



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Tätigkeitsbericht 2019

Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung



Impressum

© Bundesamt für Gesundheit BAG

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit BAG

Publikationszeitpunkt: Februar 2020

Gestaltungskonzept: diff. Kommunikation AG, Bern

Bezugsquelle: BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern

www.bundespublikationen.admin.ch

verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Bestellnummer: 316.929.d

BAG-Publikationsnummer: 2019-KUV-07

www.bag.admin.ch

Diese Broschüre erscheint in deutscher und französischer Sprache.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	5
2	Grundlagen	6
2.1	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung	6
2.2	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Unfallversicherung	6
2.3	Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Militärversicherung	6
3	Aufsicht über die Krankenversicherer	7
3.1	Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen	7
3.2	KVG-Solvenztest 2019	7
3.3	Genehmigung der Prämien 2020	8
3.4	Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen	9
3.5	Prüfung des gebundenen Vermögens und des internen Kontrollsystems (IKS) durch die externe Revisionsstelle	9
3.6	Rückversicherung im KVG	10
3.7	Analyse der Geschäftsberichte	10
3.8	Änderungen der Geschäftspläne	11
3.9	Umsetzung EESSI in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	11
3.10	Audit	12
3.11	Behandelte Verfahren	13
4	Aufsicht über die Unfallversicherer	15
4.1	Anpassung der einheitlichen Rechnungsgrundlagen	15
4.2	Arbeitsgruppe «Zinssituation im UVG»	15
4.3	Arbeitsgruppe «Sportvereine»	16
4.4	Umsetzung EESSI in der obligatorischen Unfallversicherung	16
5	Aufsicht über die Militärversicherung	18
5.1	Strukturelle Reformen in der Militärversicherung	18
6	Aufsicht über die GE KVG	19
7	Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht	20
7.1	Aufsichtsdaten	20
7.2	Umfrage zur Rechnungskontrolle	20
7.3	Versichertenanfragen	21
8	Anhänge	23
8.1	Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG; RS 832.112.5)	23
8.2	Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (SR 832.112.1)	23
8.3	Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI, SR 832.112.11)	24
8.4	Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen (SR 832.106)	24
8.5	Verordnung des EDI über die Preisniveauintizes und die Durchschnittsprämien 2020 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen (SR 832.112.51)	24
8.6	Änderung der Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (SR 832.102.15)	25
9	Glossar	25
10	Abkürzungsverzeichnis	26



1 Vorwort

Im dritten Jahr seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) hat sich einmal mehr bestätigt, dass sich die neue Regulierung bewährt hat.

Seit Einführung des KVAG hatten Anfang 2019 zum ersten Mal alle Versicherer ausreichende Reserven, um den durchschnittlichen Verlust eines ausserordentlichen Jahres noch verkraften zu können. Zur guten Reservesituation beigetragen hat, dass die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Jahr 2018 nur marginal angestiegen sind. Dies hat auch dazu geführt, dass das Verhältnis von Prämien zu Kosten in diesem Jahr sehr gut ausgefallen ist. Davon haben die Versicherten profitiert, indem die Prämien in den Jahren 2019 und 2020 nur geringfügig erhöht worden sind. Die tiefen Prämien in diesen beiden Jahren sollten das Verhältnis der Ausgaben und Einnahmen wieder ins Gleichgewicht bringen.

Die Aufsicht hat sich aber auch dieses Jahr nicht nur mit finanziellen Aspekten befasst, sondern Prüfungsschwerpunkte bei den von den Versicherern implementierten Prozessen festgelegt. So haben wir uns im Jahr 2019 vergewissert, dass die Versicherer die von den Patienten eingereichten Rechnungen überprüfen. Ziel ist, dass nur bezahlt wird, was von den Krankenkassen effektiv vergütet werden muss, um die Prämien aller Versicherten so gut wie möglich zu entlasten. In unserem Auftrag haben die externen Revisionsstellen dieses Jahr erstmals überprüft, ob bei den Versicherern die notwendigen Kontrollen implementiert sind, um die Risiken in den Arbeitsprozessen im Griff zu haben. Ebenso haben wir im Jahr 2019 zum ersten Mal geprüft, ob die Gelder zur Deckung der Behandlungen, die am Ende des Jahres noch nicht bezahlt sind, gesondert ausgewiesen und gekennzeichnet werden. Die Aufsichtsbehörde soll im Notfall darauf zugreifen können, um die Interessen der Versicherten zu schützen.

Nebst diesen traditionellen Aufsichtsaufgaben haben wir beim elektronischen Datenaustausch der Sozialversicherer innerhalb Europas (EESSI) mitgearbeitet. Die technischen und organisatorischen Arbeiten wurden dabei so weit vorangetrie-

ben, dass im Jahr 2020 die ersten Geschäftsfälle elektronisch übermittelt werden können. Aber auch intern müssen wir unsere Tools den neuesten Entwicklungen anpassen, weil das Informationssystem zur Datenerfassung und -analyse der Aufsicht (ISAK) ans Lebensende gekommen ist.

Zwar läuft erst Ende 2020 die letzte Übergangsfrist des KVAG ab; erst dann müssen die Anforderungen an die Gewähr für eine einwandfreie Geschäftsführung und an die Übertragung von Aufgaben an Dritte erfüllt sein. Es lässt sich aber heute schon sagen, dass sich das neue Aufsichtsrecht bewährt hat. Die Versicherer entwickeln sich laufend weiter, sei es in der Digitalisierung oder in anderen Bereichen. Als Aufsicht stehen wir diesen Neuerungen offen gegenüber und passen unsere Tätigkeiten dem Markt an.

Helga Portmann

Die Leiterin der Abteilung Versicherungsaufsicht

2 Grundlagen

2.1 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung

Das Bundesamt für Gesundheit BAG beaufsichtigt die Versicherer der sozialen Krankenversicherung (Krankenkassen und betroffene private Versicherungsunternehmen), die Rückversicherer der sozialen Krankenversicherung und die Gemeinsame Einrichtung (GE KVG), gestützt auf das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) sowie die Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV; SR 832.121). Dabei schützt die Aufsichtsbehörde die Versicherten vor Missbräuchen und wacht darüber, dass die Versicherer solvent sind. Nebst den Finanzierungsvorschriften und den Vorgaben zur Prämien genehmigung beinhalten das KVAG und die KVAV namentlich auch Vorgaben zur einwandfreien Geschäftsführung, zum Risikomanagement, zu den internen Kontrollen und zur externen Revisionsstelle, welche die Versicherer zu erfüllen haben und die von der Aufsichtsbehörde geprüft werden.

2.2 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Unfallversicherung

In der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) ist zwischen der Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung, der sogenannten Gesetzes- oder Vollzugsaufsicht, und der Aufsicht über die Geschäftsführung und die Solvenz, der sogenannten institutionellen Aufsicht, zu unterscheiden. Bei allen Versicherungsgesellschaften, die

das UVG anbieten, hat das BAG die Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung. Dies gilt für Privatversicherer, die Suva und die öffentlichen Unfallversicherungskassen.

Bei den Privatversicherern obliegt die institutionelle Aufsicht der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA). BAG und FINMA haben die Aufsicht zu koordinieren. Der Bundesrat hat die institutionelle Oberaufsicht über die Suva, die vom BAG ausgeübt wird. Die direkte institutionelle Aufsicht über die Suva obliegt dem Suva-Rat. Bei den öffentlichen Unfallversicherungskassen obliegt die institutionelle Aufsicht hingegen dem Gemeinwesen, welches die Versicherung errichtet hat. Bei den Versicherern gemäss KVAG obliegen die Gesetzesaufsicht und die institutionelle Aufsicht dem BAG.

