und jene von RAKV und GAKV in einer zweiten Sektion wahrgenommen. Mit dem Inkrafttreten des KVAG wurden diese Sektionen aufgeteilt.

In BAKV bearbeiten Finanzspezialisten/-innen betriebswirtschaftliche Themen, in der Sektion PuS Versicherungsmathematiker/-innen aktuarielle Fragen. Der Bereich Statistik ist ausserhalb der Abteilung angesiedelt. RAKV übernimmt die politischen Geschäfte und GAKV die bisherige «rechtliche Aufsicht».

Jede Sektion hat für jeden Versicherer eine verantwortliche Person (mit Stellvertretung, manchmal Dreier-Team) bestimmt. Es gibt kein zentrales System, in welchem alle Daten über die Versicherer gespeichert sind (in der Art eines Client Relationship Managements CRM), abgesehen von der Geschäftsverwaltung Acta Nova, auf die alle Mitarbeitenden Zugriff haben. Eine gewisse zentrale gemeinsame Datenplattform stellt das System ISAK dar, das viele der relevanten Datenbestände beinhaltet. Ansonsten verwalten die Sektionen und teils die Sachbearbeitenden die Daten je für sich. Entsprechend führt jede Sektion eigene Statistiken.

Die Aufsichtsbehörde verfügt über ein Aufsichtskonzept mit Zielen und Leitlinien. Die wichtigen Prozesse sind in groben Zügen dargestellt. Das KVAG gebe aber keine Priorisierungen für die Aufsichtstätigkeit vor. Es wurden auch keine strategischen Ziele oder Ausrichtung der Aufsichtstätigkeit genannt. Es gebe aber Schwerpunkte: Die Erstgenehmigung der Geschäftspläne; die Solvenzsituation; die Governance / Einhaltung der Gesetzgebung. Ansonsten werde nach Vorkommnissen bzw. Risiken beaufsichtigt.

Die eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) zieht in ihrem Bericht 2021 eine positive Bilanz ihrer Prüfung der Aufsichtsbehörde. Die Aufsicht beruhe weitgehend auf einem risikobasierten Ansatz und sei in der Ressourcenzuteilung systematisch koordiniert. Die Abteilung sei flexibel, neue Aufgaben zu übernehmen. Betreffend der Organisation empfiehlt sie ein Rotationsprinzip für den Einsatz der Sachbearbeitenden bei den Versicherern anzuwenden (Minimierung des Risiko des Unabhängigkeitsverlustes).¹⁸

¹⁸ Vgl. den Bericht der EFK «Audit de la surveillance dans le domaine des assurances» vom 21. Mai 2021. Quelle: www.efk.admin.ch/de/publikationen/bildung-soziales/gesundheit/aufsicht-im-versicherungswesen-bundesamt-fuer-gesundheit.html

Die Abteilung Versicherungsaufsicht hat gemäss der Bundespraxis eine Geschäftsfeldstrategie (jeweilige Aktualisierung im Rahmen des IARP-Prozesses), in welcher strategische Ziele aufgeführt sind. Zudem liegt ein Papier mit «Ambitionen und Leitsätzen» vor, deren Umsetzung mittels im Papier aufgelisteten strategischen Massnahmen erfolgen soll.

Meinungen

Der Vorteil der Organisation nach Aufsichtsthemen (z.B. vs. Zuordnung von Versicherern) sei einerseits eine «Unité-de-Doctrine» in der Aufsicht – alle Versicherer würden gleichbehandelt – sowie die Möglichkeit der fachlichen Spezialisierung. Richtig sei auch, dass die politischen Geschäfte heute getrennt seien von den anderen Sektionen; die politischen Geschäfte hätten früher die Abteilung dominiert und die Aufsicht sei zu kurz gekommen. In den Interviews wurde zum Teil angemerkt, die Aufteilung der Sektionen sei nachvollziehbar, aber etwas künstlich, da viele Schnittstellen bestünden.

Die wichtigsten Aufsichtsprozesse seien eingespielt. Das Personal sei in seinen jeweiligen Sachgebieten kompetent, insbesondere habe das versicherungstechnische Knowhow zugenommen. Das bestätigt auch die Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.28), in der alle Befragten eher oder voll der Aussage zustimmten, das gegenseitige Verhältnis sei geprägt von (insbesondere fachlichem) Verständnis.

Mehrfach betont wurde, dass Schnittstellen vor allem zwischen BAKV und PuS bestünden. Diese waren früher in einer Sektion vereint und seien es heute nicht mehr, weil mit dem KVAG zusätzliches Personal angestellt wurde und die damalige Sektion zu gross geworden wäre. Als Beispiele für starke Überlappungen der Tätigkeiten der BAKV mit PuS wurden genannt: Prämien genehmigungsprozess, Prämienausgleich, Berechnung des Bundesbeitrags für die Prämienverbilligung, Erstellung der Website Priminfo. Seitens der Aufsichtsbehörde wird festgehalten, die Schnittstellen seien gut organisiert.

Als kritischer Punkt oft erwähnt wird die Integration oder Vernetzung der Sektionen untereinander. Eine «Unité-de-Doctrine» gebe es zwar in den Sektionen, aber weniger in der Abteilung als Ganzes. Die Sektionen fokussierten auf ihren Fachbereich und es fehle das Gesamtbild der Aufsichtstätigkeit. Schnittstellen seien nicht optimal bewirtschaftet, das Zusammenspiel der Prozesse funktioniere zu wenig, die Sektionen würden schlecht miteinander kommunizieren. Daten, die zur Verfügung stünden, würden nicht von allen Sektionen genutzt. Insgesamt könne «in der Aufsichtsbehörde vieles vereinfacht werden, indem die Zuständigkeiten intern verbunden würden» (Zitat Online-Umfrage). Es fehlten Tools für die Zusammenarbeit mit den Versicherern. Das alles erkennt gemäss Unterlagen und Aussagen auch die Behörde selbst.

2.11.2 Zusammenarbeit/Kommunikation mit Beaufsichtigten

Gute Zusammenarbeit

In praktisch allen Interviews sind die Aussagen zur Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörde mit den Beaufsichtigten sehr positiv. Die Kooperationsbereitschaft und die Freundlichkeit der Mitarbeitenden der Aufsichtsbehörde seien gross, auf Anfragen erhalte man Antwort, der respektvolle Umgang sei eine Stärke, es sei ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen Behörde und Versicherer aufgebaut worden.

Dies unterstreichen auch die Ergebnisse der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.28). Jeweils mehr als 80 Prozent der Befragten stimmen eher oder voll der Aussage zu, das Verhältnis sei von gegenseitigem Vertrauen bzw. von gegenseitiger Kooperation geprägt. Auch hinsichtlich der Prozesse und der Praxis sind die meisten Teilnehmenden der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.27) zufrieden, ein Viertel ist «insgesamt zufrieden» und knapp 60 Prozent sind «eher zufrieden». 15 Prozent sind «eher unzufrieden» und erwähnen Ineffizienzen und einen Verbesserungsbedarf. Allerdings sei in der Vergangenheit die Beurteilung weniger günstig ausgefallen, in jüngerer Zeit habe sich die Situation aber verbessert.

Das BAG suche vermehrt auch den Austausch mit den Versicherern, es sei ein stärker partizipatives Vorgehen feststellbar, die Behörde gebe Tipps und kommuniziere mehr auf Augenhöhe. Verschiedentlich wird als sehr positives Beispiel das Kreisschreiben 7.9 zum Outsourcing erwähnt. Nach anfänglichen Unstimmigkeiten hinsichtlich der praktischen Anwendbarkeit der Vorgaben des Amtes habe ein sehr konstruktiver Austausch stattgefunden, der zu einem zufriedenstellenden Ergebnis geführt habe.

Eine Minderheit sieht den aktuellen Austausch noch nicht derart positiv. Das BAG solle weniger massregelmässig, sondern vielmehr unterstützend kommunizieren und eingreifen. Beim BAG dominierten statt Vertrauen Kontrollen, auch in marginalen Details. Der Ton der Erstansprache sei relevant. So solle zum Beispiel das BAG doch erst nach einer Erklärung fragen, bevor es einen Sachverhalt als falsch taxiere.

Verbesserungsmöglichkeiten

Es wurden in den Interviews und in der Online-Umfrage auch einige Verbesserungsmöglichkeiten genannt, die hier summarisch aufgeführt werden:

- Eine *frühere Konsultation der Versicherer* hinsichtlich kommender Veränderungen (z.B. Risikoausgleich, Aktuarisches). Mit der FINMA gebe es zum Beispiel einen monatlichen Austausch. Allenfalls wäre eine Institutionalisierung des Dialogs zu bestimmten Themen sinnvoll. Gemäss Auskunft des BAG ist dieser Punkt zur Diskussion im Rahmen der Aufsichtsgruppe aufgenommen worden.
- Eine *Stärkung der Praxissicht*. Hilfreich im Austausch wäre, wenn das Personal die Kundenbedürfnisse und die Marktgegebenheiten besser kennen würde, unternehmerische Überlegungen einbeziehen oder zumindest nachvollziehen könnte oder auch Verständnis für die Informatik hätte. Im Besonderen wird mehr Verständnis für die Situation bei kleinen und Kleinstversicherern erwünscht.

Digitalisierung

In den Interviews wurde deutlich gemacht, dass durch einen gezielteren Einsatz digitaler Mittel die Zusammenarbeit zwischen Behörde und Versicherer effizienter gestaltet werden könnte. Zwei Beispiele wurden mehrfach genannt.

Zum einen wurde *ISAK* thematisiert. Dieses beschere einen relativ grossen Aufwand, die Behörde sollte eine bessere Software zur Verfügung stellen. Zum anderen wurde eine *digitale Plattform* (analog dem sog. EHP der FINMA) angeregt, welche eine Automatisierung bzw. Digitalisierung des Austauschs ermögliche, zum Beispiel bei Geschäftsplanänderungen.

Institutionalisierter Austausch

Die Aufsichtsbehörde unterhält einen regelmässigen Austausch mit den Versicherern. Es gibt drei Austauschsitzen pro Jahr im Rahmen einer so genannten «Aufsichtsgruppe». Für Fragen der Rechtsetzung gibt es das Gefäss der «Kontaktgruppe». Die Anzahl der Sitzungstermine beider Gefässe sowie die zeitliche Taktung wurden im Zeitraum der Evaluationsarbeiten vom BAG in Abstimmung mit den Versicherern angepasst.

Die Austauschgefässe werden von den Versicherern geschätzt und mehrheitlich positiv bewertet, Änderungsbedarf wurde nicht angemeldet.

Vereinzelte kritische Stimmen wurden hinsichtlich der Aufsichtsgruppe laut. Diese sei ursprünglich geschaffen worden, um Umsetzungsfragen zu klären. Mittlerweile würden von den Versicherern unterschiedlichste Themen eingebracht, von wiederkehrenden politischen Grundsatzfragen bis hin zu einfachen operativen Fragen. Die Traktandenliste werde nicht bewirtschaftet, die Themen seien nicht abgestimmt und daher nicht für alle von Belang. Teils würden nur Positionen ausgetauscht statt Lösungen gesucht. Das BAG merkt an, es erachte die Aufsichtsgruppe unter anderem auch als wichtiges Gefäss, um die Aufsichtspraxis den Beaufichtigten zu kommunizieren, damit sie sich darauf einstellen können.

Anschliessend an diese Sichtweise wird angeregt, ein Gefäss zu schaffen, in dem auf operativer Ebene konkrete Umsetzungsfragen besprochen werden können. Gerade auf dieser Ebene sei oft viel Klärungs- und Abstimmungsbedarf vorhanden. Allerdings befürchten die kleineren Versicherer wieder zusätzlichen Aufwand, wenn zu viele Untergruppen installiert würden.

Politische Unabhängigkeit

Die Entscheide der Aufsichtsbehörde sowie ihre Interaktion mit den Beaufichtigten sollte frei von politischem Einfluss, fokussiert auf den gesetzlichen Vollzug erfolgen – darin sind sich die Befragten einig.

Sehr breit wird in den Interviews die Meinung vertreten, dass dies nicht immer der Fall sei. Gerade die Beurteilung der angemessenen Höhe der Reserven und Genehmigung der Prämien seien nach wie vor politischem Einfluss bzw. Druck seitens Behörden (BAG, Bundesrat bzw. behördlichem Kalkül) ausgesetzt. Einzelne Befragte nahmen die Aufsichtsbehörde nach Inkraftsetzung des KVAG als noch «politisch» wahr als früher. In der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.2) stimmen die Versicherer der Aussage, das KVAG habe wesentlich dazu beigetragen, dass die Prämienfestlegung bzw. die Prämien Diskussion entpolitisiert worden sei, eher nicht (44%) bzw. gar nicht zu (48%). In den Einzelinterviews wird betont, dass die Aufsicht politisch beeinflusst oder gar «missbraucht» werde.

So wird die KVAV Revision 2021 zur Reserveregelung als ein Beispiel aufgeführt, bei dem die Aufsichtsbehörde nicht genug deutlich auf die Gefahren der Neuregelung hingewiesen habe. Versicherer zeigen sich besorgt, dass die Solvenz- und Reservesituation zum jährlichen Spielball der Politik werde. Auch die Diskussion um die Mindestsolvenzquote und ihre Folgen insbesondere für kleine Versicherer wird angesprochen. Das Thema kann hier nicht vertieft behandelt werden.

Die Behörde auf der anderen Seite hat dargestellt, dass sie die letzte Prämien genehmigung allein auf technischen Grundlagen der Regulierung abgestellt hat und ihr Entscheid nicht politisch übersteuert worden sei. Sie setze sich zum Ziel, auch künftig die politische Unabhängigkeit zu wahren und die Interaktion mit den Stakeholdern frei von politischen Vorgaben zu gestalten. Auch wurde in einem Interview argumentiert, der allgemeine politische Druck laste stärker auf den Versicherern, weniger auf der Aufsichtsbehörde.

2.11.3 Koordination mit anderen Aufsichtsstellen und Stakeholdern

Allgemeines

Eine Koordination mit weiteren Aufsichtsstellen der Versicherer ist wesentlich, damit Aufsichtstätigkeiten und damit Aufwand bei Beaufsichtigten und Aufsichtsbehörde nicht doppelt anfallen und Erkenntnisse der Aufsichtsstellen gegenseitig genutzt werden können. Die Koordination der Aufsichtsbehörden ist auch im KVAG wie im VAG vorgesehen (Art. 34 Abs. 5 KVAG; Art. 80 Abs. 2 VAG). Sie wird von einzelnen Akteuren als wesentliche Neuerung des Gesetzes angesehen.

Die relevanten Aufsichtsstellen, mit denen das BAG koordinieren muss, sind die vor allem Revisionsstellen der Versicherer und die Finanzmarktaufsicht FINMA, aber auch der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte EDÖB.¹⁹ Zudem sind interne Aufsichtsstellen zu nennen, die ebenfalls mit Informationen bedient werden, der Verwaltungsrat bzw. Stiftungsrat sowie die interne Revision.

In der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.18) werden zudem häufig die GEKVG (Gemeinsame Einrichtung KVG Risikoausgleich), die Stiftungsaufsicht, die Steuerverwaltung sowie die internen Risiko- und Aufsichtslinien genannt (Risk & Compliance). In der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.19) geben fast 40 Prozent der Versicherer an, dass sie «viele» oder sogar «sehr viele» Unterlagen genauso oder in leicht geänderter Form anderen Aufsichtsbehörden bzw. -stellen vorlegen. Fast 30 Prozent legen «wenige» oder «fast keine» dieser Unterlagen in gleicher/leicht geänderter Form vor. Vereinzelt angeregt wird eine mögliche Vertiefung der Koordination mit dem EDÖB.

Koordination BAG-FINMA

Zwischen BAG und FINMA finden regelmässig zwei Gespräche pro Jahr statt. Seit März 2021 besteht ein Memorandum of Understanding zwischen BAG und FINMA betreffend die Koordination der Aufsichtstätigkeiten im Bereich Tarifprüfung und Leistungskontrolle. Darin werden die Semestergespräche und weitere

¹⁹ Der Bericht der eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) von 2021 hält fest: «Die EFK ist der Auffassung, dass Klärungsbedarf in Bezug auf die Rollen des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) und des BAG besteht und der Austausch zwischen den beiden grundsätzlich geregelt werden muss.» Das BAG ist daraufhin mit einem Rechtsgutachten und Gesprächen mit dem EDÖB tätig geworden. Diese Abklärungen sind abgeschlossen und die Aufsichtsbefugnis sowie die Kompetenzabgrenzung des BAG sind im Kreisschreiben 7.1. «Aufsicht des BAG über Datenschutzrelevanten Bereiche gemäss KVAG, KVAV, KVG und KVV» von 1.1.2022 geregelt worden.

ad hoc Besprechungen umschrieben. In einer Wirksamkeitsanalyse im Bereich der Krankenzusatzversicherung vom Juni 2022 wird insgesamt ein positives Fazit zur Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen dem BAG und der FINMA gezogen.²⁰

Es gibt gemäss BAG tatsächlich über die fixierten Gespräche hinaus des Öfteren Austausch ad hoc, insbesondere zu Verfahren der Behörden gegen Versicherer und weiteren Themen wie Geschäftsplanänderungen, Audits, Aufsichtsbeschwerden etc. Von den Versicherern andererseits wird zum Teil der Eindruck geäussert, FINMA und BAG würden zu wenig kommunizieren.

Sehr breit wird in den Einzelinterviews wie auch in der Online-Umfrage angemerkt, dass Anforderungen und Prozesse zwischen Aufsicht FINMA/VVG und Aufsicht BAG/KVG noch besser abgestimmt werden könnten. Beispielsweise könnten Formulare (nahezu) identisch ausgestaltet werden. Die Fristen für Eingaben sollten angeglichen und gewisse Regelungen könnten stärker abgestimmt werden (vgl. dazu Ziff. 2.10.2). Das BAG verlange viel Zahlenmaterial, welches die FINMA nicht in dieser Form einverlange. Im Gegenzug wird erläutert, dass die FINMA zunehmend aufwändige Erhebungen mache, die nicht vom BAG übernommen werden sollen.

In der Online-Umfrage (vgl. Anhang 3.5.20) gibt je etwa ein Drittel der Befragten der kleinen, mittleren und grossen Versicherer an, die Arbeiten der externen Aufsichtsstellen sei nicht gut aufeinander abgestimmt bzw. koordiniert. Die übrigen finden die Koordination meist «einigermassen gut, aber mit Verbesserungsbedarf», ein kleiner Teil ist restlos zufrieden. Die Kleinstversicherer können dies nicht beurteilen oder sind zufrieden.

Kontakte mit weiteren Aufsichtsstellen und Stakeholdern

Gemäss Auskünften des BAG wurden in den letzten Jahren auch die Kontakte mit verschiedenen Stakeholdern aufgebaut und etabliert. Die Übersicht über die Geschäftstermine beinhaltet neben den erwähnten Terminen der Aufsichtsgruppe, der Kontaktgruppe und mit der FINMA solche mit einzelnen grossen Versicherern, mit weiteren Akteuren im Versicherungsumfeld wie der SUVA oder dem Schweizerischen Versicherungsverband, mit der Ombudsstelle, der Stiftungsaufsicht oder der Revisionsaufsichtsbehörde.

2.11.4 Vollzugspraxis

Übermässiger Vollzug?

Häufig wird in Interviews und der Online-Umfrage die Kritik geäussert, die Aufsichtsbehörde habe den Vollzug in Detailvorgaben und bei den Kontrollen übermässig ausgebaut. Es fehle eine pragmatische Herangehensweise, der Bezug zur Praxis und das Zulassen von Toleranzen. Die Aufsicht sei zu formalistisch, zu wenig auf einer Vertrauensbasis abstellend, sie schiesse über das Ziel hinaus, sie würde mit zu wenig Augenmass und Verhältnismässigkeit betrieben.

Zur Illustration wird genannt: Das BAG stelle viele Rückfragen und Forderungen, deren Bezug zum Gesetz oder deren Notwendigkeit für die Aufsicht nicht nachvollziehbar seien, es würde ausreichen, den Dialog zu den Versicherern zu suchen, wenn klare Anzeichen zu gesetzlichen Verstössen bestünden. Es würden Plausibilitätsprüfungen auf Franken oder gar Rappen genau durchgeführt, während es ausreichen würde, Toleranzen im vierstelligen Bereich zuzulassen. Das BAG berücksichtige die technischen Voraussetzungen und Gegebenheiten der Versicherer bei der Umsetzung von Massnahmen oder Anweisungen zu wenig, es seien zum Beispiel keine Übergangsfristen eingeräumt worden zur Anpassung der Informatik.

Die Aufsichtsbehörde sieht die eigene Praxis anders. Übermässige Aufsichtstätigkeit sei angesichts knapper Ressourcen gar nicht möglich, ihre Aufsicht sei risikobasiert und pragmatisch.

²⁰ Bericht des eidgenössischen Finanzdepartement EFD, Staatssekretariat für internationale Finanzfragen SIF: «Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen BAG & FINMA sowie PUE & FINMA im Bereich der Krankenzusatzversicherung. Wirksamkeitsanalyse» vom 28. Juni 2022.

In den Interviews und der Online-Umfrage werden Beispiele der Versicherer über einen angeblich unzweckmässigen Vollzug der Aufsicht genannt. Sie konnten aufgrund der Heterogenität und der technischen Komplexität der Themen (Betriebskosten und -finanzen, Rechnungslegung, Versicherungsmathematik usw.) nicht weiter vertieft werden. Nachfolgend sind einige der Themen skizziert.

Kontrolldichte

Von verschiedenen Seiten wird angeführt, das BAG mache vertiefende Kontrollen oder Prüfungen bzw. verlange Auswertungen, deren Mehrwert schwer nachzuvollziehen oder Mehrfachkontrollen seien.

Es reiche, wenn die Aufsichtsbehörde auf die Daten abstelle, die vorlägen bzw. von den Versicherern laufend angeliefert würden. Dazu zählten insbesondere auch Arbeiten von unabhängigen und dem BAG bekannten Experten/-innen, welche die Versicherer in Auftrag gegeben haben. Diese müssten nicht nochmals geprüft bzw. kritisiert werden.

Beispiele wurden besonders im Zusammenhang mit der Prüfung der Jahresrechnung aufgeführt. So seien Rückstellungen, die als Teil des Jahresabschlusses von der Revisionsstelle testiert wurden, nochmals kontrolliert worden. Gleiches wurde für die Deklaration des gebundenen Vermögens ausgeführt, das durch die Revisionsstelle schon testiert sei. Als weiteres Beispiel wurde eine Einschätzung einer Risikoposition genannt, die vom Versicherer erstellt und durch die Revision geprüft war. Weiter wurden aktuarielle Bewertungen des Abschlusses genannt, die das BAG nach Sichtung des provisorischen Abschlusses per Mail wegen Zahlendifferenzen kritisiert habe. Die Antworten hätten den Versicherer viel Aufwand gekostet und im Ergebnis sei fehlendes Verständnis seitens BAG die Ursache für die Kritik gewesen.

Als Beispiel für weitgehende Kontrolle wurde im Weiteren das Prüfprogramm IKSE des BAG (Existenz des internen Kontrollsystems) genannt. Die Revisionsstelle nehme die gleiche Prüfung vor, so die Wahrnehmung. Die FINMA führe dasselbe Programm, sei aber von der Prüfung durch die externe Revision abgekommen und mittlerweile reiche eine Selbstdeklaration. Das BAG präzisiert, die Prüfung werde von der externen Revisionsstelle vorgenommen und deren Feststellungen mit dem Versicherer besprochen.

Abstimmung der Vorgaben für die externe Revision

Öfters wird von Versicherern darauf hingewiesen, dass es mehrfache Prüfungen und Kontrollen durch die interne Revision, die externe Revisionsstelle und dann noch durch das BAG gebe. Bei kleinen Versicherern käme dann ggf. noch eine externe Beratung dazu, welche die Grundlage erstellt habe. Im Einzelfall wurden Beispiele genannt (eines betraf eine Rückstellungskalkulation, die von einem externen Aktuar erstellt und dann nochmals von der externen Revisionsstelle mit Auftrag an einen Aktuar geprüft wurde).

Faktisch festgehalten werden kann, dass die Vorgabe, eine interne Revision zu führen, mit dem KVAG Artikel 23 neu hinzugekommen ist (zusätzliche Kontrollebene). Daneben hat die Aufsichtsbehörde die Kompetenz, den Revisionsstellen den Rahmen der Prüfung von KVG, KVAG und der Verordnungen vorzugeben (Prüfung «nach Massgabe der Weisungen der Aufsichtsbehörde», Art. 26 Abs. 1 Bst. b KVAG).

Es kann faktisch festgestellt werden, dass das BAG für aufsichtsrechtliche Prüfungen in Kreisschreiben den Versicherern «Erläuterungen für den Revisionsauftrag» formuliert, den sie gemäss KVAG an die externe Revision zu erteilen haben. Im Weiteren erteilt das Amt den externen Revisionen «Prüfungsinstruktionen» in entsprechenden Beilagen/Anhängen zu den Kreisschreiben.

In den Interviews und der Online-Umfrage wird hierzu moniert, die Vorgaben für die Revisionsgesellschaften seien sehr detailliert und starr, der Umfang an geforderter Dokumentation hoch. Hier könne eine Vereinfachung im Sinne einer risikoorientierteren Prüfung und Reduktion der Dokumentation den Aufwand der jährlichen externen Aufsichtsprüfung durch die Revisionsgesellschaften stark reduzieren.

Das BAG hält seinerseits fest, es fänden keine Mehrfachprüfungen statt. Die externe Revision müsse ihre Prüfungen mit der internen Revision abstimmen, je nachdem stütze sie sich auf deren Arbeiten ab oder nicht. Eine gleiche Prüfung erfolge nicht. Das BAG mache keine zusätzlichen Prüfungen, frage aber je nach Feststellung bei den Versicherern und / oder Revisionsstellen nach bzw. bespreche die Ergebnisse aus diesen Prüfungen mit den externen Revisionsstellen und / oder den Versicherern.

Weitere Themen aufwändiger Vollzugspraxis

Datenschutz: In den Interviews werden die Datenschutzerfordernungen als unangemessene Regulierung bzw. Vollzugspraxis mit entsprechenden Kostenfolgen genannt («übertrieben», «nur mit grossem Aufwand einzuhalten» oder für kleine Versicherer «kaum umsetzbar»; vgl. auch Online-Umfrage in Anhang 3.5.8). Im Vergleich seien die Datenschutzpraxis bei den Leistungserbringern (Praxen, Spitäler usw.) deutlich laxer. Aus den Interviews geht nicht hervor, dass bei den Versicherern im Datenschutz ein Mangel vorliegen würde – im Gegenteil, der Datenschutz sei bei den Versicherern gut ausgebaut. Dennoch wird berichtet, dass die Anforderungen des Datenschutzes immer ausgreifender und detaillierter würden.

Prozess Prämien genehmigung: Dieser sei aufwändig (vgl. auch Ergebnis der Online-Umfrage in Anhang 3.5.26, er wird als aufwändigste Tätigkeit taxiert), weil die Behörde viele Nachfragen habe und viele Tarife diskutiert und angepasst werden müssten. Es würden über drei Monate Ressourcen gebunden. Konkrete Verbesserungsvorschläge werden in den Interviews aber nicht gemacht. Das BAG weist darauf hin, dass etwa 260'000 Tarife auf ihre Gesetzeskonformität geprüft werden müssten. Es habe in einem Dokument, das zugänglich ist für alle Versicherer, aufgeführt, wie es mit der Problematik umgehe.

Prüfung und Vorgaben Jahresrechnung: Moniert wird in den Interviews und teils in der Online-Umfrage, dass der Nutzen des Prüfungsprozess betreffend die Jahresrechnung bereits im ersten Quartal schwer nachvollziehbar sei. Auf Nachfragen oder Rückmeldungen seitens BAG hin würde sich in der Regel nichts ändern. Die Geschäftsleitungen der Versicherer verantworteten ihre Rechnung, die sie testieren lassen müssten. Das BAG betont, man stelle ab und zu Fehler fest, die korrigiert werden könnten.

Die Beaufsichtigten merken zudem kritisch an, die Behörde mache zu detaillierte Vorgaben, was im Anhang der Rechnung aufgeführt werden müsse, genauere Angaben wurden aber nicht gemacht. Es ist dazu festzuhalten, dass die Vorgaben, was im Anhang zur Jahresrechnung aufgeführt werden muss, in Swiss GAAP FER vorgegeben ist. Das BAG mache gemäss Auskunft keine solchen Vorgaben.

3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluatoren

Anmerkung zur Ziffer 3: Mit den Schlussfolgerungen beantworten wir die Hauptfragen der Evaluation und geben Empfehlungen ab. Wir strukturieren das Kapitel nach den Evaluationsfragen 1. zur Wirkung, 2. zum Vollzug und 3. zu den Regulierungen. Innerhalb der Kapitel folgen wir den Fragen. Im ersten Bereich der Wirkungen stellen wir Schlussfolgerungen fest und geben keine Empfehlungen ab, auch zur Vermeidung von Redundanzen. Im Bereich Vollzug formulieren wir Empfehlungen.

3.1 Wirkung des Gesetzes

Evaluationsfragen:

Ist mit dem neuen KVAG eine Stärkung der Aufsicht und eine Erhöhung der Transparenz im Interesse der Versicherten erreicht worden?

Welche Wirkungen wurden durch die Anwendung des neuen KVAG und der dazugehörigen Verordnung erzielt?

Aufbau des Kapitels und allgemeines zu den Wirkungen

Das Kapitel behandelt zuerst die Wirkungen «Stärkung der Aufsicht» und «Erhöhung der Transparenz». Danach folgen die weiteren Wirkungen durch die Anwendung des KVAG, jene auf die «finanzielle Stabilität», auf die «Verwaltungskosten», auf die Geschäftsführung der Versicherer («Governance»), auf die «kantonalen Ungleichgewichte» der Prämien und auf die «unternehmerische Freiheit» der Versicherer sowie speziell die Auswirkungen auf die «kleinen Versicherer» (Zwischentitel in Anführungszeichen).

Im Fokus des KVAG als Zweck stehen die Versicherten und ihre Interessen. Diese sollen geschützt werden. Die Frage nach den Wirkungen des KVAG auf die Stärkung der Aufsicht, die Erhöhung der Transparenz und die Stärkung der finanziellen Stabilität gehen direkt auf den in Artikel 1 Absatz 2 genannten Zweck des KVAG zurück: «Es bezweckt namentlich die Interessen der Versicherten nach dem KVG zu schützen, indem insbesondere die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung und die Solvenz der Krankenkassen gewährleistet werden.» Die weiteren Wirkungen stehen zum Teil ebenfalls in direktem oder indirektem Zusammenhang mit den Interessen der Versicherten, sie wurden aber primär aufgrund des Auftrags untersucht und/oder wurden als Wirkungen auf die Beaufsichtigten erkannt. Weitere Wirkungen, insbesondere auf die Interessen der Versicherten, wurden im Rahmen des Auftrags nicht vertieft.

Stärkung der Aufsicht und Erhöhung der Transparenz

Wir gehen als Ergebnis der Evaluation von einer klaren Stärkung der Aufsicht durch das KVAG aus. Die Aufsicht wurde systematisiert, strukturiert und weiterentwickelt. Die Behörde hat mehr Möglichkeiten, ein klareres Prüfprogramm, sie weiss klarer, was sie prüfen muss. Die grössere rechtliche Klarheit und Rechtssicherheit wirken zugunsten der Aufsicht. Die Versicherer befassen sich expliziter mit den Aufsichtsthemen, die Compliance hat an Bedeutung gewonnen, so der Eindruck aus den Analysen.

Eine Stärkung der Aufsicht hat im Gegenzug auch seine Grenzen. Im Fokus sollten immer der Gesetzeszweck und die wesentlichen Kernpunkte bleiben; die Aufsicht darf nicht der Aufsicht willen durchgeführt und in diesem Sinne «verstärkt» werden. Nachfolgend in den Ziffern 3.2 und insbesondere 3.3 deuten Schlussfolgerungen darauf hin, dass die Aufsicht nach Gelten der Übergangsbestimmungen bis ins Jahr 2021 am Wendepunkt zwischen Einführungsphase und Alltagsbetrieb steht. Eine weitere Stärkung der Aufsicht kann durch eine Fokussierung auf das Wesentliche und die Integration neuer Trends und Themen in die Aufsichtstätigkeit erreicht werden. Vgl. dazu die Empfehlung 5 in Ziffer 3.2.2 (Entlastung).

Eine Stärkung der Aufsicht und eine grössere Transparenz gehen Hand in Hand: die Aufsicht wurde auch durch eine grössere Transparenz gestärkt.

Eine Verbesserung der Transparenz der Versicherer gegenüber der Aufsichtsbehörde und der Öffentlichkeit kann festgehalten werden (vgl. Ziff. 2.3). Berücksichtigt man die für eine transparente Geschäftsführung und aufsichtsrechtlich relevanten Bereiche (Rechnungslegungsvorschriften, Solvenzberechnungen, Inhalte der Geschäftsberichte usw.), so sind mehr und bessere öffentliche Informationen vorhanden als vor dem KVAG. Dies dürfte auch im «Interesse der Versicherten» sein, auch wenn diese nicht direkt profitieren und ihr Kernanliegen der Transparenz der Festlegung der Prämien noch Lücken aufweist.

Auch für professionelle Akteure der Branche und für die Versicherer untereinander ist die Transparenz grösser als vor dem KVAG; es gibt mehr und genauere Detailinformationen (Geschäftstätigkeit, Risiken, finanzielle Lage usw.) zur Einschätzung der Versicherer durch Partner oder Mitbewerber, was letztlich auch den Wettbewerb unter den Versicherern fördert.

Weitere Fortschritte in der Stärkung der Transparenz könnten in der Abgrenzung bzw. Zuteilung der Kosten zwischen KVG und VVG erreicht werden. Hier könnte die Vorgabe eines einheitlichen Modells oder zumindest von Eckwerten der Kostenschlüsselung – basierend auf den heutigen Praxiserfahrungen der Versicherer – eine noch bessere Vergleichbarkeit und mehr Rechtssicherheit bringen.

Aus Sicht der Versicherten sind die Gleichbehandlung und der Schutz vor Missbrauch (Art. 5 Bst. f KVG; Art. 34 Abs. 1 Bst. e KVG; Art. 61 KVAV) wichtige Wirkungen des KVAG. Der Evaluationsauftrag umfasste die Prüfung dieser Wirkung nicht. Die Interviews ergeben immerhin Hinweise, dass die Gleichbehandlung gestärkt werden konnte.

Finanzielle Stabilität

Die finanzielle Stabilität der Versicherer bzw. ihres KVG-Bereichs ist heute besser als vor dem KVAG. Die festgestellte Trendumkehr kann mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht nur, aber auch auf die Einführung des KVAG zurückgeführt werden. Das lässt sich aus der Analyse der Daten ableiten (vgl. Ziff. 2.2.1), zum Teil auch aus der Untersuchung zu den aufgetretenen Insolvenzfällen (vgl. Ziff. 2.2.3). Das gilt auch dann, wenn berücksichtigt wird, dass der neue Solvenzttest bereits ab 2012 eingesetzt wurde. Die Solvenz der Versicherer steigt ab 2016 mit der Verankerung der Eckwerte des Solvenzmodells im KVAG. Zur gesteigerten Stabilität hat sicherlich auch die Entwicklung auf den Finanzmärkten beigetragen.

Die Reserven der Versicherer haben sich mehr als verdoppelt. Vor allem die kleinsten Versicherer haben stark zugelegt (wobei diese Entwicklung schon vor der Inkraftsetzung des KVAG begann).

Eine markante Reduktion der Anzahl bei den kleinen und/oder finanziell instabilen Versicherern hat schon deutlich vor der Inkraftsetzung des KVAG stattgefunden. Das KVAG hat folglich nicht zu einem «Sterben» der kleinen und Kleinstversicherern geführt. Dies wird entgegen den Fakten von den Versicherern gegenteilig wahrgenommen; sie gehen davon aus, das KVAG habe «wesentlich dazu beigetragen».

Es gibt ausreichend Hinweise, dass Solvenzberechnung und Prämien genehmigung der finanziellen Stabilität der Versicherer förderlich ist bzw. sicherstellen, dass finanzielle Instabilitäten erkannt werden bzw. gar nicht erst auftreten.

Insgesamt hat folglich das KVAG deutlich zur Verbesserung der finanziellen Stabilität der Versicherer beigetragen.

Verwaltungskosten

Das KVAG ist im Allgemeinen kein wesentlicher Treiber des Wachstums der Verwaltungskosten der Versicherer.

Insgesamt sind die Verwaltungskosten nicht stark gestiegen, in Prozent der Prämien sind sie gleichgeblieben oder gar leicht gesunken, pro Versicherten sind sie gestiegen.

Die Folgen der Regulierungen durch das KVAG machen zudem nur einen kleinen Teil der Verwaltungskosten aus, wodurch der Einfluss auf die gesamten Verwaltungskosten auch gering ist. Der grosse Anteil

der Kosten geht in die Leistungsabwicklung, die Informatik, den Overhead bzw. die Infrastruktur und den Kundendienst.

Wesentliche Treiber der Verwaltungskosten – unabhängig vom Versichertenbestand und seiner Risikostruktur – sind erstens Regulierungen in anderen Bereichen als dem KVAG, namentlich dem KVG und dem DSG, sowie zweitens der Ausbau der Informatikmittel, wobei dies auch mit den genannten Regulierungen zusammenhängen dürfte (die näheren Gründe für den Informatikausbau wurden nicht eruiert).

Das KVAG wird häufig in Verbindung gebracht mit dem Aufwand zur Umsetzung der Regulierungen des KVG und DSG und teils anderen, weil im Rahmen des KVAG deren Einhaltung beaufsichtigt wird. Es kann der falsche Eindruck entstehen, die Kosten würden durch das KVAG erhöht.

Der Schlussfolgerung ist eine wesentliche Präzisierung anzufügen: Bei den Versicherern mit weniger als 10'000 Versicherten hat das KVAG zu einem Anstieg der Verwaltungskosten deutlich beigetragen. Das hat mehrere Gründe.

Zum einen sind die Anteile der KVAG-bezogenen Verwaltungskosten bei den Kleinstversicherern deutlich höher als bei grösseren Versicherern, sie machen einen Fixkostenblock aus, der im Verhältnis grösser ausfällt. Steigen diese Kosten, so treiben sie im Verhältnis die Gesamtkosten deutlich stärker in die Höhe als bei grösseren Versicherern.

Zum anderen arbeiten die Kleinstversicherer mit wenigen Angestellten und mit anderen Prozessen als ihre grösseren Mitbewerber. Sie mussten neue Strukturen aufbauen, welche die anderen bereits besaßen und müssen neu Tätigkeiten wahrnehmen, die sie extern vergeben müssen (z.B. an Aktuarien).

Zu beachten ist, dass die Zahl der Versicherten bei Kleinstversicherern sukzessive abgenommen hat, gemäss Auskunft des BAG um über 20 Prozent seit 2016. Dies führt tendenziell zu höheren Verwaltungskosten pro Kopf und verschärft die Problematik des gestiegenen Fixkostenblocks noch zusätzlich.

Governance

Als eine Auswirkung des KVAG kann gemäss den Ergebnissen der Analysen die Stärkung der Governance (im Sinne der Organisation und des Risikomanagement) festgehalten werden, allen voran und speziell bei den kleinen und kleinsten Versicherern.

Es ist davon auszugehen, dass bereits ein allgemeiner Trend zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Governance bestand, dieser jedoch durch das KVAG gestärkt und beschleunigt wurde. Dies kann auch daraus abgeleitet werden, dass die Versicherer grossmehrheitlich bestätigen, das KVAG würde im Wesentlichen den Standard der guten Geschäftsführung abbilden, den sie sowieso einhalten müssten.

Kantonale Ungleichgewichte

Die kantonalen Ungleichgewichte haben sich seit Einführung des KVAG tendenziell reduziert. Einerseits ist das relativ zum Schweizer Durchschnitt zu viel bzw. zu wenig bezahlte Prämienvolumen zurückgegangen. Andererseits hat sich die Varianz der kantonalen Claims-Ratios reduziert. Ferner findet sich die maximal beobachtete Abweichung vom Schweizer Durchschnitt für die Mehrheit der Kantone in den Jahren vor der Einführung des KVAG. Auch die kumulierte Abweichung zum Schweizer Durchschnitt ist für die meisten Kantone in den fünf Jahren vor Einführung des KVAG grösser als in den fünf Jahren danach.

Die Analyse hat lediglich eine Korrelation über die Zeit gezeigt. Es konnten mit Vertiefungen in den Interviews keine abschliessenden Argumente für einen kausalen Zusammenhang identifiziert werden. Es ist zu vermuten, dass das KVAG als einer von mehreren Bausteinen dazu beigetragen hat: Die Prämien werden heute von den Versicherern genauer berechnet, die Praxis der Prämien genehmigung des BAG forciert dies, und von Seiten Öffentlichkeit und vor allem der Kantone entsteht eine Erwartungshaltung an kantongenaue Berechnungen.

Ob die Reduktion der kantonalen Ungleichgewichte eine Wirkung des KVAG sind, kann ergo nicht abschliessend gesagt werden. Es ist plausibel, dass das KVAG einen Beitrag geleistet hat.

Unternehmerische Freiheit

Zu konstatieren ist die Wahrnehmung der Versicherer, das KVAG habe ihre unternehmerischen Freiheiten stark eingeschränkt. Zieht man als Beispiele die Vorgaben der Geschäftsplanänderungen wie die Prämiengenehmigung oder die Genehmigung von allgemeinen Geschäftsbedingungen in den Blick, so kann eine gewisse Einschränkung der eigenständigen Entscheidungshoheit tatsächlich als eine Auswirkung des KVAG gesehen werden. In den Interviews wurden konkrete Beispiele aus dem Bereich Produktentwicklung, Erschliessung neuer Märkte und Innovation genannt, die Einschränkungen illustrieren.

Dies ist allerdings vor dem Hintergrund des generell stark regulierten Krankenversicherungsbereichs zu sehen. Es zeigt sich das Spannungsfeld der Interpretation der Rollen der Versicherer als unabhängige Unternehmen einerseits und als hoch regulierte Vollzugsstellen einer Sozialversicherung andererseits.

Kleine Versicherer

Als eine implizite Frage an die Evaluation und als eine Wahrnehmung der online befragten Versicherer steht die These im Raum, das KVAG habe zur starken Abnahme der Zahl der kleinen und kleinsten Versicherer geführt, mithin würden diese mit der überbordenden Aufsicht aus dem Markt verdrängt.

Diese These ist mit Blick auf die Zahlen nicht haltbar. Die starke Reduktion der Anzahl der kleinen und kleinsten Versicherer hat lange vor der Inkraftsetzung des KVAG stattgefunden. Die Zahl der Kleinstversicherer (bis 10'000 Versicherte) ist seit 2016 mit leichten Schwankungen stabil, allenfalls ist eine Reduktion der Zahl um vier Versicherer auf das Jahr der Inkraftsetzung hin mit dem KVAG zu begründen. Die Zahl der kleinen Versicherer (10'000 bis 100'000 Versicherte) ist ebenfalls stabil, ohne Effekte vor dem Inkrafttreten. Abgenommen seit Inkrafttreten des KVAG hat die Zahl der mittelgrossen Versicherer (100'000 bis 500'000 Versicherte), dies um ein Viertel. Dies kann auf Fusionen bzw. Übernahmen innerhalb von Gruppen zurückzuführen sein oder generell auf Verschiebungseffekte, indem mittelgrosse Versicherer in der Versichertenzahl gewachsen oder geschrumpft sind und damit in eine andere Kategorie fallen.

Auch aufgrund der erhobenen weiteren Informationen ist keine Aufgabe der Versicherungstätigkeit im Bereich der kleinen und kleinsten Versicherer mit deutlichem Verweis auf das KVAG absehbar.

3.2 Vollzug

Evaluationsfragen:

Wie wird das neue KVAG umgesetzt? Welche Erfahrungen wurden gemacht in Bezug auf die Bereiche Geschäftspläne und Geschäftsplanänderungen; Verwaltungskosten der Versicherer; Audits; Aufsichts-massnahmen; Kantonale Ungleichgewichte; Solvenz der Versicherer?

Gibt es Umsetzungsdefizite?

3.2.1 Aufwand des Vollzugs

Aufwand für die Versicherer allgemein

Für die meisten Versicherer liegt die tatsächliche und wahrgenommene administrative Belastung durch den Vollzug des KVAG in geringem bis moderatem Rahmen.

Ins Auge fallen die Unterschiede in den Einzelinterviews und den Angaben in der Online-Umfrage. Die «gefühlte Last» scheint höher zu sein als die «reale Last».

Festzuhalten ist, dass noch bis vor kurzem ein grosser Initialaufwand zu leisten war und der Alltagsbetrieb unter dem KVAG nun deutlich weniger aufwändig ist. Zudem würde ein grosser Teil des Aufwands, so oder so anfallen, weil er den heutigen Standard einer guten Geschäftsführung widerspiegelt.

Vor diesem Hintergrund konnte kein unangemessener übermässiger Aufwand durch den Vollzug des KVAG festgestellt werden. Dies schliesst nicht aus, dass im Einzelnen Verbesserungen möglich sind, wie wir in den weiteren Schlussfolgerungen auch ausführen und Empfehlungen formulieren.

Aufwand für kleine Versicherer

Wie der Befund zum Einfluss auf die Verwaltungskosten muss die Aussage zum Aufwand des Vollzugs des KVAG für die Versicherer präzisiert werden. Kleine Versicherer und vor allem Kleinstversicherer empfinden die Aufwände und die Belastung als unangemessen gross. Tatsächlich machen sie auch einen überproportional grossen Anteil an ihren Verwaltungskosten aus (wie oben gezeigt).

Allerdings muss für eine sichere, stabile und gute Geschäftsführung wohl ein minimaler Aufwand mit entsprechenden Fixkosten betrieben werden, der bei sehr kleinem Prämienvolumen natürlich überproportional ins Gewicht fällt. Dies wird von den Versicherern auch nicht bestritten. Moniert wird «fehlendes Ausmass und Verhältnismässigkeit» in Details von Vollzugsbestimmungen und Kontrolle.

Wir schliessen aus den Daten und Aussagen, dass es sich vorrangig um die Aufwände für das Risikomanagement bzw. das IKS, für die externe Revision und für die Solvenzberechnungen handelt, welche die besondere Belastung für die kleinen und kleinsten Versicherer ausmachen.

Eine vertiefte Prüfung der Anpassung der Praxis in diesen Bereichen ist zu empfehlen. Dabei ist es angesichts der Anforderungen an eine neutrale Aufsicht kein gangbarer Weg, Sonderregelungen, Konzessionen oder Ausnahmen für kleine Versicherer einzuführen. Auch eine Selbstregulierung ist im Rahmen des aktuellen Gesetzes kein Ansatz. Es geht auch nicht darum, die Regeln zurückzunehmen – die sind im Grundsatz auch von den Beaufsichtigten unbestritten. Vielmehr ist generell die Verhältnismässigkeit von detaillierten Vorgaben und Kontrollen zu prüfen.

Wir interpretieren die Situation so, dass während der Phase des Übergangs 2016-2021 ein Schwergewicht der Governance-Aufsicht auf die Einführung der neuen Strukturen und Prozesse gesetzt werden musste. Nun muss eine Aufsichtspraxis gefunden werden, die effizient einen laufenden Alltagsbetrieb im Rahmen der neuen Strukturen und Prozesse überwacht.

Allerdings ist auch festzuhalten, dass unterschiedliche Wahrnehmungen von den Versicherern und der Aufsichtsbehörde bezüglich des Aufwands und der Verhältnismässigkeit bestehen. Die genannten Beispiele hat die Behörde erläuternd oder kritisch kommentiert. Die kontroversen Einschätzungen sind in den Empfehlungen zu berücksichtigen.

Empfehlung 1: Wir empfehlen zu prüfen, ob und wie weit die Aufsicht für alle Versicherer gleichermassen so angepasst werden kann, dass insbesondere bei kleinen Versicherern Vereinfachungen resultieren, insbesondere in den Bereichen Risikomanagement/IKS, für die externe Revision sowie für die Solvenzberechnungen. Im Gespräch mit den kleinen Versicherern in einem zweckmässigen Format kann das gegenseitige Verständnis geschärft und der Mindestrahmen einer verhältnismässigen Aufsicht ausgelotet werden.

3.2.2 Massnahmen und Praxis

Allgemein Massnahmen und Sanktionen

In der Regel scheinen auch für die Versicherer die von der Aufsichtsbehörde vorgenommenen Interventionen sinnvoll und nachvollziehbar. Die meisten Interventionen in Form von Weisungen ergehen nach den Audits. Die kleinen (<100'000) und kleinsten Versicherer (<10'000) sind am stärksten unzufrieden, obwohl sie am wenigsten von Interventionen der Behörde betroffen sind. Wir folgern daraus, dass bei Interventionen bei kleinen und insbesondere kleinsten Versicherungen der Dialog über die Intervention besonders wichtig ist.

Für die Durchsetzung der Vorgaben des KVG und KVAG scheinen die Sichernden Massnahmen das geeignetere Mittel als strafrechtliche Sanktionen. Beide haben bislang keine grosse Bedeutung erlangt. Die

strafrechtlichen Sanktionen wohl auch darum, weil die Aufsichtsbehörde – gerade auch wegen der zum Teil recht hohen Strafdrohungen – zögern wird, die ordentlichen Strafverfolgungsbehörden mit einem Verfahren zu befassen. Eine gewisse Bedeutung haben die strafrechtlichen Sanktionen für die Versicherten und die Durchsetzung ihrer Rechte auch ohne konkrete Anstrengung von Verfahren.

Hingegen kann bei Übertretungen eine rasch ausgesprochene Strafe durch die Aufsichtsbehörde durchaus eine gewisse Wirkung entfalten, auch wenn die ausgesprochene Busse nicht sehr hoch ausfällt. Wenn das Amt anhand von konkreten Fällen belegen kann, dass Verwaltungsstrafverfahren, wie sie früher im KVG vorgesehen waren, tatsächlich von erheblichem praktischen Nutzen für die Aufsicht sind, soll eine solche Strafkompentenz bei Gelegenheit wieder eingeführt werden, auch wenn damit eine Differenz zum VAG geschaffen wird. Ein solcher praktischer Nutzen ist unseres Erachtens höher zu werten, als eine vollständige Angleichung von VAG und KVAG. Was schliesslich den Hinweis auf die fehlende Gewaltenteilung anbelangt, ist es gerade eine Eigenheit des Verwaltungsstrafverfahrens, dass die Behörde, die in der Sache involviert ist, auch einen Strafbescheid fällen kann. Denn sie verfügt über spezifische Fachkenntnisse und Verfahren können so schneller erledigt werden.

Wir kommen daher zum Schluss, dass die Wiedereinführung eines Verwaltungsstrafverfahrens geprüft werden soll. Dies im Einklang mit der Empfehlung der EFK in ihrem Bericht 2021 (Seite 20).

Der Vorschlag eines möglichen Berufsverbots als Sanktion sollte aus unserer Sicht nicht weiterverfolgt werden; auch diese Sanktion wäre sehr einschneidend und ist hinsichtlich Schärfe und Zurückhaltung des Einsatzes mit den sichernden Massnahmen vergleichbar.

Empfehlung 2: Wir empfehlen, die Wiedereinführung einer Verwaltungsstrafkompetenz für das BAG zu prüfen (vgl. Kommentare bezüglich Regulierung in Ziff. 3.3).

Geschäftsplanänderungen

Meldung und Genehmigung von Geschäftsplanänderungen stellen vom Aufwand her für die Versicherer im Allgemeinen kaum ein Problem dar. Der Initialaufwand in der Übergangsphase war gross und ist heute deutlich geringer.

Dennoch ist der Aufwand der Eingabe- und Fristenbewirtschaftung nicht zu unterschätzen – insbesondere für mittelgrosse Versicherer, die verschiedene interne Stellen koordinieren müssen und dafür keinen grossen Apparat zur Verfügung haben.

Folgende Optimierungsmöglichkeiten konnten wir identifizieren

- Eine Harmonisierung mit den Formularen und Fristen der FINMA;
- Punktuell eine Flexibilisierung (Einreichung Entwürfe) der Fristen zugunsten von mehr Handlungsspielraum der Versicherer (z.B. in Vertragsverhandlungen);
- Die weitere Digitalisierung der Eingaben bzw. des Austauschs der Information, zum Beispiel mittels einer webbasierten Plattform.

Zur Umsetzung von Optimierungen bei den Fristen sind die unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen von KVAG und VAG zu beachten, die allenfalls angepasst werden müssten. Der Standard der Angleichung wäre dabei offen, die Anpassungen könnten durchaus auf Seiten VAG stattfinden.

Bei den weiteren Optimierungen (Formulare, Flexibilisierung der Fristen, Digitalisierung) ist das BAG bereits tätig geworden. Dieser Weg und die entsprechenden Bemühungen sollten weitergeführt werden.

Empfehlung 3: Wir empfehlen für die Geschäftsplanänderungen a) eine Harmonisierung der Formulare mit den Vorgaben der FINMA weiter voranzubringen, b) den Handlungsbedarf und die Möglichkeiten einer Angleichung und/oder Flexibilisierung der Fristen zu prüfen sowie c) den Ausbau des digitalen Datenaustauschs mit den Versicherern weiter voranzutreiben (vgl. auch Empfehlung 6 in Ziff. 3.2.2 Digitalisierung).

Audit

Insgesamt kann der Auditierung ein gutes Zeugnis ausgestellt werden. Die Planung der Audits scheint gut organisiert, strukturiert und risikobasiert.

Es gibt Hinweise, dass bei den Versicherern Bedarf nach Information zur Planung und Durchführung der Audits hinsichtlich der Gleichbehandlung aller Beaufsichtigten vorhanden ist.

Die Durchführung der Audits scheint professionell und nach den heute geltenden Standards zu erfolgen. Sie dürfte noch stärker risikobasiert ausgerichtet werden, was Entlastungen bringen könnte ohne eine Reduktion der Sicherheit. Allerdings konnte dieses Thema nicht vertieft und verifiziert werden.

Der vorliegende Bericht zeigt Aufwandschätzungen von Seiten der Versicherer für die Audits. Ohne vertiefende Benchmark-Analysen können diese nicht gewertet werden. Für die Kleinstversicherer (<10'000 Versicherte) scheint der Aufwand für die Audits kein Problem darzustellen.

Die Audits werden in aller Regel als sinnvoll und nützlich angesehen. Allerdings sind durchaus Abweichungen von dieser Beurteilung festzustellen. Eher Unzufriedenheit äussern die kleinen und mittelgrossen Versicherer (10'000 bis 500'000 Versicherte).

Empfehlung 4: Wir empfehlen, a) die Prinzipien der Audits insbesondere die Sicherstellung der Gleichbehandlung zu kommunizieren sowie b) zu prüfen, ob und wie das jeweilige Prüfprogramm des einzelnen individuellen Audits noch risikobasierter ausgestaltet werden kann.

Entlastung der Vollzugsmassnahmen

Obleich konstatiert werden kann, dass die Aufsichtstätigkeit des BAG keinen unangemessenen Aufwand für die Beaufsichtigten verursacht (vgl. vorangehend Ziff. 3.2.1), sind die Berichte über Optimierungspotential vielfältig, wenn auch konkrete Fälle nicht vertieft werden konnten. Es scheint im Gesamteindruck aber deutlich, dass Entlastungen und im Detail Vereinfachungen im Vollzug der Aufsicht möglich sein sollten, ohne Verlust an Sicherheit, auch wenn im Detail Belege dafür nur punktuell aufgezeigt werden konnten. Die Versicherer sind gemäss ihren Aussagen bereit, im Dialog mit der Aufsicht konkrete Beispiele zu vertiefen.

Es ist auch im Interesse der Aufsichtsbehörde selbst, ihr Tagesgeschäft von weniger relevanten Massnahmen zu entlasten. Dies schafft Raum für strategische Entwicklungen, für neue Themen und Innovation und für die Sicherstellung der Kerntätigkeiten.

Die Prüf- und Kontrollkaskaden sollten präzise aufeinander abgestimmt sein, um möglichst Mehrfachkontrollen zu vermeiden. Es gibt Kontrollen, die von den Versicherern als solche Mehrfachkontrollen wahrgenommen werden und Aufwände verursachen, eingeschlossen zum Beispiel die Nachkontrolle von Arbeiten zertifizierter Experten. Allerdings unterscheiden sich hierzu die Wahrnehmungen der Aufsichtsbehörde von jenen der Versicherer.

Es ist davon auszugehen, dass die Aufsichtsbehörde über Vorgaben im Rahmen von Kreisschreiben einen Einfluss auf die aufsichtsrechtliche Prüftätigkeit der externen Revision ausübt. Auch hier ist zu vermuten, dass mit diesbezüglichen Anpassungen eine Entlastung bei den Versicherern ohne Einbusse an Sicherheit erreicht werden könnte.

Im Bereich Datenschutz ist gemäss den Erkenntnissen zu fragen, ob zusätzliche Vorgaben und eine Ausweitung der Kontrollen einen Mehrwert an Sicherheitsstandard im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens bringen. Das BAG selbst macht keine Vorgaben. Angesichts der Sensitivität der Daten und der Bedeutung der Datensicherheit können hier in diesem komplexen Feld keine konkreteren Schlussfolgerungen gezogen werden.

Empfehlung 5: Wir empfehlen allgemein, eine Entlastung und Vereinfachung im Vollzug der Aufsicht und eine verstärkte Fokussierung auf die wesentlichen Elemente hinsichtlich der Erreichung des Zwecks des KVAG anzustreben.

Digitalisierung

Die Aufsichtsbehörde weist einen Bedarf an Digitalisierung auf. Diverse Empfehlungen in diesem Bericht greifen die Entwicklung entsprechender Systeme auf. Der Behörde ist dieser Bedarf bekannt. Ebenso hat sie die Chancen erkannt, dass sie die Digitalisierung zur Effizienzsteigerung im Tagesgeschäft nutzen kann. Dies hat die EFK in ihrem Bericht 2021 ebenfalls festgestellt (Seite 15, Verweis auf ISAK 2).

Die drei wesentlichsten Aspekte einer weiteren Systementwicklungen sind:

- Zentrales Kundenverwaltungssystem (alle Versicherer, alle Sektionen; Data Warehouse in der Art eines Client Relationship Managements CRM);
- Erneuerung/Weiterentwicklung von ISAK;
- Entwicklung einer Plattform zur Erfassung von Geschäftsplanänderungen und anderen Interaktionen mit den Beaufsichtigten.

Die Digitalisierung insbesondere in diesen drei Aspekten sollte aus unserer Sicht die Grundlage für die strukturelle und prozessuale Weiterentwicklung der Aufsicht bilden. Gestartet ist das Projekt ISAK-Relaunch, welches auch als Beispiel der «digitalen Transformation» im BAG aufgeführt wird. Es soll gemäss Auskunft des BAG als zentrales System fungieren, auf das die Aspekte zentrale Kundenverwaltung und Interaktionsplattform aufsetzen.

Empfehlung 6: Wir empfehlen, dass die drei Hauptaspekte der Digitalisierung konsequent fortgesetzt und dafür entsprechend Ressourcen bereitgestellt werden.

3.2.3 Organisation des Vollzugs

Sektionen

Der Vollzug ist grundsätzlich nachvollziehbar und gut organisiert (siehe Ziff. 2.11).

Das gilt im Grundsatz auch für die Zusammenarbeit der Sektionen innerhalb der Abteilung. Die Ergebnisse sind allerdings eindeutig, dass diese Zusammenarbeit insbesondere auf Stufe Mitarbeitende weiter gestärkt werden sollte. Das gemeinsame Management der Aufsichtstätigkeit und Beaufsichtigten sowie das Verständnis als eine Aufsichtsbehörde aus einer Hand zu agieren, kann weiter verbessert werden.

Diese Feststellung mag erstaunen, da noch ein Jahr zuvor die EFK in ihrem Bericht zur Versicherungsaufsicht schrieb, «die interne Ressourcenverteilung ist rationell, koordiniert und transparent». Die Aussagen aller Quellen unserer Untersuchung (Interviews mit Versicherern, Experten und BAG selbst, Textausagen in der Online-Umfrage) weisen jedoch so einheitlich und deutlich auf Optimierungsbedarf in der abteilungsinternen Koordination und Zusammenarbeit hin, dass die Aussage der EFK wohl wortwörtlich interpretiert werden muss: Die interne Verteilung / Aufschlüsselung der Ressourcen («La répartition interne des ressources...») sei koordiniert. Dies bedeutet nicht unbedingt, dass die Aufgabenerfüllung und der externe Kontakt koordiniert sowie die interne Zusammenarbeit optimiert sind.

Die Herausforderung der Integration von organisatorisch differenzierten Aufgaben ist nicht neu und nicht singulär für die Abteilung Versicherungsaufsicht, sie ist vielen Verwaltungsstellen bekannt. Die Abteilung hat dies auch bereits selbst erkannt und hat entsprechende Massnahmen eingeleitet, was sehr positiv zu werten ist. Die Integration kann durch weitere entsprechende Instrumente und durch organisatorische Massnahmen gefördert werden.

Vereinheitlich werden sollten die Aufsichtsmassnahmen bzw. deren Benennung. Heute sind die Begriffe Intervention, Empfehlung, Rüge, Weisung und Verfügung bekannt. Sie werden von den Sektionen unterschiedlich benutzt. Wir könnten uns vorstellen, dass im individuellen Verkehr auf eine Feststellung entweder eine Empfehlung, eine Weisung oder eine Verfügung folgt.

Bei den Instrumenten fehlt der Abteilung ein einheitliches System, in dem die Versicherer und der Verkehr mit ihnen abgelegt wird (CRM, Client-Relationship-Management). Dies würde nicht nur ein einheitliches Arbeiten auf einer Datenbasis und den Austausch von Informationen fördern, es würde zudem die Einheitlichkeit der Interventionen sowie der statistischen Auswertung der eigenen Arbeit stützen. Zudem kann die aktuell generell schwache Datenbasis zur eigenen Tätigkeit der Aufsichtsbehörde und damit die diesbezüglich auch eher zurückhaltende Transparenz gestärkt werden. Dem Vernehmen nach ist die Abteilung daran, ein solches System aufzubauen bzw. einzuführen. Wir empfehlen, dies auf jeden Fall zu tun (vgl. dazu Empfehlung 6 in Ziffer 3.2.2 Digitalisierung).

Geprüft werden könnte die Zuteilung von Zuständigkeiten für Versicherer auf einzelnen Mitarbeitende, nicht pro Sektion, sondern im Sinne eines Portfolios (Key Account Management). So wären verschiedene Personen in unterschiedlichen Sektionen je für eine Gruppe von Versicherern als Ansprechpartner zuständig. Der Ansprechpartner hätte einen Gesamtblick über den Verkehr mit ihnen und pflegte bei nicht klar zugewiesenen Fragen den Kontakt. Heute sprechen sich die Fachverantwortlichen der Aufsicht vor einem Kontakt ab. Massnahmen in diesem Bereich müssen sorgfältig abgewogen werden, verfügen doch auch die Versicherer oft nicht über einheitliche Ansprechpartner, sondern über solche nach Fachgebiet.

Eine integrierende Wirkung kann auch der Aufbau von zentralisierten und geteilten internen Dienstleistungen haben («Shared-Services»). Die Abteilung hat Sekretariatsressourcen zentral organisiert, allenfalls kann die Zentralisierung erweitert werden. Dies muss nicht unbedingt als Stab der Abteilungsleitung gedacht, zentrale Dienste können auch einer Sektion angegliedert werden, die Querschnittsaufgaben erfüllt.

Eine Option ist auch der Einbezug von Mitarbeitenden verschiedener Sektionen bei Audits oder im Sinne einer Job-Rotation der temporäre Einsatz von Mitarbeitenden in Nachbarsektionen. Das ist dem Vernehmen nach bereits in der Abteilung in Umsetzung, was sehr zu begrüssen ist. Einfache Mittel wie die Veranstaltung gemeinsamer (Fach-)Anlässe können auch berücksichtigt werden.

Empfehlung 7: Wir empfehlen, den eingeschlagenen Weg, die bessere Zusammenarbeit der Sektionen und Integration der Aufsicht «aus einer Hand» sicherzustellen, mit Nachdruck fortzusetzen. Dazu gehören die Vereinheitlichung der Aufsichtsmassnahmen und ihrer Benennung sowie die Einführung eines einheitlichen Kundenverwaltungssystems (vgl. dazu Empfehlung 6 in Ziffer 3.2.2 Digitalisierung).

Strategische Ausrichtung: Neue Themen und Innovation

Die Aufsicht muss einerseits das Tagesgeschäft abwickeln, andererseits längerfristige neue Themen und Trends aufgreifen und flexibel die Praxis weiterentwickeln können. Dazu muss sie neue Themen und die Innovationsbereiche identifizieren, wohin sich die Aufsicht entwickeln soll. Dazu erscheint es sinnvoll, dass sich die Abteilung Versicherungsaufsicht eine strategische Ausrichtung gibt, allenfalls sogar strategische Ziele festlegt (zum Beispiel in welche Richtung sich die Branche in gewissen Aufsichtsbereichen entwickeln soll). Sie kann Schwerpunkte für 3-4 Jahre festlegen (z.B. weitere Stärkung Transparenz; Themen der Digitalisierung usw.).

Es ist durchaus denkbar, dass die Abteilung solche Ziele und Schwerpunkte sogar im Sinne einer partizipativen Aufsicht nach Konsultation der Versicherer bzw. in einem Dialog mit ihnen festlegt. Das stärkte das Vertrauen und die Wirkung der Aufsicht (weil die Beaufsichtigten sich auch danach ausrichten).

Als eine Folge einer strategischen Ausrichtung können ggf. neue Themen aufgenommen und bisherige Themen abgelegt werden. Die Organisation könnte sich in der Folge anpassen oder die Personalrekrutierung könnte sich auf die neuen Themen ausrichten (z.B. Digitalisierung, Cybersicherheit usw.).

Die EFK attestiert in ihrem Bericht 2021 der Abteilung Versicherungsaufsicht «die Flexibilität, ohne zusätzliche Ressourcen neue Aufgaben zu übernehmen» (Seite 6). Dies schliesst nicht unbedingt mit ein, dass die Abteilung proaktiv die künftig aufkommenden Themen selbst setzt, Aufgaben definiert und ihre eigene Weiterentwicklung aktiv steuert.

Die Geschäftsfeldstrategie ist dafür zwar als Gefäss vorhanden, die momentane Aktualisierung bildet jedoch eine strategische Ausrichtung, wie sie hier angedacht wurde, nicht ab. Die materiellen Zielsetzungen wurden mit einer Ausnahme nicht erneuert und beziehen sich noch auf die Einführung des KVAG.

Vorhanden ist eine Art Strategiedokument, das Ambitionen und Leitsätze aufführt und in Stichworten mit strategischen Massnahmen verbindet. Dieses bildet einen tauglichen Ansatz, könnte aber noch thematischer ausgerichtet und enger mit der Planung verknüpft werden.

Empfehlung 8: Wir empfehlen, a) die bestehende strategische Grundlage hinsichtlich einer proaktiven Aufnahme künftiger Themen und Innovationen weiter zu vertiefen und laufend zu aktualisieren, b) dazu regelmässig die Beaufichtigten zu konsultieren sowie c) die Strategie mit der Aufgaben- und Ressourcenplanung zu verknüpfen und entsprechend in der Geschäftsfeldstrategie abzubilden.

Kerntätigkeiten und mögliche Reorganisation

Gemäss internen Unterlagen erkennt die Behörde, dass sie ungenügende Ressourcen für Weiterentwicklungen und Arbeiten abseits des Tagesgeschäfts aufweist. Die Erweiterung personeller Ressourcen ist ein (kaum realistischer) Ansatzpunkt, die Entlastung des Tagesgeschäfts und die Schwerpunktbildung wäre der andere.

Soll die Aufsicht auf Kerntätigkeiten fokussiert und das Alltagsgeschäft entlastet werden, so würden wir vermuten, dass am ehesten bei der betrieblichen Aufsicht Effizienzpotentiale genutzt werden könnten. Sie erfüllt selbstverständlich den gesetzlichen Auftrag, über Teile der Jahresrechnung und Bilanz «zu wachen» (Art. 24 Abs. 1 Bst. d. KVAG: Rückstellungen, Vermögen, Anlagen, Erträge). Dennoch:

1. Das Ergebnis der Geschäftstätigkeit, die aktuelle Situation des Versicherers, wird in der Jahresrechnung dargestellt, der im Rahmen enger gesetzlicher Vorgaben unter Verantwortung der Geschäftsleitung des Versicherers erstellt und von den Revisionsstellen testiert wird. Bei der retrospektiven Darstellung der aktuellen Situation kann sich die Aufsicht daher am ehesten auf vorgelagerte verantwortliche betriebliche Organe (Finanzchef/-in oder Geschäftsführung oder Verwaltungsrat), welche auch Aufsichtsaufgaben erfüllen bzw. auf Aufsichtsorgane abstützen (externe Revision), die gesetzlichen Sorgfaltspflichten unterliegen und das Risiko von (gar bewussten) Falschangaben eingrenzen. Es ist denn auch in diesem Bereich, in dem die Kontrollen und in dem der Prozess, die Nachfragen und Änderungswünsche wie auch gewisse Vorgaben zur Jahresberichterstattung bei den Beaufichtigten besonders auf Unverständnis stossen (vgl. Ziff. 2.11.3). Es können in diesem Bereich ganz besonders Risikoüberlegungen der Aufsicht angestellt werden (ob / wann / wie oft Kontrollen angestellt werden).

2. Im Bereich betriebliche Aufsicht sind Schnittstellen und Überlappungen zur Prämien genehmigung und Solvenzprüfung festzustellen (vgl. Ziff. 2.11.1).

3. Das KVG-Geschäft ist im Kern ein Umlageverfahren, es weist unter dem Jahr in der Regel keine grosse Varianz auf, die Prämien wurden geprüft und genehmigt, der Versichertenbestand ist Anfang Jahr bekannt, es gibt im Geschäft kaum Überraschungen, die Entwicklungen sollten mehr oder weniger absehbar sein (wenn der Versichertenbestand statistisch gross genug ist), der Risikoausgleich federt Risikounterschiede im Bestand ab. Die Unbekannten sind die Entwicklung der Leistungen und Leistungskosten sowie der Kapitalmärkte bzw. des Werts der Finanzanlagen. Für die Aufsicht bedeutet dies, dass abgewogen werden kann, welche Reaktionszeit auf Veränderungen der unbekannt Faktoren möglich und vor allem nötig ist.

4. Die Aufsichtsbehörde betont, dass sie für die Solvenzberechnungen bereits zu Beginn des Jahres auf Zahlen der provisorischen Jahresrechnung angewiesen sei, insbesondere die Versichertenbestände für die Solvenzberechnungen. Sie führe auch Plausibilitätsprüfungen durch. Die Frage, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt unabdingbar notwendig sind und in welchen Bereichen die definitiven testierten Zahlen Ende April abgewartet werden können, konnte nicht abschliessend geklärt werden. Eine nähere diesbezüglich Prüfung erachten wir als sinnvoll.

Fazit: Eine Entlastung im Tagesgeschäft scheint uns – neben anderen – am ehesten in der retrospektiven betrieblichen Aufsicht prüfenswert. Mittelfristig scheint in der Folge eine Neugruppierung der Aufgaben eine mögliche Option. Dieser letzte Punkt konnte jedoch nicht weiter vertieft werden.

Empfehlung 9: Wir empfehlen zu prüfen, a) ob eine Entlastung der Aufsichtstätigkeit im Bereich der betrieblichen Aufsicht möglich ist und b) mittelfristig, ob eine organisatorische Anpassung in diesem Bereich sinnvoll wäre.

3.2.4 Externe Bezüge und Aussenkontakte der Abteilung

Kommunikation mit Beaufsichtigten und Stakeholdern, Koordination der Aufsichtstätigkeit

Die Kommunikation mit den Stakeholdern und eine Stärkung der partizipativen Aufsicht sind auf einem guten Weg (wie am Beispiel Kreisschreiben 7.9 Outsourcing und anderen Rückmeldungen festzustellen).

Die Aufsichtsbehörde erkennt erhöhte Anforderungen an den Informationsaustausch und die Interaktion mit den Stakeholdern und hat sich deren Weiterentwicklung zum Ziel gesetzt. Tatsächlich ist die Aufsichtsbehörde verstärkt mit divergierenden Interessen und (teils politischen) Einflüssen konfrontiert und muss darauf reagieren. Zugleich soll sie einen konzisen stabilen Kurs des Vollzugs sicherstellen. Der Spagat zwischen diesen beiden Anforderungen sollte sie aktiv bewirtschaften. Das kann sie mit aktiver breiter Kommunikation und dem Stakeholdermanagement tun.

Es gibt bestehende Gefässe mit den Versicherern, die etabliert sind und kürzlich intensiviert wurden. Analog findet mit den wichtigsten Stakeholdern regelmässig ein Austausch statt. Es können insbesondere die Weiterentwicklung der Vollzugsbestimmungen sowie der Vollzugspraxis aufgenommen werden.

Auch die Bemühungen um Kontakte zu anderen Aufsichtsstellen und die Koordination der Aufsichtstätigkeiten wurden nach Aussagen seitens BAG in jüngerer Zeit deutlich erweitert und intensiviert. Es ist sehr gut möglich, dass die in Interviews zum Teil aufgeworfenen Fragezeichen, ob der Austausch und die Koordination ausreichen, sich auf die Zeit vor dieser jüngeren Intensivierung beziehen.

Zur Koordination gehört auch die Abstimmung der Aufsichtstätigkeiten, der eingeforderten Berichte und Daten und das entsprechende Abstützen der Aufsicht auf schon vorhandene Ergebnisse und Produkte. Hierzu wurden zwar in den Erhebungen deutlich Mängel und Unzufriedenheit moniert, jedoch ohne konkrete Anhaltspunkte. Die Antworten der Versicherer auf die Frage, ob und wie weit sie erstellte Rapporte identisch für verschiedene Aufsichtsstellen nutzen können, sind breit gestreut. Dies weist darauf hin, dass allenfalls auch bei den Beaufsichtigten Optimierungspotential liegen könnte, indem diese ihre Berichte und Datensammlungen vereinheitlichen. Zu berücksichtigen ist auch, dass es gemäss Auskunft BAG nur noch wenige «gemischte Kassen» gibt (ab 1.1.2023 noch 11, v.a. kleine Kassen). Hier wäre eine Ausleageordnung zwischen Aufsicht und Beaufsichtigten und ggf. anschliessende Empfehlungen/Hinweise der Verbände an ihre Mitglieder hilfreich.

Der Wert der Koordination und des Austauschs besteht auch in Synergien, welche für die Aufsichtsbehörde selbst anfallen. Dabei ist auch der Austausch breit anzulegen und nicht nur auf die naheliegende «Schwesteraufsicht» FINMA zu beschränken, der gut funktioniert. Das BAG hat sich gemäss den Unterlagen zum Ziel gesetzt, solche Synergien zu erkennen und zu nutzen.

Empfehlung 10: Wir empfehlen, den Weg einer partizipativen Aufsicht und des Ausbaus des Dialogs mit den Beaufsichtigten und anderen Stakeholdern inklusive anderer Aufsichtsstellen konsequent weiterzugehen und entsprechend Ressourcen dafür einzusetzen.

3.3 Regulierung

Evaluationsfragen:

Wie sind die Zweckmässigkeit und Angemessenheit einzelner Massnahmen und der Regulierung als Ganzem zu beurteilen? (insbesondere die Sanktionen)

Gibt es Regulierungsbedarf?

Auf Gesetzesebene kein dringender Handlungsbedarf

Das KVAG und seine positiven Wirkungen sind unbestritten. Ein dringender Handlungsbedarf für Anpassungen auf Gesetzes- und Verordnungsebenen besteht unseres Erachtens nicht (wobei im Zusammenhang mit allfälligen Anpassungen auf Ebene Vollzugsbestimmungen auch die Verordnung betroffen sein kann).

Immerhin scheint es prüfenswert, dem BAG bei Gelegenheit wieder die Kompetenz zur Durchführung von Verwaltungsstrafverfahren einzuräumen (Ziff. 2.8.1 und Empfehlung 2 in Ziff. 3.2.2). Allenfalls können auch gewisse Vorschriften von KVAG und VAG noch etwas harmonisiert werden, obschon auch in formaler Hinsicht Differenzierungen zwischen OKP und Privatversicherung nötig sind. Zu berücksichtigen wäre, dass gewisse Bestimmungen des KVAG bewusst unterschiedlich zum VAG ausgestaltet wurden, was eine sorgfältige Prüfung voraussetzt – ggf. auch von Anpassungen des VAG.

Ansonsten sind aber zwischen Versicherern und Aufsichtsbehörde nicht eigentlich die gesetzlichen Bestimmungen umstritten bzw. betrifft die Kritik an Bestimmungen in materiellen Belangen (wie etwa das Jährlichkeitsprinzip der kantonal kostendeckenden Prämien). Zu Diskussionen Anlass gibt vielmehr vor allem die Interpretation von Rechtsvorschriften durch die Aufsichtsbehörde.

Da keine unmittelbaren gesetzlichen Anpassungen empfohlen sind, sind auch keine weiteren Ausführungen zur Evaluationsfrage nach den Auswirkungen, dem Nutzen und den Kosten der neuen Regelungen speziell aufzuführen. Die Argumente hinsichtlich des Verwaltungsstrafverfahrens haben wir grob aufgearbeitet.

Allfällige Anpassungen in der KVAV

Anpassungen bei den Eingaben für die Geschäftspläne (Art. 7 KVAV), allenfalls auch beim Solvenzttest (Art. 10ff KVAV), eine Reform des Jährlichkeitsprinzips der kantonal kostendeckenden Prämien (Art. 30ff KVAV) oder eine nähere Regelung der Zuweisung der Verwaltungskosten (Art. 34f KVAV) würden möglicherweise Änderungen an der KVAV voraussetzen. Ebenso eine Angleichung von Bestimmungen zwischen der Aufsicht KVG (BAG) und VVG (FINMA). Ob auf dieser Stufe Anpassungen in der Regulierung nötig wären, ist bei konkreter Umsetzung entsprechender Vorhaben zu klären.

Detailarbeit an den Vollzugsbestimmungen

Im Grundsatz ist auch die Notwendigkeit der Regulierung unterhalb von Gesetz und Verordnung unbestritten. Die Interpretation von Gesetz und Verordnung durch die Aufsichtsbehörde gibt allerdings immer wieder Anlass zu Diskussionen. Fragen, die sich beim Vollzug stellen, sollten nicht durch zusätzliche und immer detailliertere Normen geregelt werden. Zielführender ist vielmehr ein offener Austausch zwischen Aufsichtsbehörde und Versicherer, wie dieser von der Behörde nun auch vermehrt gepflegt wird. Auf diese Weise ist es am ehesten möglich, Rechtssicherheit und Flexibilität beim Vollzug des KVG in eine richtige Balance zu bringen. Der Vollzug sollte dabei stets auf die Wirkungsziele des Gesetzes Bezug nehmen können.

Die Interpretation von Gesetz und Verordnung geschieht durch Kreisschreiben, Weisungen und Verfügungen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass sich die drei Formen klar unterscheiden. Weisungen können generelle-abstrakte Anordnungen an die Versicherer enthalten (dann spricht die Aufsichtsbe-

hörde von Kreisschreiben) oder individuelle verbindliche Vorgaben für einen Versicherer beinhalten in Bereichen ohne Autonomie des Versicherers. Mit Verfügungen trifft die Behörde Anordnungen, wenn der Autonomiebereich des Versicherers tangiert ist.

Die Evaluation gibt Hinweise, zum Teil konkrete Beispiele, dass im Bereich der Regulierung

- eine Dämpfung der Kostenfolgen der Regulierung im Rahmen des KVAG durch die Überprüfung und ggf. Anpassung der detaillierten Ausgestaltung der Vollzugsbestimmungen erreicht werden könnte;
- eine Angleichung von Bestimmungen (und Praxis) zwischen Aufsicht KVG (BAG) und VVG (FINMA) sinnvoll erscheint, allenfalls inklusive einer Prüfung der Kohärenz von KVAG und VAG;
- diverse Themen zu einer Entlastung der Versicherer beim Solvenztests vorliegen;
- eine Regelung der Zuteilung der Verwaltungskosten eine korrekte Kostenallokation KVG-VVG fördern, grössere finanzielle Transparenz und gleiche Voraussetzungen im Wettbewerb ermöglichen sowie die Rechtssicherheit für die Versicherer erhöhen würde. Eine entsprechende Regulierung könnte konzeptionell von den Vollzugsbestimmungen her aufgebaut werden, aus der die Notwendigkeit übergeordneter Gesetzgebung abgeleitet werden kann. Sie sollte mit Einbezug der Versicherer erarbeitet werden.