2.3 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Militärversicherung

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

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

3 Aufsicht über die Krankenversicherer

3.1 Interventionen aufgrund finanzieller Kennzahlen

Die Aufsichtsbehörde richtet ihr Augenmerk auf die Solvenz der Krankenversicherer und stützt sich dabei auf ihr Interventionskonzept, um die mögliche Insolvenz eines Krankenversicherers abzuwenden.

Im Januar jedes Jahres wird die aktuelle Situation der Krankenversicherer unter Berücksichtigung der Solvenzquoten, der Combined Ratios und der Höhe der Rückstellungen pro versicherte Person evaluiert. Aufgrund dieser Bewertung unterliegen Akteure mit hoher Risikoexposition während des Geschäftsjahrs einem periodischen Reporting (monatlich/vierteljährlich) bei der Aufsichtsbehörde.

Das Interventionskonzept des BAG beinhaltet sechs Kategorien zur Einstufung der Krankenversicherer. Versicherer, deren Aufsicht keine speziellen Massnahmen verlangt, entsprechen der ersten Kategorie. Die anderen Kategorien beinhalten Massnahmen, welche je nach Höhe der Risikoexposition eine Stellungnahme bzw. eine vierteljährliche oder monatliche Datenübermittlung mit sich bringen. Versicherer, welchen eine Insolvenz unmittelbar bevorsteht und ein Entzug der Zulassung droht, gehören in die letzte Kategorie.

Am 28. Februar 2019 hat die Aufsichtsbehörde die betroffenen Krankenversicherer über deren Evaluation informiert. In diesem Schreiben hat sie festgestellte Schwächen und die damit verbundenen Massnahmen bekannt gegeben und die Krankenversicherer um eine Stellungnahme gebeten.

2019 hat die Aufsichtsbehörde festgestellt, dass sieben Krankenversicherer nur teilweise die Anforderungen an ihre finanzielle Situation erfüllten. Von diesen Versicherern mussten sechs vierteljährlich und einer sogar monatlich Finanzzahlen an die Aufsichtsbehörde rapportieren.

3.2 KVG-Solvenztest 2019

Zur Sicherstellung der Solvenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung müssen die Versicherer ausreichende Reserven halten. Die Mindesthöhe dieser Eigenmittel wird seit dem Jahr 2012 durch die vom Versicherer eingegangenen Risiken bestimmt (Art. 14 KVAG). Im KVG-Solvenztest werden analog zum Swiss Solvency Test (SST) der FINMA die versicherungstechnischen Risiken, die Markt- und die Kreditrisiken evaluiert und mit krankensicherungsspezifischen sowie finanzmarktrelevanten Szenarien angereichert. Die zu Beginn des Jahres vorhandenen Reserven im Verhältnis zu diesen risikobasierten Mindestreserven ergeben die Solvenzquote für ein bestimmtes Geschäftsjahr. Das Sicherheitsniveau ist auf 1% eingestellt. Mit anderen Worten können die Reserven in 99 von 100 Fällen die Verluste decken und selbst im Durchschnitt der schlimmsten 1% ausreichend sein.

Ein grosser Teil der Verpflichtungen der Krankenversicherer besteht aus den versicherungstechnischen Rückstellungen. Um die Angemessenheit und das Schätzrisiko der Rückstellungen mit aktuariellen Methoden beurteilen zu können, erhebt das BAG seit Einführung des KVG-Solvenztests jährlich die Schadenabwicklungsdaten der letzten fünf Jahre in monatlicher Granularität.

Das BAG prüfte die eingegebenen KVG-Solvenztests 2019 und die dazu eingegebenen Berichte. Da einige Eingaben nicht den Anforderungen entsprachen, musste das BAG Neueingaben einfordern. Prüfungsschwerpunkt waren in diesem Jahr die Finanz- und Kreditrisiken. Es ging um die adäquate Berücksichtigung von Forderungen innerhalb von Versicherungsgruppen und um ausstehende Forderungen von Risikoausgleichszahlungen gegenüber der gemeinsamen Einrichtung KVG.

Die Solvenzquoten, die Mindesthöhen der Reserven für das Jahr 2019 und die vorhandenen Reserven am 1. Januar 2019 wurden am 26. September 2019 publiziert. In der unten stehenden Tabelle sind die Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz nach Jahr dargestellt.

Jahr	2012	2013	2014	2015
Anzahl Versicherer insgesamt	68	68	67	65
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	7	7	7	3

Jahr	2016	2017	2018	2019
Anzahl Versicherer insgesamt	63	59	57	57
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	14	6	2	0

Bei der Beurteilung der Solvenzquoten der Versicherer ist zu beachten, dass bei zwei Versicherern zusätzliche Einschüsse berücksichtigt werden und die Solvenzquote bei einem Versicherer eine Kapitalerhöhung beinhaltet. Dies wurde vom BAG beanstandet. Ohne diese Einschüsse würden die Solvenzquoten der betreffenden Versicherer tiefer ausfallen.

3.3 Genehmigung der Prämien 2020

Die Krankenversicherer reichten dem BAG per 31. Juli 2019 die Prämien für das Jahr 2020, zusammen mit Hochrechnungen der Kosten und Angaben zur Anzahl der Versicherten, zur Genehmigung ein.

Die Prüfung und Genehmigung der Prämienangaben der Versicherer erfolgt auf Basis des KVAG und seiner Ausführungsbestimmungen. Mit der Genehmigung der Prämien wird sichergestellt, dass sie den rechtlichen Bestimmungen

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

Das BAG prüft die Prämien der OKP für Schweizer Versicherte, für Versicherte mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA, die sich nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) versichern, sowie für die freiwillige Einzeltaggeldversicherung nach KVG. Im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung für Schweizer Versicherte wurden von 51 Versicherern über 250 000 Prämien zur Genehmigung unterbreitet. Die Versicherer sind im Durchschnitt in etwa 20 Kantonen tätig – zu prüfen waren somit die Prämien für über 1000 Risikokollektive. 24 Versicherer bieten zusätzlich auch eine EU-/EFTA-Versicherung und sechs Versicherer ausschliesslich die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG an.

Basierend auf der individuellen Reservesituation des Versicherers sowie den erwarteten Kapitalerträgen schätzt das BAG die Combined Ratio, d.h. das Verhältnis von Ausgaben zu Einnahmen, die die Versicherer im kommenden Jahr erzielen müssen. Hat ein Versicherer genügend Reserven, so kann er die Erträge aus seinem Kapital anrechnen lassen, und zwar bis zur Höhe des Prozentsatzes, den er in den letzten zehn Jahren durchschnittlich erwirtschaftet hat. Seine Combined Ratio kann so 100% übersteigen; muss er dagegen Reserven aufbauen, ist eine Combined Ratio von deutlich unter 100% anzustreben.

Aufgrund von Kostenprognosen, Erfahrungswerten und Vergleichen zwischen Versicherern hat das BAG die eingegebenen Hochrechnungen und Budgets für die Geschäftsjahre 2019 und 2020 plausibilisiert.

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs mittels Einführung der pharmazeutischen Kostengruppen

(PCG) für das Jahr 2020 stellte eine besondere Herausforderung bei der diesjährigen Genehmigung der Prämien dar. Vor allem ambulant behandelte, teure Versicherte werden so nämlich besser erfasst und deren Versicherer besser entschädigt. Als Grundlage für die Plausibilisierung der Eingaben der Versicherer dienten dem BAG dabei zwei Probeläufe, in welchen für die Jahre 2017 respektive 2018 ein fiktiver Risikoausgleich inklusive neuen Morbiditätsfaktors PCG berechnet wurde. Diese Probeläufe wurden durch die GE KVG mit Unterstützung des BAG durchgeführt.

Die Prämien sämtlicher Versicherten wurden für das ganze Jahr 2020 genehmigt und am 24. September 2019 publiziert. Der Anstieg der gesamtschweizerischen mittleren Prämie im Vergleich zum Jahr 2019 beträgt 0,2%. Dabei beträgt die Veränderung für Erwachsene (ab 25 Jahren) 0,3%, für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) -2,0% und für Kinder (unter 18 Jahren) 0%.