3.4 Fazit

In einer Gesamtbeurteilung kann festgestellt werden, dass mit dem KVAG im Interesse der Versicherten die Basis für die finanzielle Stabilität sowie die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung gestärkt worden sind. Die Auswirkungen auf die Verwaltungskosten sind moderat. Die Aufsicht wurde insgesamt gestärkt und ist gut aufgestellt, sie hat eingespielte Prozesse und verfügt über qualifizierte Mitarbeitende.

Ein gewisses Optimierungspotential scheint dennoch vorhanden:

- auf *operativer Ebene* (Empfehlungen 1, 3, 4, 5, 7 und 9) liegt das Potential in der Entlastung der Versicherer, insbesondere der Kleinen, es liegt in gewissen Organisationsfragen sowie in der Fokussierung des Mitteleinsatzes.
- auf *strategischer Ebene* (Empfehlungen 6, 8 und 10) liegt das Potential in der Vertiefung und Verankerung der Strategie der Behörde, der weiteren Stärkung der partizipativen Aufsicht und in der Digitalisierung (mit einem konkreten Projekt mit starkem operativem Impact).
- *Politisch-gesetzgeberisch* besteht kein unmittelbarer Handlungsbedarf. Gewisse Anpassungen können geprüft werden (Empfehlung 2).

Zu beachten ist das anspruchsvolle Umfeld, in der sich die Aufsicht bewegt. Die Folgen der Regulierungen im KVG und seinen Verordnungen sowie weiteren Erlassen wie etwa dem Datenschutzgesetz werden in der Diskussion häufig fälschlicherweise dem KVAG zugeschrieben. Und 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; 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 Festsetzung der Reserven und Prämien weiterhin auf allen Akteuren lasten.

II ANHANG

1 Ausschnitt Analysekonzept

1.1 Methoden

Datenerhebung, Analyse und Darstellung

Die öffentlich zugänglichen Informationen sowie die Daten und Informationen des BAG reichten für die Zwecke der Evaluation aus.

So standen die Aufsichtsdaten des BAG für den Zeitraum 1996-2021 zur Verfügung, ebenfalls veröffentlicht das BAG Reportingdaten wie Bilanzen, Betriebsrechnungen, Solvenztestergebnisse usw. Diese und weitere Informationen finden sich auch in der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung.²¹ Die Daten lagen im Format Excel zur Analyse bereit. Das BAG hat die Daten in aufbereiteter Form zur Verfügung gestellt.

Es kamen Zeitreihenanalysen zur Anwendung. Zum Vergleich von Zeitpunkten «vorher/nachher», wurde auf die Jahre 2014 und 2019 zurückgegriffen (2020 Pandemiejahr, 2015 evtl. zu nah zur Inkraftsetzung).

Einzelinterviews

Es wurden insgesamt 16 Einzelinterviews durchgeführt, Auflistung der Teilnahme siehe Ziffer 1.1.3 (Ausgangslage im Berichtteil). Für jedes Interview wurde ein Leitfaden erstellt und die Fragen den Interviewpartner vorab innert nützlicher Frist zugestellt. Die Interviews wurden teils persönlich vor Ort, teils am Bildschirm, teils telefonisch durchgeführt. Sie wurden in der Regel digital aufgezeichnet und zugleich wurden schriftliche Notizen erfasst.

Schriftliche Befragung Online

Es wurde eine standardisierte schriftliche Befragung bei allen Versicherern durchgeführt. Es sind 51 Versicherer im Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer des BAG aufgeführt, sechs davon führen ausschliesslich die Taggeldversicherung durch. Das ergab eine Grundgesamtheit von 45 zu befragenden Versicherern. Zur Teilnahme vgl. Ziffer 1.1.3. Es wurde ein marktübliches Tool verwendet, mit dem Umfragen konzipiert und ausgewertet werden können. Die Versicherer wurden angeschrieben per Mail mit einem Link zur Umfrage und beiliegend mit dem Fragebogen. Die Angeschriebenen wurden mehrmals erinnert, zum Teil wurden individuelle Antworttermine vereinbart.

Es mussten zum Teil mehrere für unterschiedliche Themen zuständige Personen der Versicherer die Fragen beantworten. Zum Teil repräsentierten die antwortenden Personen Versicherungsgruppen, also mehrere Versicherungsgesellschaften mit eigenständigen Registrierungen im Verzeichnis.

Analyse rechtlicher Grundlagen

Schliesslich wurden die Gesetzes- und Verordnungstexte analysiert. Dabei wurde geprüft, ob KVAG und KVAV rechtsetzungstechnisch kohärent ausgestaltet sind, vor allem aber, ob aufgrund der Ergebnisse der Vollzugsanalyse materielle Änderungen an Gesetz und Verordnung angezeigt erscheinen.

²¹ Quellen für die genannten Daten/Statistiken:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/reporting/aufsichtsdaten.html>;
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/reporting.html>; <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>

1.2 Überblick Fragen-Methoden

Thema	Leitende Fragen		Datenanalyse und -darstellung		Fallbeispiele	Einzelinterviews			Online-Umfrage	Rechtsanalyse
	Bereich	Frage	Desk.	Ök.metr.		Vers.	BAG	Exp.		
Finanzielle Stabilität / Solvenz	Solvenzquote/ Reserven	Wie entwickelten sich die Ergebnisse der Solvenzttests? 1. Anzahl Kassen unter kritischer Schwelle; 2. Gleitender Durchschnitt der Solvenzquote aller Kassen	X							
	Sanierung / Aufgabe	Wie hat sich die Zahl der Sanierungsfälle entwickelt, die unter Aufsicht geführt werden mussten oder ihr Geschäft aufgeben mussten?	X							
	Einschätzungen	War die finanzielle Stabilität früher besser oder schlechter? Wie kann der Solvenzttest beurteilt werden?				X		X	X	
	Finanzielle Probleme	Wurden Fälle finanzieller Probleme frühzeitig erkannt? Konnten rechtzeitig Massnahmen ergriffen werden?			X			X		
Transparenz Geschäftstätigkeit	Umsetzung gesetzliche Vorgaben	Setzen die Versicherer die Transparenzvorschriften gemäss KVAG/KVAV um?	X				X			
	Einschätzungen	Welches sind die wichtigsten Elemente der Transparenz? Wie hat sich die Transparenz entwickelt?						X		
Verwaltungskosten	Entwicklung	Wie haben sich die Verwaltungskosten generell entwickelt – unterteilt nach der Grösse der Versicherer?	X							
	Verwaltungskosten nach Bereichen	Wie sind heute die Verwaltungskosten unterteilt nach Bereichen/Kategorien?						X	X	
	Einflüsse auf Verwaltungskosten	Welche Faktoren haben die Verwaltungskosten beeinflusst? (z. B. IT-Systeme, Risikoausgleich, Aufsicht?).	X	X				X	X	
	Einschätzungen	Wie ist die Entwicklung der Verwaltungskosten und den Anteil für die Aufsichtscompliance ein? Sind die Angaben der Kassen aus der schriftlichen Befragung plausibel?						X		
	Vorgaben/Massnahmen mit höchsten Verwaltungskosten	Welches sind die Aufsichtsvorgaben und -massnahmen, die am meisten Kosten verursachen?							X	

Thema	Leitende Fragen		Datenanalyse und -darstellung		Fallbeispiele	Einzelinterviews			Online-Umfrage	Rechtsanalyse
	Bereich	Frage	Desk.	Ök.metr.		Vers.	BAG	Exp.		
Allgemeine Wirkungen des KVAG	Wirkung; Kosten-Nutzen-Relation	Welche Wirkungen/Nebenwirkungen hatte das KVAG? Wie wird die Kosten-Nutzen-Relation des Gesetzes eingeschätzt?				X	X	X	X	
	Entwicklung der Sichtweise	Wie hat sich am Beispiel eines Gesetzesartikels die Sichtweise der Versicherer auf den Vollzug verändert?							X	
Vollzug Geschäftspläne	Prozess/Ablauf	Wie sieht der Prozess/Ablauf der Erstellung und Änderung von Geschäftsplanungen und ihre Einreichung bei der Aufsicht aus?	X			X	X			
	Aufwand	Wie gross ist der Aufwand für die Kassen, die Geschäftsplanungen zu erstellen bzw. vor allem deren Änderungen bei der Aufsichtsbehörde einzureichen?				X	X	X	X	
	Erfahrung/Bewertung	Wie sind die Erfahrungen und Bewertungen der Akteure zu den Vorgaben des KVAG und ihre Umsetzung sowie zu den Prozessen und der Praxis der Aufsichtsbehörde?				X	X	X	X	
Vollzug Audits	Ausrichtung	Werden Audits risikobasiert durchgeführt? Nach welchen Kriterien werden auditierte Versicherer ausgewählt?				X	X		X	
	Aufwand	Wie gross ist der Aufwand für ein Audit seitens BAG und seitens Versicherer? Gilt er als angemessen?				X	X		X	
	Folgen	Haben die Audits eine Wirkung (Folgemassnahmen, insb. Weisungen und Empfehlungen)	X							
	Akzeptanz	Werden die Weisungen akzeptiert, werden sie umgesetzt?	X			X	X			
Vollzug Aufsichts-massnahmen	Praxis allgemein	Welche Aufsichts-massnahmen bzw. Interventionen wurden ergriffen? (Schreiben, Mahnung, Verfügung usw.)	X							
	Notwendigkeit Aufsichts-massnahmen	Waren die ergriffenen Aufsichts-massnahmen notwendig? Wie wird ihre Notwendigkeit begründet? Werden sie von den Beaufsichtigten als notwendig wahrgenommen?			X				X	
	Praxis Sanktionen	Sind die (möglichen und umgesetzten) Massnahmen und Sanktionen zweckmässig und angemessen?	X		X	X	X	X		X

Thema	Leitende Fragen		Datenanalyse und -darstellung		Fallbeispiele	Einzelinterviews			Online-Umfrage	Rechtsanalyse
	Bereich	Frage	Desk.	Ök.metr.		Vers.	BAG	Exp.		
	Anpassung Sanktionsregime	Ist eine Anpassung am Sanktionsregime notwendig? Muss man die verwaltungsstrafrechtliche Kompetenz des BAG wiederherstellen?								X
kantonale Ungleichgewichte	Stabilität	Haben sich die kantonalen Ungleichgewichte mit Inkrafttreten des KVAG verändert? Ist die «Combined-Ratio» in den verschiedenen Kantonen stabil geworden?	X							
	Prämien	Haben die Versicherten mancher Kantone systematisch zu hohe oder zu tiefe Prämien bezahlt, seitdem das KVAG in Kraft ist?	X							
Beurteilungen: Zweckmässigkeit u. Angemessenheit Regulierung	Zweckmässigkeit u. Angemessenheit Regulierung als Ganzes	Wie ist einerseits die aufsichtsrechtliche Regulierung im KVAG und KVAV als Ganzes zu beurteilen? Sind KVAG und VAG genügend aufeinander abgestimmt? Ist die Regelungsdichte adäquat?							X	X
	Defizite Umsetzung, Verbesserungspotential, Empfehlungen	Wie ist der Vollzug der Aufsicht durch das BAG insgesamt zu beurteilen? Gibt es Defizite oder Verbesserungspotential?				X	X	X	X	
Umsetzungsdefizite; Regulierungsbedarf	Regulierungsbedarf	Gibt es Vorschläge für regulatorische Ergänzungen oder Modifikationen?								X

2 Ergebnisse der Interviews (Auswahl/Vertiefung)

2.1 Neuerungen durch das KVAG

Die wesentlichen Neuerungen lassen sich wie folgt beschreiben:

Erweiterte Auskunftspflichten der Versicherer

Dazu zählt insbesondere die Pflicht zur Vorlage eines Geschäftsplans (Art. 7-10 KVAG, vgl. auch Art. 7f. KVAV). Die Versicherer müssen darin detailliert Auskunft über ihre rechtliche Struktur, Organisation und Leitungsorgane, Tätigkeitsbereich, finanzielle Ausstattung, Beteiligungen, Finanzplanung, Risikomanagement und Prämientarife geben.

Darüber hinaus sind die Versicherer generell verpflichtet, der Aufsichtsbehörde oder deren Beauftragten alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen (Art. 35 KVAG).

Aufsichtsinstrumente

Es werden die Befugnisse der Aufsichtsbehörde zum Informationsaustausch mit anderen Behörden und die Mitwirkungspflichten von andern Verwaltungs- und von Rechtspflegebehörden gesetzlich festgehalten (Art. 36 KVAG).

Die - schon vorher bestehende - Zusammenarbeit und Koordination zwischen BAG und FINMA ist nun explizit geregelt (Art. 34 Abs. 5 KVAG). Die Aufsichtsbehörde kann Dritte mit der Umsetzung von Aufsichtsmassnahmen beauftragen (Art. 39 KVAG).

Sie kann einem Versicherer, der die gesetzlichen Anforderungen nicht erfüllt, die Bewilligung entziehen (Art. 43 KVAG, Art. 6 KVAV).

Sie ist ermächtigt, auch Beziehungen der Versicherer mit Akteuren ausserhalb der sozialen Krankenversicherung zu untersuchen.

Vorgaben zur Good-Governance

Das Gesetz enthält Vorgaben zur Qualifikation von Verwaltungs- und Leitungsorganen von Versicherern und der gemeinsamen Einrichtung (Art. 20 KVAG, Art. 36-39 KVAV).

Es verlangt die Offenlegung der Entschädigung der leitenden Organe (Art. 21 KVAG).

Es verpflichtet die Versicherer zur Einführung eines Risikomanagements und internen Kontrollsystems (Art. 22f KVAG Art. 40-47 KVAV) sowie zur Bezeichnung der externen Revisionsstelle (Art. 25-27 KVAG).

Vorgaben betreffend Verwaltungskosten

Gesetz und Verordnung enthalten eine nähere Umschreibung der Verwaltungskosten bzw. deren Zuordnung zu den verschiedenen Versicherungsbereichen. Verwaltungskosten schliessen insbesondere auch die Kosten für Werbung und Vermittlertätigkeit mit ein (Art. 19 KVAG, Art. 34f. KVAV).

Vorgaben zur Finanzierung und Sicherstellung der Solvenz der Versicherer

Dazu gehören Vorschriften zu Rückstellungen, Reservebildung, Sicherung von Versicherungsansprüchen durch gebundene Vermögen, Kriterien bei der Festsetzung von Prämien, Möglichkeit zur Verweigerung von Prämientarifen und Modalitäten der Rückerstattung von Prämien (Art. 12-18 KVAG, Art. 9-28 KVAV).

Des Weiteren finden sich recht detaillierte Vorschriften zur Vermögensanlage und -verwaltung (Art. 43-48 KVAV).

Sichernde Massnahmen

Eine zentrale Neuerung stellen die Sichernden Massnahmen dar. Sie sollen es der Aufsichtsbehörde erlauben, die Einhaltung der Vorgaben von KVG und KVAG durch die Versicherer durchzusetzen. Zu diesem Zweck kann die Behörde unter anderem auf die Vermögenswerte der Versicherer zugreifen, die Organe abberufen oder deren Aufgaben auf Dritte übertragen sowie Prämien erhöhungen vorschreiben oder eine Nachlassstundung anordnen (Art. 38 KVAG).

Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit

Neben den Vorschriften zur Good-Governance, die auch bezwecken, Einblick in die Organisation der Versicherer zu geben, ist die Aufsichtsbehörde gehalten, die Öffentlichkeit über die zugelassenen Versicherer und Rückversicherer sowie über die genehmigten Prämientarife und den Prämienausgleich zu informieren (Art. 71 KVAV). Die Behörde ist zudem ermächtigt, über Massnahmen und strafrechtliche Sanktionen gegenüber Versicherern zu informieren (Art. 37 KVAG).

Strafrechtliche Sanktionen

Die Tatbestände, die als *Vergehen* qualifiziert werden, sind neu definiert worden und betreffen die Versicherungstätigkeit ohne Bewilligung und unzulässige Handlungen bei der Vermögensverwaltung. Statt nur Geldstrafen können neu auch Freiheitsstrafen angeordnet werden (Art. 53 Abs. 1 KVAG).

Neu ist auch die fahrlässige Begehung dieser Tatbestände strafbar (Art. 53 Abs. 2 KVAG).

In den Katalog der Übertretungen sind die Tatbestände, die im KVG zuvor als Ordnungswidrigkeiten qualifiziert waren (Art. 93a aKVG), übernommen worden. Die höchstmögliche Busse bei Verfehlungen beträgt nun 500'000 Franken, während vorher die Höchststrafe für Übertretungen 10'000 Franken (Art. 93 aKVG in Verbindung mit Art. 106 StGB) und für Ordnungswidrigkeiten 5000 Franken (Art. 93a aKVG) betragen hat. Auch fahrlässiges Handeln ist strafbar.

Anders als im KVG vorher vorgesehen (Art. 93a Abs. 2 aKVG), kann die Aufsichtsbehörde keine Strafverfahren mehr führen; dies ist nun Sache der Kantone (Art. 79 Abs. 2 ATSG).

2.2 Rahmenbedingungen und Grundsatzthemen

2.2.1 Abgrenzung Regulierungsfolgen KVAG von anderen Regulierungen

Gemäss Artikel 34 Absatz 1 Buchstabe a des KVAG wacht die Aufsichtsbehörde darüber, dass die Bestimmungen des KVAG und des KVG eingehalten werden.

Das Krankenversicherungsgesetz KVG sowie die darauf abstellenden Detailregelungen wie jene in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie deren Anhänge wie die Mittel und Gegenständeliste (MiGeL) stellen umfassende Regelwerke dar, deren Weiterentwicklung grossen Einfluss auf die Tätigkeit und die Aufwände der Versicherer haben.

Ebenso verweist das KVG auf andere Regelwerke, insbesondere das Datenschutzgesetz (oder beinhaltet datenschutzrechtliche Bestimmungen).

Es gibt also zwei zu unterscheidende Regulierungsfolgen: Einerseits der Aufwand, der durch die Einhaltung der Regelungen im KVAG und die entsprechenden Aufsichtstätigkeiten entsteht (also z.B. Bericht abliefern, Fragen beantworten, Audit nachkommen, Geschäftsplanänderung einreichen und diskutieren).

Davon abzugrenzen ist andererseits der Aufwand, der durch die Einhaltung der Regulierungen im KVG und nachgeordneten oder verweisenden Erlassen entsteht (z.B. Leistungskontrollen nach KVG oder DSG), deren Einhaltung allenfalls im Rahmen der Aufsichtstätigkeit durch das BAG geprüft wird – aber eben nicht direkt dem KVAG angelastet werden können, da dieses lediglich die Aufsichtsbehörde beauftragt, die Einhaltung des KVG zu überprüfen und der dabei anfallende Aufwand direkt von der Art und

dem Umfang der Regulierung im KVG abhängt. Dabei werden in aller Regel Prozesse geprüft und nicht materielle Inhalte.

In den Interviews zeigt sich, dass sich in der Wahrnehmung der Beaufsichtigten die Regelungen des KVAG und jene des KVG und darauf abstellender Detailregelungen (KVV, KLV/MiGeL usw.) vermischen.

Ebenso wird berichtet, dass die Vorgaben des Datenschutzes (Bundesgesetz über den Datenschutz DSG) und die entsprechenden Prüfungen durch die Aufsichtsbehörde viel Aufwand verursachten.

Für den im Zusammenhang mit dem KVAG verursachten und von den Versicherern als unnötig oder wuchernd monierten Aufwand wurden in den Interviews meist Beispiele genannt, die dem KVG bzw. den Verordnungen oder dem DSG zuzuschreiben sind. Zum Teil wurden auch Themen genannt, die wenig mit der Regulierung und nichts mit der Aufsicht zu tun haben, wie zum Beispiel der Risikoausgleich.

2.2.2 Vielgestaltige Aufsicht, vielgestaltige Beaufsichtigte

Verschafft man sich einen Überblick über die Regulierungen durch das KVAG und die KVV kann festgestellt werden, dass die Themen breit angelegt sind: Von technischen Regulierungen über solche, welche die Geschäftspolitik betreffen bis zu politisch brisanten Themen.

Trotz einem deutlichen Bereinigungsprozess zwischen 1995 bis 2005 unterscheiden sich die Versicherer zum Teil immer noch stark bezüglich Rechtsform (AG, Verein, Stiftung, Genossenschaft), Grösse (Anzahl Versicherter), regionaler Abdeckung und Geschäftspolitik.

Die Meinungen zur Politik der sozialen Krankenversicherung unterscheiden sich deutlich unter den Akteuren. Das hat sich nicht zuletzt in der kontroversen Entstehungsgeschichte des KVAG gezeigt.

In den Interviews wird diese Vielfalt abgebildet. Wie bei der Entstehung des Gesetzes bestünden auch heute im Parlament noch komplett unterschiedliche Forderungen bezüglich Versicherer und ihrer Aufsicht. Auch die drei Verbände der Versicherer würden des Öftern verschiedene Standpunkte vertreten.

Die Versicherer würden auch eine unterschiedliche Kultur zeigen. Es gebe solche, die regelbasiert und nach dem Buchstaben des Gesetzes agierten, und andere die «prinzipienbasiert», das heisst nach Sinn und Zweck des Gesetzes handelten.

Unterschiede in der Geschäftspolitik seien eine Herausforderung für die Aufsicht über die Prämienfestlegung. Die Versicherer müssten die Genehmigung der Höhe ihrer Prämie und ihre Geschäftspolitik (z.B. Entwicklung gewisser Marktsegmente wie Kantone, Bevölkerungsgruppen usw.) in Übereinstimmung bringen. Die Prämienhöhe sei aber für die Aufsicht zentral (Zusammenspiel Kosten-Reserven-Solvenz-Prämien) und politisch sehr bedeutsam. Hier entstünden Spannungen, dass alle Versicherer in ihrer Geschäftspolitik gleich behandelt werden.

Charakteristisch für die Exposition sei, dass die Aufsicht in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen werde – ausser in krassen Einzelfällen, die dann öffentliche Forderungen an die Aufsicht auslösen.

2.2.3 Krankenkassen in einem regulierten Markt

25 der 51 zugelassenen Krankenversicherer haben die Rechtsform der Aktiengesellschaft, 12 sind ein Verein, 10 eine Stiftung und 4 sind eine Genossenschaft.

In der ökonomischen Lehre besteht Einigkeit, dass es sich beim Gesundheitswesen um einen stark regulierten Markt handelt. Inwieweit die Akteure vor diesem Hintergrund frei entscheiden und die Marktkräfte spielen können und wo die Grenzen ihrer Autonomie sind, wird kontrovers diskutiert.

In den Interviews wie auch in den schriftlichen Stellungnahmen gibt es unterschiedliche Ansichten zur Rolle der Krankenversicherer im Spannungsfeld zwischen Markt und Regulierung.

Die einen Stellungnahmen sehen die Versicherer in der Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe, als Vollzugsstellen einer Sozialversicherung (OKP), gleichsam als «verlängerter Arm» des BAG. Für andere Befragte sind sie unabhängige kommerzielle Unternehmen, die am Markt agieren.

Für die Versicherer stellt Aufsicht gemäss dem KVAG in vielen Bereichen ein (unzulässiger) Eingriff in ihre Geschäftstätigkeit, ihre unternehmerische Freiheit und den Handlungsspielraum dar. Dies betrifft von allem die Genehmigung der Prämien und der Geschäftspläne (zum Beispiel bei der Einführung neuer Geschäftsmodelle mit entsprechenden Allgemeinen Versicherungsbestimmungen). Die Beschränkung wird sehr breit bemängelt («Fesseln und Fussstricke»; Erfolg/Misserfolg hänge vom BAG ab).²² Als aktuelles Beispiel wurde mehrfach das Verbot der Prämienkommunikation angeführt.

Insbesondere die Prämien genehmigung und der Insolvenzfonds werden kritisiert: Das Krankenversicherungsgeschäft sei ein Umlageverfahren, bei einer Insolvenz könne man Versicherte (wie auch die Leistungen) auf andere Versicherer übertragen. Die Prämiengestaltung könne ergo dem Markt überlassen bleiben. Die Nivellierung der Prämienhöhen sei ein Markteingriff, der so im Gesetz nicht vorgesehen sei.

Die Gegenseite argumentiert, dass eine Übertragung der Versicherten beim Konkurs kleiner Versicherer möglich, aber bei grossen schwierig sei. Sie plädiert für die Prämien genehmigung, weil diese finanzielle Transparenz bei den Versicherern voraussetze, so dass allfällige politische Interventionen bei der Prämiengestaltung erkennbar seien.

Zudem wird hinsichtlich der Auflage, Geschäftspläne zur Genehmigung einzureichen, argumentiert, die Versicherer kennten diese Vorgaben aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bzw. Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), da das KVAG diese übernommen habe. Dieselben Auflagen müssten auch gegenüber der Finanzmarktaufsicht (FINMA) erfüllt werden und seien für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit nötig (Offenlegungen von Interessenbindungen; Anforderungsprofile für Verwaltungsräte). Grössere Versicherer erfüllten diese Auflagen ohnehin.

2.2.4 Verhältnis von KVAG und VAG

Das KVAG ist in gewissen Teilen nach dem Vorbild des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) gestaltet.

Die bis zu einem gewissen Grad bestehende Verwandtschaft zwischen KVAG und VAG zeige sich gemäss Interviews auch im Nachvollzug von Weiterentwicklungen: Was im VAG revidiert werde, werde im KVAG abgebildet.

Doch seien auch wesentliche Unterschiede festzustellen. Grundsätzlich sei die OKP eine Sozialversicherung, nicht eine Privatversicherung. Bei der OKP-Versicherung handle es sich um ein hoch reguliertes Produkt (auch die Kulanz sei eingeschränkt) und damit um ein standardisiertes Geschäft, dies im Unterschied zur der dem VVG/VAG unterstellten Privatversicherung, wo die Versicherer bei ihrer Geschäftstätigkeit viel mehr Freiheiten hätten.

So dürfe in der OKP kein Geld abfliessen, es müsse in der Versicherung bleiben und die Versicherer dürften keinen Gewinn machen. Dies habe diverse vom VAG abweichende Regelungen zur Folge, zum Beispiel bezüglich der Prämien genehmigung oder der Sanktionen/Strafbestimmungen.

2.2.5 Zuteilung der Verwaltungskosten: KVG oder VVG?

Es ist den Versicherern untersagt, Kosten für die Abwicklung von Versicherungen nach VVG den Kosten der Abwicklung von Versicherungen nach KVG zuzuteilen oder umgekehrt. Dasselbe gilt für Erträge. Es gibt allerdings keine bei allen Versicherern einheitliche Methode der Zuteilung der Kosten auf KVG oder VVG. Daher sind die Verwaltungskosten zwischen den Versicherern nicht en Detail vergleichbar.

²² Zur Illustration ein Zitat eines Versicherers aus der Online-Umfrage: «Das BAG geht in viel zu viele Details hinein und versucht quasi, die Krankenkasse aus Distanz und vom Büro aus zu führen und laufend zu disziplinieren. Das Unternehmerische bleibt komplett auf der Strecke.»

Es gibt für die OKP auch keine bei allen Versicherern einheitliche Unterteilung der Verwaltungskosten auf Bereiche. Daher sind Angaben zu Bereichen von Verwaltungskosten (z.B. für Leistungsprüfung, für Marketing, für Informatik usw.) allenfalls grob, aber nicht en Detail vergleichbar.

In den Interviews wird das Potential für weitere Verbesserungen in dem Bereich hervorgehoben. Einzelne Versicherer würden von der FINMA geprüfte Modelle der verursachergerechten Verteilung des Betriebsaufwands begrüßen (Messung, Schlüssel, usw.). Die Versicherer werden dahingehend auch von der Revision geprüft. Viele Versicherer verfügten allerdings nicht über solche Modelle. Daher seien bei einigen Versicherern Verschiebungen zwischen KVG und VVG ausgeschlossen bzw. minimiert, bei anderen nicht. Es sei gesetzlich nicht geregelt, dass alle Versicherer dasselbe Allokationsmodell einsetzen müssten. Es gebe keinen allgemeingültigen Standard oder Katalog in der Branche, wie die Kosten zugeteilt und aufgeteilt werden. Das Ergebnis der Verwaltungskosten sei daher zwischen den Versicherern nicht ganz vergleichbar und im gesetzlichen Rahmen auch Ausdruck der individuellen Praxis.

2.2.6 Meinungen zur Relevanz der Neuerungen im KVAG

In den Interviews wurde gefragt, welches die wesentlichen Neuerungen seien, die das KVAG im Vergleich zum KVG gebracht habe.

Die am häufigsten relevanten Neuerungen sind demnach:

- Die **Solvenzaufsicht** und risikobasierte Solvenzberechnung, angelehnt an das VAG (Ablösung eines veralteten Systems)
- Die **Prämiengenehmigung**: Sie sei nicht klar geregelt gewesen und habe zu viel politischem Einfluss zugelassen. Die Festlegung der Prämien folge nun mehr fachlichen Kriterien. Auf Seiten Versicherer wird der über die Festlegung der Prämien ausgeübte Einfluss auf die Geschäftstätigkeit betont.
- Bestimmungen zum **Finanzmanagement**: Die Vorschriften über Gebundenes Vermögen und die Anlagerichtlinien sowie Rechnungslegungsvorschriften hätten für mehr Transparenz gesorgt.
- Regulierung der **Governance**: Geschäftspläne (bzw. ihre Anpassungen) und das Risikomanagement. Die entsprechenden Vorschriften hätten (insbesondere bei kleineren Versicherern) eine Professionalisierung gebracht, seien aber auch mit hohem Initialaufwand verbunden gewesen;
- Teils genannt werden auch die neuen **Strafbestimmungen**, dies auch, weil die Konsequenzen für die Versicherer unklar waren, die Befürchtungen seien dann aber nicht eingetreten.
- In einem Interview wurde auf die Bedeutung der nun festgehaltenen Pflicht von BAG und FINMA zur Kooperation hingewiesen. Es sei nun nicht mehr möglich, Verwaltungskosten zwischen VVG-Teil und KVG-Teil hin und her zu transferieren (das wird in anderen Interviews bestritten – dies werde heute noch verbreitet gemacht, siehe a.a.O.).

Dies deckt sich teilweise mit den Antworten der Online-Umfrage (Ergebnisse siehe Anhang 3.5.1). Zusammengefasst können als die zwei wesentlichsten Änderungen genannt werden

- Bestimmungen zu **Geschäftsplänen und -änderungen** (Meldung/Genehmigung) mit 22 Nennungen;
- Bestimmungen zu **Risikomanagement / Internes Kontrollsystem** (IKS) mit 16 Nennungen;
- als nächstes folgt der **Solvenztest** bzw. die Solvenzaufsicht mit 13 Nennungen;
- danach werden die **Bestimmungen zum Finanzmanagement** genannt (10 Reserven, 7 gebundene Vermögen und 5 weitere Finanzvorgaben).

2.3 Solvenzttest

Die konkret geforderten Anpassungen am Solvenzttest werden von der Aufsichtsbehörde kontrovers kommentiert. Von Seiten Versicherer werden folgende sechs Punkte gefordert:

Markt- und Kreditrisiken

Erstens könne die Modellierung der Markt- und Kreditrisiken ohne Sicherheitsverlust einfacher gestaltet werden, zumal das viel einfacher abzuhandelnde versicherungstechnische Risiko 2-3 Mal grösser sei als das Markt- und Kreditrisiko. Auch angesichts der Volatilitätsrisiken der Kapitalmärkte sei der Zusatznutzen bescheiden. Die Modellierung verursache einen grossen Aufwand, gerade für kleinere Versicherer, welche die nötige Expertise teuer einkaufen müssen. Für die grossen Versicherer mit ihren grossen Anlageportfolios seien diese Arbeiten oft im Dienstleistungsvertrag mit dem Portfoliomanager inkludiert. Die kleinen Versicherer hätten diese Möglichkeiten nicht, dies würde auch die Bank nicht für sie erledigen, sie müssten im Gegenteil teils die gescannten Rohdaten zu ihren Anlageportfolios auf Papier verarbeiten.

Zum Beispiel sei die Aufteilung von Fondsanlagen unnötig, diese könnten aggregiert dargestellt werden. Es sei nicht ersichtlich, wofür die Aufsichtsbehörde diese aufwändig erstellten Detailinformationen brauche (inkl. Überleitungstabellen auf Konten), sie würde sie in aller Regel auch nicht nutzen. Bei kleinen Versicherern mit kleineren Anlagesummen reiche eine summarische Bewertung nach Risikoklassen aus.

Das BAG achte auf den Aufwand der Versicherer, insbesondere der der kleinen Versicherer. Das BAG habe eine wesentliche Änderung des Marktrisikos der FINMA bewusst nicht übernommen. Unter anderem wäre eine Umstellung auf Programm R erforderlich gewesen. Stattdessen sei die inhaltliche Änderung innerhalb des bestehenden Excel-Templates umgesetzt worden, um vor allem die kleinen Versicherer zu entlasten und das Verständnis der Modellierung des Marktrisikos zu erleichtern.

Szenarien

Zweitens sei die Darstellung von Szenarien wenig ergiebig und brächten kaum Mehrwert für die Solvenzbeurteilung. Für gewisse Versicherer seien sie auch weit weg von der Realität. Die aktuelle Entwicklung gehe dahin, auf solche Szenarien zu verzichten, das BAG sei demgegenüber daran, die Vorgaben für die Szenarien noch zu verfeinern. Es würde ausreichen, den Versicherern vorzugeben, Szenarien im Risikomanagement anzuwenden und die Aufsichtsbehörde darüber zu informieren.

Die Szenarien erforderten laut BAG keinen grossen Aufwand bei den Versicherern. Sie seien in Zusammenarbeit mit der SAV ausgearbeitet worden und seien ein wesentliches Hilfsmittel für die Risikoeinschätzung. Sie sollen daher auch grundsätzlich beibehalten werden. Das BAG überarbeite die Szenarien derzeit, eine Verfeinerung sei dabei nicht das Ziel.

Zeitpunkt

Drittens sei aus Sicht der Versicherer die Solvenzberechnung Anfang des Jahres unnötig. Die Hochrechnung sei dieselbe wie bei der Prämienkalkulation. Sie biete nur wenige Zusatzinformationen. Es würde ausreichen, wenn mit der Prämieingabe Mitte Jahr die Solvenz berechnet würde und Anfang des Folgejahres die Information gegeben werde, ob sich der Versichertenbestand wesentlich verändert hat.

Nach Meinung des BAG wäre die Aufsicht mit dieser Methode äusserst lückenhaft. Wichtig sei festzustellen, ob der Versicherer das aktuelle Geschäftsjahr auch unter widrigen Umständen wirtschaftlich überlebe. Darum sei Art 12 KVAV so ausgestaltet.

Erwartete Ergebnisse

Viertens sei durch die Einrechnung des erwarteten Ergebnisses die Vergleichbarkeit zwischen Versicherern nicht mehr gegeben. Je nach Ergebnisprognose sei die Solvenz- und die Reservequote besser oder schlechter – das schmälere die Qualität des Solvenztests. Dieser Punkt werde nach Darstellung des BAG mit der laufenden Überarbeitung des Solvenztests bereits adressiert.

Kommunikation

Fünftes solle spezifiziert und kommuniziert werden, welche Massnahmen ergriffen würden, sollte die Solvenz bzw. die Reserven eine kritische Schwelle unterschreiten. Für das VVG sei dies geregelt.

Systemsolvenz statt individuelle Solvenz

Sechstens sei die Bedeutung der unternehmensindividuellen Solvenzquote hinsichtlich einer gewichteten Solvenzquote und vor allem der Betrachtung der Marktsolvvenz neu zu interpretieren. Mit Versicherungsobligatorium und Freizügigkeit der Versicherten sei die Solvenz des Gesamtsystems zentral.²³

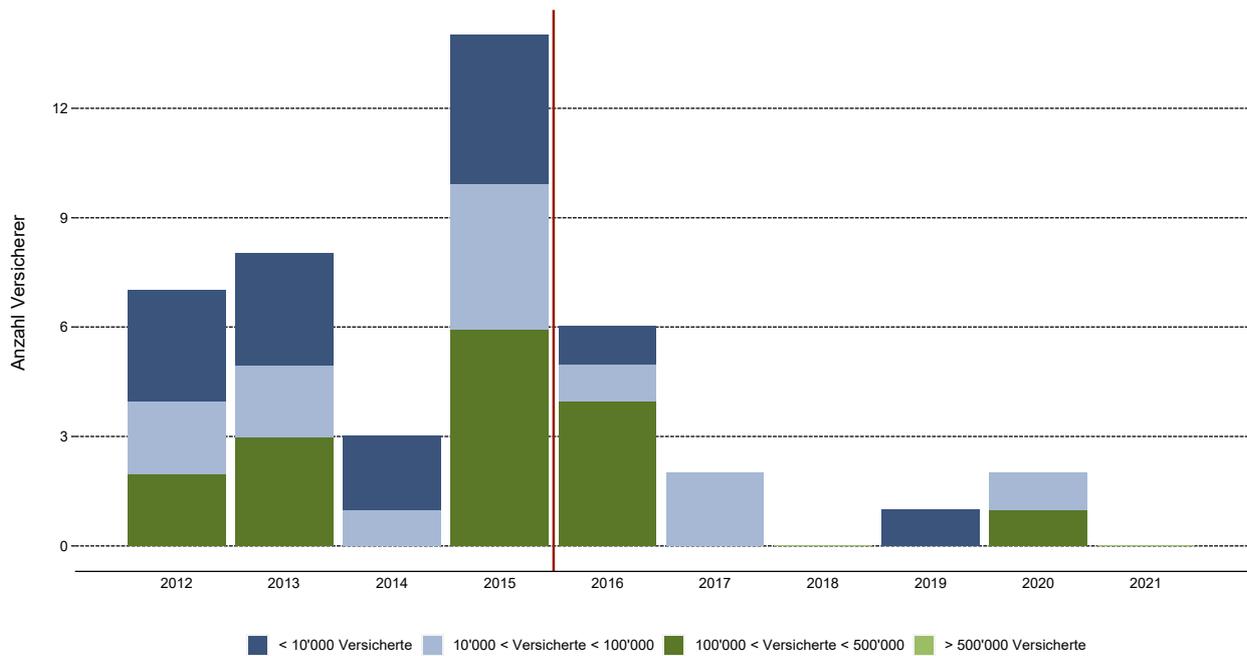
Das BAG sieht keinen Zusammenhang dieser Thematik mit der vorliegenden Evaluation. Die Begriffsbildung «Solvvenz des Gesamtsystems» sei neu, Solvenz beziehe sich nach gängiger Terminologie immer auf ein einzelnes Unternehmen und es gehe um den Schutz der dort versicherten Personen vor Zahlungsausfällen. Dies werde auch im KVAG so gefordert.

²³ Verwiesen wurde auf Überlegungen unter folgender Quelle:
<https://www.azenes.ch/de/assets/Dateien/2022%20Azenes%C2%A0AG%20Solvvenz%20im%20Unfreien%20Markt%20v100%20eme%20-%20final.pdf>

3 Ergebnisse Datenanalysen

3.1 Analyse der finanziellen Stabilität

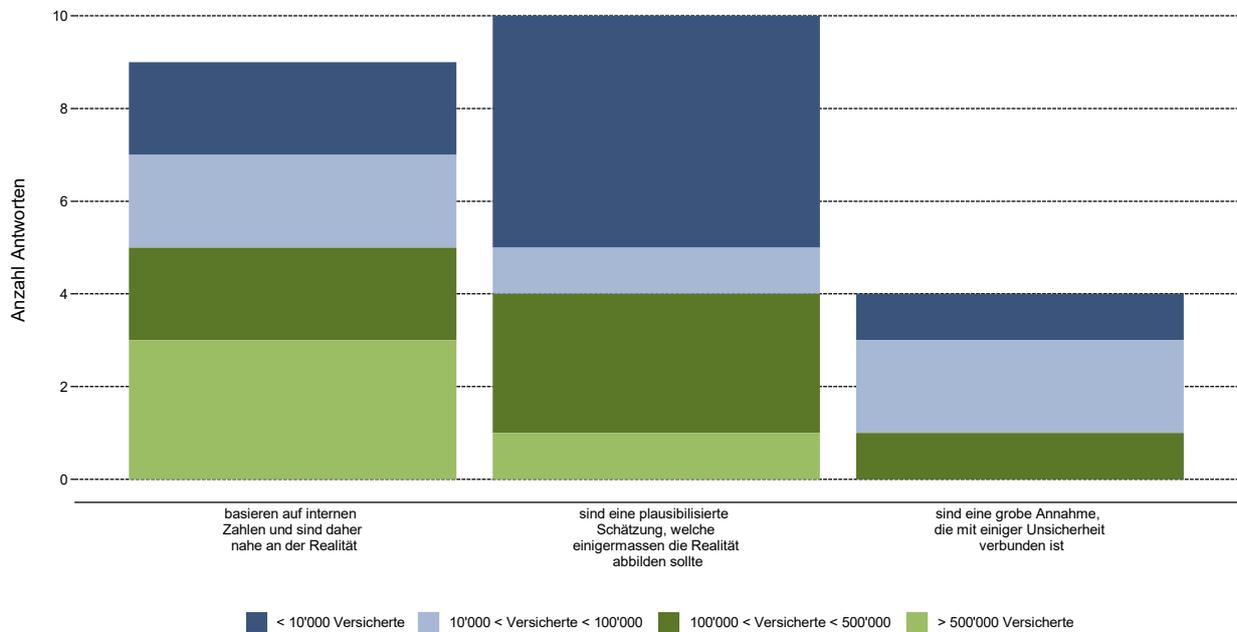
Abbildung 11 Anzahl Versicherer unter den Mindestreserven nach Grössenklasse



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Aufsichtsdaten OKP, 2013-2022.

3.2 Analyse der Verwaltungskosten

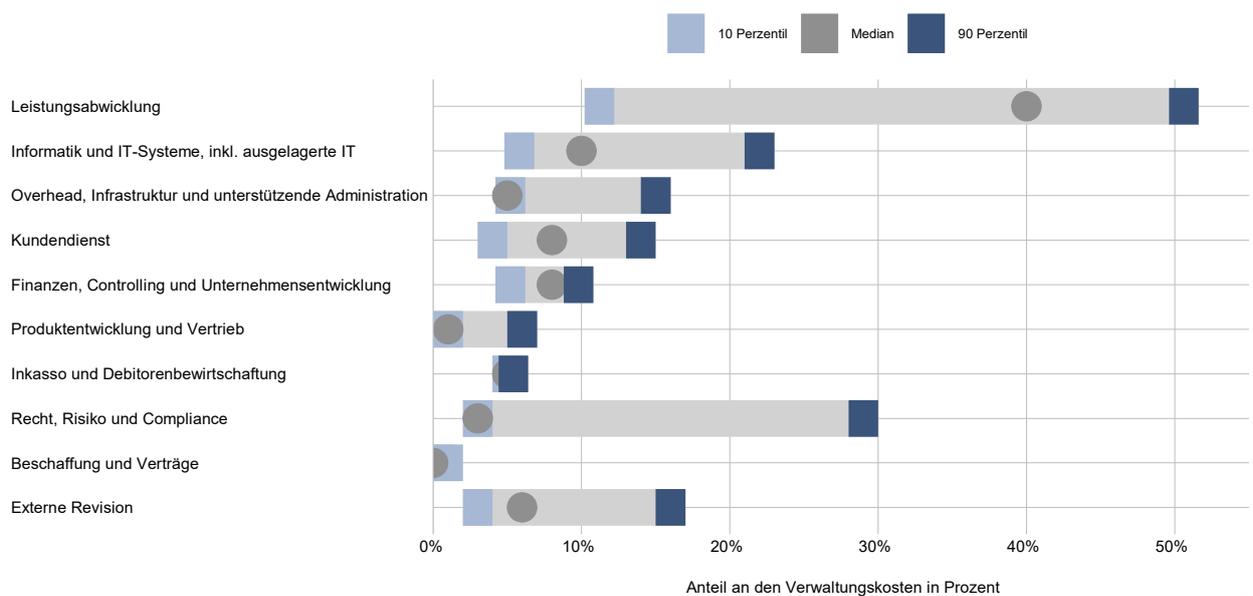
Abbildung 12 Einschätzung Datenqualität nach Grösse Versicherer



Quelle: Eigene Umfrage (online) bei den Versicherern.

Abbildung 13 Verteilung Angaben Kostenkomponenten, Kleinstversicherer Versicherer mit < 10'000 Versicherten

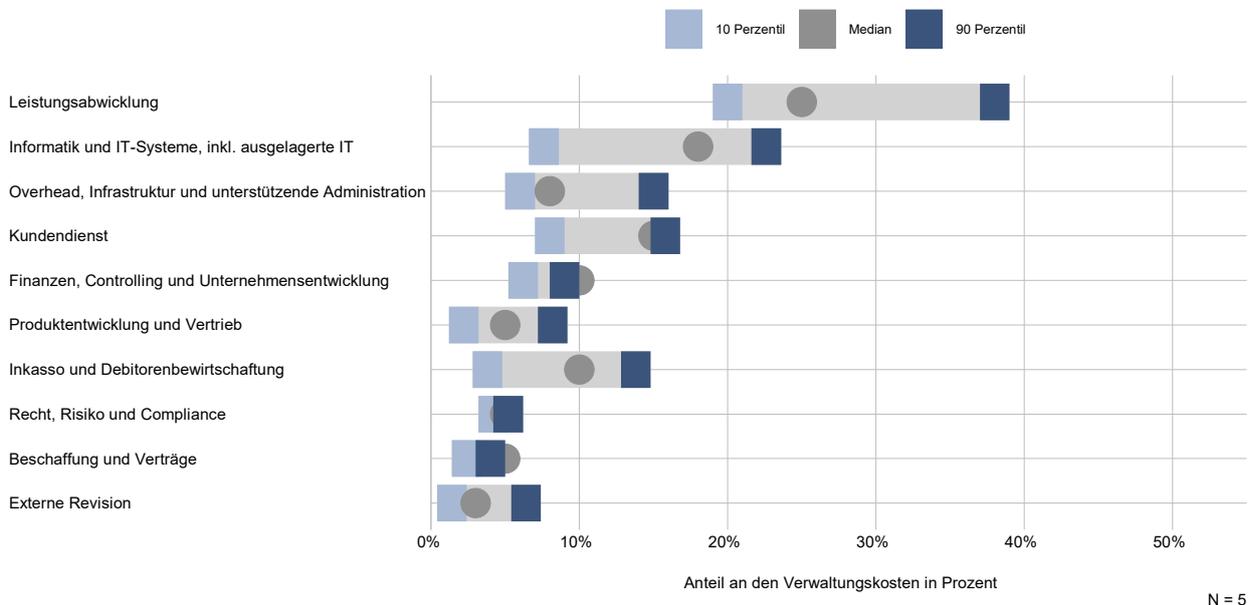
< 10'000 Versicherte
8 Versicherer



Quelle: Eigene Umfrage (online) bei den Versicherern.

Abbildung 14 Verteilung Angaben Kostenkomponenten, kleine Versicherer
Versicherer mit 10'000 – 100'000 Versicherten

10'000 < Versicherte < 100'000
5 Versicherer

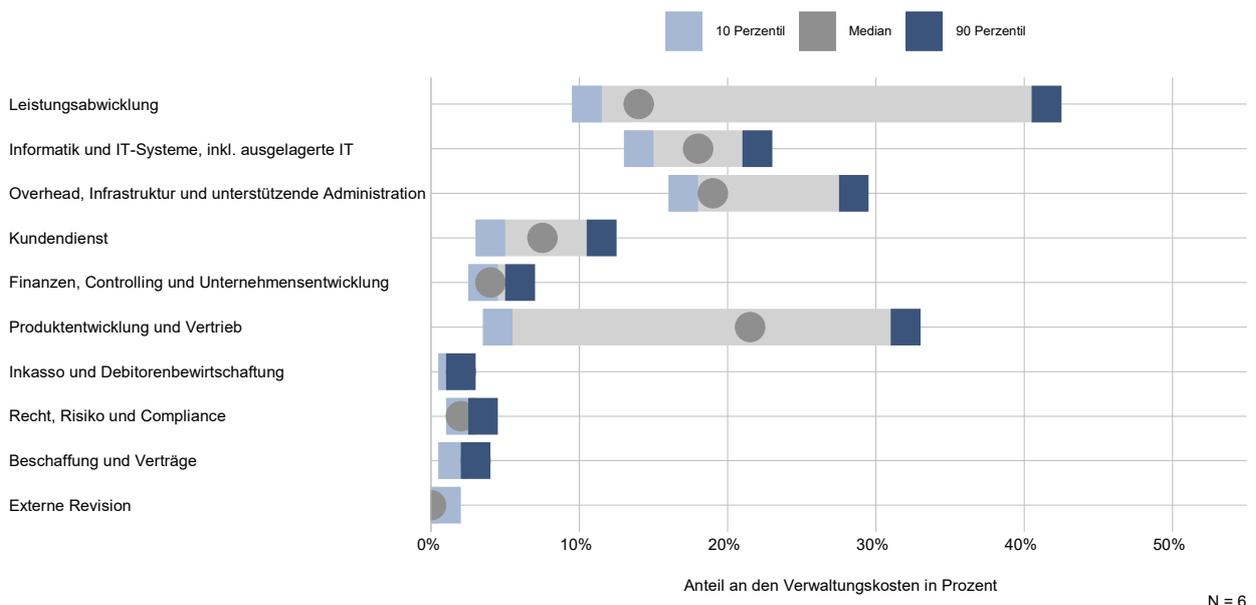


N = 5

Quelle: Eigene Umfrage (online) bei den Versicherern.

Abbildung 15 Verteilung Angaben Kostenkomponenten, mittelgrosse Versicherer
Versicherer mit 100'000 – 500'000 Versicherten

100'000 < Versicherte < 500'000
6 Versicherer

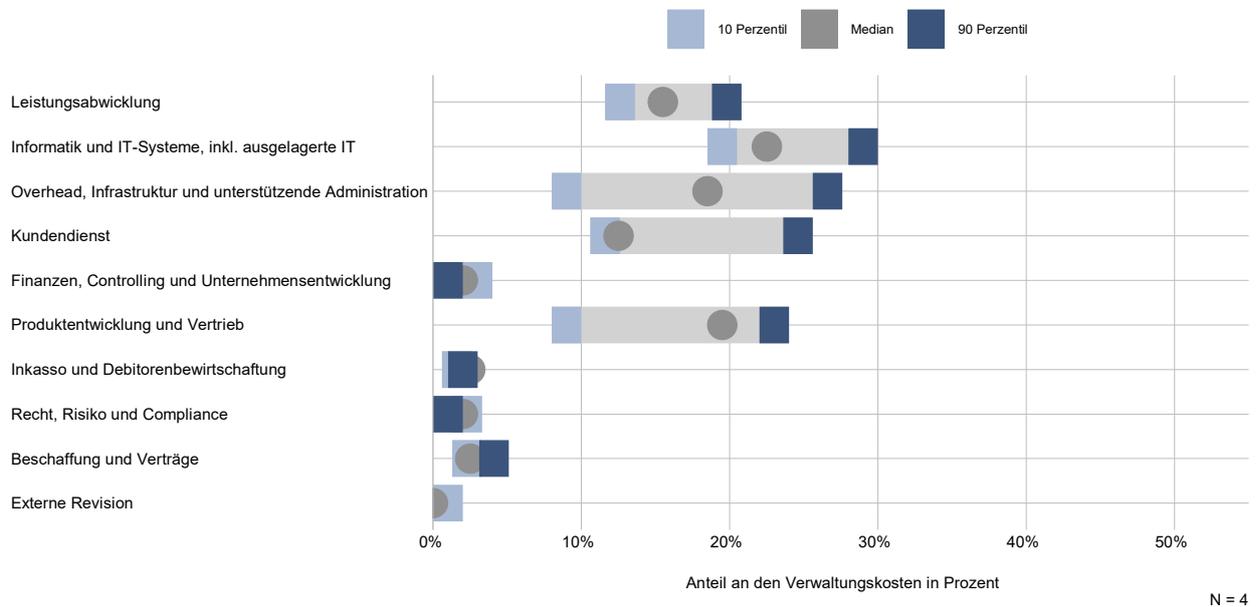


N = 6

Quelle: Eigene Umfrage (online) bei den Versicherern.

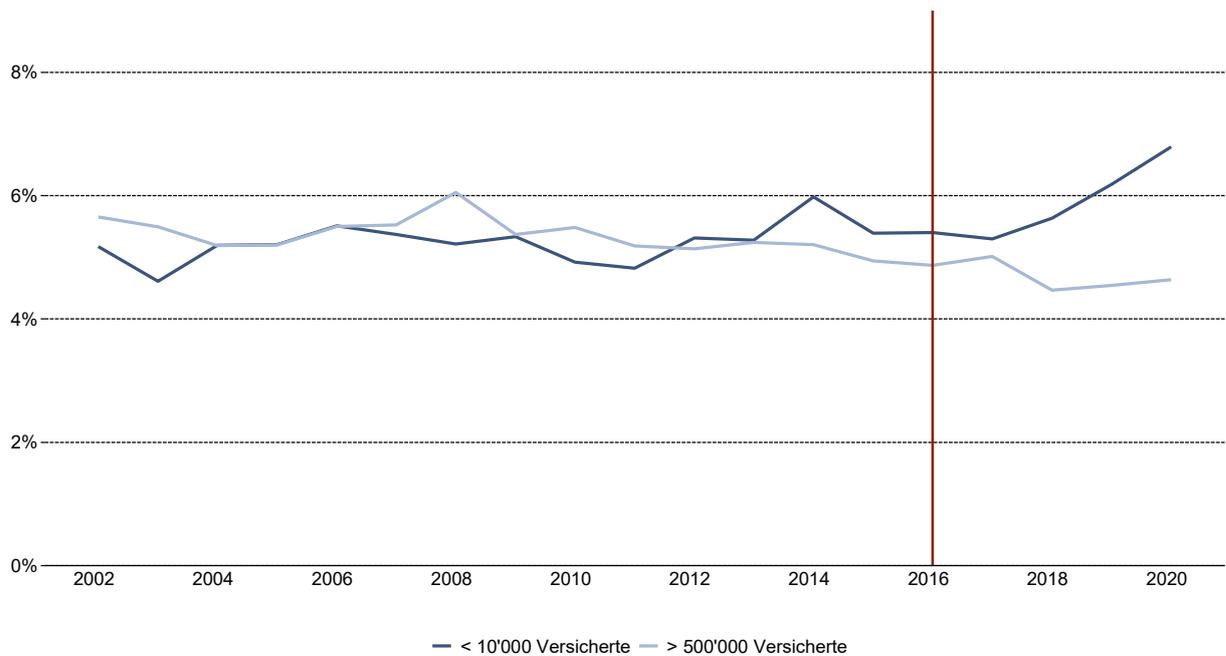
Abbildung 16 Verteilung Angaben Kostenkomponenten, grosse Versicherer
Versicherer mit mehr als 500'000 Versicherten

> 500'000 Versicherte
5 Versicherer



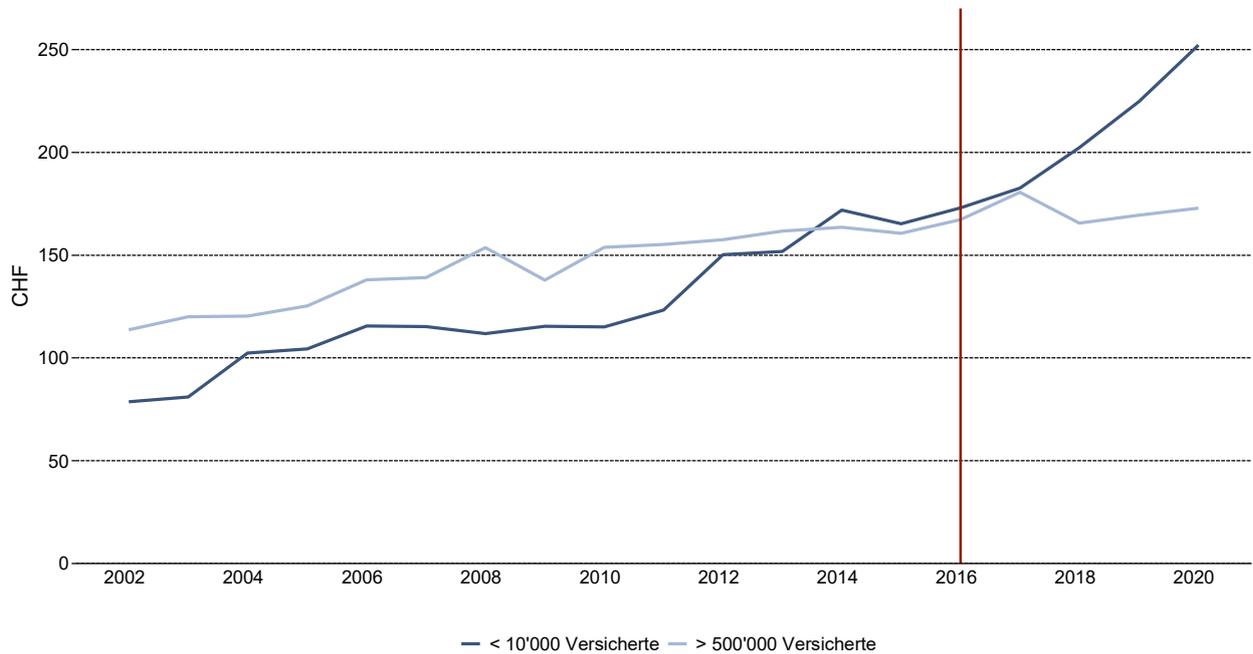
Quelle: Eigene Umfrage (online) bei den Versicherern.

Abbildung 17 Common Trend Verwaltungskosten in % der Prämien



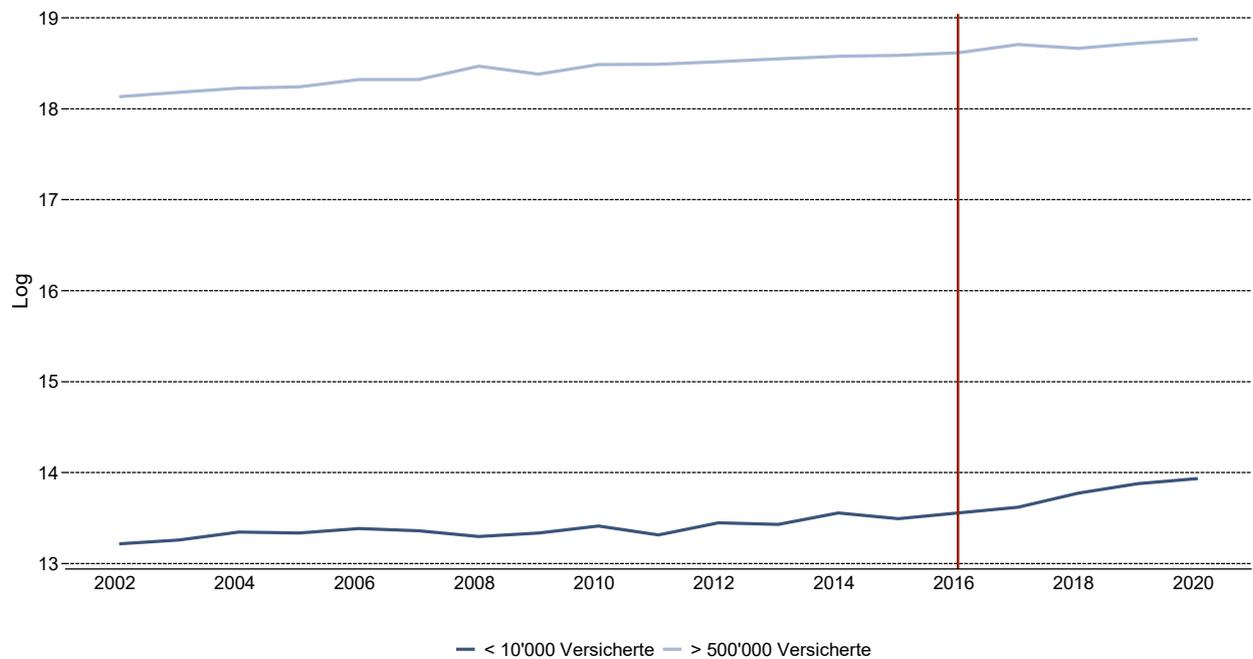
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Aufsichtsdaten OKP, 2002-2020.

Abbildung 18 Common Trend Verwaltungskosten in CHF pro Versicherten



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Aufsichtsdaten OKP, 2002-2020.

Abbildung 19 Common Trend Verwaltungskosten absolut in logarithmierten CHF



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Aufsichtsdaten OKP, 2002-2020.

Tabelle 4 Schätzergebnisse: Einfluss KVAG auf die Verwaltungskosten der Versicherer mit weniger als 10'000 Versicherten, Untersuchungszeitraum 2010 - 2020

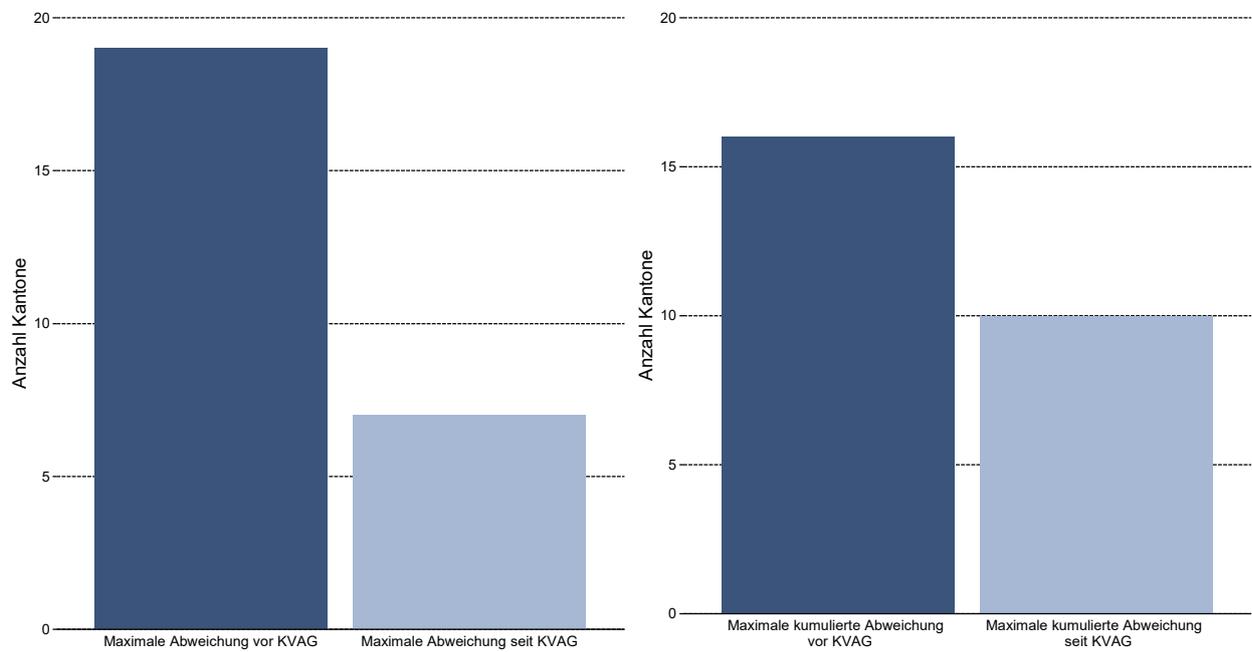
	(1)	(2)	(3)
	Verwaltungskosten in % der Prämien	Verwaltungskosten pro Versicherten	Log Verwaltungskosten
Klein*KVAG	1.072*** (4.77e-14)	48.37*** (8.26e-13)	0.1509*** (6.81e-14)
KVAG	-0.4930*** (4.39e-14)	12.39*** (6.48e-13)	0.1648*** (3.68e-14)
Klein	0.0843*** (3.5e-14)	-12.51*** (2.46e-13)	-5.366*** (4.51e-14)
Konstante	5.198*** (3.4e-14)	158.7*** (7.83e-14)	18.50*** (4.25e-14)
Jahre	2010 - 2020	2010 - 2020	2010 - 2020
Anzahl Beobachtungen	209	209	209
Adj. R2	0.04674	0.08957	0.91167

Standardfehler in Klammern, Clustering nach Grössenklasse des Versicherers

*** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1.

3.3 Analyse der kantonalen Ungleichgewichte

Abbildung 20 Abweichungen kantonaler Prämien zum CH-Durchschnitt nach Zeitraum

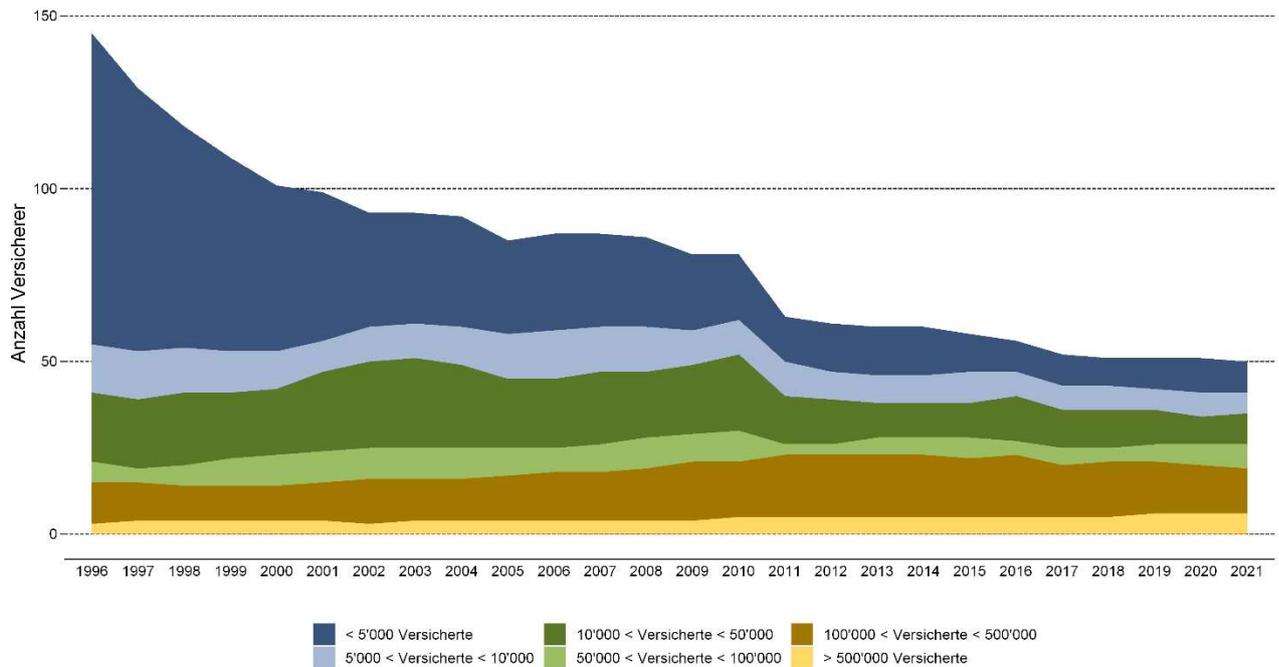


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der vom BAG zur Verfügung gestellten Daten zu den Claims-Ratios.

3.4 Weitere Daten und Analysen

3.4.1 Entwicklung der Anzahl Versicherer

Abbildung 21 Anzahl Versicherer seit 1996 n. Anz. Versicherte (Flächendiagramm)



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Sektion Datenmanagement und Statistik (DMS): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2021. STAT KV 2021 XLSX V220627.zip Tabelle 1.05 Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 1996.²⁴ Eigene Darstellungen.

²⁴ www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html

Abbildung 22 Anzahl Versicherer seit 1996 n. Anz. Versicherte (Liniendiagramm)

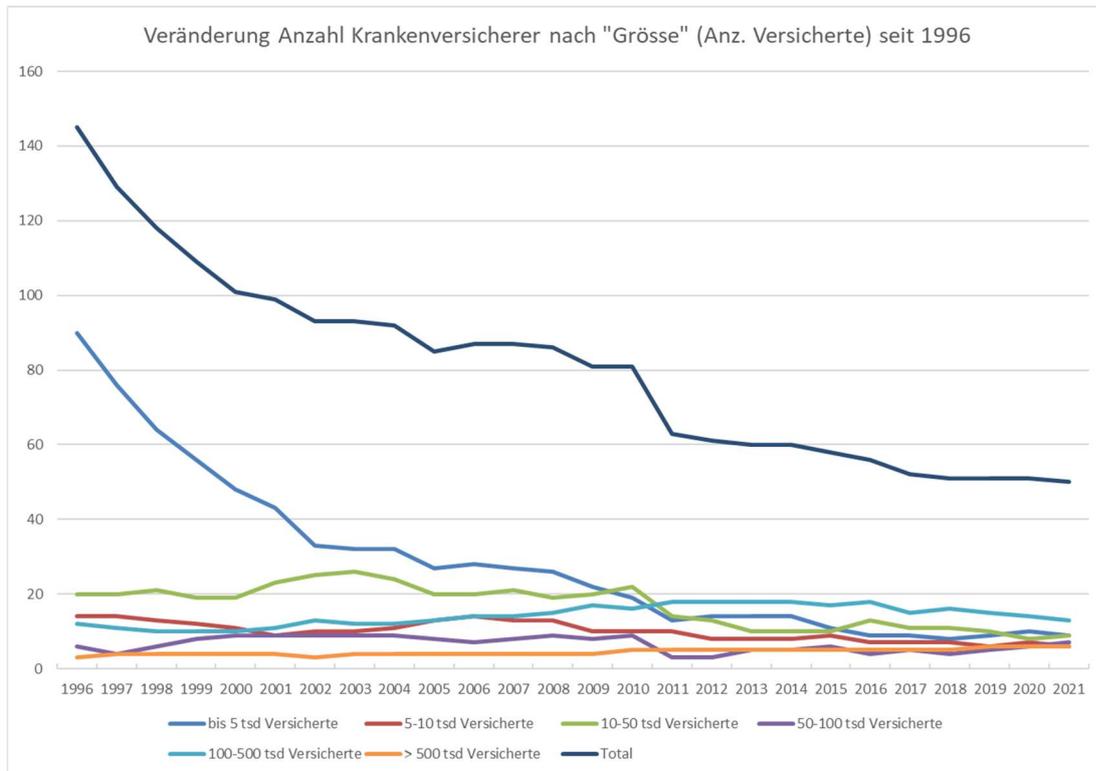
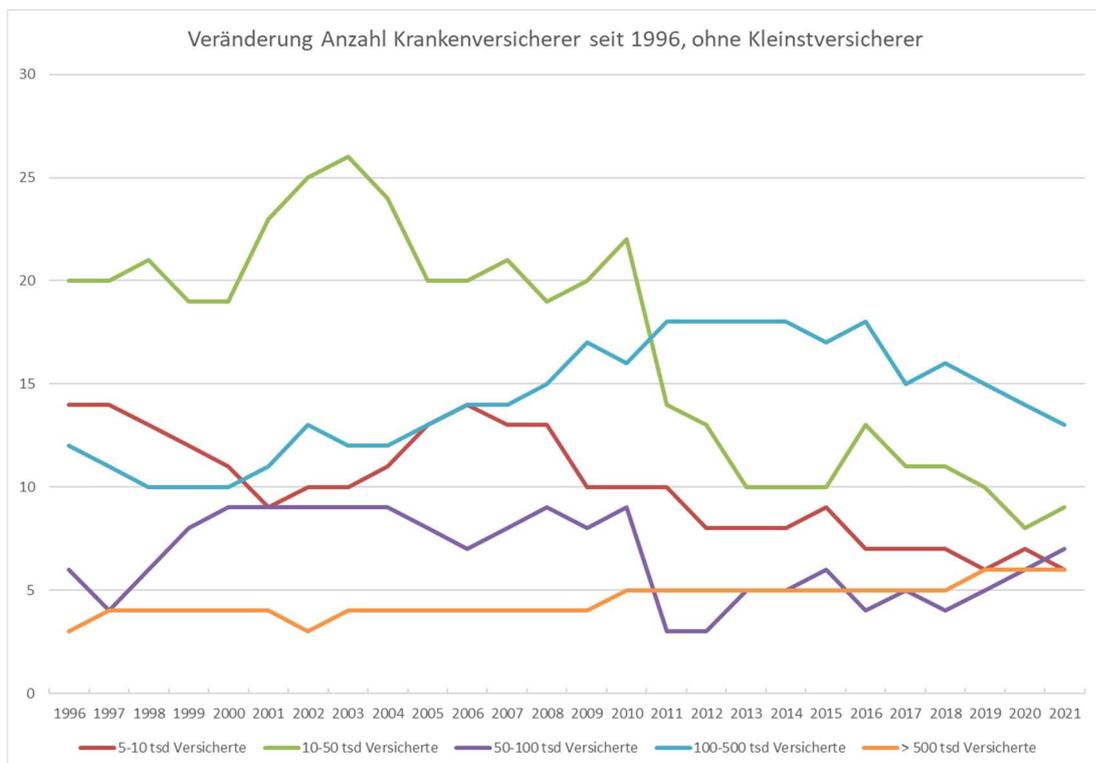


Abbildung 23 Anzahl Versicherer seit 1996 n. Anz. Versicherte (ohne Kleinversicherer)



Datengrundlage Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 1996:

Tabelle 5: Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 1996

Jahr	Anzahl Versicherte						Total	Veränd. %
	bis 5 tsd	5-10 tsd	10-50 tsd	50-100 tsd	100-500 tsd	> 500 tsd		
1996	90	14	20	6	12	3	145	-12.7%
1997	76	14	20	4	11	4	129	-11.0%
1998	64	13	21	6	10	4	118	-8.5%
1999	56	12	19	8	10	4	109	-7.6%
2000	48	11	19	9	10	4	101	-7.3%
2001	43	9	23	9	11	4	99	-2.0%
2002	33	10	25	9	13	3	93	-6.1%
2003	32	10	26	9	12	4	93	0.0%
2004	32	11	24	9	12	4	92	-1.1%
2005	27	13	20	8	13	4	85	-7.6%
2006	28	14	20	7	14	4	87	2.4%
2007	27	13	21	8	14	4	87	0.0%
2008	26	13	19	9	15	4	86	-1.1%
2009	22	10	20	8	17	4	81	-5.8%
2010	19	10	22	9	16	5	81	0.0%
2011	13	10	14	3	18	5	63	-22.2%
2012	14	8	13	3	18	5	61	-3.2%
2013	14	8	10	5	18	5	60	-1.6%
2014	14	8	10	5	18	5	60	0.0%
2015	11	9	10	6	17	5	58	-3.3%
2016	9	7	13	4	18	5	56	-3.4%
2017	9	7	11	5	15	5	52	-7.1%
2018	8	7	11	4	16	5	51	-1.9%
2019	9	6	10	5	15	6	51	0.0%
2020	10	7	8	6	14	6	51	0.0%
2021	9	6	9	7	13	6	50	-2.0%

Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Sektion Datenmanagement und Statistik (DMS): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2021. STAT KV 2021 XLSX V220627.zip Tabelle 1.05 Anzahl Versicherer OKP nach Versichertenbestand ab 1996. Eigene Darstellung.

3.4.2 Organisation der Versicherungsaufsicht: Organigramm Abteilung VA

Abbildung 24 Organigramm Abteilung Versicherungsaufsicht des BAG



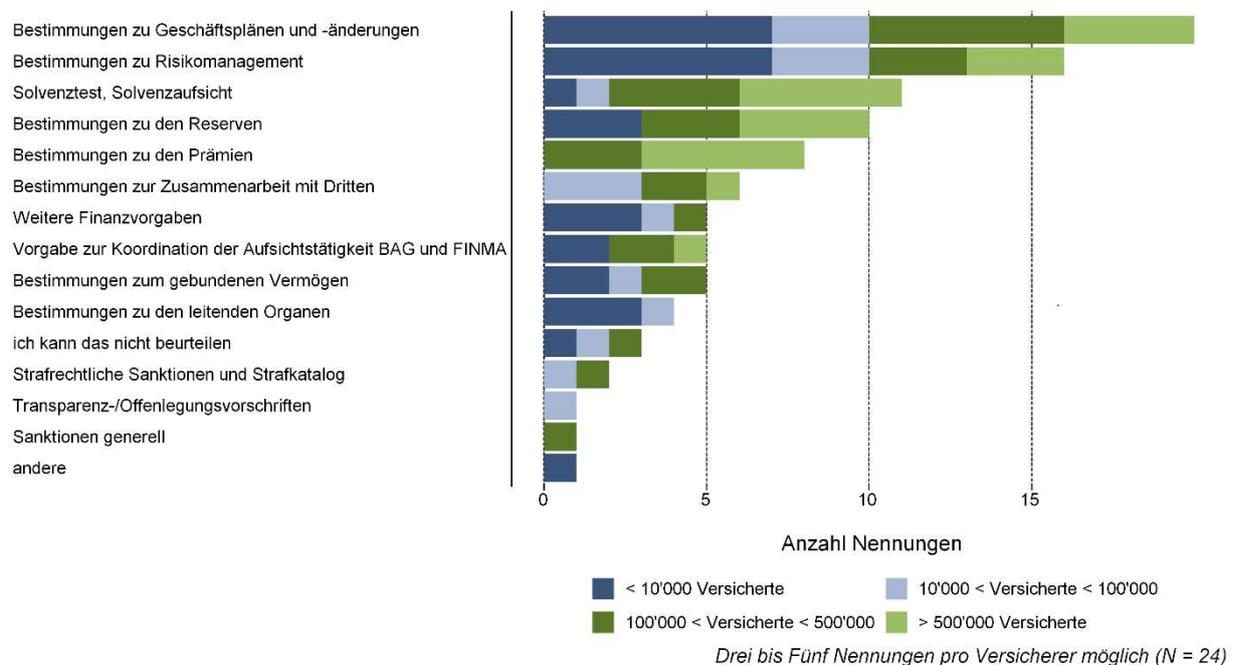
3.5 Ergebnisse Online-Umfrage

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Online-Umfrage in Abbildungen dargestellt. Die Abbildungen werden aufgrund ihrer grossen Zahl nicht nummeriert und mit Bezeichnungen versehen. Die Bezeichnung der Fragen und Abbildungen ergeben sich aus den Ziffertiteln und den ausformulierten Fragen.

Die Fragen 3, 5b, 25, 26b und 18 sind nachfolgend nicht dargestellt. Es sind offene Fragen mit Textantworten, zum Teil als Spezifikation der Fragen davor, wenn zum Beispiel «andere» angekreuzt wurde, oder eine Antwort näher begründet werden sollte (z.B. warum der Aufwand als «gross» taxiert wird).