Zeitgleich mit der Genehmigung der Prämien wurde das Gesuch eines Versicherers zum freiwilligen Abbau von Reserven genehmigt.

3.4 Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen

Das KVAG erlaubt es den Versicherern, einen Prämienausgleich beim BAG zu beantragen, wenn die Prämieinnahmen eines Versicherers in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton lagen, sodass das Gleichgewicht zwischen Prämien und Kosten wiederhergestellt wird. Somit können Versicherte eine Prämienrückerstattung erhalten, wenn sie in einem Kanton leben, in dem sich die Prämien des Versicherers im Nachhinein als zu hoch erwiesen bzw. die Kosten für medizinische Behandlungen tiefer ausgefallen sind, als bei der Prämienfestsetzung erwartet.

Aufgrund des ausserordentlich tiefen Leistungskostenanstiegs im Jahre 2018 hat die Aufsichtsbehörde 2019 von sieben Versicherern Gesuche zum

Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen erhalten, welche sie bewilligt hat. Die sieben Gesuchsteller beantragten Prämienausgleichszahlungen für das Geschäftsjahr 2018 in verschiedenen Kantonen. Von den Rückerstattungen profitierten insgesamt mehr als eine Million Versicherte, welche per 31. Dezember 2018 bei den Gesuchstellern in den betroffenen Kantonen versichert waren.

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

In den von der Aufsichtsbehörde ausgearbeiteten Prüfprogrammen wurden verschiedene Prüffelder zum gebundenen Vermögen sowie zu den unternehmensweiten Kontrollen und zum IKS-Framework festgelegt. Die vorgesehenen Prüfungen wurden erstmals durch die Revisionsstellen für das Geschäftsjahr 2018 durchgeführt, und die erstellten Prüfprogramme sind im Verlauf des ersten Semesters 2019 eingereicht worden. Alle Beanstandungen und Empfehlungen aus diesen Prüfungen sind in die aufsichtsrechtliche Berichterstattung über das Geschäftsjahr 2018 eingeflossen.

Die eingereichten Arbeitspapiere der Revisionsstellen sind kritisch gewürdigt worden. Für die qualitative und quantitative Beurteilung hat die Aufsichtsbehörde ein Analysetool entwickelt, welches der Aufsicht einen raschen Überblick über die wesentlichen Feststellungen ermöglicht. Alle wichtigen Feststellungen, insbesondere deren Beanstandungen und Empfehlungen, wurden mit den Revisionsstellen besprochen. Zwecks Sicherstellung eines einheitlichen Verständnisses bei der Beurteilung und Weiterverfolgung der Feststellungen wurden im Herbst alle Revisionsstellen in das BAG eingeladen. Im Nachgang zu diesem Austausch mit den Revisoren fanden mit allen Revisionsstellen auch noch Einzelgespräche statt. Die Aufsichtsbehörde hat gegenüber den Versicherern und deren Revisionsstellen kommu-

niziert, dass die Beanstandungen und Empfehlungen innerhalb der festgelegten Fristen zu beheben sind. Die Revisionsstellen werden über ihre Feststellungen des Geschäftsjahres 2018 eine Folgeprüfung vornehmen und über diese im nächsten aufsichtsrechtlichen Bericht an das BAG rapportieren.

3.6 Rückversicherung im KVG

Um sich vor einer unvorhersehbaren Anhäufung von kostenintensiven Krankheitsfällen abzusichern, schliessen insbesondere kleine Krankenversicherer Rückversicherungsverträge ab. In der Regel übernimmt der Rückversicherer ab einer vereinbarten Limite alle weiteren Kosten bis zu einem Maximalbetrag pro Jahr oder es wird mit einem sogenannten Quotenvertrag ein gewisser Prozentsatz des Geschäftes an den Rückversicherer abgegeben. Etwas über ein Drittel der Krankenversicherer beansprucht zurzeit Rückversicherungsschutz. Dafür wurden 2018 rund 11 Mio. CHF an Prämien bezahlt und knapp 5,5 Mio. CHF an Rückversicherungsleistungen vergütet. Im Jahr zuvor waren die abgegebenen Prämien bei rund 14 Mio. CHF und die Rückversicherungsleistungen bei rund 11 Mio. CHF.

Alle neu abgeschlossenen Rückversicherungsverträge und deren Prämien müssen seit Einführung des neuen KVAG von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden.

Bei der Prüfung der Rückversicherungsprämien wird überprüft, ob sie den übernommenen Risiken entsprechen. Es wird der individuellen Situation der Versicherer und des Rückversicherungsvertragstyps Rechnung getragen.

Die Aufsichtsbehörde prüfte die eingereichten Verträge, die neu ab 2019 in Kraft getreten sind, nach den folgenden einheitlichen Prüfkriterien:

- Der Rückversicherer muss eine Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung der Versicherungsrisiken der sozialen Krankenversicherung haben
- Höchstens 50% der Prämien dürfen zediert werden

- Der Vertrag muss auf Ende jedes Kalenderjahres kündbar sein und die Kündigungsfrist muss mindestens sechs Monate betragen
- Der Versicherer darf den Vertrag nur unter Bedingungen abschliessen, wie er sie auch mit unabhängigen Dritten vereinbaren würde

Geprüft wird des Weiteren, inwieweit der Vertrag die Risikosituation beeinflusst und ob er im KVG-Solvenztest berücksichtigt werden kann. Die Prüfung der am weitest verbreiteten Grossschadenexzedenten- oder Quotenrückversicherungen erfolgt in erster Linie anhand routinemässig erhobener Daten, namentlich der Individualdaten aus BAGSAN. Im Bedarfsfall können weitere Daten von der Aufsichtsbehörde erhoben werden. Bei Stop-Loss-Verträgen kann kein allgemeines Schema angegeben werden. Eine vertiefte aktuarielle Prüfung der Prämien und des Vertrages ist hier nötig.

Die Aufsichtsbehörde hat Ende 2019 acht neue Rückversicherungsverträge mit Versicherungsbeginn per 1. Januar 2020 genehmigt. Die bereits bestehenden fortlaufenden Verträge bleiben unverändert gültig.

3.7 Analyse der Geschäftsberichte

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

Die Entschädigungen an den Verwaltungsrat und an die Geschäftsleitung (jeweils Gesamtbetrag und höchster Einzelbetrag ohne Nennung des Namens) sind offenzulegen. Weiter muss der Geschäftsbericht mindestens den Jahresbericht und den geprüften statutarischen Einzelabschluss nach Swiss GAAP FER mit allen fünf Bestandteilen enthalten. Die Geschäftsberichte sind der Aufsichtsbehörde bis zum 30. April des Folgejahres einzureichen und bis spätestens am 30. Juni zu veröffentlichen.

Die Prüfung der Einhaltung der Vorschriften zu den Geschäftsberichten 2018 fiel grundsätzlich positiv aus. Die Aufsichtsbehörde hat bei einigen Versicherern interveniert, bei denen die Geschäftsberichte nicht rechtzeitig publiziert und die Jahresrechnung nach Swiss GAAP FER unvollständig war.

Ein weiterer Prüfpunkt war die Einhaltung der Offenlegungsbestimmungen zu den Entschädigungen an die leitenden Organe. Das KVAG verlangt, dass jede rechtliche Einheit, die das KVG durchführt, sowohl den Gesamtbetrag der Entschädigungen als auch den höchsten jeweils auf ein Mitglied der beiden leitenden Organe entfallenden Betrag im Geschäftsbericht ausweist. Die Offenlegungspflicht für das Geschäftsjahr 2018 wurde von den Versicherern mehrheitlich erfüllt, bei einzelnen Versicherern hat das BAG entsprechend interveniert.