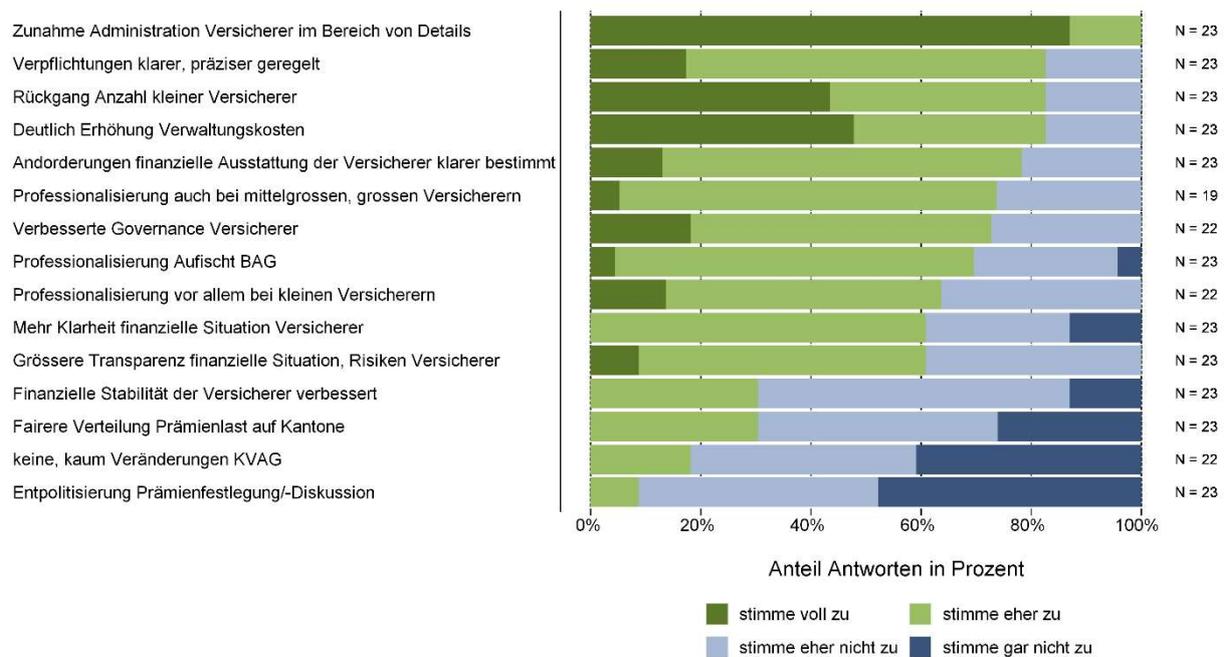
3.5.1 Frage 1: Bedeutendste Änderungen durch das KVAG

Frage: Was waren aus Ihrer Sicht die bedeutendsten Änderungen mit wesentlichen Auswirkungen für die Versicherungsgesellschaften, die mit dem KVAG neu eingeführt wurden? (3-5 Nennungen möglich)



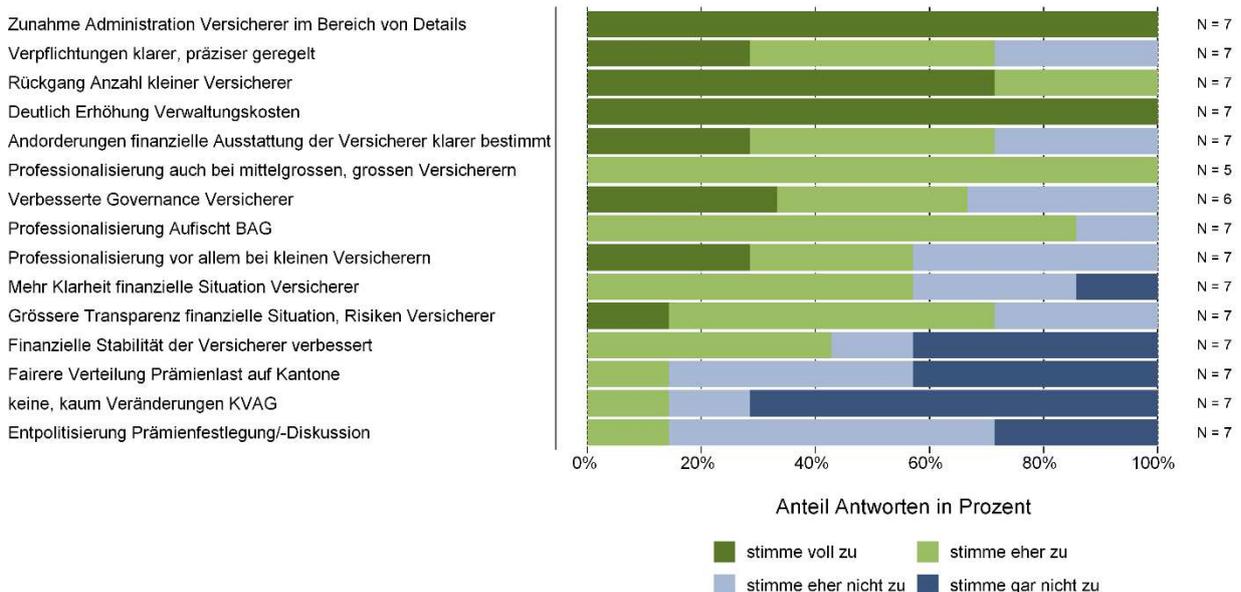
3.5.2 Frage 2: Auswirkungen des KVAG auf die Versicherer

Frage: Im Folgenden geht es darum, was sich durch die Einführung des KVAG geändert hat, für die Versicherungsgesellschaften oder auch für die Versicherten. Wir möchten wissen, welche Auswirkungen man dem KVAG und seinem Vollzug zuschreiben kann. Würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen? Das KVAG hat wesentlich dazu beigetragen, dass...

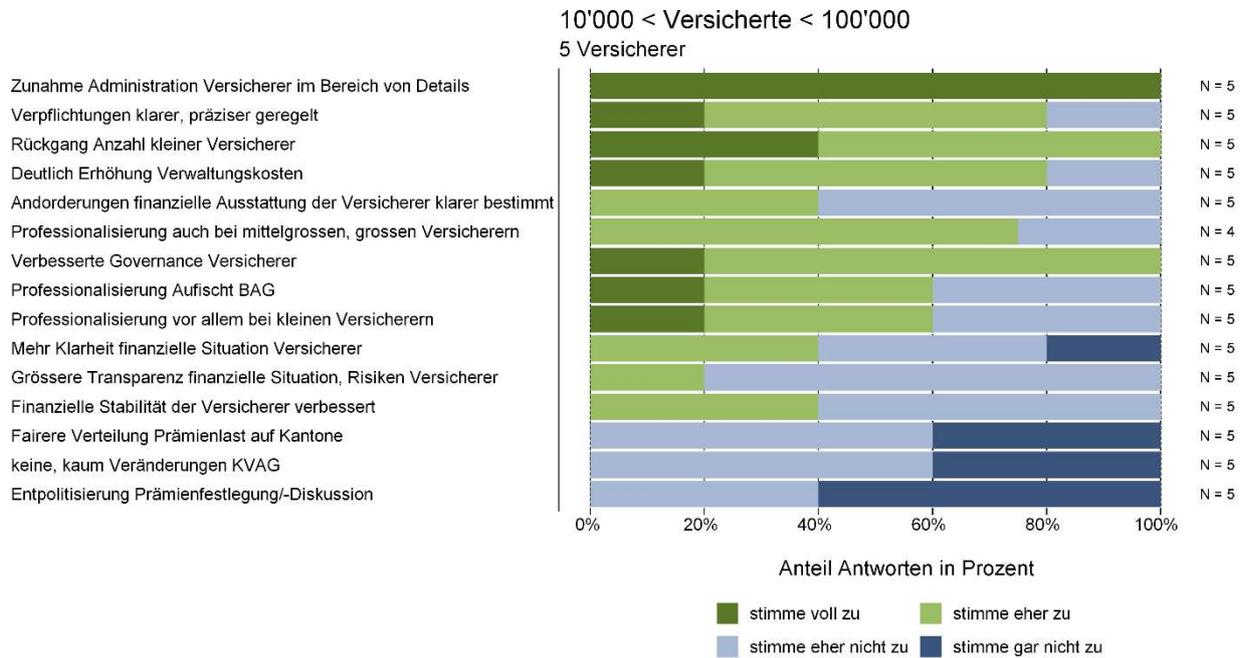


Frage 2, Kleinstversicherer

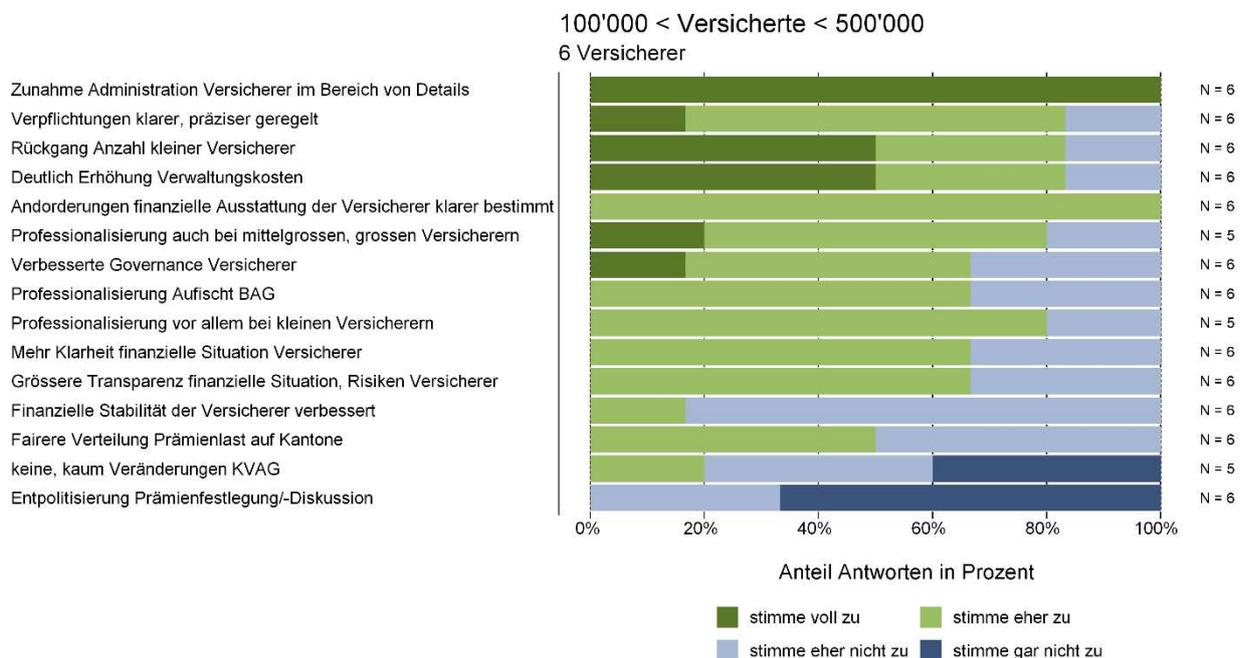
< 10'000 Versicherte
8 Versicherer



Frage 2, kleine Versicherer

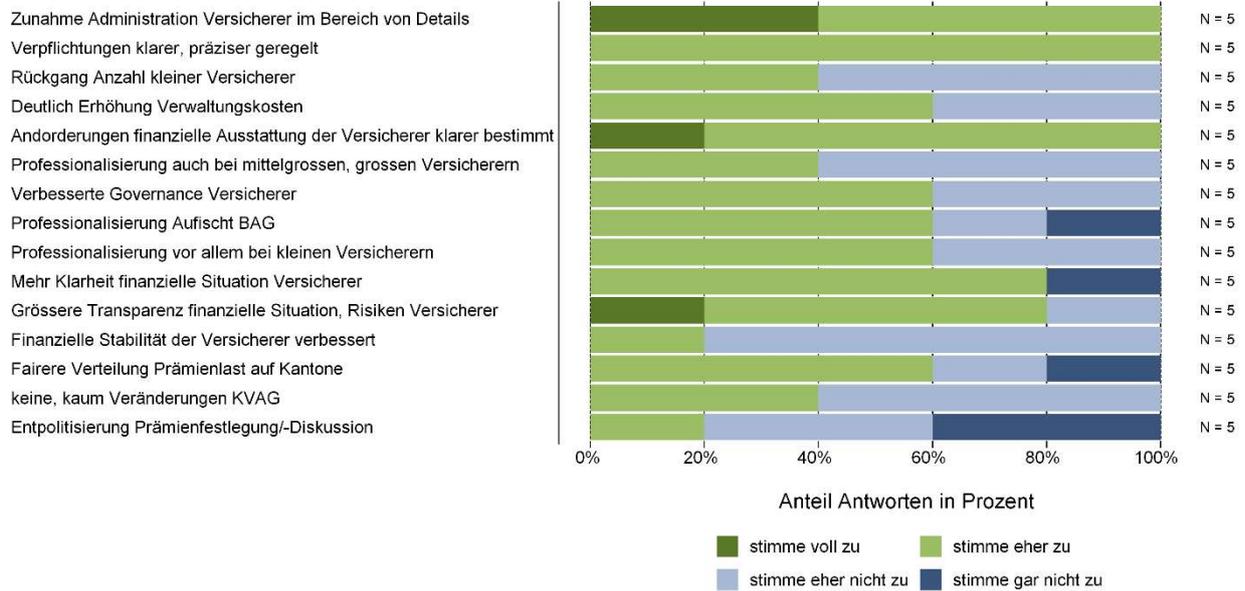


Frage 2, mittelgrosse Versicherer



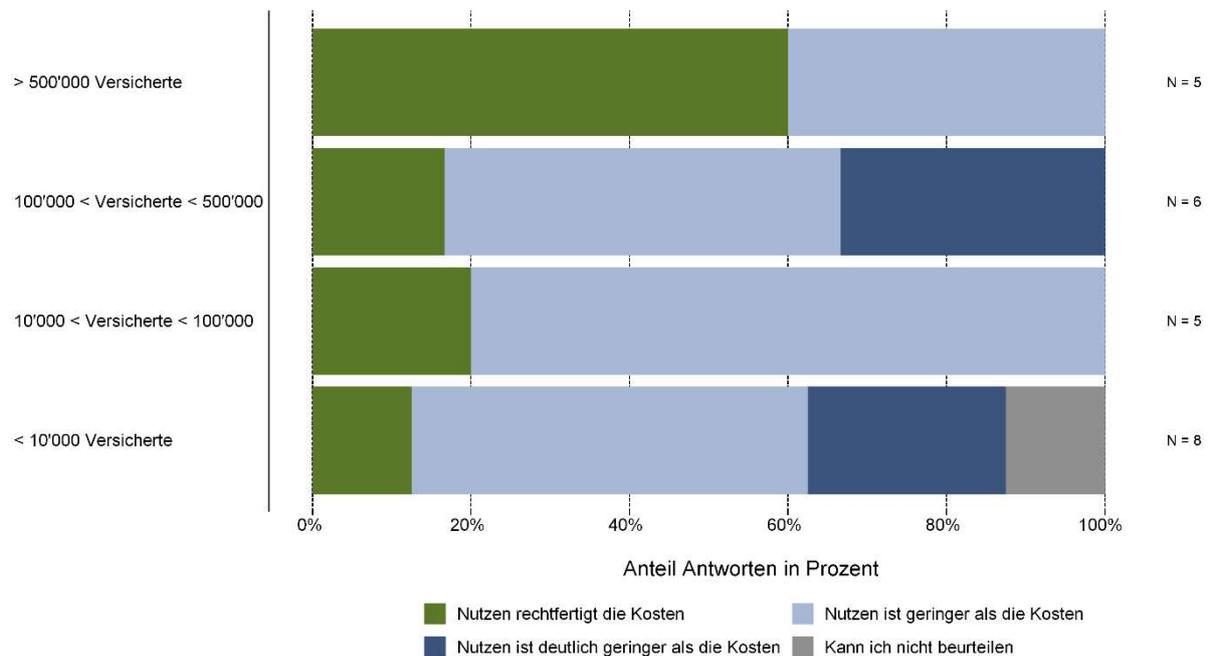
Frage 2, grosse Versicherer

> 500'000 Versicherte
5 Versicherer



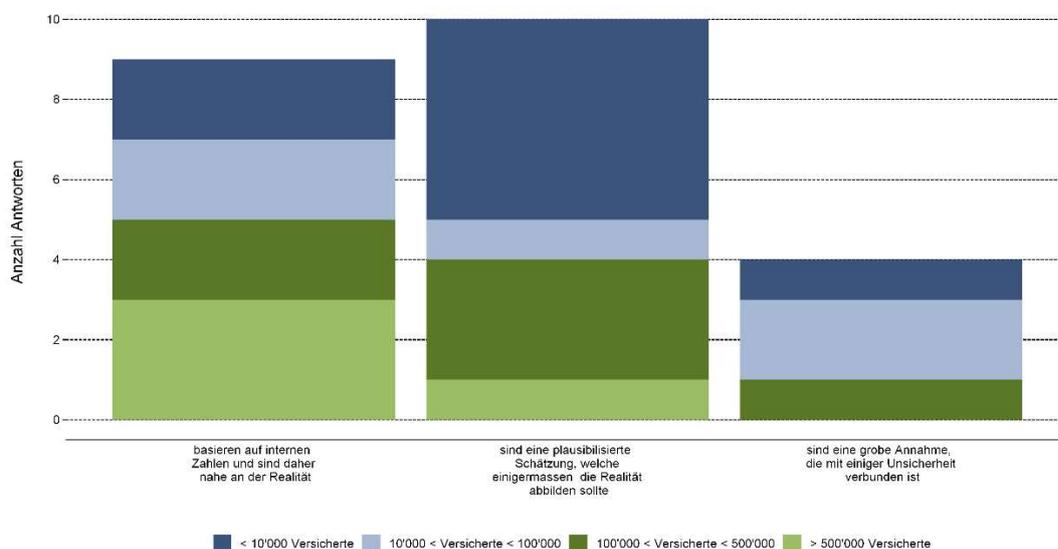
3.5.3 Frage 4: Kosten-Nutzen-Betrachtung

Frage: Aufsicht ist mit Aufwand bzw. Kosten verbunden, sowohl auf Seiten der Beaufsichtigten als auch auf Seiten der Aufsichtsbehörden. Zugleich kann Aufsicht auch einen vielfältigen Nutzen stiften: Sie kann die Sicherheit erhöhen, die Stabilität des Systems fördern, zu Fairness im Markt beitragen, Lernen/Qualität in den Unternehmen unterstützen usw. Uns interessiert Ihre Einschätzung, in welchem Verhältnis der Nutzen der Aufsicht insgesamt im Verhältnis zum gesamten Aufwand bzw. den Kosten steht. Denken Sie an Nutzen und Kosten für die Versicherten, für die Versicherer und die ganze Branche. Welcher Aussage würden Sie zustimmen?



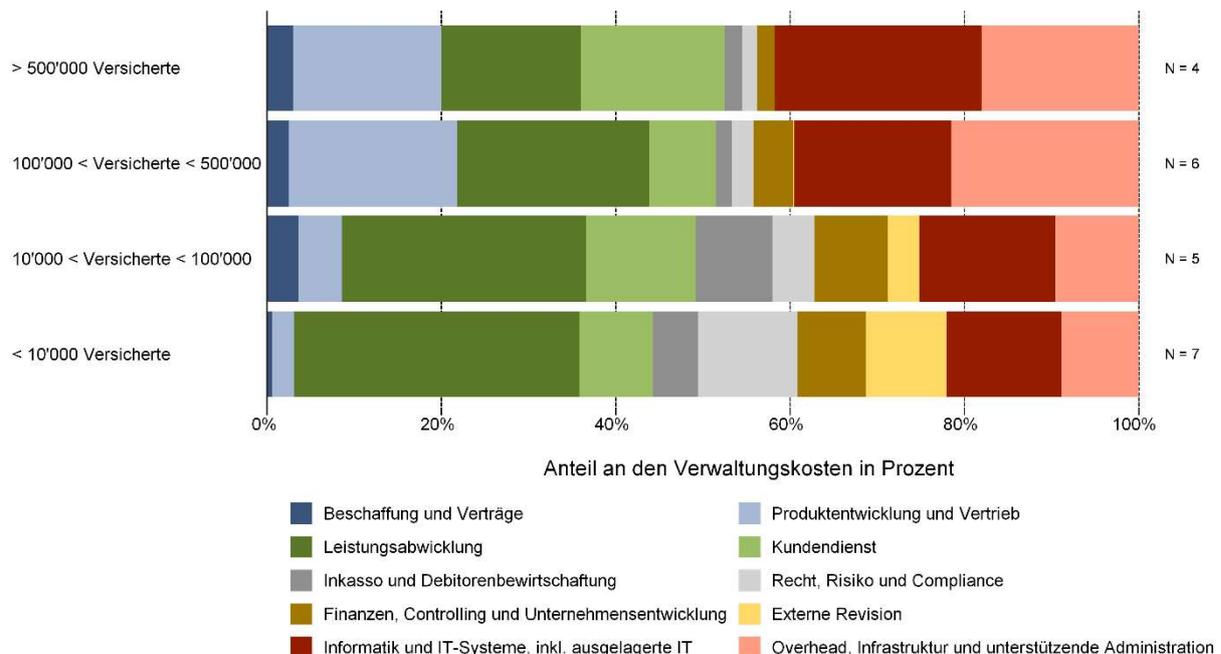
3.5.4 Frage 5a: Realitätsbezug der Kostenschätzungen

Frage: Vorab: Wie sicher sind Sie sich, dass Ihre Schätzung der Prozentanteile der Verwaltungskosten Nahe an der Realität liegt, was trifft am Ehesten zu? Die Prozentangaben...

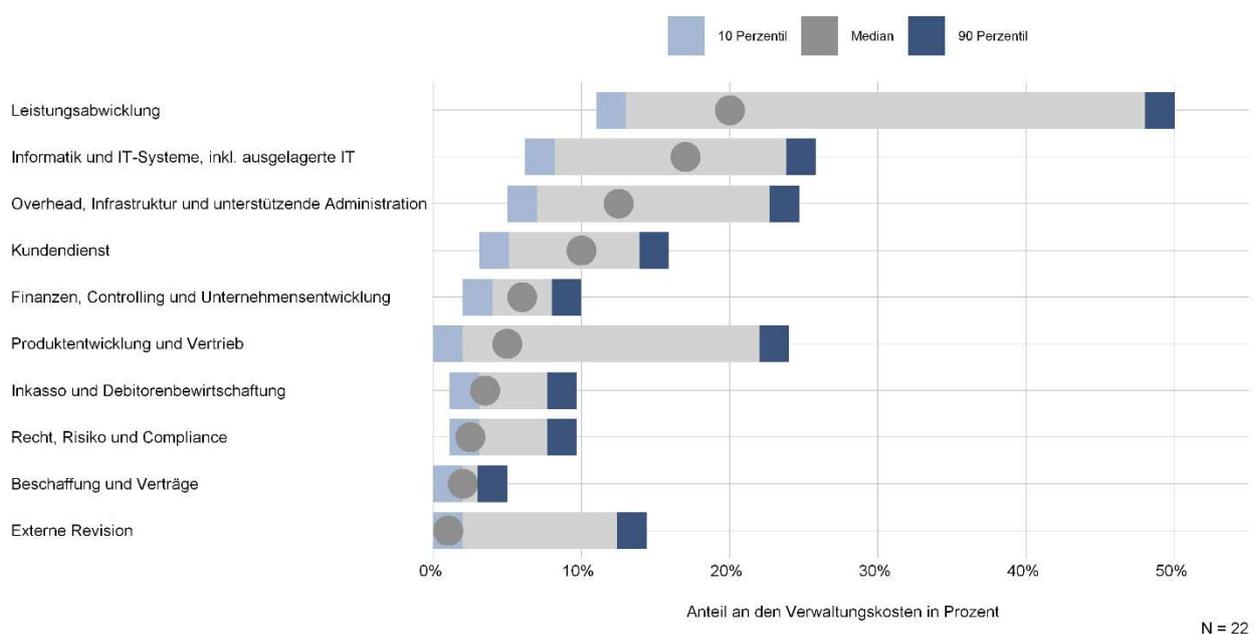


3.5.5 Frage 6: Schätzung der Kostenanteile, Mittelwerte

Frage: Nun die Schätzung: Wie gross ist der Anteil in Prozent der folgenden Bereiche der Verwaltungskosten des Finanzjahres 2021 in Ihrem Betrieb? (nehmen Sie eine bestmögliche Angabe bzw. Schätzung vor. Bei sehr geringen Werten, die unter 1% liegen, tragen sie «0» ein). Die Werte müssen in der Summe 100 Prozent ergeben.

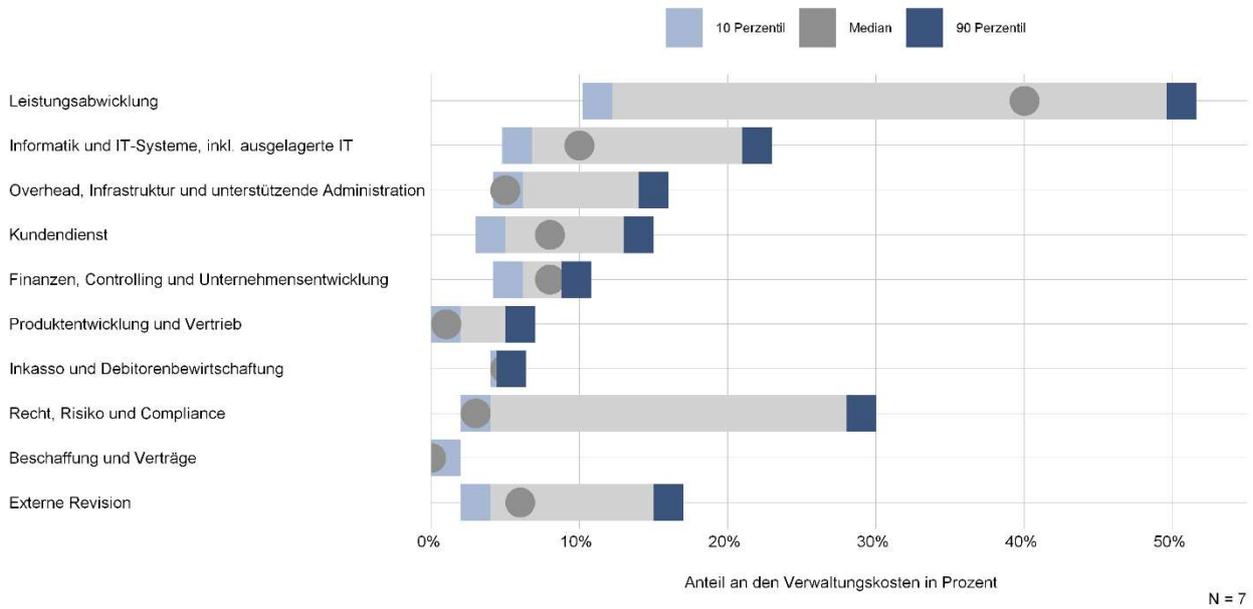


3.5.6 Frage 6: Schätzung der Kostenanteile, Verteilung (Perzentile)



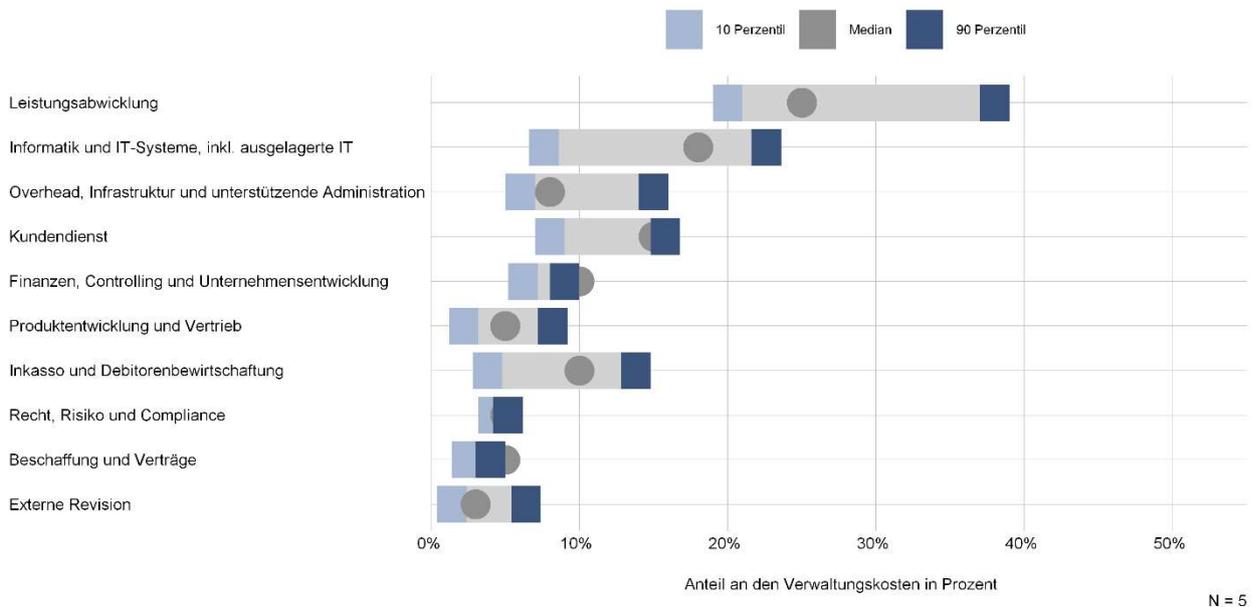
Frage 6: Anteile der Verwaltungskosten, Kleinversicherer

< 10'000 Versicherte
8 Versicherer



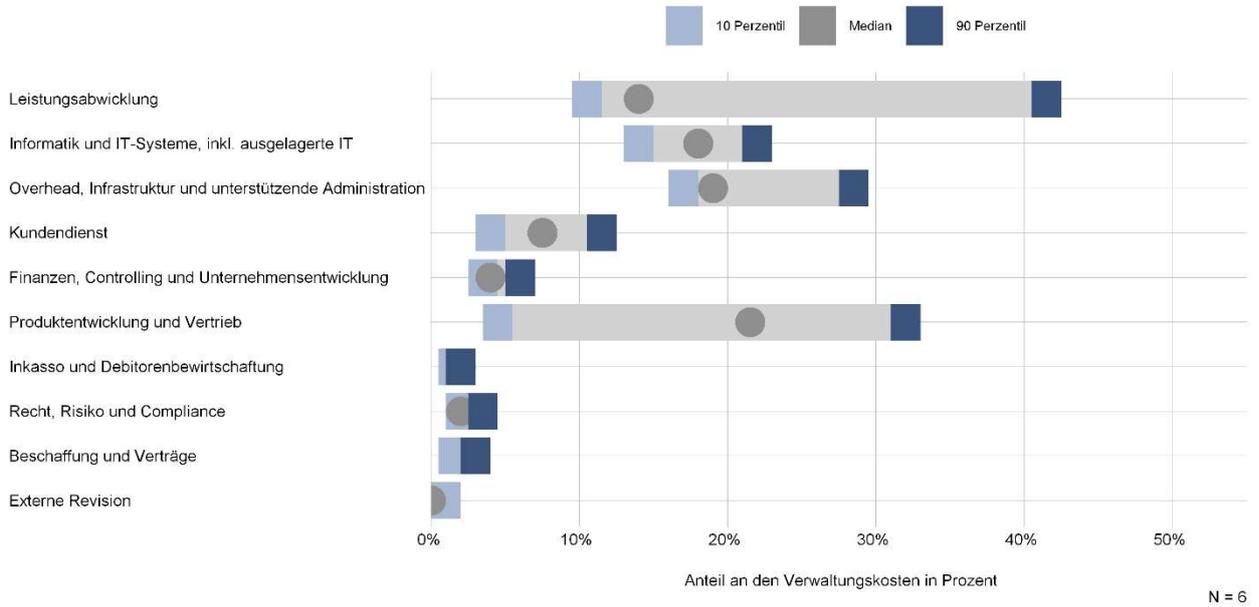
Frage 6: Anteile der Verwaltungskosten kleine Versicherer

10'000 < Versicherte < 100'000
5 Versicherer



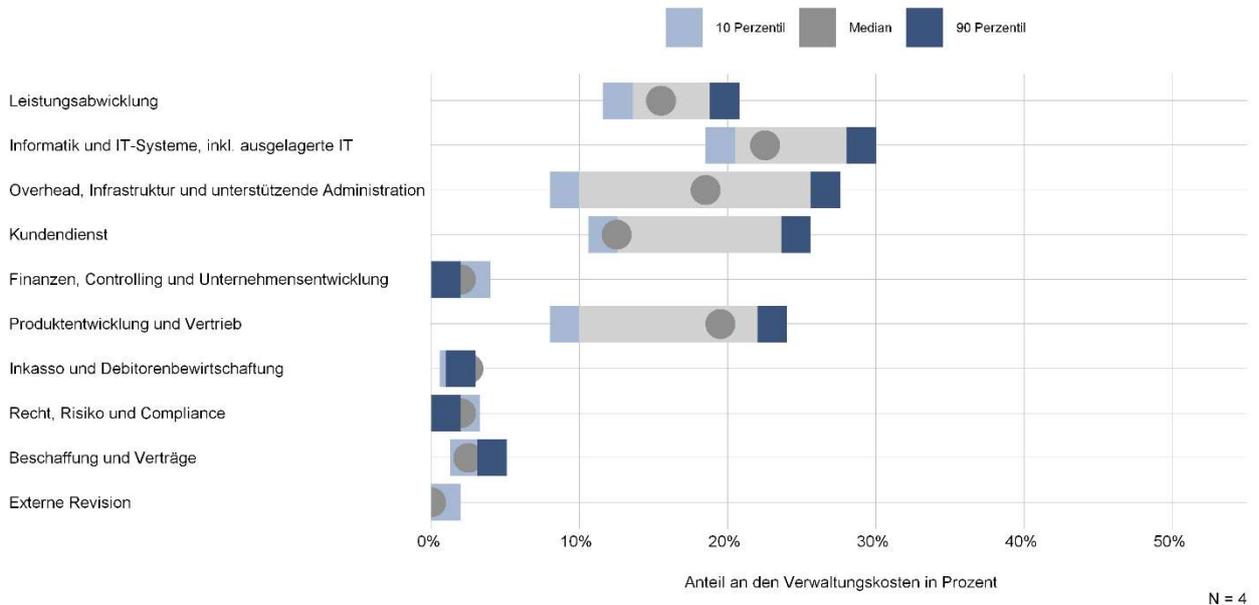
Frage 6: Anteile der Verwaltungskosten mittelgrosse Versicherer

100'000 < Versicherte < 500'000
6 Versicherer



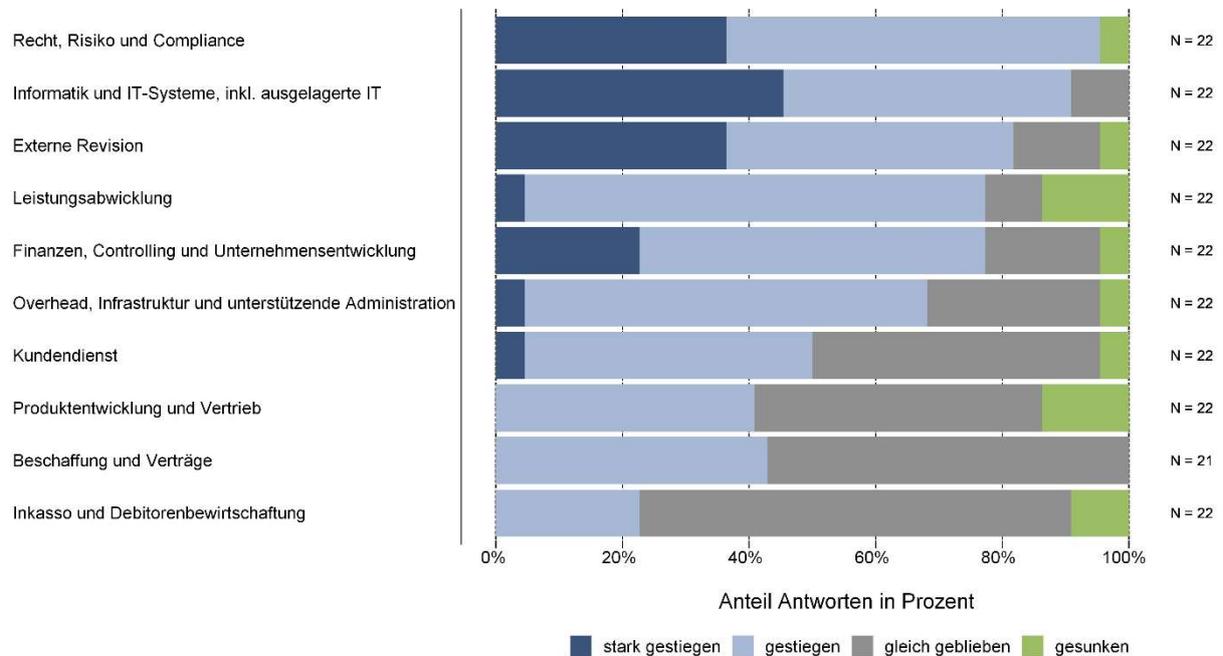
Frage 6: Anteile der Verwaltungskosten, grosse Versicherer

> 500'000 Versicherte
5 Versicherer



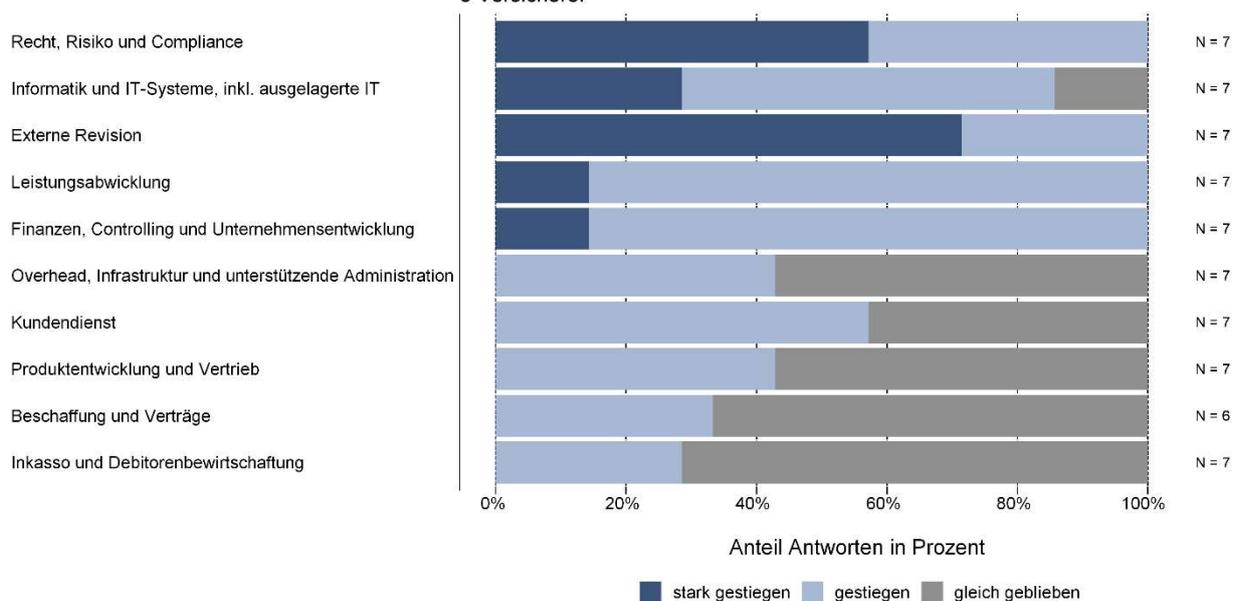
3.5.7 Frage 7: Entwicklung der Verwaltungskosten

Frage: Was schätzen Sie, wie sich generell die Verwaltungskosten (unabhängig vom KVAG) pro versicherte Person in Ihrem Unternehmen seit Einführung des KVAG in den folgenden Bereichen entwickelt haben?

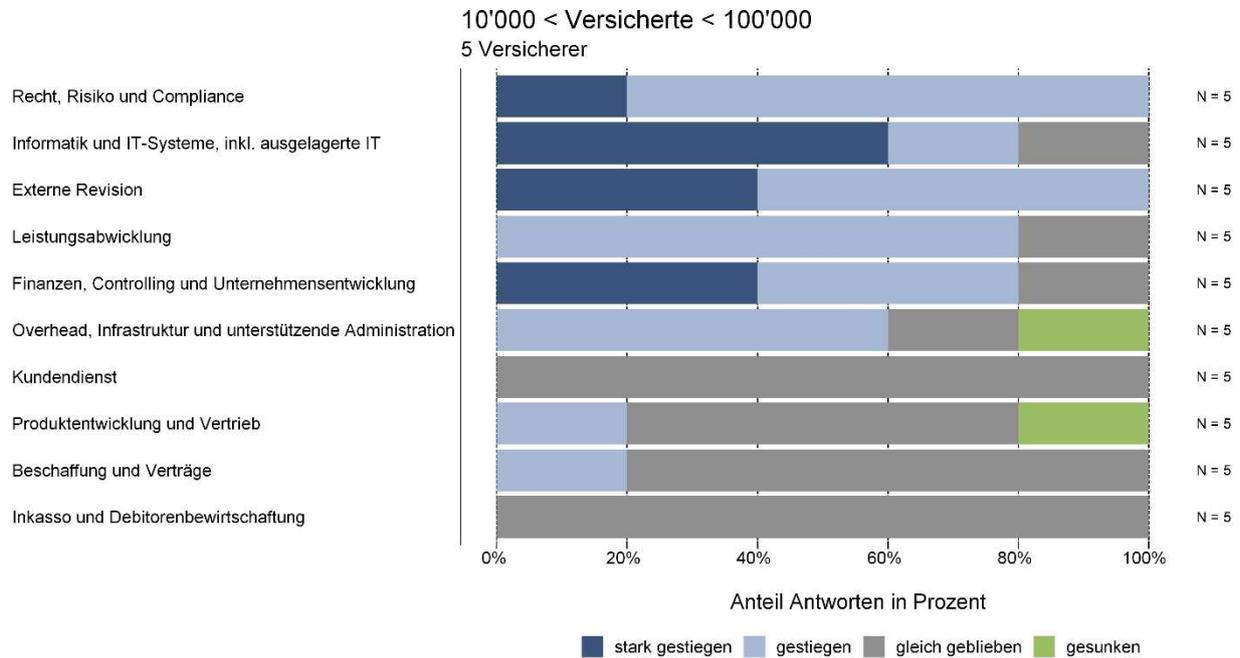


Frage 7: Entwicklung der Verwaltungskosten Kleinversicherer

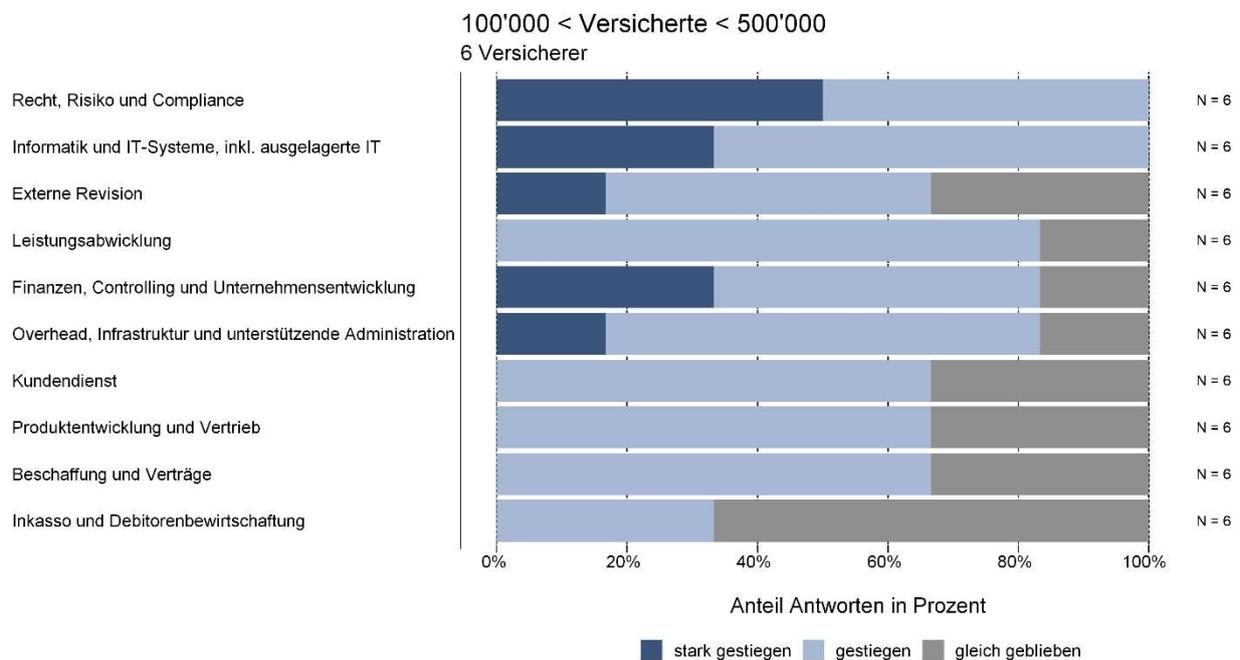
< 10'000 Versicherte
8 Versicherer



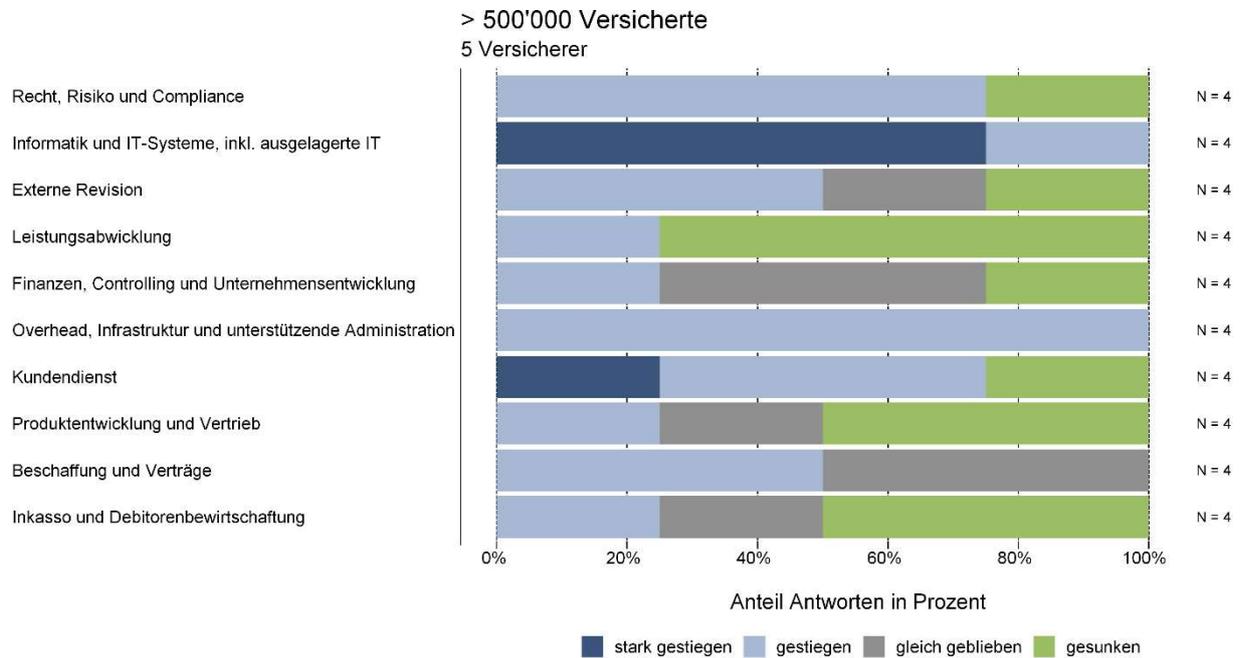
Frage 7: Entwicklung der Verwaltungskosten, kleine Versicherer



Frage 7: Entwicklung der Verwaltungskosten, mittelgrosse Versicherer

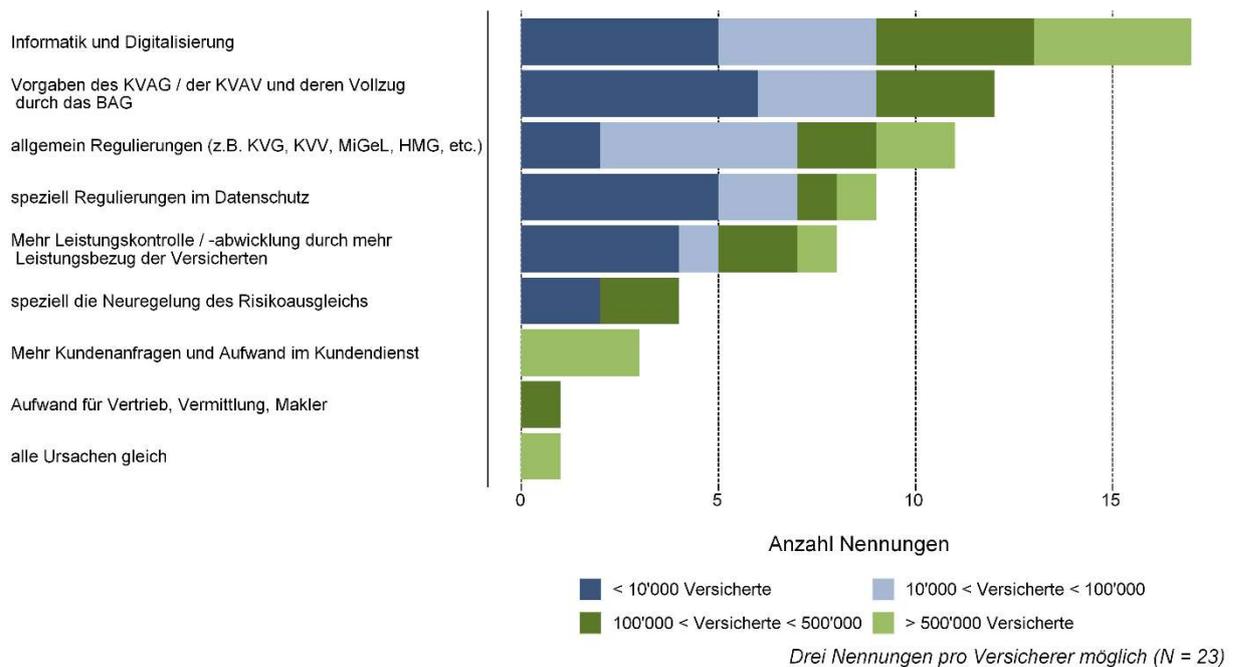


Frage 7: Entwicklung der Verwaltungskosten, grosse Versicherer



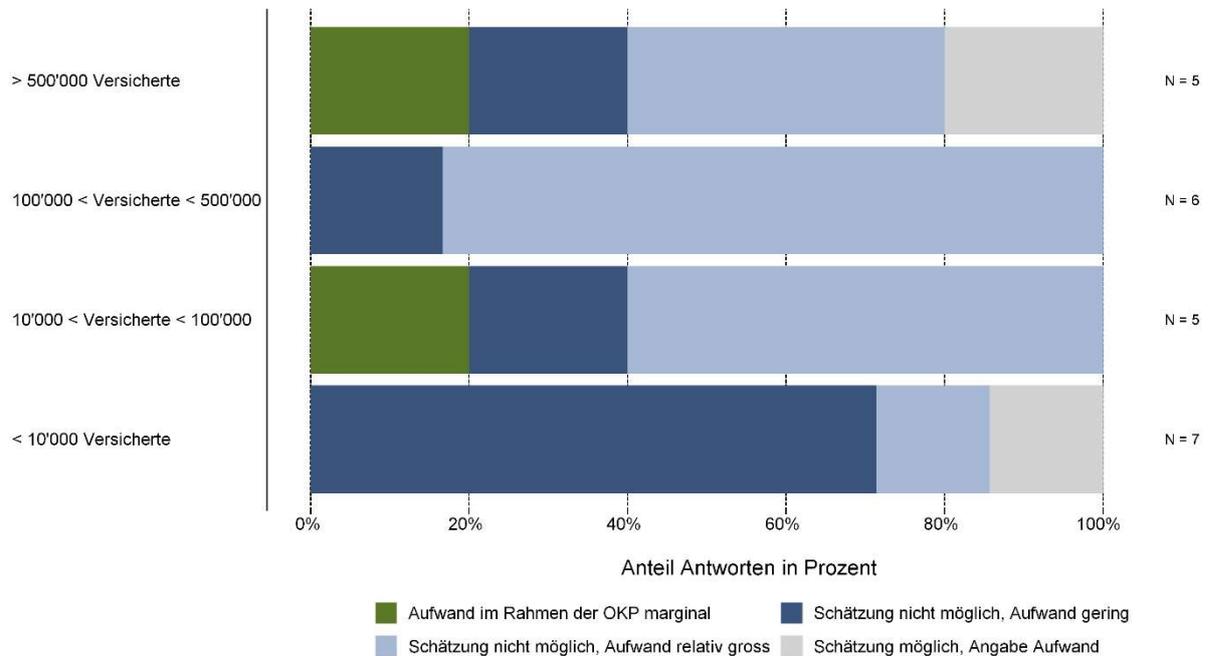
3.5.8 Frage 9: Hauptursachen/Treiber der Verwaltungskosten

Frage: Welche bis zu drei Hauptursachen und Kostentreiber würden Sie spezifisch in Ihrem Unternehmen für mittel- bis längerfristig steigende Verwaltungskosten verantwortlich machen? (maximal drei Felder ankreuzen)



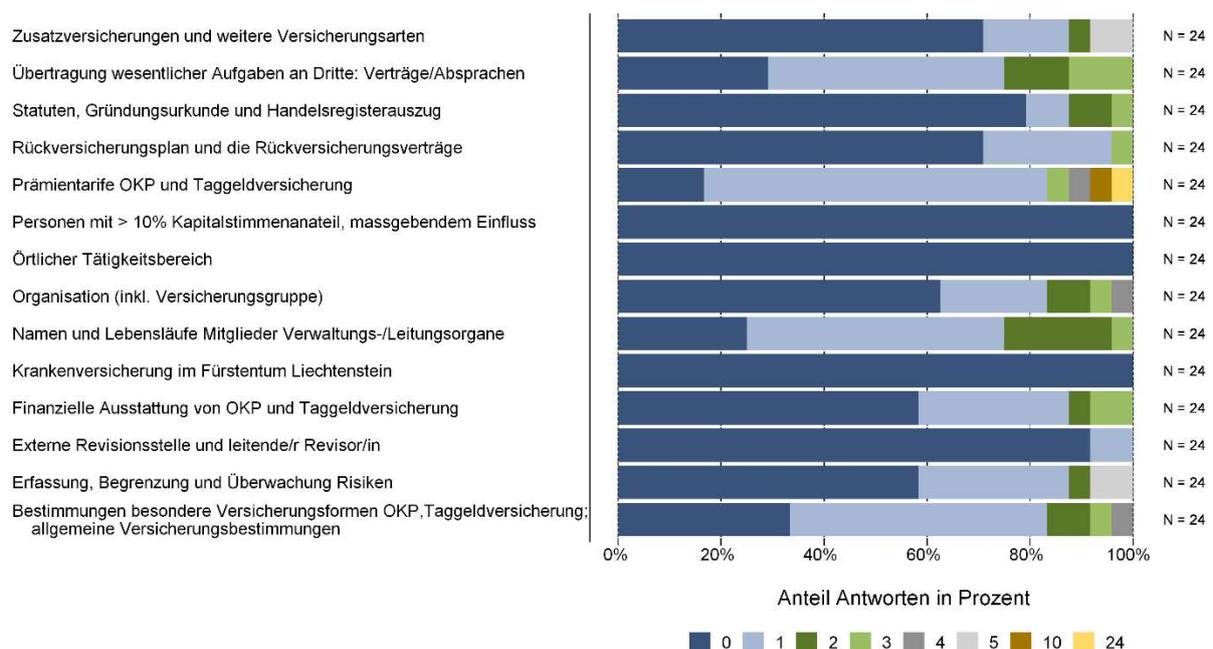
3.5.9 Frage 10: Aufwand für Geschäftsplanänderungen

Frage: Könnten Sie schätzen, wie gross der Aufwand im Rahmen der OKP für Ihre Versicherungsgesellschaft ist für die Meldung der Änderungen (nicht Neuerstellung) des Geschäftsplans bzw. seiner Teile und die Einholung der Genehmigung durch das BAG? (Ein Feld ankreuzen)

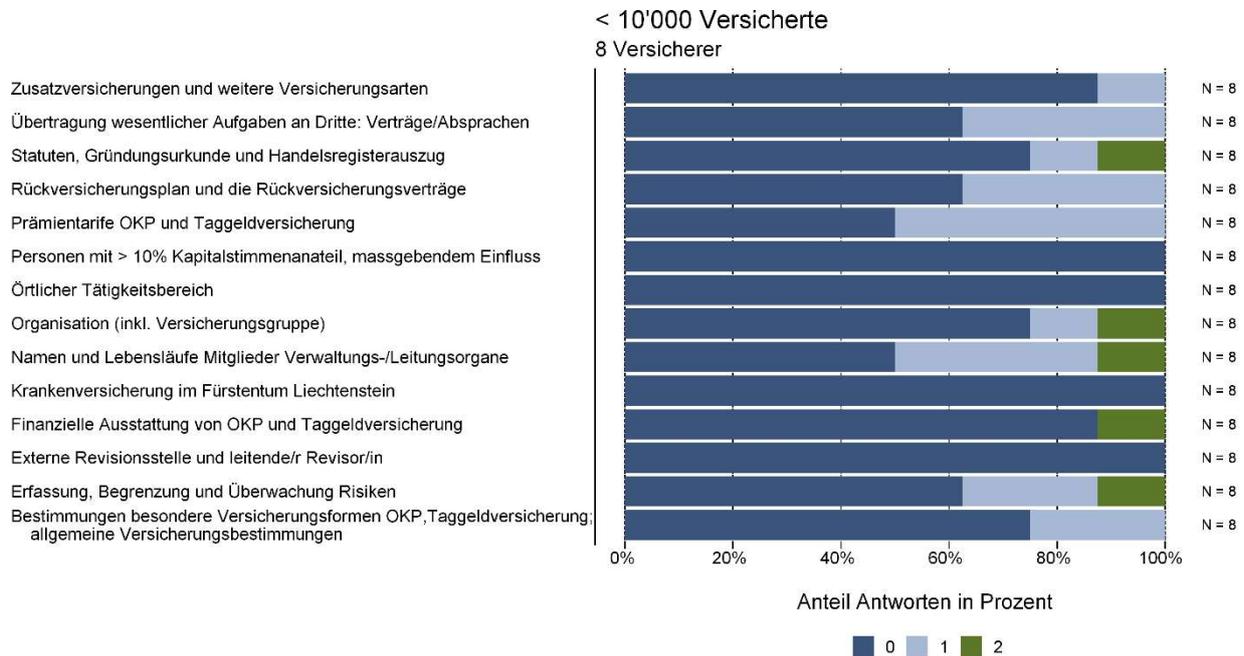


3.5.10 Frage 11: Häufigkeit der Geschäftsplanänderungen

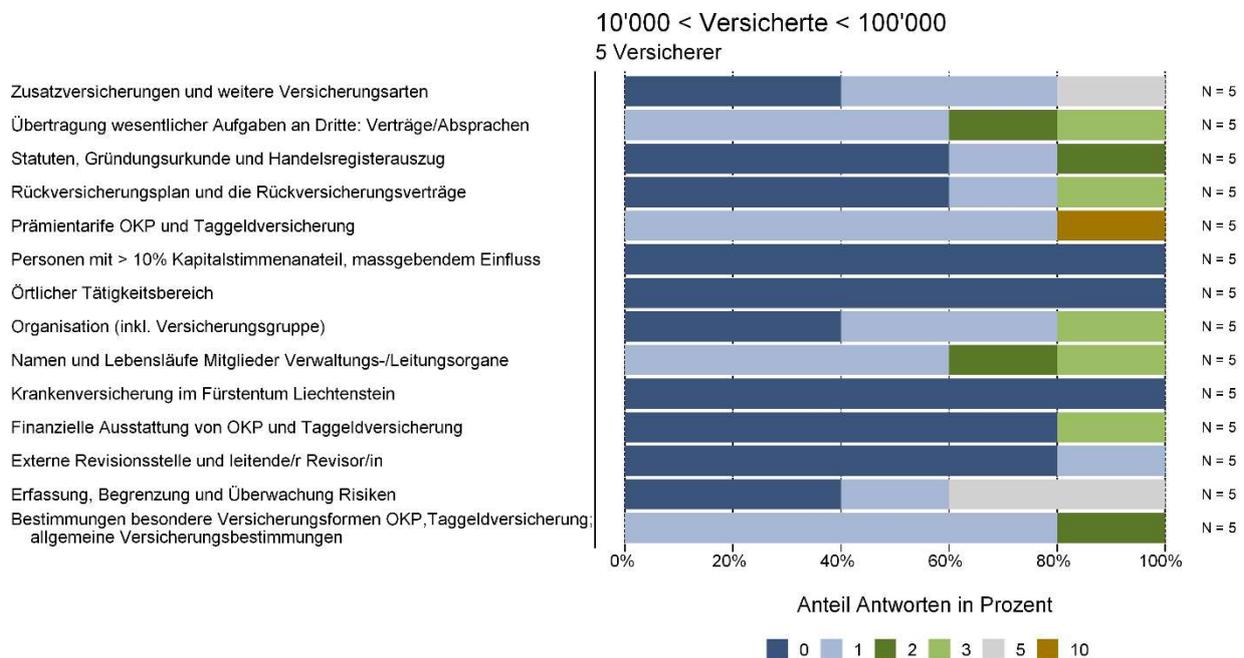
Frage: Wie häufig pro Jahr kommen nach Ihrer Schätzung in Ihrem Unternehmen Meldungen und Genehmigungen für folgende Geschäftsplanänderungen seit der Einführung des KVAG im Durchschnitt etwa vor? Wenn Sie die Häufigkeit auf weniger als einmal pro Jahr schätzen, tragen Sie «0» ein.



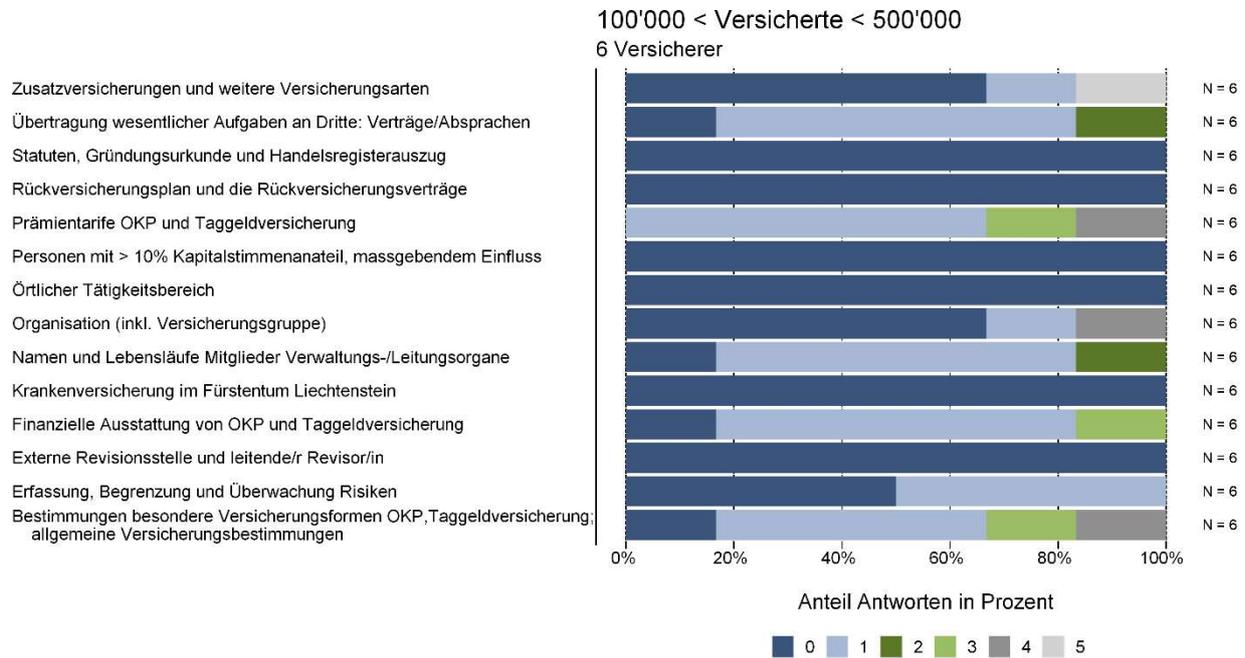
Frage 11: Häufigkeit Geschäftsplanänderungen, Kleinstversicherer



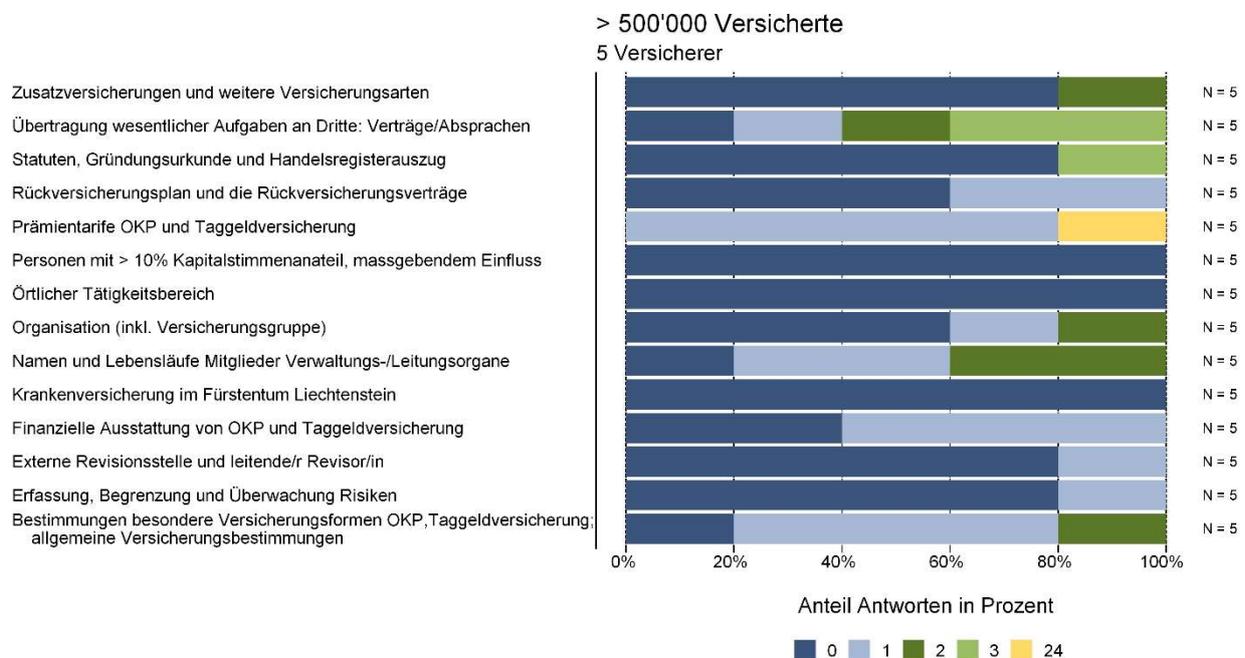
Frage 11: Häufigkeit Geschäftsplanänderungen, kleine Versicherer



Frage 11: Häufigkeit Geschäftsplanänderungen, mittelgrosse Versicherer

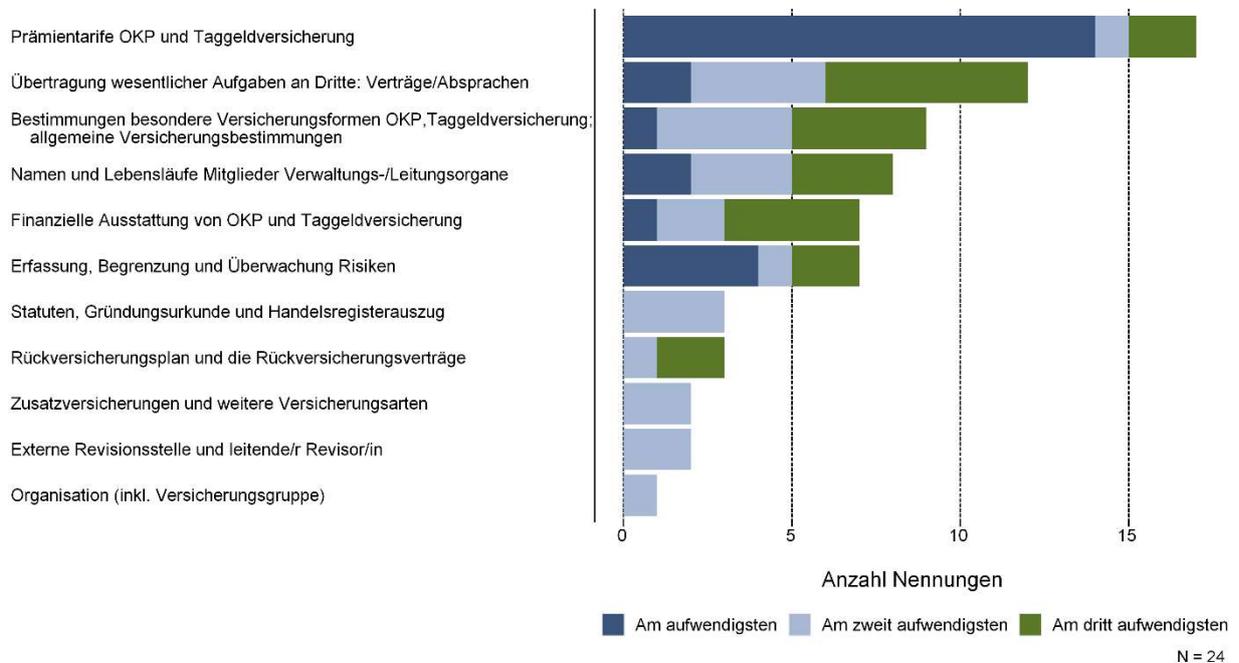


Frage 11: Häufigkeit Geschäftsplanänderungen, grosse Versicherer

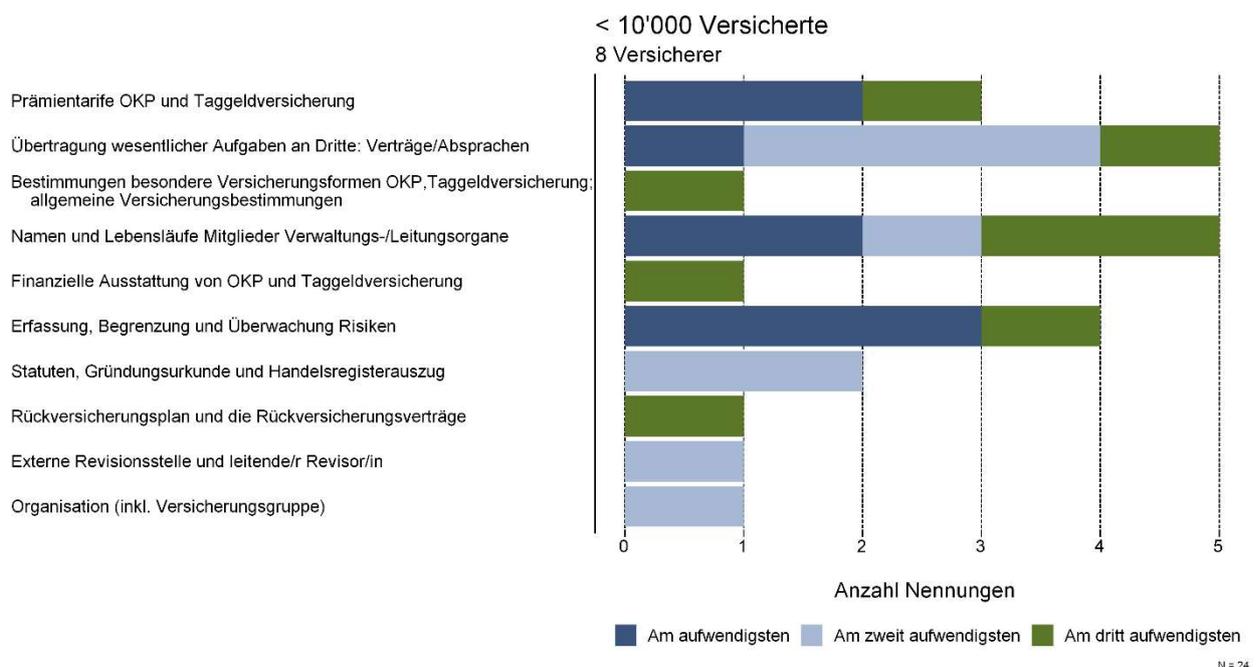


3.5.11 Frage 12: Aufwand der Geschäftsplanänderungen

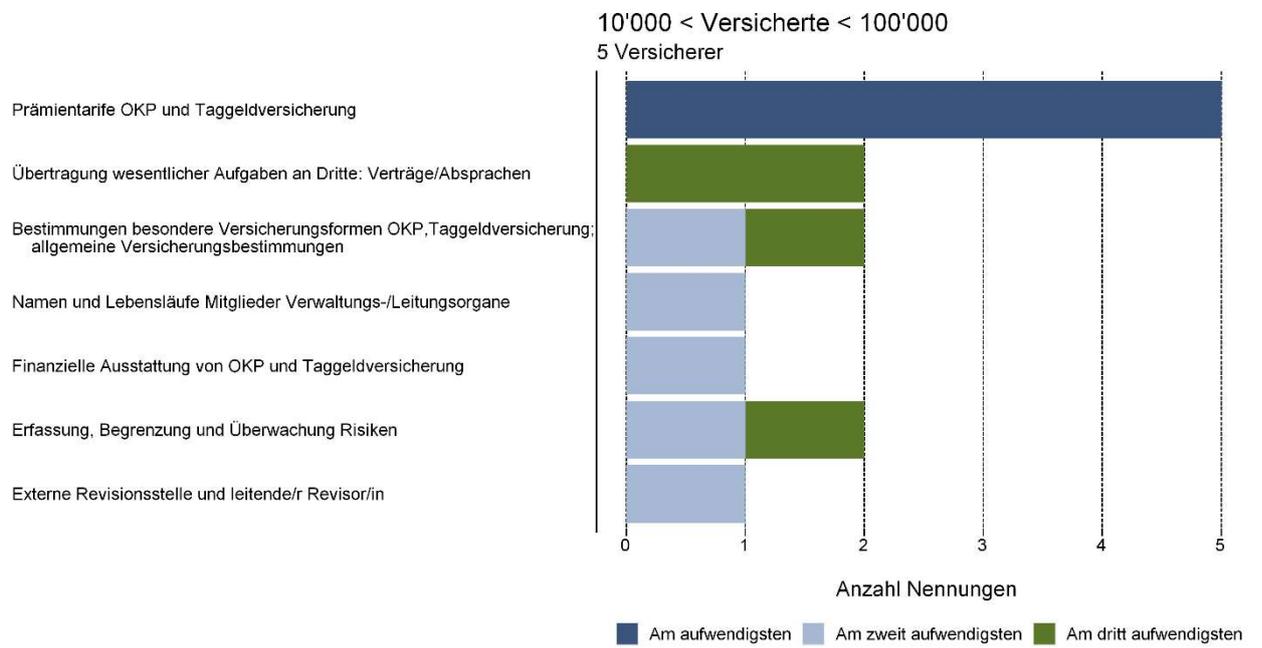
Frage: Welches sind die Geschäftsplanänderungen in Ihrem Unternehmen, deren Meldung bzw. Genehmigung im Einzelfall unabhängig von der Häufigkeit Ihrem Unternehmen am meisten Aufwand verursachen? Nennen Sie die aufwändigsten drei mit einer Rangordnung 1 / 2 / 3.