3.8 Änderungen der Geschäftspläne

Die Prüfung der von den Versicherern eingereichten Geschäftspläne hat die Aufsichtsbehörde 2019 abgeschlossen. Somit wurden die Geschäftspläne aller Versicherer genehmigt.

Die Gesuche, die derzeit bei der Aufsichtsbehörde eingehen, betreffen Änderungen der Geschäftspläne. Solche Änderungen bedürfen einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde, wenn sie Statuten, Rückversicherungsplan und Rückversicherungsverträge, Angaben zum örtlichen Tätigkeitsbereich, Verträge und andere Vereinbarungen, mit denen die Versicherer wesentliche Aufgaben an Dritte übertragen wollen, Prämientarife sowie Bestimmungen zu besonderen Versicherungsformen, freiwilliger Taggeldversicherung und allgemeinen Versicherungsbedingungen betreffen. Änderungen, die andere Elemente der Geschäftspläne anbelangen, gelten als genehmigt, wenn die Aufsichtsbehörde nicht innerhalb von acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet.

2019 betraf die Mehrzahl der Gesuche um Änderung der Geschäftspläne die namentliche Bezeichnung und den Lebenslauf von Mitgliedern der Verwaltungs- und Leitungsorgane, Angaben über

die Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken sowie Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen und über die freiwillige Taggeldversicherung sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen.

3.9 Umsetzung EESSI in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Im Rahmen der Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Europäischen Union (EU) und der Schweiz sehen die Verordnungen EG 883/2004 und 987/2009 vor, die für den grenzüberschreitenden Austausch von Sozialversicherungsdaten verwendeten Papierformulare durch einen elektronischen Datenaustausch abzulösen.

Wie die EU- und EFTA-Mitgliedstaaten bereitet sich auch die Schweiz aktiv auf diesen elektronischen Datenaustausch vor. Die Grundlage dazu bildet das Programm «SNAP-EESSI» (Swiss National Action Plan for Electronic Exchange of Social Security Information). Das Programm steht unter der Federführung des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) und hat zum Ziel, den National Access Point – die zentrale Verbindungsstelle ins Ausland – zur Verbindung mit dem internationalen Netzwerk EESSI herzustellen, Umsetzungsprojekte verschiedener Sozialversicherungen zu verwalten und in den einzelnen Umsetzungsphasen zu koordinieren. Eines von verschiedenen Projekten innerhalb des Programms SNAP-EESSI ist das Projekt «Sickness» der Krankenversicherer. Als Aufsichtsbehörde über die schweizerischen Krankenversicherer trägt das BAG die aufsichtsrechtliche Verantwortung, dass EESSI bei allen Versicherern umgesetzt wird. Nebst der Anwendung des eigentlichen Datenaustausches sind die Versicherer verpflichtet, den Support auf Branchenebene sicherzustellen. Im Rahmen der brancheninternen Projektarbeiten haben die Versicherer entschieden, dass bei einem geschätzten branchenweiten Mengengerüst von etwa 20000 Fällen pro Jahr keine «Branchenlösung» entwickelt werden

soll. Die Versicherer werden daher die Auslandsschäden über individuelle Zugänge mittels RINA (Reference Implementation for a National Application), einer webbasierten Benutzeroberfläche, abwickeln.

Anfang Februar 2019 fand im BAG eine Informationsveranstaltung statt. Rund 50 Vertreter von verschiedenen Versicherern haben an diesem Anlass teilgenommen. Inzwischen sind fast alle Versicherer dem Supportvertrag zwischen der GE KVG und santésuisse beigetreten. Der First-Level-Support, der in diesem Supportvertrag unter anderem geregelt ist und durch die GE KVG wahrgenommen wird, ist gut angelaufen.

Nachdem das sogenannte «Go-live» von EESSI am 1. Juli 2019 erfolgt ist, hat das BSV als verantwortliche Behörde für die Umsetzung von EESSI in der Schweiz entschieden, dass die Anbindung der verschiedenen Sozialversicherungen an den National Access Point gestaffelt erfolgen soll. Die Anbindung der Krankenversicherer an den National Access Point wird daher voraussichtlich im Verlaufe des nächsten Jahres erfolgen.

Gemäss Artikel 75b des revidierten Gesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) haben die Bundesstellen bei den zuständigen Trägern Gebühren für den Anschluss an die Infrastruktur zum Zweck des elektronischen Datenaustausches mit dem Ausland und für deren Benutzung zu erheben. Der Bundesrat hat eine diesbezügliche Gebührenordnung in der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) ausgearbeitet, die voraussichtlich bis Februar 2020 in die Vernehmlassung gegeben wird. Ab Inkrafttreten der neuen rechtlichen Grundlagen wird das BSV die Kosten der Nutzung von EESSI den einzelnen Sozialversicherungszweigen in Rechnung stellen.

3.10 Audit

Die Vor-Ort-Kontrollen ermöglichen einen vertieften Einblick in einen Versicherer sowie einen Quervergleich zwischen den Beaufsichtigten. Primäres Ziel dieser Audits ist die Prüfung der Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen nach

KVG und KVAG durch die Versicherer. Bei diesen mehrtägigen Kontrollen wurde der Fokus auf die Gleichbehandlung der Versicherten gelegt und analysiert, ob die Krankenversicherer Risikoselektion betreiben. Ein weiterer Schwerpunkt war die prozessorientierte Prüfung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle. Dabei wurden die massgebenden Prozesse, das IKS sowie die Kontrollinstrumente im Bereich der Rechnungskontrolle der geprüften Versicherer auf ihre Zweckmässigkeit, Angemessenheit und Wirksamkeit beurteilt.

Alle Versicherer werden jährlich anhand risikobasierter Kriterien nach einem Ratingsystem analysiert und eingestuft. Das Rating erfolgt basierend auf quantitativen und qualitativen Kriterien. Anhand der Ergebnisse aus diesem Rating, der Auswertung von individuellen Daten der Versicherer sowie weiterer Hinweise werden die Versicherer bestimmt, die in der kommenden Prüfperiode auditiert werden. Bei Vorfällen können Ad-hoc-Prüfungen vor Ort durchgeführt werden. Ein standardisiertes Vorgehen stellt sicher, dass diese Vor-Ort-Kontrollen professionell und einheitlich durchgeführt werden. Bei allfälligen Mängeln werden die Versicherer angewiesen, innert einer bestimmten Frist Massnahmen zu treffen. Die Umsetzung der Weisungen haben die Versicherer schriftlich zu bestätigen und die entsprechenden Massnahmen sind zu dokumentieren. Bei wesentlichen Schwachstellen werden Nachkontrollen über die korrekte Behebung der aufgezeigten Mängel durchgeführt.

Bei den Governance-Themen sind das Risikomanagement, das IKS und die Überwachung der Interessenskonflikte beurteilt worden. Die geprüften Krankenversicherer verfügen grundsätzlich über gut dokumentierte und angemessene Risikomanagementprozesse sowie IKS. Bei einzelnen kleineren und mittleren Versicherern müssen die vorhandenen Reglemente und definierten Prozesse konsequenter gelebt werden. Die interne Berichterstattung an den Verwaltungsrat muss in einzelnen Fällen weiter ausgebaut werden.

Im Bereich der Versicherungsleistungen OKP nahmen die geprüften Versicherer ihre Aufgaben bzw. Pflichten in Bezug auf die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle grundsätzlich gut wahr. Einzelne Versicherer wurden jedoch ange-

halten, ihre retrospektiven Prüfprozesse zu verbessern bzw. auszubauen. Zudem sind die Kontrollen der Voraussetzungen für eine Kostenübernahme bei besonderen Versicherungsmodellen, wie beispielsweise dem Hausarztmodell, bei einzelnen Versicherern zu verstärken. Im Weiteren wurden Schwachstellen bei der Erhebung des Spitalbeitrags sowie der gesetzlichen Kostenbeteiligung für die während einer Schwangerschaft erbrachten Leistungen festgestellt und Verbesserungsmassnahmen verlangt. Ein weiteres Prüfthema beinhaltete die Kontrolle der Einhaltung des Territorialitätsprinzips beim Bezug von Medikamenten bzw. MiGeL-Produkten im Ausland, wobei bei verschiedenen Versicherern eine nicht gesetzeskonforme Praxis beanstandet werden musste.