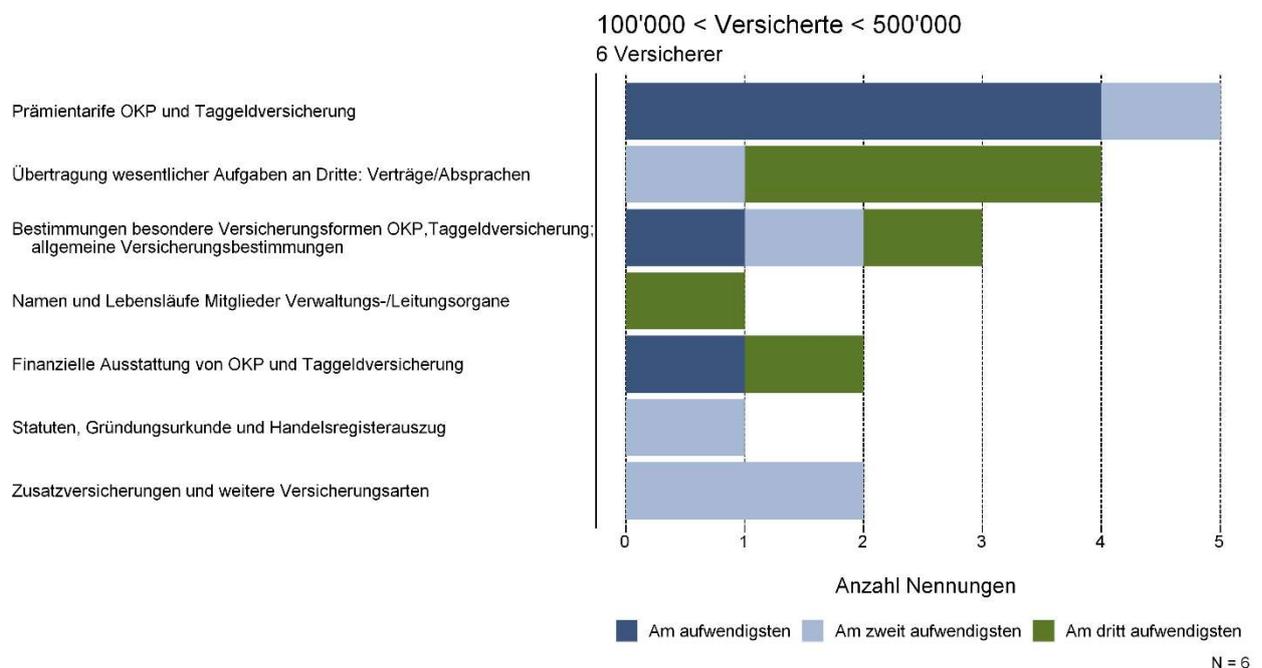
Frage 12: Aufwand Geschäftsplanänderungen, Kleinversicherer



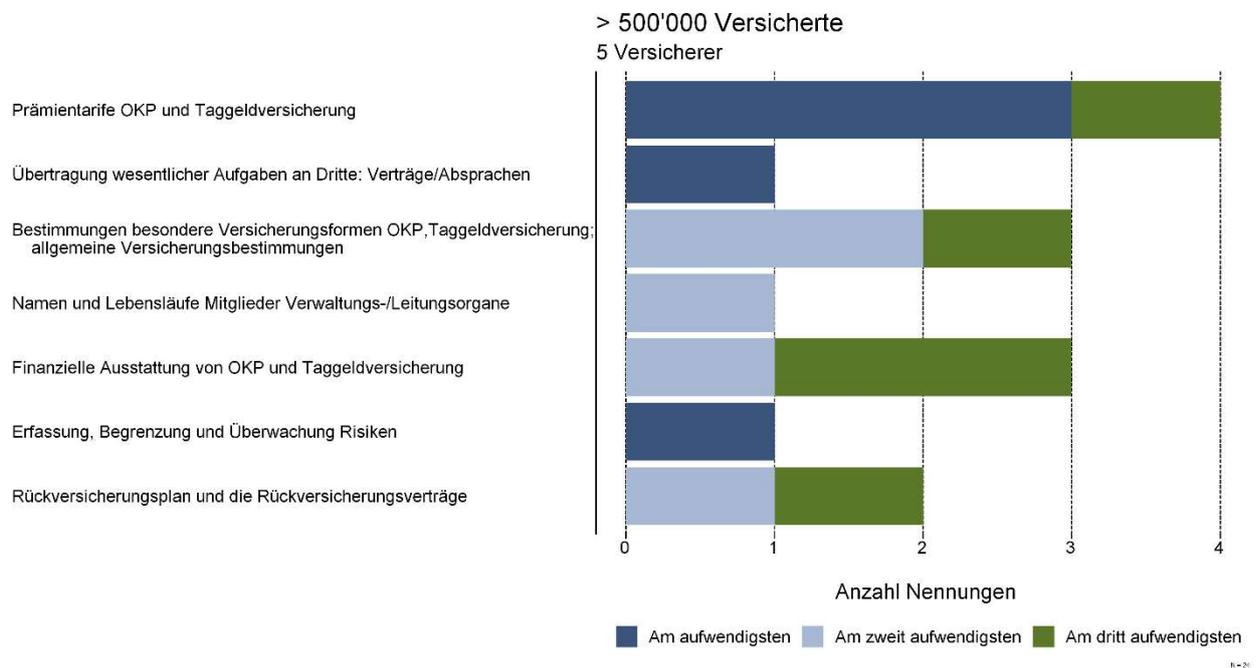
Frage 12: Aufwand Geschäftsplanänderungen, kleine Versicherer



Frage 12: Aufwand Geschäftsplanänderungen, mittelgrosse Versicherer

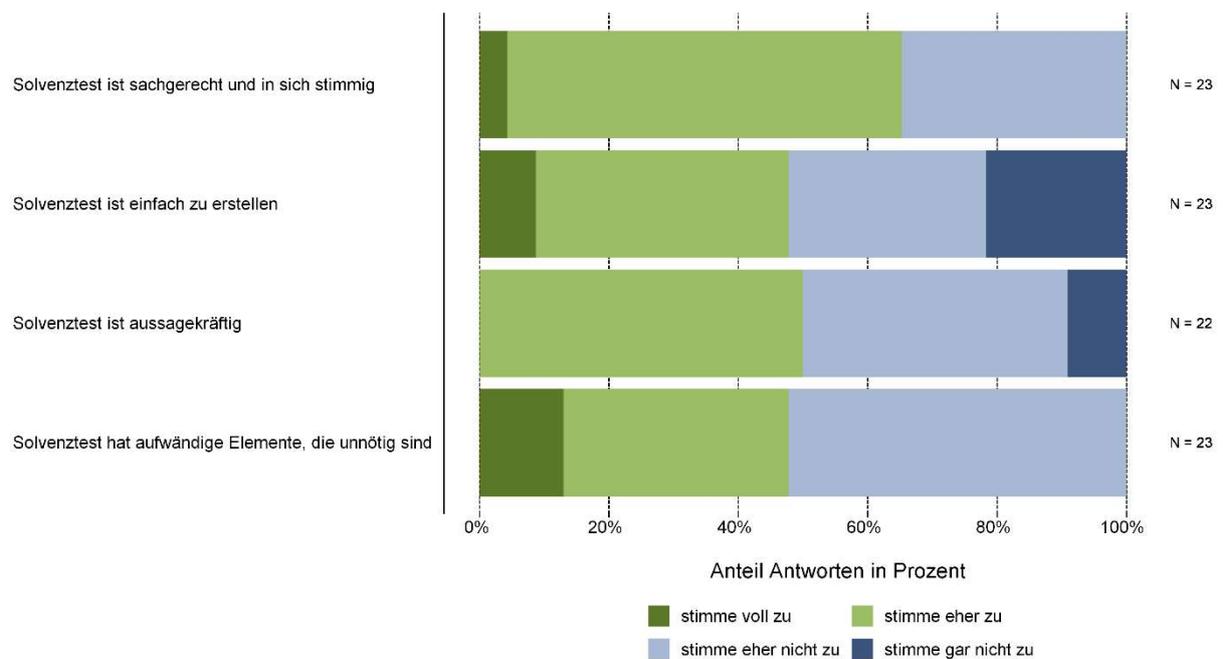


Frage 12: Aufwand Geschäftsplanänderungen, grosse Versicherer

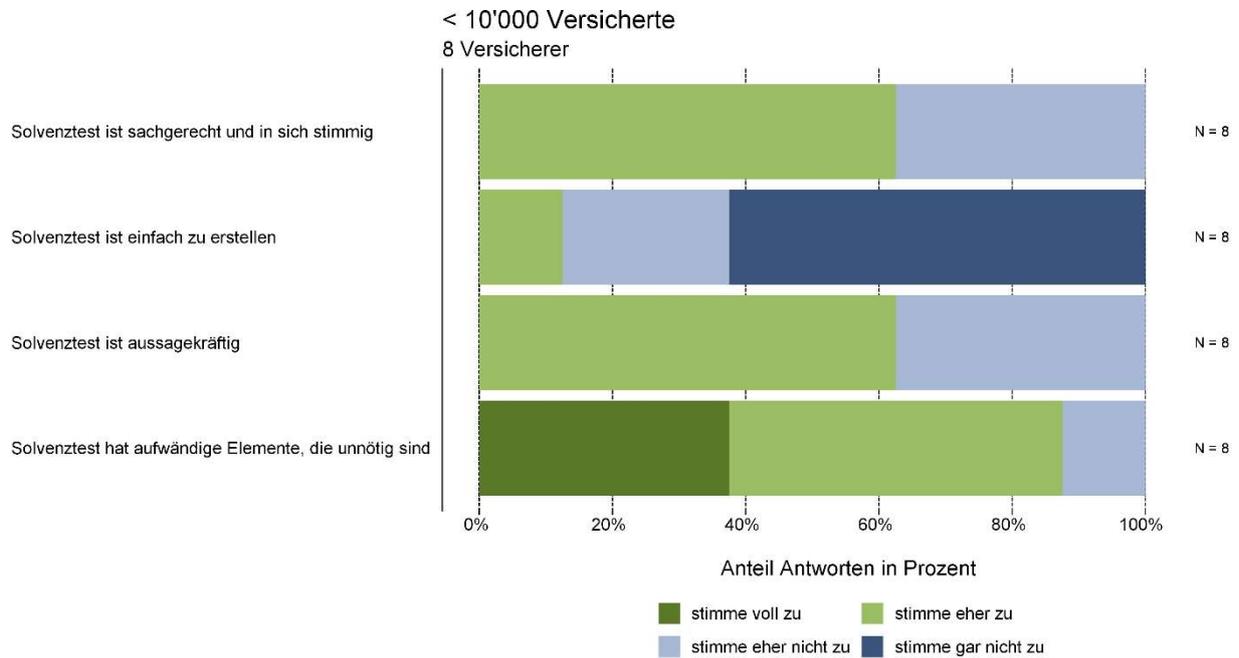


3.5.12 Frage 13: Beurteilung des Solvenztest

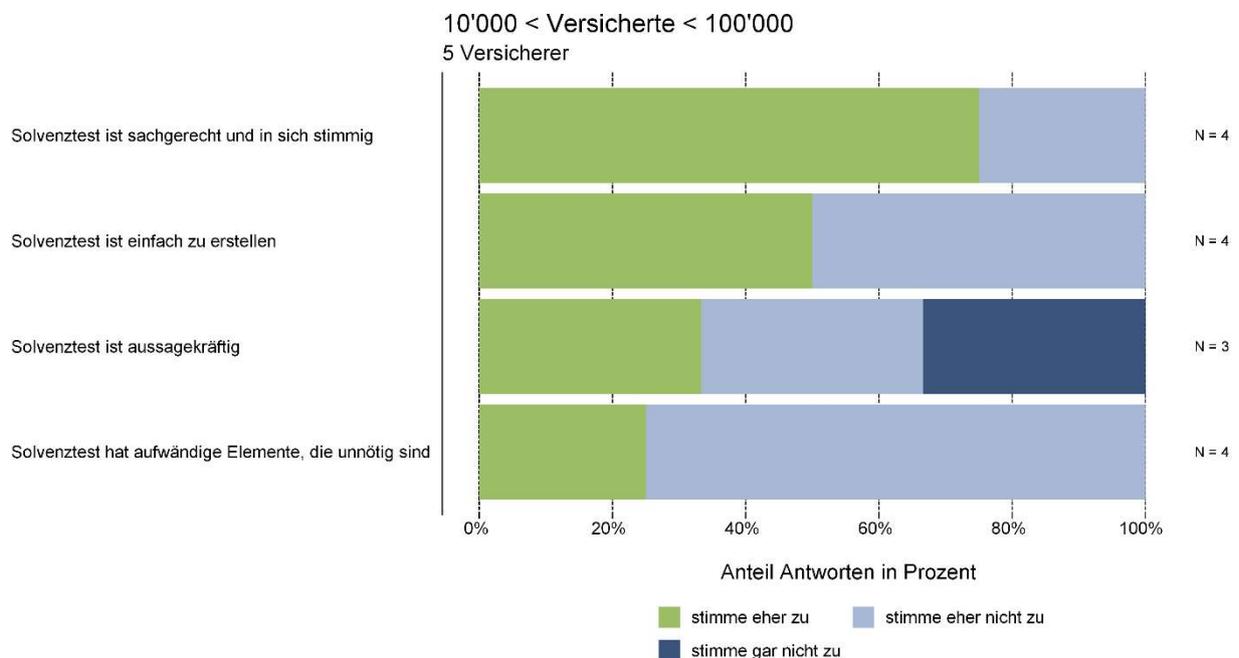
Frage: Wie beurteilen Sie den Solvenztest? Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?



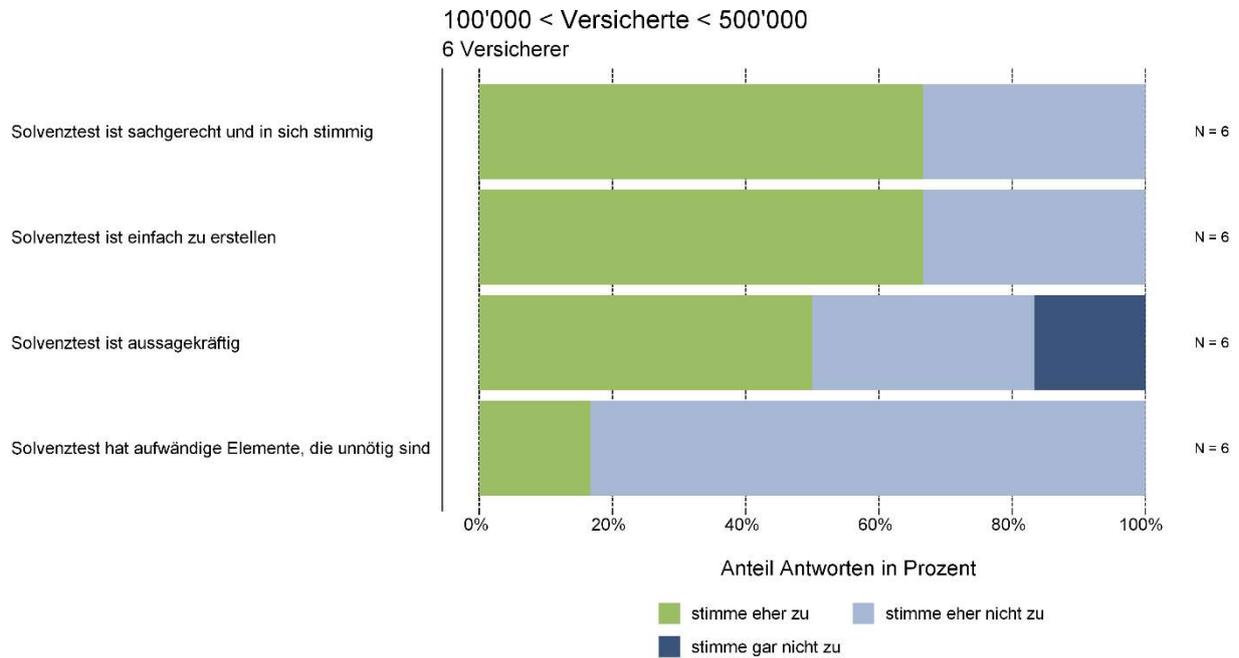
Frage 13: Beurteilung des Solvenztest, Kleinversicherer



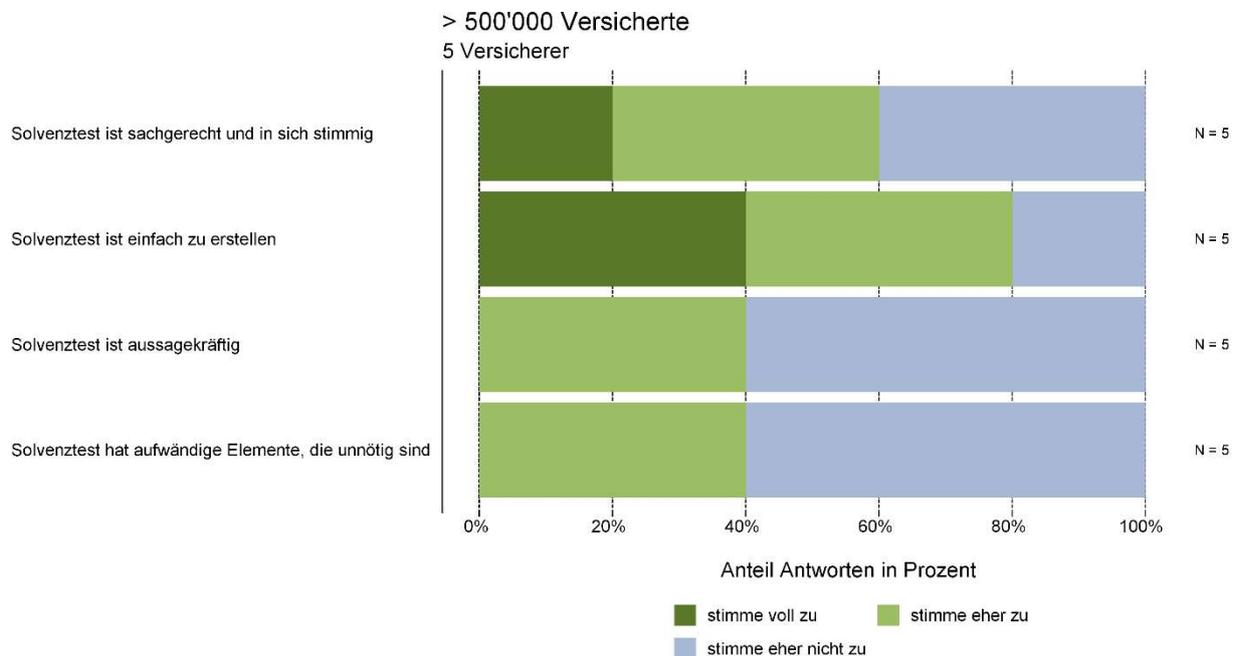
Frage 13: Beurteilung des Solvenztest, kleine Versicherer



Frage 13: Beurteilung des Solvenztest, mittelgrosse Versicherer

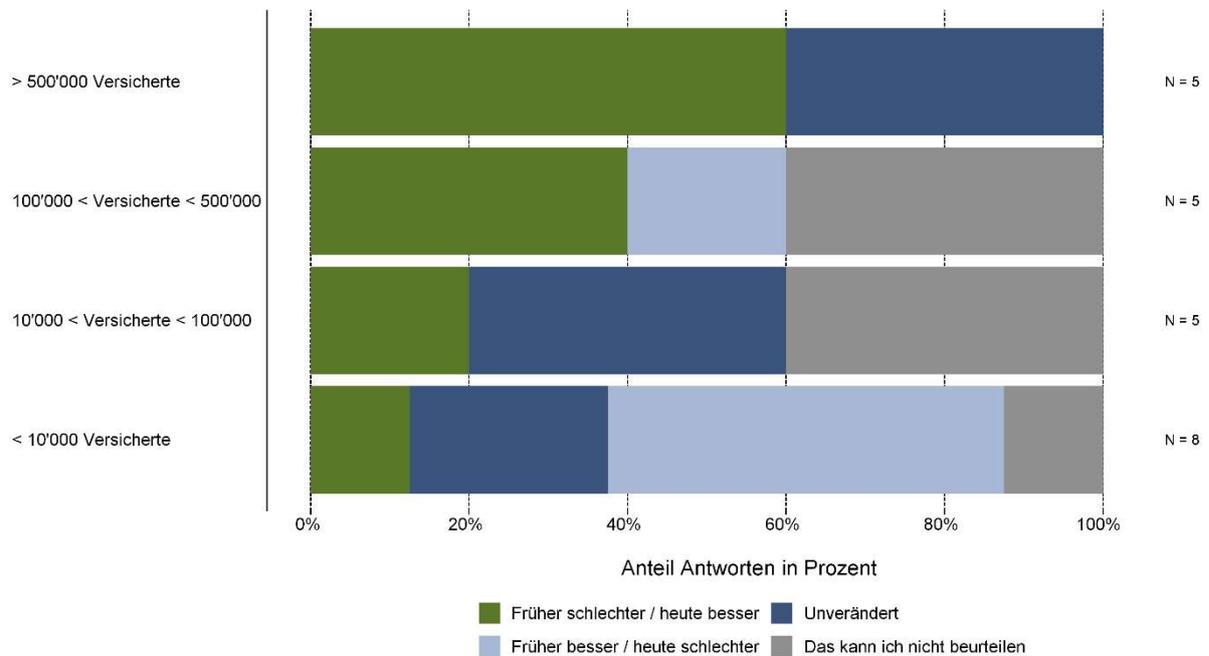


Frage 13: Beurteilung des Solvenztest, grosse Versicherer



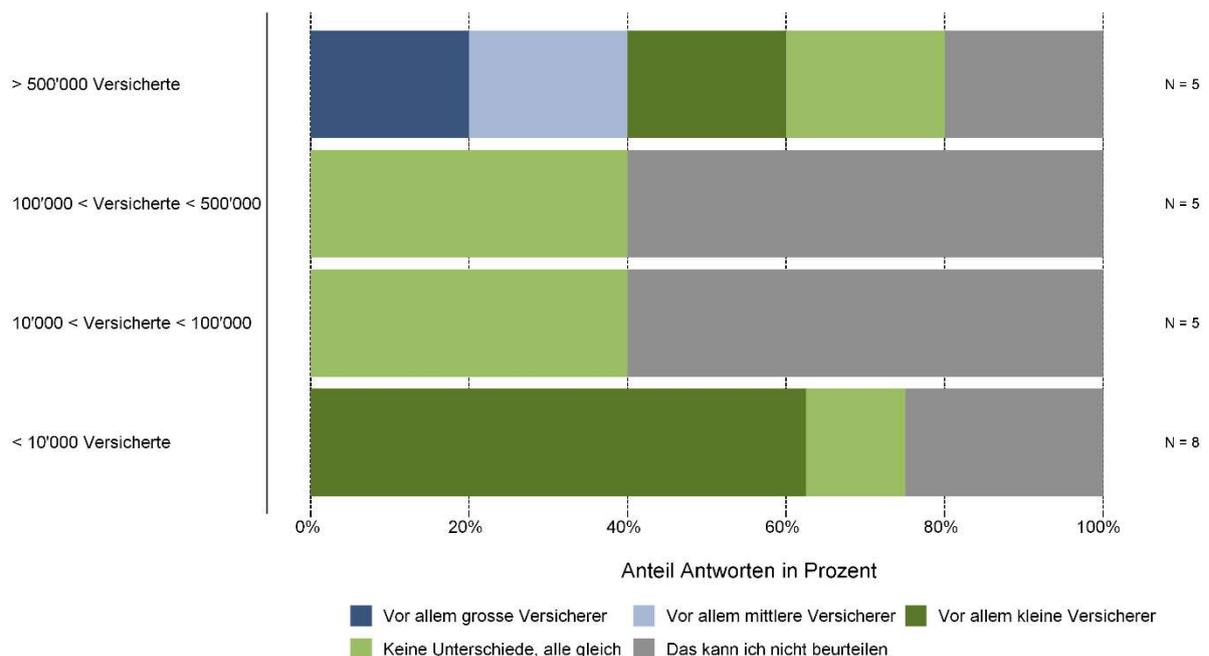
3.5.13 Frage 14a: Einschätzung der Veränderung der finanziellen Stabilität

Frage: War Ihrer Einschätzung nach, die finanzielle Stabilität der Versicherer im OKP-Bereich vor Einführung des KVAG 2016 schlechter oder besser als heute?



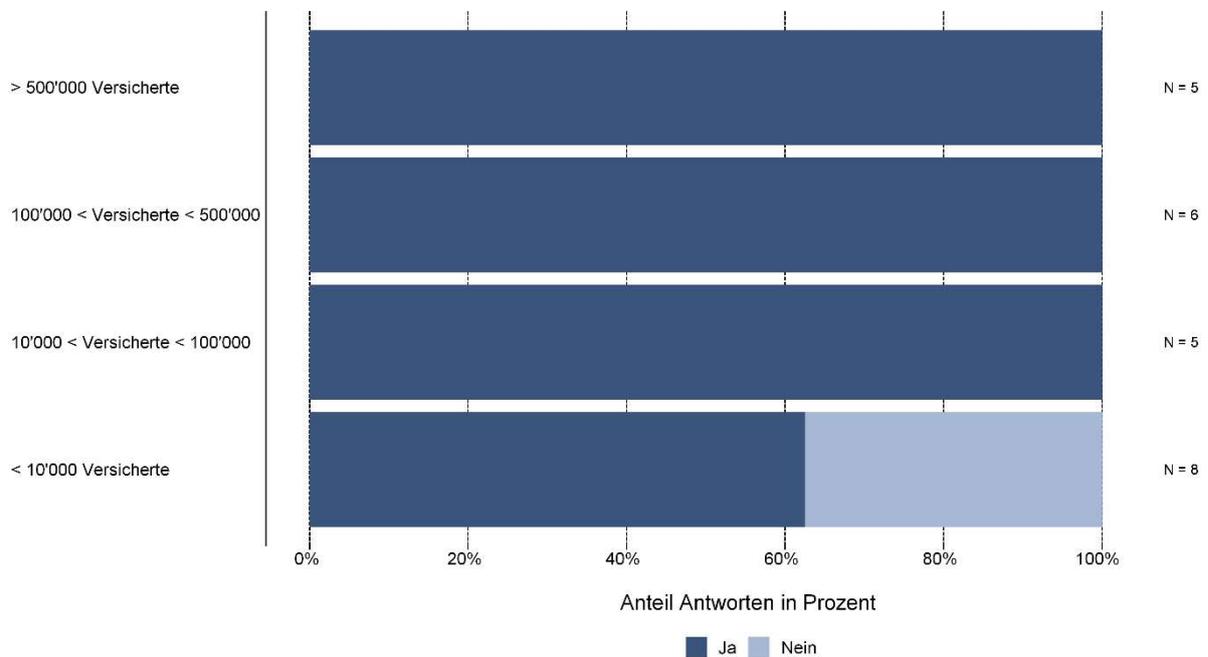
3.5.14 Frage 14b: Finanzielle Stabilität je nach Grössenkategorien

Frage: Betrifft diese Aussage vor allem grosse, mittlere oder kleine Versicherer?



3.5.15 Frage 15: Wurde ein Audit durchgeführt?

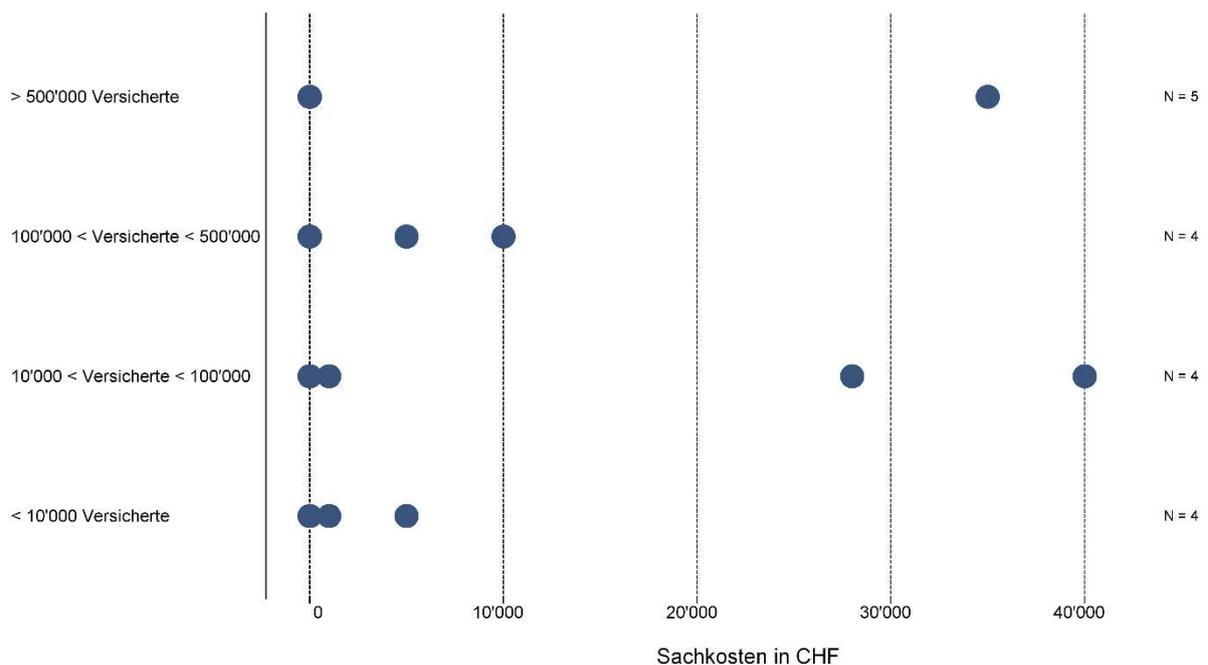
Frage: Wurde in den letzten fünf Jahren in Ihrer Versicherung/-gruppe ein Audit durchgeführt?



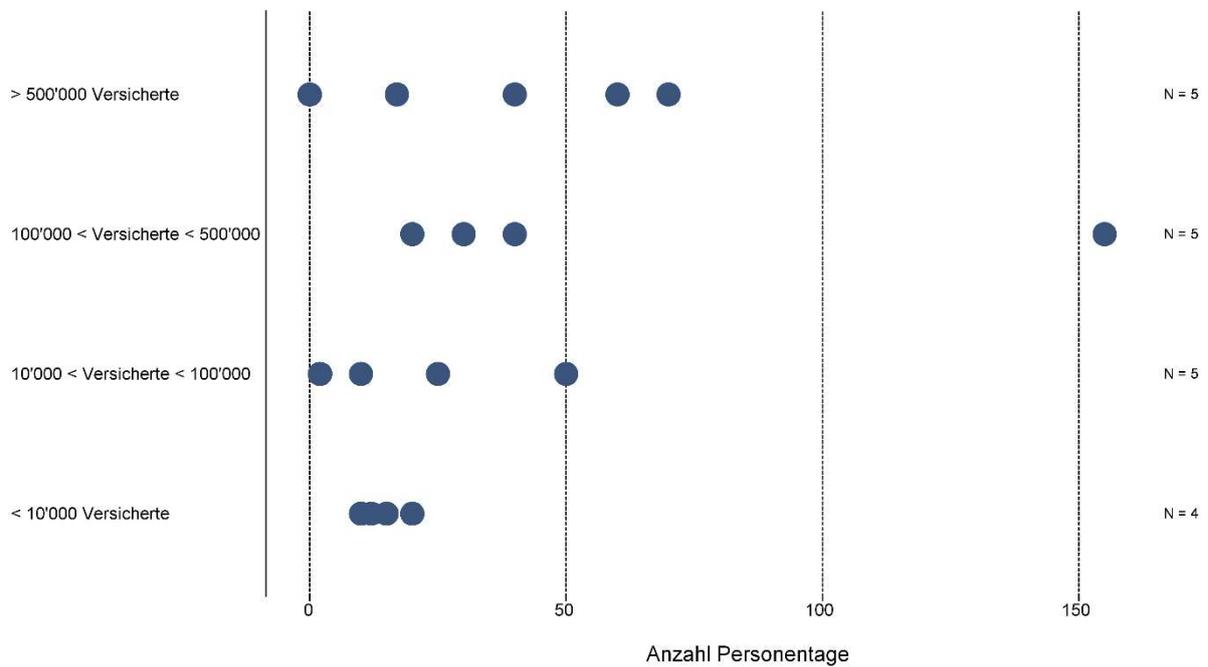
3.5.16 Frage 16: Aufwand für die Audits

Frage: Falls ein Audit durchgeführt wurde, wie hoch schätzen Sie ganz grob den Aufwand in Ihrem Unternehmen für ein solches Audit ein?

Sachkosten

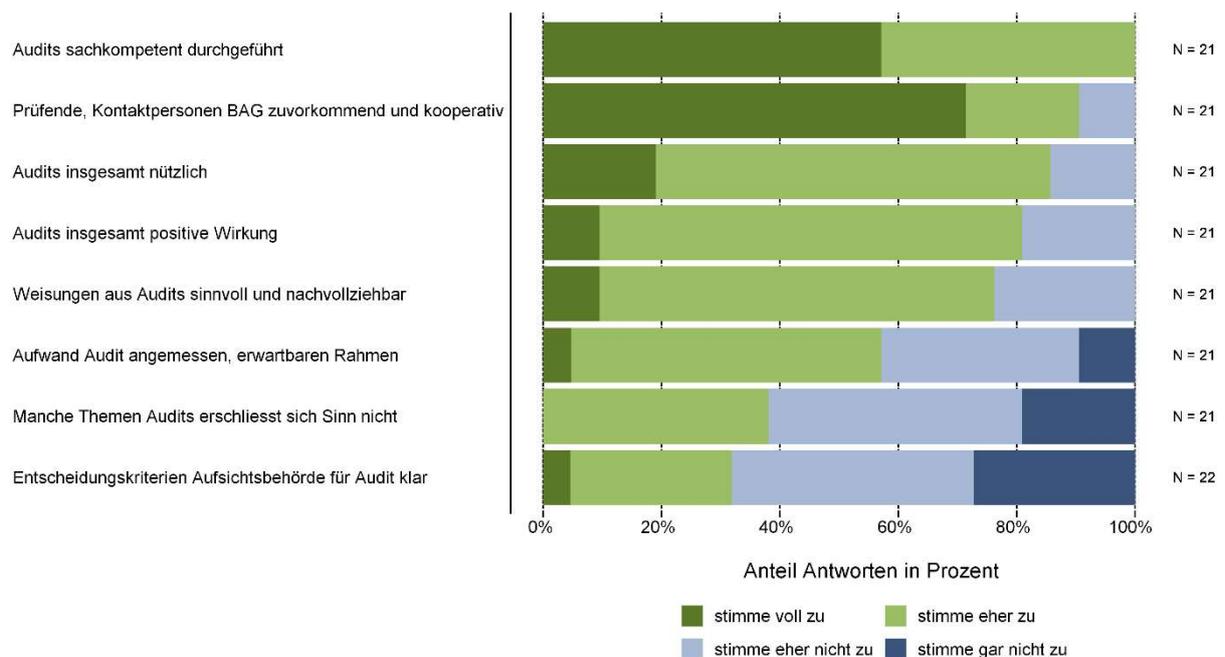


Personentage

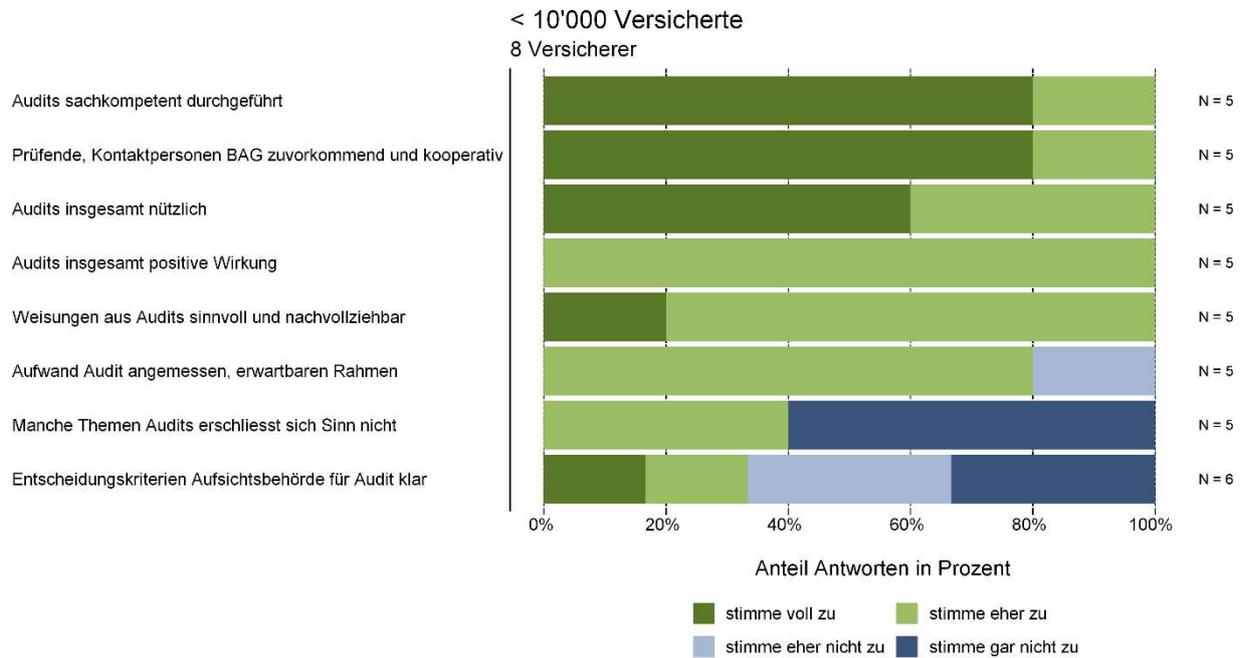


3.5.17 Frage 17: Beurteilung der Audit-Praxis des BAG

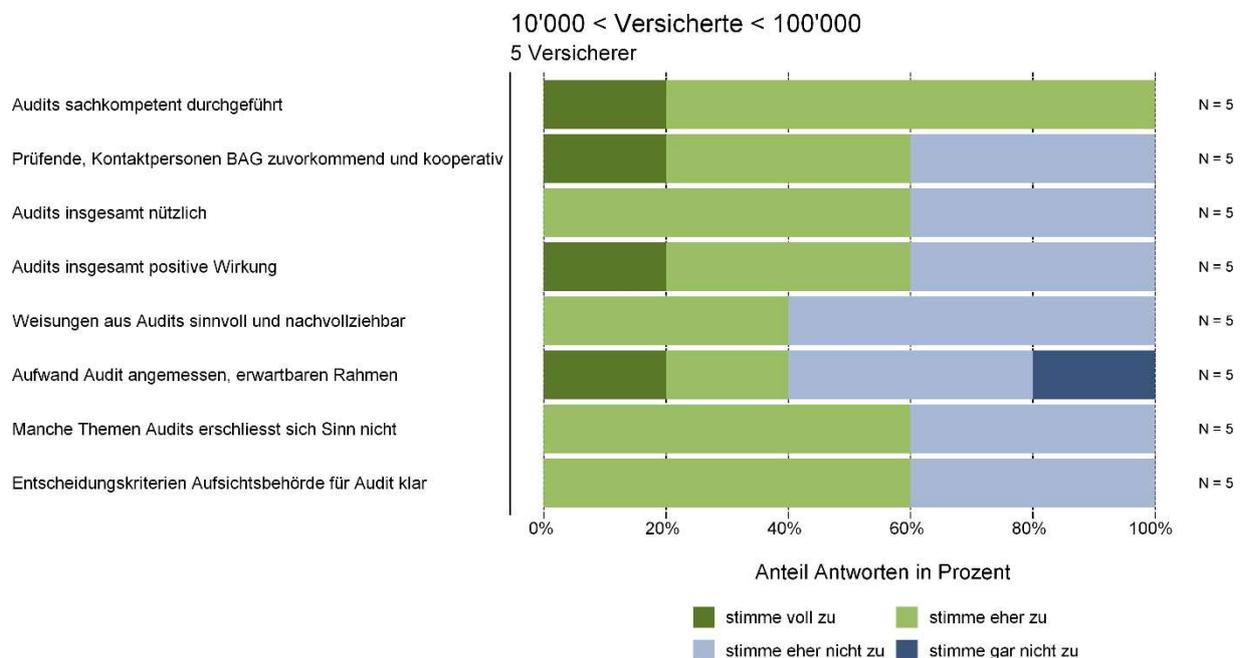
Frage: Falls bei Ihnen ein Audit durchgeführt wurde: Wie erlebten und erleben Sie die Praxis der Auditierung durch die Aufsichtsbehörde BAG? Inwiefern treffen folgende Aussagen ihrer Einschätzung nach zu?



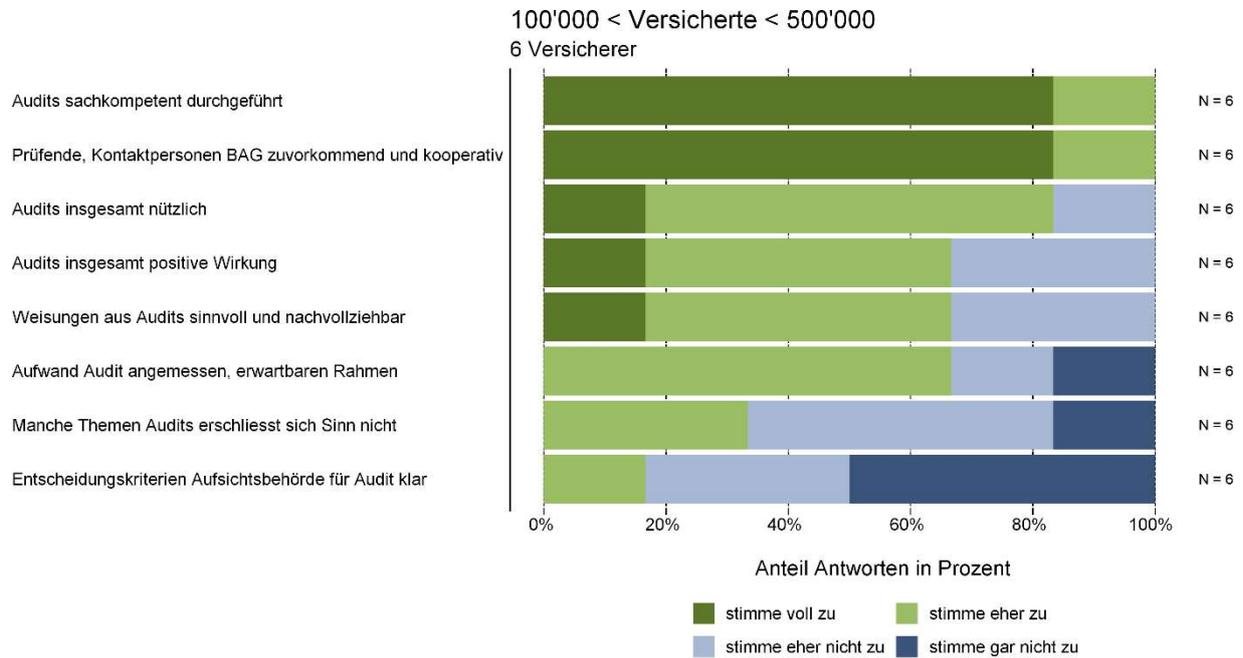
Frage 17: Beurteilung der Audit-Praxis des BAG, Kleinversicherer



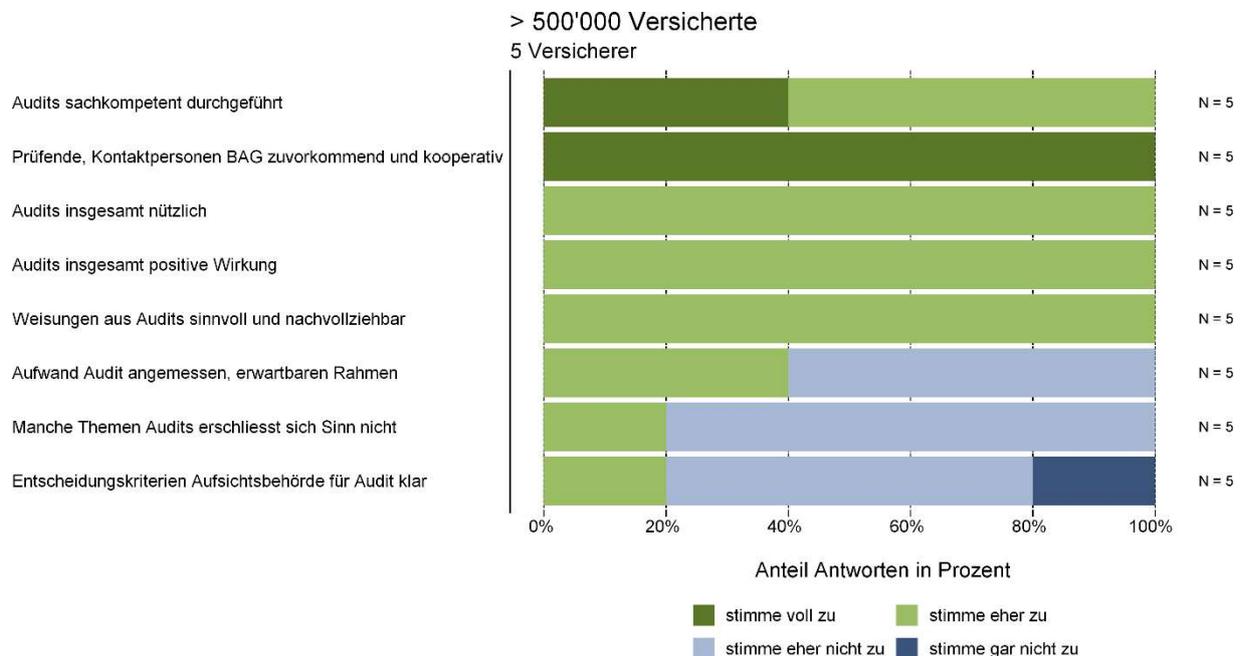
Frage 17: Beurteilung der Audit-Praxis des BAG, kleine Versicherer



Frage 17: Beurteilung der Audit-Praxis des BAG, mittelgrosse Versicherer

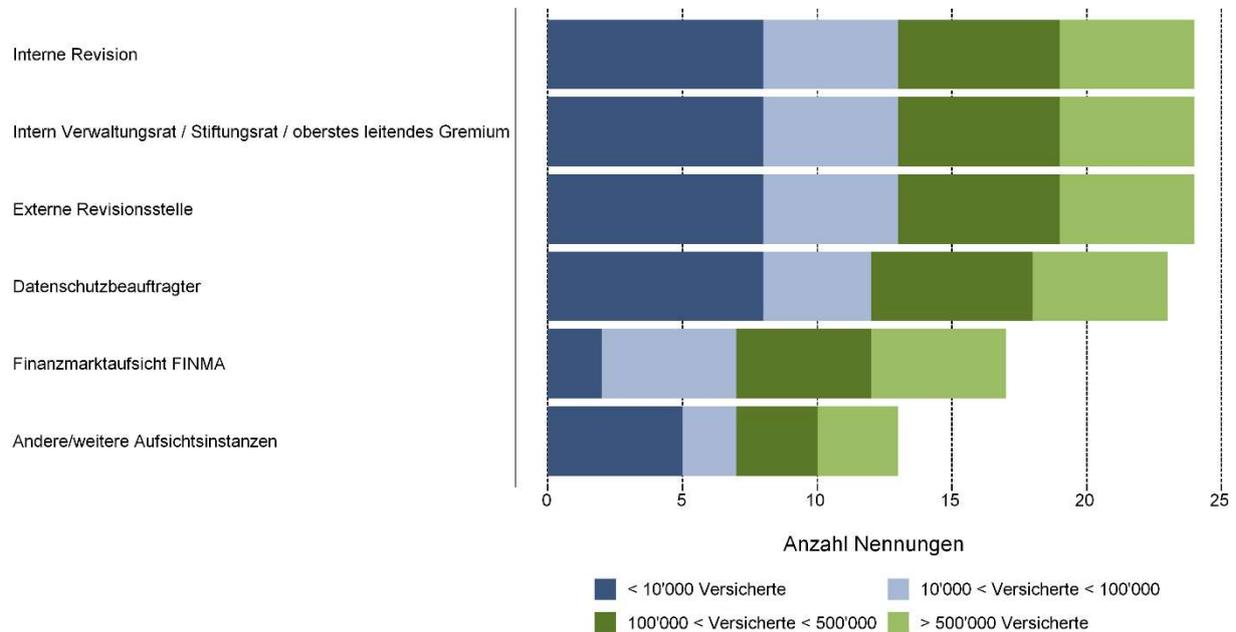


Frage 17: Beurteilung der Audit-Praxis des BAG, grosse Versicherer



3.5.18 Frage 18: An welche Aufsichtsbehörden wird rapportiert

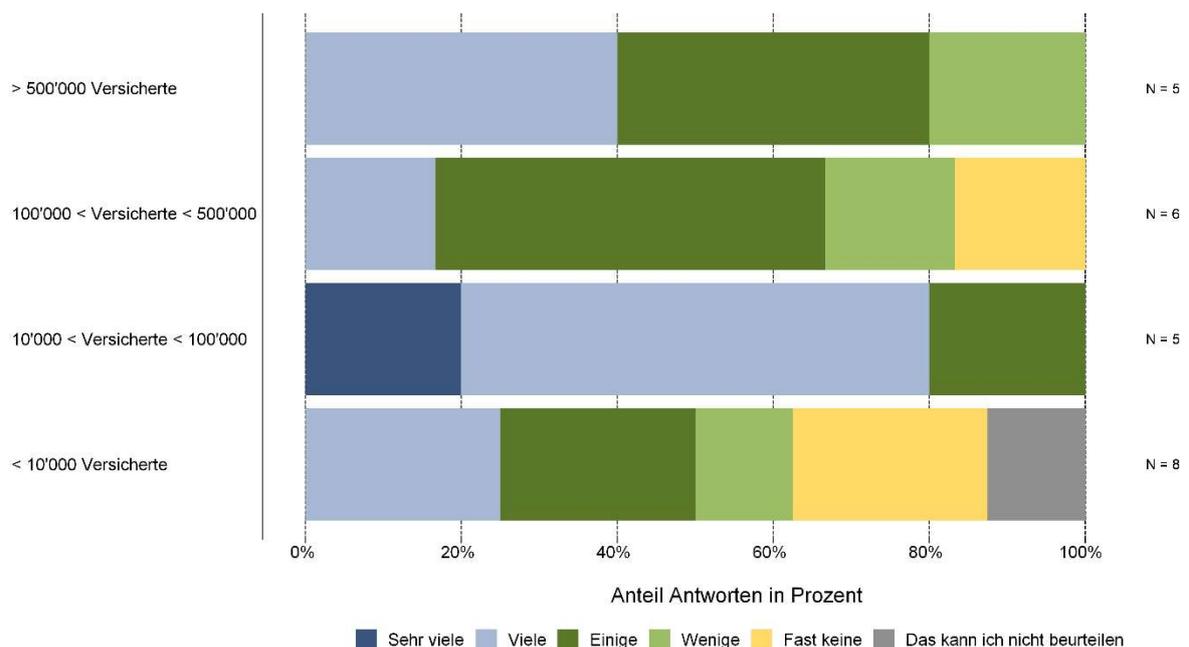
Frage: Von welchen Instanzen werden Sie intern und extern beaufsichtigt (neben der Aufsichtsbehörde BAG)? Wohin müssen sie überall rapportieren?