Im Prüfbereich Datenschutzkonforme Organisation sind hauptsächlich einzelne Zugriffe auf besonders schützenswerte Personendaten im elektronischen Versichertendossier oder auf vertrauensärztliche Akten beanstandet worden. Im Sinne des Verhältnismässigkeitsprinzips des Datenschutzes wurde die Einschränkung solch umfangreicher Zugriffsrechte verlangt. Weiter wurden vereinzelt Massnahmen für die Verstärkung der Kontrolle von externen Dienstleistern durch den Versicherer verlangt.

Bei der Versicherungspflicht entsprachen die Angaben auf den OKP-Beitrittsformularen teilweise nicht den gesetzlichen Vorschriften und mussten angepasst werden. Der Aufnahmeprozess von diversen Versicherern wies Schwachstellen auf. Insbesondere war dies bei der Festlegung des Versicherungsbeginns der Fall und es wurden Verbesserungen verlangt. Im Prüfbereich Prämienkonformität kam es vorwiegend in Bezug auf die Vorauszahlung der Prämie sowie die Teilbarkeit der Prämien bei Geburten zu Weisungen.

ner Feststellungsverfügung) sowie ein Ausstandsbegehren trat die Aufsichtsbehörde nicht ein. Das dagegen beim Bundesverwaltungsgericht angehobene Beschwerdeverfahren ist hängig.

Von der gleichen Instanz ist ausserdem eine Beschwerde zu beurteilen, welche eine Aktienkapitalerhöhung betrifft.

Ein bundesverwaltungsgerichtliches Beschwerdeverfahren mit drei Beschwerdeführerinnen betreffend Zuschüsse ist rechtskräftig abgeschlossen worden: Während auf eine Beschwerde nicht eingetreten worden ist, sind zwei andere Beschwerden abgewiesen und diese Beschwerdeführerinnen verpflichtet worden, die Zuschüsse rückgängig zu machen.

Ein Versicherter hat eine Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht gegen die Verfügung des BAG betreffend Genehmigung der Prämien für das Jahr 2019 eines Krankenversicherers eingereicht. Das Bundesverwaltungsgericht stellte daraufhin fest, dass der Beschwerdeführer die Rechtmässigkeit seiner eigenen Prämie erst überprüfen lassen kann, wenn sein Versicherer zuvor verfügt und entschieden hat. Er kann sich zudem nicht gegen die Prämien genehmigung als Ganzes beschweren.

Im Rahmen eines auf das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung gestützten Gesuchs eines Bürgers hatte die Aufsichtsbehörde ihre Verweigerung des Zugangs zur Gesamtheit der Belege und Korrespondenzen bestätigt, welche ein Versicherer ihr zwecks Genehmigung seiner Prämien unterbreitet hatte. Der Bürger hat daraufhin Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben. Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil die Beschwerde abgewiesen. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

3.11 Behandelte Verfahren

Im Rahmen eines Audits hatte die Aufsichtsbehörde zwei Krankenversicherer angewiesen, ihre Prozesse zu ändern. Auf ein Gesuch um Erlass einer Verfügung über einen Realakt (eventualiter ei-



4 Aufsicht über die Unfallversicherer

4.1 Anpassung der einheitlichen Rechnungsgrundlagen

Der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) hat am 28. September 2018 beim Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) ein von der Suva sowie von der IG Übrige UVG-Versicherer unterstütztes Gesuch hinsichtlich einer Anpassung der einheitlichen Rechnungsgrundlagen im UVG in Form einer Senkung des technischen Zinssatzes für alle Renten auf 1,5% beantragt. Hintergrund des Gesuchs bildete die anhaltende Tiefzinsphase in Kombination mit einem vergleichsweise hohen technischen Zins von 2% (für Unfalljahre ab 2014) bzw. 2,75% (für Unfalljahre vor 2014). Das BAG hat das Gesuch geprüft und dem EDI einen entsprechenden Antrag eingereicht, welcher am 13. Februar 2019 genehmigt wurde. Die beschlossene Senkung des technischen Zinssatzes auf 1,5% (für alle Unfalljahre) tritt am 1. Januar 2020 in Kraft. Die übrigen Parameter der einheitlichen Rechnungsgrundlagen bleiben unverändert.

Mit dem neuen technischen Zinssatz von 1,5% entsteht den UVG-Versicherern per 1. Januar 2020 ein Nachfinanzierungsbedarf, welcher sich gemäss Antrag für die gesamte UVG-Branche auf rund 5,1 Mia. CHF (rund 16% des Deckungskapitals plus Rückstellungen für Langfristleistungen) beläuft. Gemäss Artikel 90 Absatz 3 UVG sind diesbezüglich spätestens per 31. Dezember 2019 ausreichende Rückstellungen bereitzustellen. Das BAG prüft die Einhaltung dieser Gesetzesbestimmung fortlaufend. Für die Nettoprämien ergibt sich mit dem ab dem 1. Januar 2020 tieferen Diskontsatz ein Mehrbedarf für neue Schadenfälle von rund 2,5%. Das BAG hat im Berichtsjahr geprüft, ob dieser Aspekt in den für das Versicherungsjahr 2020 eingereichten UVG-Tarifen berücksichtigt worden ist.

4.2 Arbeitsgruppe «Zinssituation im UVG»

Gemäss Rundschreiben an die Kranken- und Unfallversicherer vom 18. Februar 2019 hat der Vorstand des Vereins zur Sicherung künftiger Renten einstimmig entschieden, den Umlagebeitrag per 1. Januar 2020 sowohl in der BUV als auch in der NBUV auf 5% der Nettoprämien zu erhöhen und den Zinsanteilssatz für 2021 unverändert bei 100% zu belassen.

Grundsätzlich sieht das UVG eine Finanzierung der Teuerungszulagen aus Zinsüberschüssen vor, welche sich durch rechnerische Zinserträge (auf Basis des arithmetischen Mittels der 10-jährigen Bundesobligationen, «10/10er-Zins») ergeben, die über dem technischen Zins liegen. Nur wenn diese Zinsüberschüsse zur Finanzierung der Teuerungszulagen nicht ausreichend sind, ist die Erhebung eines Umlagebeitrags vorgesehen. Dies ist bereits seit einigen Jahren der Fall, da der «10/10er-Zins» unter den Wert des technischen Zinses gefallen ist und somit nur noch «negative Zinsüberschüsse» resultieren. Um den Bedarf für die Finanzierung der Teuerungszulagen sicherzustellen, hat der diesbezügliche Prämienzuschlag auf den 1. Januar 2020 erhöht werden müssen. Auf der anderen Seite vermag der rechnerische Zinsertrag des «10/10er-Zinses» auch den technischen Zins nicht mehr zu decken. Zur Kompensation dieser Lücke ist der Zusatzzins auf den Rückstellungen für Kurz- und Langfristleistungen eingeführt worden, welcher ebenfalls auf dem «10/10er-Zins» basiert. Obwohl der Zusatzzinsanteil kontinuierlich auf 100 angehoben und bereits für das Jahr 2021 auf diesem Niveau festgelegt worden ist, genügen die Erträge nicht, um die Zinsfehlbeträge (auf den Deckungskapitalien für gesprochene Renten) zu decken. Konkret führt dies zu signifikanten Entnahmen aus dem Fonds

des Vereins, was diesen mittelfristig in eine existenzielle Schieflage zu bringen droht.

Vor diesem Hintergrund ist auf Anregung des Vorstands des «Vereins zur Sicherung künftiger Renten» die Arbeitsgruppe «Zinssituation im UVG» mit Vertretern des Vereins, des SVV, der FINMA sowie des BAG ins Leben gerufen worden. Die Arbeitsgruppe beschäftigt sich in einem ersten Schritt mit der Frage, ob der «10/10er-Zins» als Modell für die rechnerischen Kapitalerträge im UVG angesichts der bisher noch nie dagewesenen Situation anhaltender Negativzinsen noch angemessen ist. In diesem Zusammenhang werden alternative Modelle eruiert und andere Anpassungsmöglichkeiten geprüft. Ziel ist eine für das UVG nachhaltige Lösung, welche die Stabilität des Fonds wiederherstellt und möglichst flexibel auf sich ändernde Marktverhältnisse angepasst werden kann.

4.3 Arbeitsgruppe «Sportvereine»

Gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) gelten alle Vereine, die Mitglieder für ihre Aktivitäten entschädigen, als Arbeitgeber. Wenn mindestens eine Person mehr als 2300 Franken pro Jahr erhält, muss der Verein alle auf der Lohnliste stehenden Personen obligatorisch gegen Unfälle gemäss UVG versichern.

Lange Zeit sind viele Unfälle, die bei entgeltlichen Aktivitäten bei einem Sportverein eingetreten sind, als Nichtberufsunfälle gemeldet und vom Unfallversicherer des Hauptarbeitgebers übernommen worden. Im Jahre 2016 ist die UVG-Branche in der Sache sensibilisiert worden, mit der Folge, dass die Zuständigkeit für Sportunfälle, die als Nichtberufsunfälle gemeldet werden, aufmerksamer geprüft wird. Wenn sich herausstellt, dass der Sportverein den Verunfallten für seine Tätigkeit im Verein entschädigt, ist der Verunfallte obligatorisch gemäss UVG über den Sportverein als Arbeitgeber zu versichern. Der Unfall ist somit ein Berufsunfall beim Sportverein und

darf dem Unfallversicherer des Hauptarbeitgebers nicht als Nichtberufsunfall gemeldet werden.

Die verschärfte Praxis, die sich am Gesetz orientiert, führt bei den betroffenen Sportvereinen zu hohen Versicherungskosten. Die Prämien im UVG müssen risikogerecht ausgestaltet sein. Da das Unfallrisiko bei sportlichen Aktivitäten regelmässig erhöht ist, spiegelt sich das in einer entsprechend hohen Prämie wider. Aufgrund des ungünstigen Risikos ist es für Sportvereine zudem oftmals schwierig, überhaupt einen UVG-Versicherer zu finden. Viele Sportvereine erhalten erst nach einer Zuweisung durch die Ersatzkasse UVG einen UVG-Versicherer.

Um die Sportvereine aufgrund der UVG-Vericherungspflicht nicht vor unlösbare finanzielle Probleme zu stellen und insbesondere für den nicht kommerziellen Breitensport eine Lösung zu finden, wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Vertretern des SVV, der Suva, der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG, der Ersatzkasse, des BAG und von Swiss Olympic einberufen. Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat im Berichtsjahr mehrere Vorschläge der Unterarbeitsgruppe geprüft. Dabei konnte ein Lösungsansatz gefunden werden, der aktuell in den jeweils zuständigen Gremien der verschiedenen Akteure zur Diskussion steht. Soweit möglich werden die Genehmigungen bis Ende des Berichtsjahres erwartet.

4.4 Umsetzung EESSI in der obligatorischen Unfallversicherung

Bezüglich der Ausgangslage kann auf die Ausführungen in Ziffer 3.9 zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung verwiesen werden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind für die obligatorische Unfallversicherung identisch.

Entsprechend stellt das Projekt «AWOD» (Accidents at Work and Occupational Diseases) eines von verschiedenen Projekten innerhalb des

Programms SNAP-EESSI dar. Als Aufsichtsbehörde über die obligatorische Unfallversicherung trägt das BAG die Verantwortung, dass EESSI von allen Versicherern umgesetzt wird. In Zusammenarbeit mit dem BSV, der Suva und dem SVV ist für die UVG-Branche betreffend Berufsunfälle (BU) ein sogenannter «Offline-Prozess» entwickelt worden. Dabei erfolgt der webbasierte Zugang zu EESSI ausschliesslich über eine zentrale Stelle, die Verbindungsstelle Schweiz (Suva). Jeglicher Austausch mit dem Ausland läuft über diese Verbindungsstelle, sodass die einzelnen Unfallversicherer im Zusammenhang mit der Einführung von EESSI weder technische Anpassungen noch Schulungen vornehmen müssen. Der Prozess zwischen den einzelnen Unfallversicherern und der Verbindungsstelle Schweiz bleibt ein «Offline-Prozess» und basiert wie bisher auf den bekannten E-Formularen. Diese sollen noch vereinfacht werden, um den Datenaustausch auf das absolut erforderliche Minimum zu beschränken. Zwischenzeitlich haben sich alle Unfallversicherer dem innerstaatlichen «Offline-Prozess» mit der elektronischen Anbindung an die EU ausschliesslich über die Verbindungsstelle Schweiz angeschlossen.

Der elektronische Datenaustausch unter den EU- und EFTA-Mitgliedstaaten hat offiziell am 1. Juli 2019 begonnen. Das BSV als verantwortliche Behörde für die Umsetzung von EESSI in der Schweiz hat entschieden, dass die Anbindung der verschiedenen Sozialversicherungszweige gestaffelt erfolgen soll. Für den Bereich «AWOD» wird das «Go-live» voraussichtlich Mitte 2020 erfolgen.

Bezüglich der Entschädigung der Verbindungsstelle Schweiz für die geleistete Entwicklungsarbeit und für den Mehraufwand durch den Betrieb von EESSI zugunsten der gesamten UVG-Branche stehen die Suva und der SVV im Hinblick auf eine vertragliche Regelung in Kontakt.

Gemäss Artikel 75b des revidierten Gesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) haben die Bundesstellen bei den zuständigen Trägern Gebühren für den Anschluss an die Infrastruktur zum Zweck des elektronischen Datenaustausches mit dem Ausland

und für deren Benutzung zu erheben. Der Bundesrat hat eine diesbezügliche Gebührenordnung in der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) ausgearbeitet, die voraussichtlich bis Februar 2020 in die Vernehmlassung gegeben wird. Ab Inkrafttreten der neuen rechtlichen Grundlagen wird das BSV die Kosten der Nutzung von EESSI den einzelnen Sozialversicherungszweigen in Rechnung stellen.

Eine besondere Schwierigkeit im Bereich «AWOD» stellen die Nichtberufsunfälle (NBU) dar, weil diese in allen EU- und EFTA-Mitgliedstaaten als Krankheit gelten und über den für Krankheitsfälle vorgesehenen Weg abgewickelt werden. Eine EESSI-Abwicklung analog zu den Berufsunfällen ist daher nicht möglich. Das BSV, das BAG, der SVV und die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE) stehen aktuell untereinander und mit dem Ausland in intensivem Dialog, um auch für NBU einen möglichst einfachen und effizienten elektronischen Abwicklungsprozess zu etablieren.

5 Aufsicht über die Militärversicherung

5.1 Strukturelle Reformen in der Militärversicherung

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ist mit Beschluss des Bundesrates vom 29. August 2018 beauftragt worden, bis zu Beginn der nächsten Legislatur eine Vernehmlassungsvorlage mit dem Verzicht auf die freiwillige Versicherung und dem Verzicht auf den Versicherungsschutz bei Krankheit der beruflichen Versicherten durch die Militärversicherung (MV) auszuarbeiten. Bei den freiwillig Versicherten handelt es sich um pensionierte beruflich Versicherte, die bei der Militärversicherung eine Grundversicherung zur Übernahme der Kosten bei Krankheit und Unfall abgeschlossen haben (analog obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP). Bei den beruflich Versicherten handelt es sich um Personen, welche eine militärische Laufbahn als Beruf gewählt haben (aktive Berufsmilitärs).