N = 24

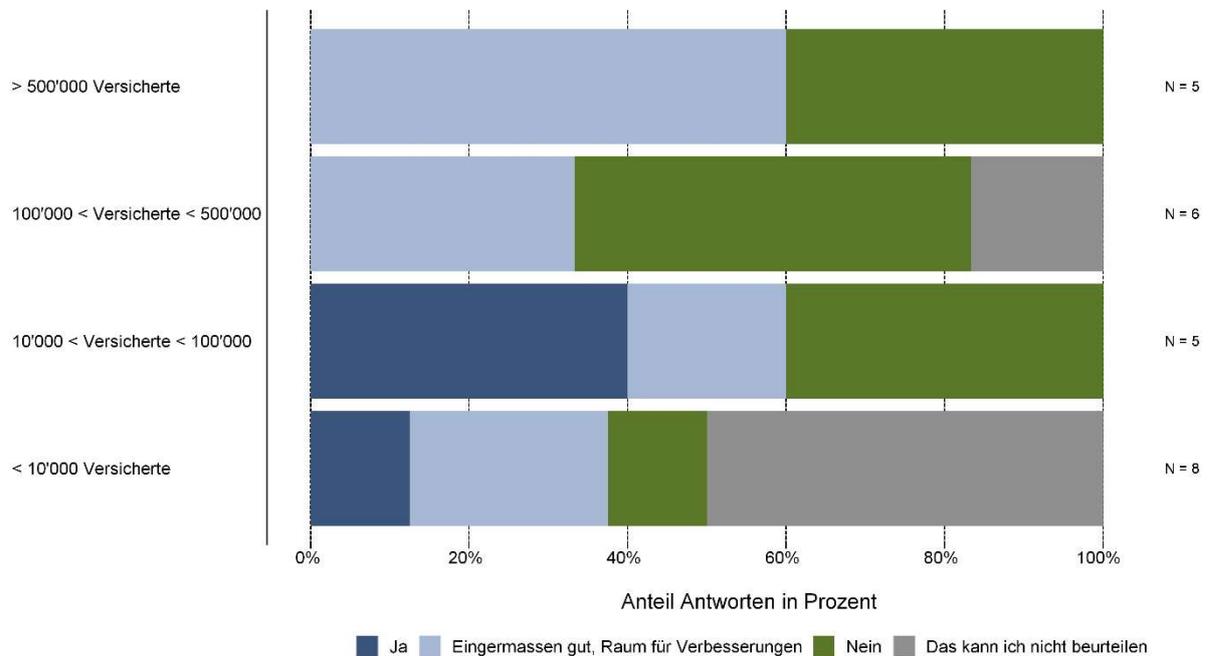
3.5.19 Frage 19: Anteil der mehrfach eingereichten Unterlagen

Frage: Was schätzen Sie, welchen Anteil der Unterlagen legen Sie der Aufsichtsbehörde BAG vor, die sie genauso oder in leicht geänderter Form anderen, auch internen Aufsichtsbehörden bzw. -stellen vorlegen, wie zum Beispiel ihrem Verwaltungsrat / Stiftungsrat, der FINMA, ihrer internen und externen Revisionsstelle, dem Datenschutzbeauftragten oder anderen?



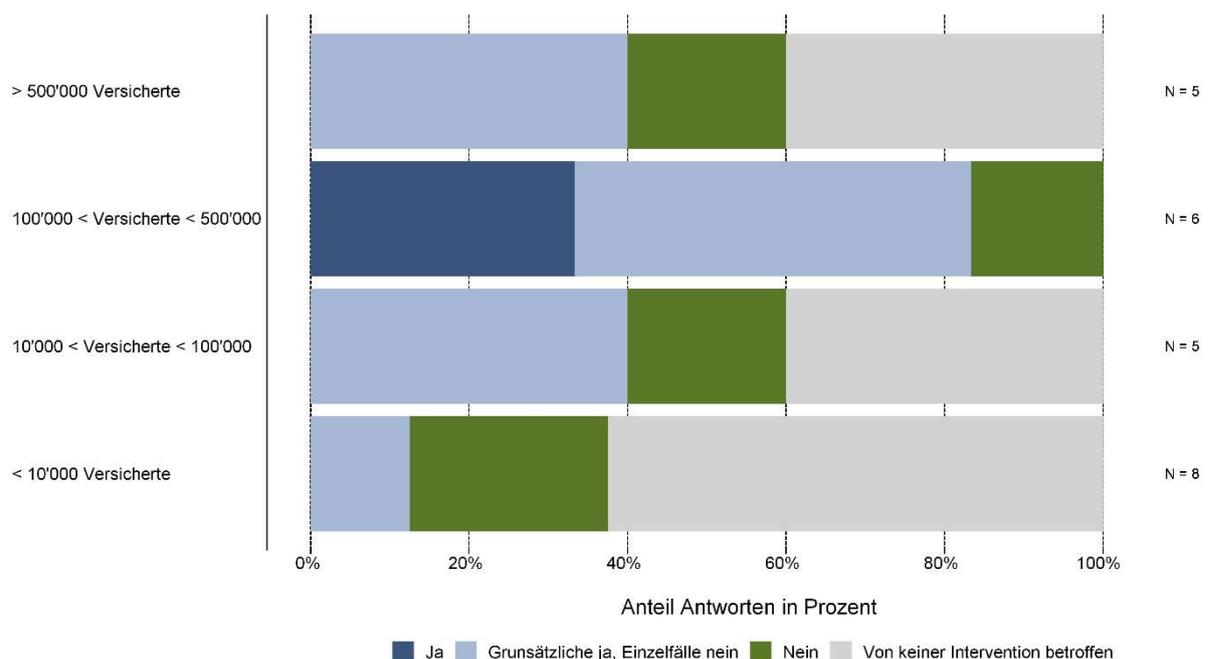
3.5.20 Frage 20: Koordination der Aufsichtsstellen

Frage: Ist die Arbeit der *externen* Aufsichtsstellen wie zum Beispiel der FINMA und anderen (ohne Verwaltungsrat/Stiftungsrat, interne Revision usw.) gut aufeinander abgestimmt / koordiniert?



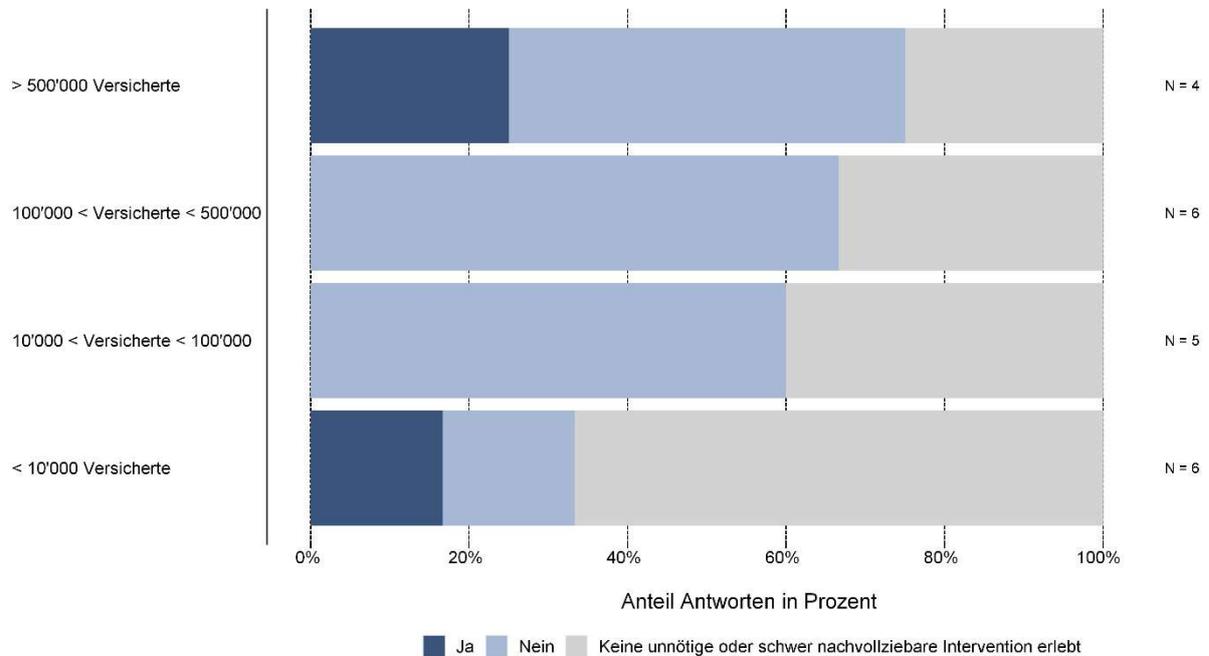
3.5.21 Frage 21: Notwendigkeit und Nachvollziehbarkeit der Interventionen

Frage: Wenn Ihre Versicherung in den letzten zwei Jahren Interventionen der Aufsichtsbehörde BAG wie Schreiben, Weisung, Mahnung, Verfügung, besondere Prüfung, Einfordern von Daten usw. zu gewärtigen hatte: Waren die Interventionen nötig und nachvollziehbar?



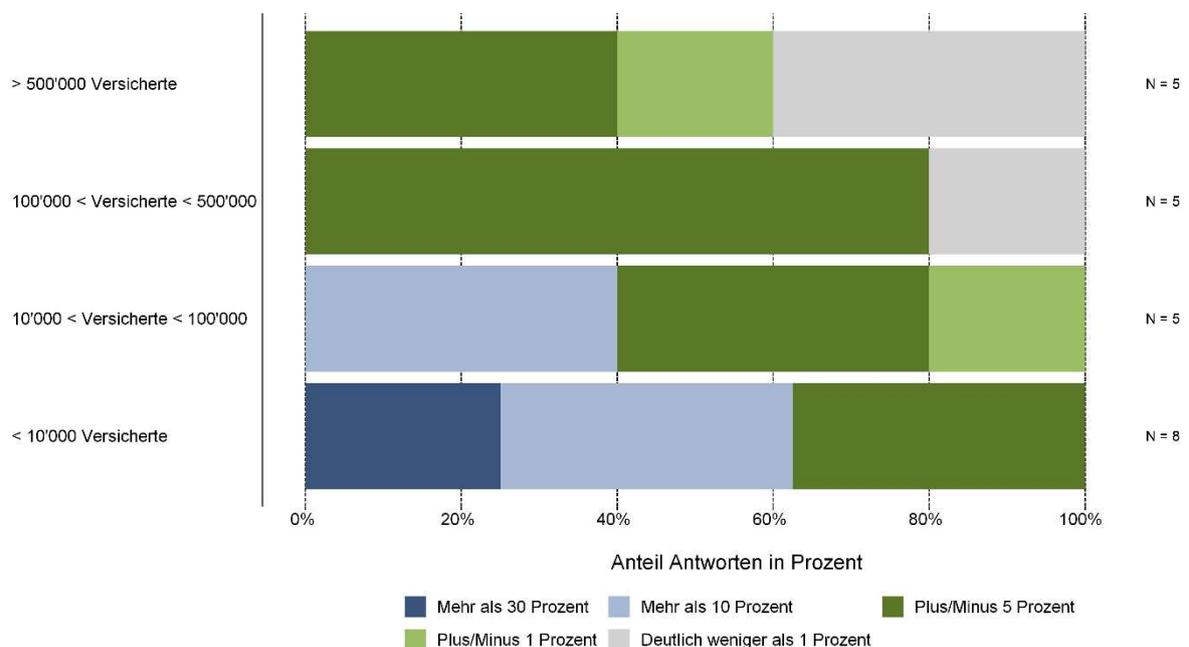
3.5.22 Frage 22: Unnötige, schwer nachvollziehbare Interventionen

Frage: Wenn Sie aus Ihrer Sicht unnötige oder schwer nachvollziehbare Interventionen erlebt haben, wären Sie bereit und in der Lage, uns (anonymisierte) Fallbeispiele zur Verfügung zu stellen und dürften wir Sie diesbezüglich kontaktieren?



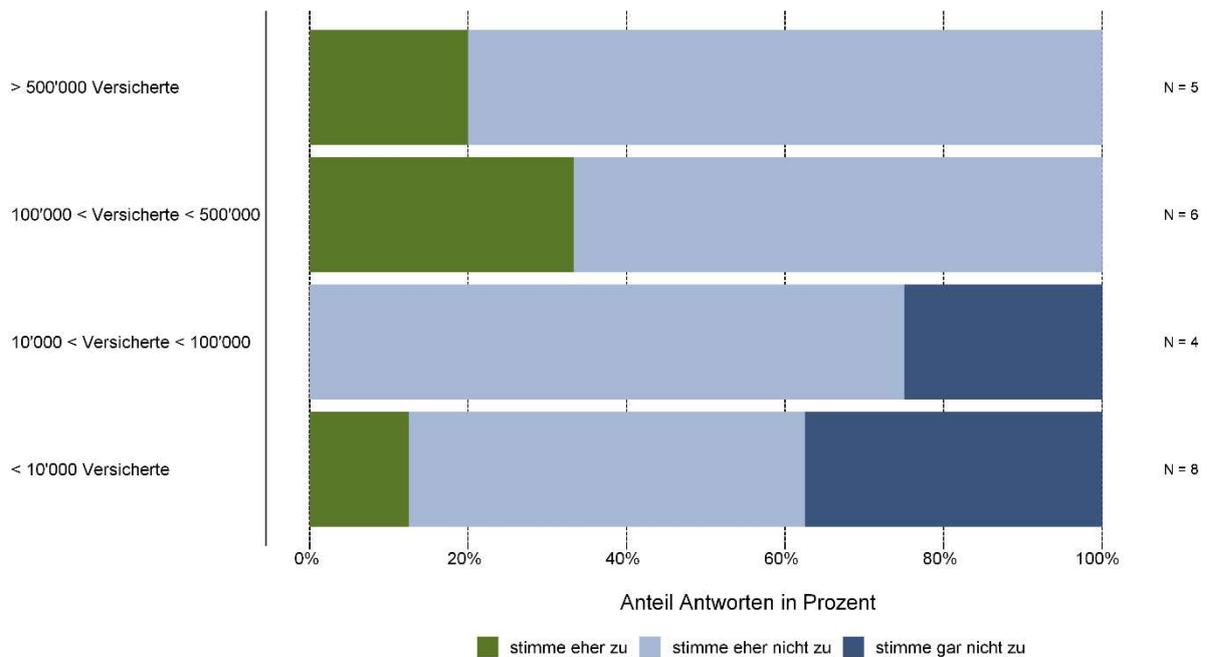
3.5.23 Frage 23a: Anteil des KVAG an den gesamten Verwaltungskosten

Frage: Wie gross ist nach Ihrer Schätzung der Anteil, den die Vorgaben des KVAG (nicht die des KVG oder der KVV) und die diesbezüglich Aufsichtstätigkeiten bzw. Aufsichtsmaßnahmen der Aufsichtsbehörde BAG an Ihren gesamten Verwaltungskosten ausmachen?



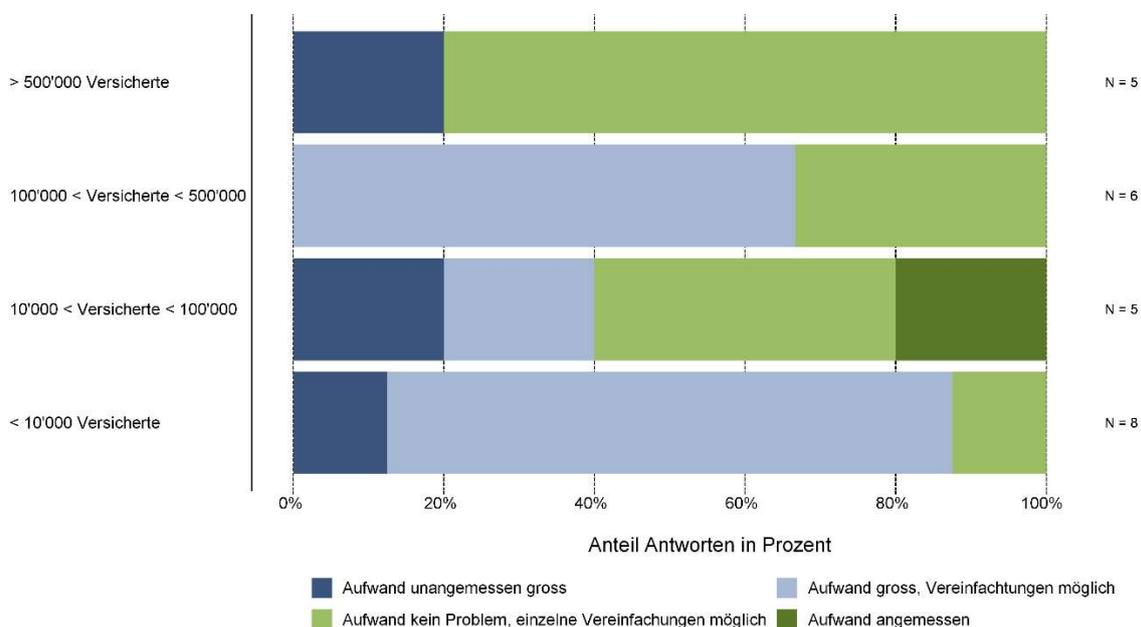
3.5.24 Frage 23b: KVAG bildet gute Geschäftsführung ab

Frage: Würden Sie hinsichtlich der Vorgaben des KVAG und der diesbezüglichen Aufsicht des BAG folgender Aussage zustimmen? Viele der Vorgaben des KVAG sind Teil der üblichen guten Geschäftsführung («Good-Governance»), die wir sowieso erfüllen, es kommen nur wenige Anforderungen darüber hinaus hinzu.



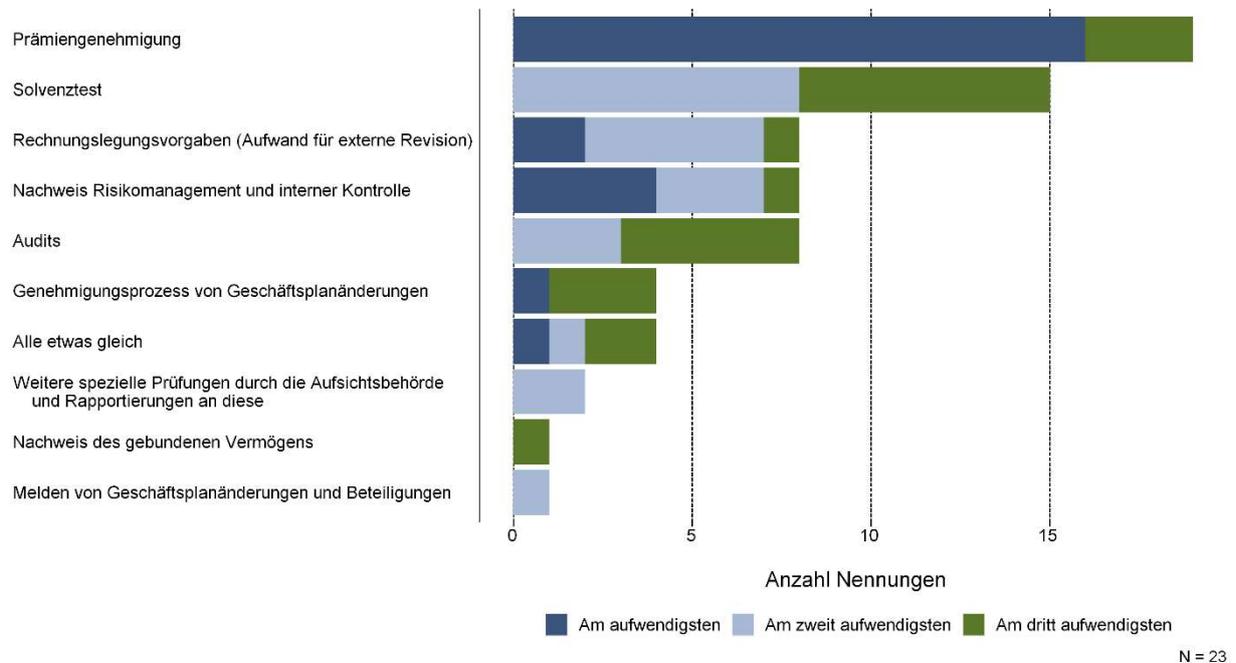
3.5.25 Frage 24: Wahrnehmung des Aufwands

Frage: Wie empfinden Sie das Ausmass des Aufwands, den sie für Vorgaben des KVAG (nicht die des KVG oder der KVV) und die diesbezügliche Aufsichtstätigkeiten bzw. Aufsichtsmaßnahmen der Aufsichtsbehörde BAG leisten müssen? Welcher Antwort würden Sie zustimmen

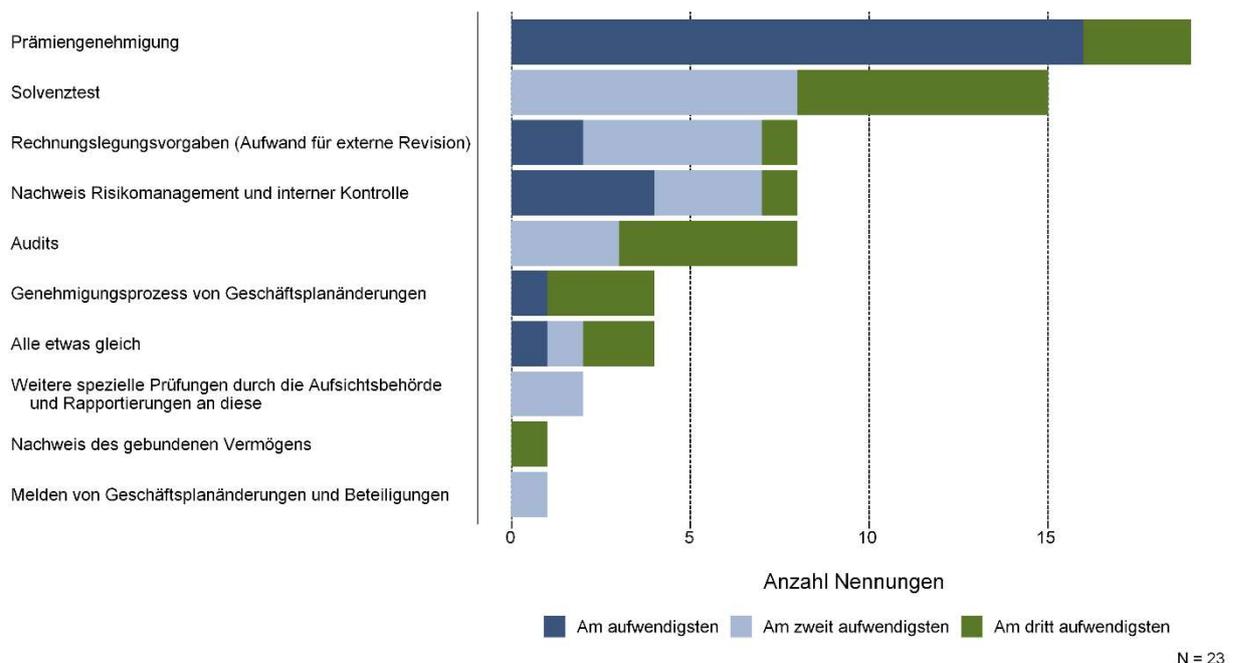


3.5.26 Frage 26a: Einschätzung grösster Aufwand

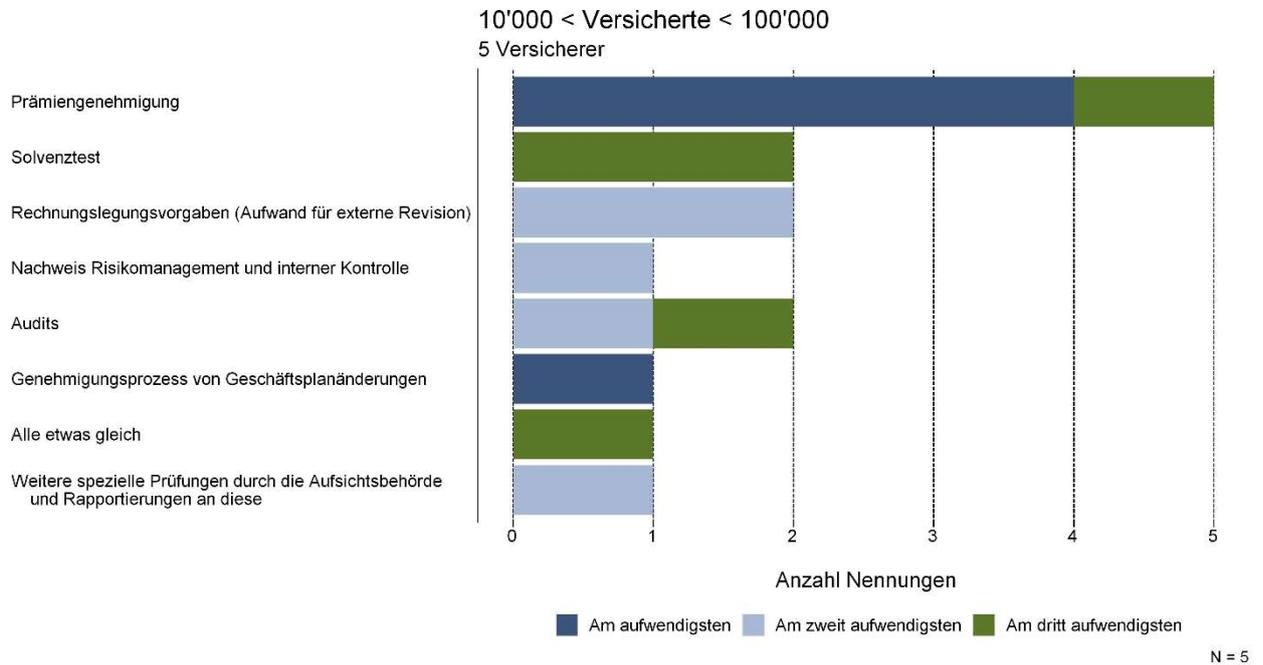
Frage: Welche Aufsichtstätigkeiten und Aufsichtsmaßnahmen der Aufsichtsbehörde BAG sowie Regelungen des KVAG verursachen im Schnitt pro Jahr den grössten Aufwand? Nennen Sie die aufwändigsten drei mit einer Rangordnung 1 / 2 / 3.



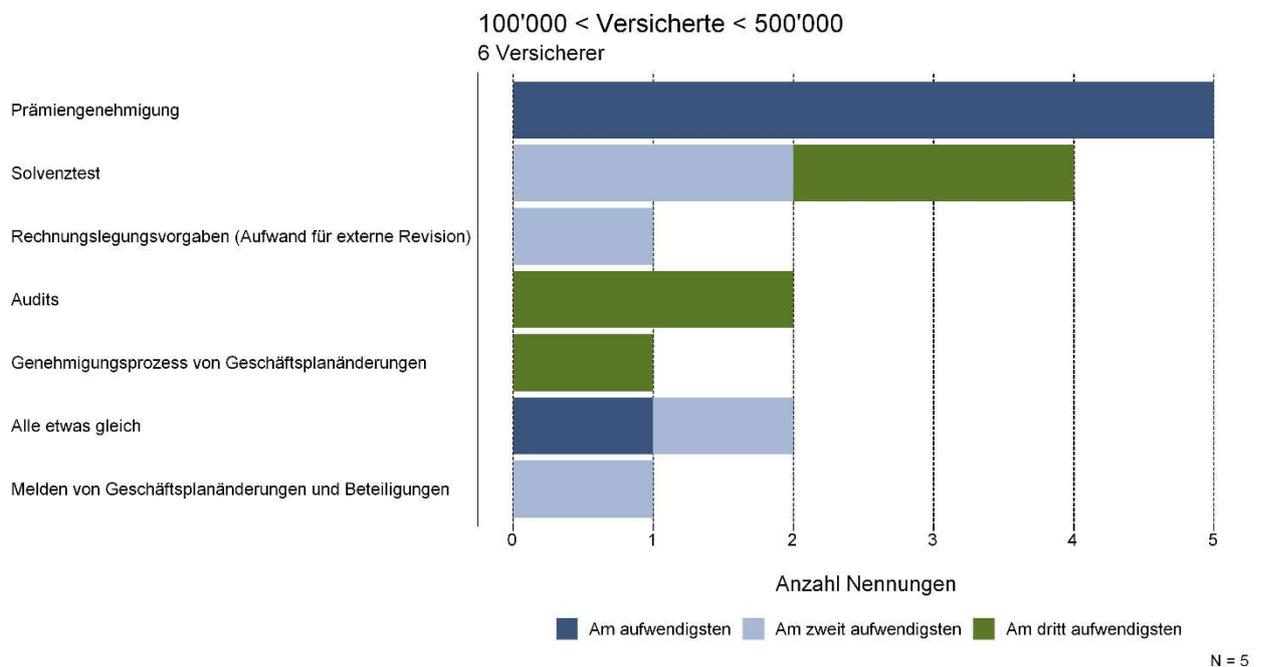
Frage 26a: Einschätzung grösster Aufwand, Kleinversicherer



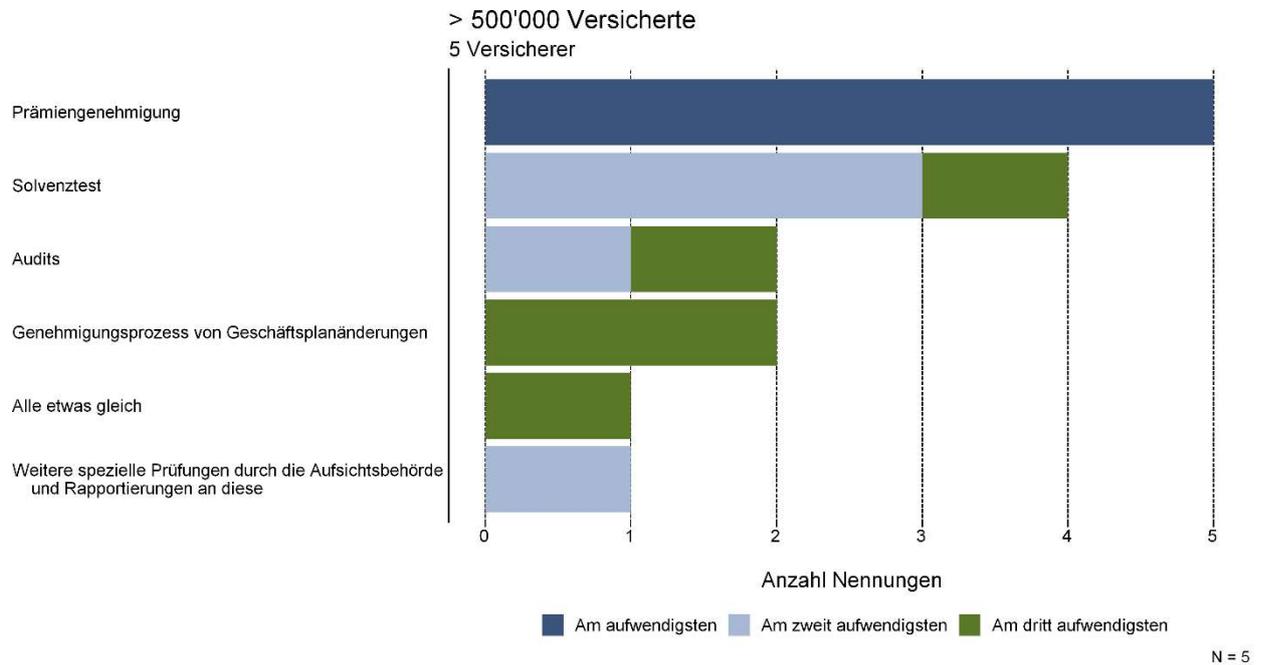
Frage 26a: Einschätzung grösster Aufwand, kleine Versicherer



Frage 26a: Einschätzung grösster Aufwand, mittelgrosse Versicherer

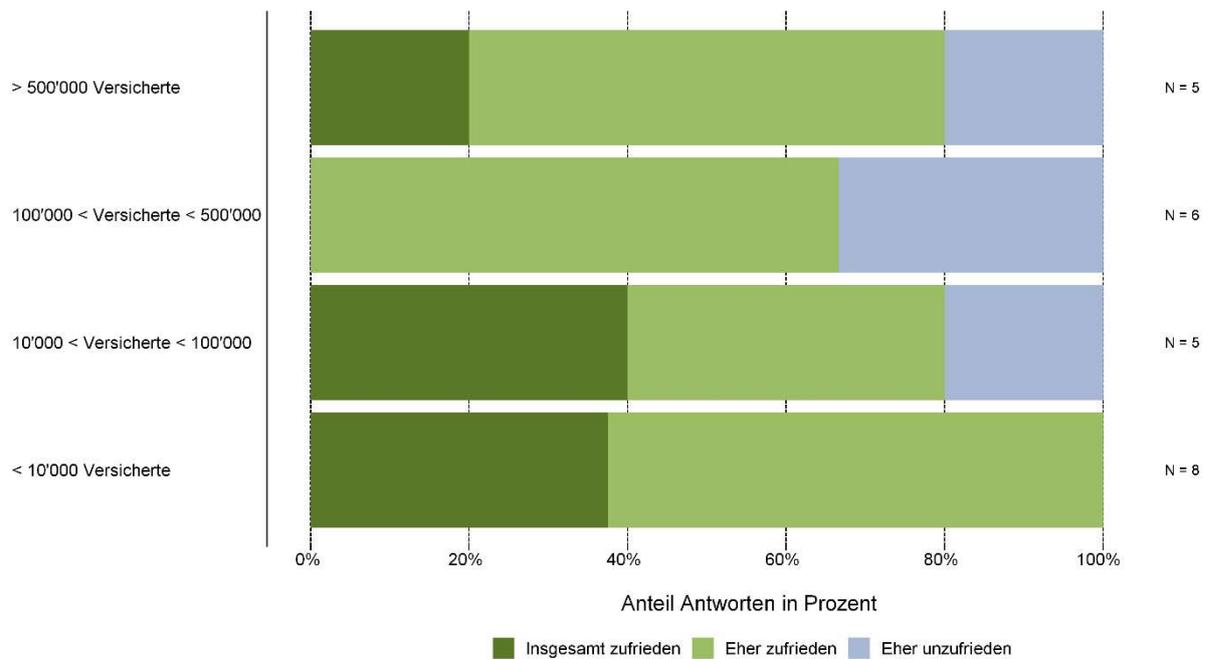


Frage 26a: Einschätzung grösster Aufwand, grosse Versicherer



3.5.27 Frage 27: Gesamtbeurteilung Aufsichtsbehörde

Frage: Wie beurteilen Sie die Tätigkeit der Aufsichtsbehörde BAG insgesamt? Das heisst, wie beurteilen Sie die Prozesse und die Praxis der Aufsichtsbehörde?



3.5.28 Frage 29: Verhältnis zwischen Versicherer und Aufsichtsbehörde

Frage: Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen bzw. von denjenigen Mitarbeitenden, die Umgang mit der Aufsichtsbehörde BAG haben, und der Aufsichtsbehörde charakterisieren?