Personen, die Militär- oder Ersatzdienst leisten und dabei einen gesundheitlichen Schaden erleiden oder ihr Leben verlieren, haben, gestützt auf die Bundesverfassung, für sich oder ihre Angehörigen Anspruch auf eine angemessene Unterstützung des Bundes. Denselben Schutz garantiert die Bundesverfassung auch für den Zivilschutz. Damit sollen aber allein diejenigen Personen, die aufgrund der allgemeinen Dienstpflicht zu einer Dienstleistung antreten müssen, geschützt werden. Personen, die eine militärische Laufbahn als Beruf gewählt haben und im Anschluss daran in

Pension gehen, werden vom verfassungsrechtlichen Schutz nicht erfasst. Die Leistungspflicht der MV für Krankheiten von beruflich Versicherten im Berufsalltag, d. h. ausserhalb der Erfüllung einer Dienstpflicht, und in der Freizeit ebenso wie die Leistungspflicht der MV gegenüber den freiwillig Versicherten lassen sich somit nicht auf die Verfassung abstützen.

Bei einem Verzicht auf den Krankheitsschutz der beruflich Versicherten über die MV hätten die Berufsmilitärs eine Grundversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) abzuschliessen. Bei Aufhebung der freiwilligen Versicherung hätten die ordentlich oder frühzeitig pensionierten Berufsmilitärs eine Grundversicherung unter Einschluss des Unfallschutzes nach dem KVG abzuschliessen. Der Systemwechsel hätte zur Folge, dass die Berufsmilitärs und die ehemals freiwillig Versicherten künftig die Auslagen bei Krankheit und Unfall im Rahmen der Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) mittragen müssten, wie dies in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Fall ist.

Im Berichtsjahr hat das BAG die Grundlagen für die Vernehmlassungsvorlage erarbeitet und die finanziellen Auswirkungen des Systemwechsels eruiert.

6 Aufsicht über die GE KVG

Die Aufsichtsbehörde nimmt die Aufsicht über die GE KVG nach dem KVAG wahr. Für die stiftungsrechtliche Aufsicht ist die Eidgenössische Stiftungsaufsicht zuständig.

Bei der Durchführung der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe ist die GE KVG Verbindungsstelle und aushelfender Träger, welcher die Leistungsgewährung zulasten der ausländischen Versicherung sicherstellt. Die entsprechenden Zinskosten aufgrund der Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe und die Verwaltungskosten für die Durchführung der Aufgaben, die der Bund der GE KVG übertragen hat (z. B. Aufgaben gegenüber in der Schweiz versicherten Rentnerinnen und Rentnern, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen), beliefen sich für das Jahr 2018 auf insgesamt 2,1 Mio. CHF. Dies entspricht einer Einsparung von 0,3 Mio. CHF im Vergleich zum Vorjahr, resultierend aus den verminderten Kapitalkosten wegen des allgemein tieferen Zinsniveaus.

Die GE KVG führt die Prämienverbilligung für Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen durch, welche in einem EU-/EFTA-Staat wohnen. Sie haben wie die übrigen Versicherten Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung, wenn sie in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Um die Prämien dieser Personen zu verbilligen, hat die GE KVG im Jahr 2018 1 Mio. CHF ausgerichtet. Total kamen 608 Personen in den Genuss dieser Prämienverbilligung, die Mehrzahl davon in Deutschland (220) und Frankreich (141).

Die GE KVG reicht der Aufsichtsbehörde jährlich diverse Unterlagen wie Jahres- und Revisionsbericht ein. Diese Berichte werden von der Aufsichtsbehörde geprüft. Zusätzlich legt die GE KVG Anfang Jahr das Budget betreffend Bundesgelder vor, das die Aufsichtsbehörde hinsichtlich der oben erwähnten Verwaltungs- und Kapitalkosten prüft.

7 Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht

7.1 Aufsichtsdaten

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

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

Das BAG erhebt bei den Krankenversicherern anonymisierte Individualdaten, mit denen die Aufsichtsbehörde Rückversicherungsverträge evaluieren und Patientinnen und Patienten, die in kleinen Gemeinschaften hohe Kosten verursachen, analysieren kann oder die für spezifische Studien, wie die Einteilung der Prämienregionen, verwendet werden können.

7.2 Umfrage zur Rechnungs-kontrolle

Im Zuge einer flächendeckenden Befragung sind die wesentlichen Grundsätze und Eckdaten der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle bei allen zugelassenen Krankenversicherern ermittelt worden. Dabei galt es, mit der Untersuchung folgende Fragen im Detail zu beantworten:

- a. Rechnungskontrolle im engeren Sinn: Wie (elektronisch vs. manuell) und mit welchen Prüfsystemen werden die eintreffenden Belege erfasst und überprüft? Welche Einschränkungen ergeben sich in den Prüfsystemen und wie werden die Prüfredeln gepflegt und weiterentwickelt? Welche Aspekte werden konkret überprüft und wie handelt der Versicherer bei nicht korrekt abgerechneten Leistungen?
- b. WZW-Überprüfungen im Einzelfall: Wie wird die Zweckmässigkeit der erbrachten Leistung im Einzelfall überprüft (verwendete Information, Prüfredeln)? Welche anderen Quellen werden zusätzlich genutzt (Versicherter, Vertrauensarzt usw.)?
- c. Allgemeine WZW-Prüfungen: Welche Prüfungen werden ex post (insbesondere auf Ebene der Leistungserbringer) vorgenommen? Welche Daten werden dafür analysiert? Was unternimmt der Versicherer, wenn sich bei einem Leistungserbringer Auffälligkeiten bzw. Betrugshinweise ergeben?
- d. Grenzen der Prüfsysteme: Wo stossen die Prüfsysteme heute an ihre Grenzen? Welche Gründe gibt es dafür? Welche Herausforderungen ergeben sich für die Zukunft?

Der Bericht über die Resultate dieser Umfrage ist am 31. Januar 2020 publiziert worden. Die Erkenntnisse aus der Befragung werden genutzt, um den Handlungsbedarf im Bereich der Rechnungskontrolle aufzuzeigen.

7.3 Versichertenanfragen

Aus zahlreichen schriftlichen und mündlichen Anfragen von Bürgern und anderen Stellen (Behörden, Arbeitgebern, ausländischen Stellen etc.) ist zu schliessen, dass es nach wie vor viele Fragen und Unklarheiten betreffend das Krankenversicherungssystem gibt. Etliche besorgte Bürger wenden sich an das EDI und erwarten vom Bundesrat einen Rat oder bekunden ihren Unmut über die steigenden Prämien. Auch werden viele Sparvorschläge zu den Gesundheitskosten unterbreitet. Es fällt zudem auf, dass sich viele Versicherte über Sachverhalte aus dem internationalen Bereich beim BAG beschweren, und sie wollen sich vergewissern, dass die von den Krankenkassen erhaltenen Auskünfte richtig sind. Das zeigt, dass die Krankenversicherer in der Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens noch Unsicherheiten bekunden. Schliesslich kommen Anfragen zu anderen Themen, wie Versicherungswechsel, besonderen Versicherungsformen oder Folgen bei Nichtbezahlen der Prämien.



8 Anhänge

8.1 Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG; RS 832.112.5)

Die Revision der Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG), tritt per 1. Januar 2020 in Kraft.

Zunächst war eine terminologische Anpassung erforderlich: Der Ausdruck «Europäische Gemeinschaft» wurde durch «Europäische Union» ersetzt. Folglich ändert sich auch die Abkürzung der Verordnung (VPVKEU).

Um potenziellen Bezügerinnen und Bezüger eine transparentere Information zu gewährleisten, wurde die Berechnung des Einkommens präzisiert, das für den Anspruch auf Prämienverbilligungen massgebend ist, und gewisse Abzüge wurden ausdrücklich aufgeführt. Diese Änderung entspricht der aktuellen Praxis der Gemeinsamen Einrichtung (GE), die für die Durchführung der Prämienverbilligungen zuständig ist.

Des Weiteren wird künftig der Devisenkurs der Eidgenössischen Zollverwaltung angewandt, um das Vermögen und das berücksichtigte Einkommen der Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen in Schweizer Franken zu berechnen. Die Bestimmungen zu Beginn und bei Erlöschen des Anspruchs auf Prämienverbilligungen mussten infolge einer Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Teilbarkeit der Krankenversicherungsprämie (BGE 9C_268/2015) ebenfalls geändert werden. Zudem wurde präzisiert, dass die GE den Betrag der Prämienverbilligungen in diesen Fällen taggenau berechnet und ihn dem Versicherer und der versicherten Person mitteilt.

Schliesslich wurde der Artikel zur Rückerstattung von unrechtmässig bezogenen Prämienverbilligungen geändert. Er legt neu fest, dass der Versicherer die von einer versicherten Person unrechtmässig bezogene Prämienverbilligung der GE erstatten muss. In den meisten Rückerstattungsfällen (Tod der anspruchsberechtigten Person oder Verlegung ihres Wohnsitzes in die Schweiz oder in ein Land ausserhalb der EU) verfügt der Versicherer noch über den zu erstattenden Betrag, und die Rückerstattung kann einfach erfolgen.

8.2 Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (SR 832.112.1)

Auf den 1. Januar 2019 wurde eine Gesetzesänderung in Kraft gesetzt, welche die Versicherer für die jungen Erwachsenen im Risikoausgleich entlastet. Dies erlaubt den Versicherern, den jungen Erwachsenen bereits ab 1. Januar 2019 günstigere Prämien anzubieten.

Der Risikoausgleich 2019 wird zum letzten Mal mit dem Indikator «Arzneimittelkosten über 5000 CHF im Vorjahr» berechnet.

Der Risikoausgleich 2020 wird nach der total revidierten Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) vom 19. Oktober 2016 mit PCG berechnet. Es handelt sich um die bisher bedeutendste VORA-Änderung, sowohl in Bezug auf die zu erhebenden Daten (neu Individualdaten) wie auch in Bezug auf die Berechnung des Risikoausgleichs (neu zweistufiges Regressionsverfahren).

Im Hinblick auf die Einführung des Indikators PCG und in Zusammenarbeit mit dem BAG hat die GE KVG mit den Versicherern im Sommer 2019 den zweiten Probelauf durchgeführt. Mit ihm wurde das Ausgleichsjahr 2018 simuliert. Er wurde wie der ordentliche Risikoausgleich prospektiv berechnet.

In der ersten Hälfte des Jahres 2020 wird die GE KVG mit den Versicherern einen dritten Probelauf durchführen und damit den neuen Risikoausgleich für das Ausgleichsjahr 2019 simulieren.

Eine weitere Revision der VORA ist in Bearbeitung. Die Versicherer beantragen kürzere Fristen sowohl für die Datenlieferungen der Versicherer wie auch für die Bekanntgabe der Saldoabrechnung und der weiteren Informationen aus dem Risikoausgleich durch die GE KVG. Zudem beantragen sie individuelle Informationen zu ihren Versicherten. Diese Anpassungen sollen den Versicherern erlauben, korrekte Prämien und Rabatte zu berechnen, die zu erwartenden Ausgleichszahlungen zu schätzen und die Berechnung des Risikoausgleichs zu validieren und nachzuvollziehen. Eine informelle eingeschränkte Anhörung bei den Versicherern ist im ersten Quartal 2020 geplant.

8.3 Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI, SR 832.112.11)

Am 14. Oktober 2019 hat das EDI die Verordnung über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI) erlassen. In dieser Verordnung sind die Hierarchisierungen unter den PCG, die Mindestanzahl Tagesdosen (DDD), die zu einer Einteilung in eine PCG führt, und die Berechnung des Teuerungsfaktors festgehalten. Sie tritt auch am 1. Januar 2020 in Kraft. Im Anhang dieser Verordnung hat das EDI die PCG-Liste erlassen. Sie ist in elektronischer Form auf der Internetseite des BAG veröffentlicht.

8.4 Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen (SR 832.106)

Die Revision der Verordnung des EDI über die Prämienregionen vom 25. November 2015 wurde am 30. August 2019 verabschiedet und ist per 1. Januar 2020 in Kraft getreten. Sie erfasst die Aktualisierung der Gemeinden im Anhang gemäss

dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des Bundesamtes für Statistik. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Juni 2019 durch die kantonalen Behörden genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2019 oder per 1. Januar 2020 in Kraft getreten sind.

8.5 Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2020 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen (SR 832.112.51)

Gemäss der Verordnung vom 3. Juli 2001 über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentnerinnen und Rentner, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG; SR 832.112.5), muss das EDI jedes Jahr den Kaufkraft-Korrekturfaktor zwischen der Schweiz und dem Wohnland der Rentnerin oder des Rentners sowie die Durchschnittsprämien der schweizerischen Versicherung in den EU-/EFTA-Staaten festlegen, um die Berechnung des Anspruchs auf Prämienverbilligung zu ermöglichen. Die Durchschnittsprämien entsprechen den Prämien der Grundversicherung (mit einer einheitlichen Franchise von 300 CHF und Unfalldeckung). Die Preisniveauindizes stammen aus den Eurostat-Statistiken (Kaufkraftparitäten/Preisniveauindizes/Konsumausgaben der privaten Haushalte). Die GE KVG regelt die Prämienverbilligung für Rentnerinnen und Rentner. Die Kantone stützen sich bei der Prämienverbilligung für Grenzgängerinnen und Grenzgänger ebenfalls auf diese Werte. Die Verordnung vom 29. November 2019 ist am 1. Januar 2020 in Kraft getreten.

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

Das EDI hat seine Verordnung über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (ResV-EDI, SR 832.102.15) am 6. September 2019 auf den 1. Januar 2020 geändert (AS 2019 2965: <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2019/2965>.

pdf). Dabei hat es das elektronische Formular im Anhang der Verordnung geändert. Es haben insbesondere die Szenarien und die Berücksichtigung der versicherungstechnischen Risiken und der Marktrisiken geändert. Um die Auswirkungen der Änderungen zu überprüfen und die Parameter zu kalibrieren, führte das BAG im Jahr 2018 zwei freiwillige Feldtests mit dem KVG-Solvenztest durch.

9 Glossar

Audit

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

Combined Ratio

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

Compliance

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

Corporate Governance

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

(Quelle: Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Corporate Governance)

Gebundenes Vermögen

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

Risikokollektive

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

Versicherungstechnische Rückstellungen

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

10 Abkürzungsverzeichnis

<i>ATSG</i>	Gesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (830.1)
<i>ATSV</i>	Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (830.11)
<i>BAG</i>	Bundesamt für Gesundheit
<i>BSV</i>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<i>EDI</i>	Eidgenössisches Departement des Innern
<i>EESSI</i>	Electronic Exchange of Social Security Information
<i>FINMA</i>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
<i>GE KVG</i>	Gemeinsame Einrichtung KVG
<i>IKS</i>	Internes Kontrollsystem
<i>KVAG</i>	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.12)
<i>KVAV</i>	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.121)
<i>KVG</i>	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
<i>OKP</i>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<i>PCG</i>	Pharmazeutische Kostengruppen
<i>SNAP</i>	Swiss National Action Plan
<i>SR</i>	Systematische Sammlung des Bundesrechts
<i>SUVA</i>	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
<i>SVV</i>	Schweizerischer Versicherungsverband
<i>UVG</i>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
<i>WZW</i>	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit



