



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Tätigkeitsbericht 2018

Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung



Impressum

© Bundesamt für Gesundheit BAG

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit BAG

Publikationszeitpunkt: Februar 2019

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-02 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	Jahresergebnisse der Versicherer und Interventionen	7
3.2	KVG-Solvenztest 2018	7
3.3	Genehmigung der Prämien 2019	8
3.4	Prüfung des gebundenen Vermögens und des Internen Kontrollsystems (IKS) durch die externe Revisionsstelle	9
3.5	Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen	10
3.6	Abbau von Reserven.....	10
3.7	Kapitalanlagen	10
3.8	Rückversicherung im KVG	11
3.9	Analyse der Geschäftsberichte	11
3.10	Prüfung der Geschäftspläne	12
3.11	Audit	12
3.12	Behandelte Verfahren	13
4	Aufsicht über die Unfallversicherer	15
4.1	Prämienmassnahmen Suva 2018	15
4.2	Risikogerechtigkeit der Tarifprämien: Divergenzen in den Rückstellungen der Risikostatistik gegenüber den Betriebsrechnungen	15
4.3	Mutationen im UVG-Geschäft	16
4.4	Grundsatzurteil des Bundesgerichts (BGE 144 V 29) vom 1. Februar 2018 zur Einsprachelegitimation des Unfallversicherers «contra Adressat»	16
4.5	Deckungsfragen: Personen in der IV-Eingliederung; Sozialhilfebezüger, Flüchtlinge und Asylanten ...	17
5	Aufsicht über die Militärversicherung	18
6	Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)	19
7	Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht	20
7.1	Abschluss der Prämienkorrektur	20
7.2	Aufsichtsdaten	20
7.3	Versichertenanfragen	21
8	Anhänge	23
8.1	Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)	23
8.2	Änderung der Verordnung des EDI über die Prämienregionen (SR 832.106)	23
8.3	Verordnung des EDI über die Preisniveauintizes und die Durchschnittsprämien 2019 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen (SR 832.112.51)	23
8.4	Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV)	24
8.5	Anpassung der Leistungen der Militärversicherung an die Kosten- und Teuerungsentwicklung (MV-Anpassungsverordnung)	24
9	Glossar	25
10	Abkürzungsverzeichnis	26



1 Vorwort

Zu Beginn des Jahres 2018 sind einige zentrale Bestimmungen der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung in Kraft getreten, da die entsprechende Übergangsfrist abgelaufen ist. So mussten alle Versicherer der Aufsichtsbehörde einen vollständigen Geschäftsplan zur Genehmigung unterbreiten. Des Weiteren hatten sie bis zu diesem Zeitpunkt die Anforderungen ans Risikomanagement zu erfüllen, die Vermögenswerte zur Deckung der Ansprüche der Versicherten auszuweisen und speziell zu kennzeichnen sowie ein internes Audit zu installieren. Insbesondere die Prüfung der Geschäftspläne, die unter anderem eine Beschreibung der Organisation, der Finanzierung, der Governance und des Risikomanagements umfasst, hat uns 2018 stark beansprucht. Aber nicht nur die neu in Kraft getretenen Bestimmungen haben uns dieses Jahr beschäftigt. Auch die Solvenz, die Prämien und die Jahresabschlüsse, um nur einige Themen zu nennen, haben wir dieses Jahr wieder geprüft.

Mit den Vorgaben zum internen Kontrollsystem wie auch zum gebundenen Vermögen werden die externen Revisionsstellen der Versicherer eine stärkere Rolle im Dienste der Aufsicht übernehmen und basierend auf den Prüfprogrammen der Aufsichtsbehörde diese Gebiete vor Ort beurteilen. Bei den von der Aufsichtsbehörde festgelegten Prüfungshandlungen der Revisionsstellen wie auch bei den Anforderungen an die Dokumente im Rahmen des Geschäftsplans stand im Vordergrund, dass den Versicherern möglichst wenig Kosten entstehen.

Um besser zu verstehen, was die Versicherer bei der Compliance beschäftigt, haben wir eine Compliancegruppe ins Leben gerufen. Anlässlich der Treffen dieser Gruppe konnten die Fragen der Versicherer zur Umsetzung der neuen Bestimmungen diskutiert werden. Auch der Austausch zur neuen Regulierung, den wir jährlich mit den Versicherern durchführen, hat sich bewährt. Die Diskussionen führten zu einem gegenseitigen und häufig auch zu einem gemeinsamen Verständnis. Aber nicht immer sind Versicherer und Aufsichtsbehörde derselben Meinung, was die Auslegung von Gesetz

und Verordnung betrifft. Solche Fragen können gerichtlicher Klärung zugeführt werden. Wiederum konnten auch in diesem Jahr einige solche Verfahren letztinstanzlich abgeschlossen werden. Es freut mich, dass bis jetzt alle diese Entscheide die Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörde bestätigten.

Im Bereich der Unfallversicherung führen wir regelmässige Gespräche mit dem SVV und der Suva. Zudem haben wir sowohl für den Kranken- als auch für den Unfallversicherungsbereich einen institutionalisierten Austausch mit anderen Aufsichts- und Regulierungsbehörden. Neue rechtliche Anforderungen, Veränderungen in den beiden Versicherungsbranchen oder Entwicklungen auf den Finanzmärkten führen zu sich ändernden und neuen Fragestellungen für die Aufsichtsbehörde. Neue Geschäfts- oder Versicherungsmodelle werden auch in den nächsten Jahren entstehen, die technologischen Möglichkeiten bieten genügend Potential. Und so werden wir auch in den kommenden Jahren interessante Ideen zu beurteilen haben.

Helga Portmann

Die Leiterin der Abteilung Versicherungsaufsicht

2 Grundlagen

2.1 Rechtliche Grundlagen der Aufsicht über die Krankenversicherung

Das BAG beaufsichtigt die Versicherer der sozialen Krankenversicherung (Krankenkassen und betroffene private Versicherungsunternehmen), die Rückversicherer der sozialen Krankenversicherung und die gemeinsame Einrichtung gestützt auf das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) sowie die Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV). Dabei hat die Aufsichtsbehörde insbesondere den Schutz der Versicherten und die Solvenz der Versicherer zu gewährleisten. Nebst den Finanzierungsvorschriften und den Vorgaben zur Prämien genehmigung beinhalten das KVAG und die KVAV insbesondere 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 Solvenz, der sogenannten institutionellen Aufsicht, zu unterscheiden. Bei allen Versicherungsgesellschaften, die das UVG anbieten, seien dies Privatversicherer, die Suva oder öffentliche Unfallversicherungskassen, hat das BAG die Aufsicht über die einheitliche Rechtsanwendung.

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 Jahresergebnisse der Versicherer und Interventionen

Jahresergebnisse der Versicherer

Die Ende 2017 vom BAG zugelassenen 53 OKP-Krankenversicherer verzeichneten im Geschäftsjahr 2017 insgesamt ein positives Betriebsergebnis von 931 Mio. CHF. Nur 7 davon verzeichneten ein negatives Ergebnis. Aufgrund dieses positiven Resultats stiegen die Reserven von 6,258 Mia. CHF im Vorjahr auf 7,202 Mia. CHF.

Mit 529 Mio. CHF betrug das versicherungstechnische Ergebnis 2017 rund 622 Mio. CHF mehr im Vergleich zum Vorjahr, als ein Verlust von 93 Mio. CHF resultierte. Die Prämien legten in diesem Zeitraum von 28,6 Mia. CHF auf 30,2 Mia. CHF zu, während die Leistungen ebenfalls eine Steigerung von 27,2 Mia. CHF auf 27,9 Mia. CHF erfahren haben. Im Jahr 2017 nahmen die Prämien gleich wie im Jahr 2016 um 4,7% pro versicherte Person zu, die Nettoleistungen hingegen nur um 1,9%.

Die Verwaltungskosten pro Versicherten stiegen im Jahr 2017 auf 170,90 CHF, während sie im Vorjahr noch bei 163,10 CHF lagen. In Prozent zu den Prämien haben sich die Verwaltungskosten im Jahr 2017 nicht verändert und liegen bei 4,7%.

Interventionskonzept

Die Aufsichtsbehörde wacht über die Solvenz der Krankenversicherer. Hierzu stützt sie sich auf ein Interventionskonzept.

Die aktuelle Situation der Krankenversicherer wird zu Jahresbeginn unter Berücksichtigung der aktuellen Solvenzquoten, der Combined Ratios und der Höhe der Rückstellungen pro versicherte Person evaluiert. Aufgrund dieser Beurteilung unterliegen Akteure mit hoher Risikoexposition während des Geschäftsjahrs einem (monatlichen/vierteljährlichen) Reporting bei der Aufsichtsbehörde.

Das Interventionskonzept sieht sechs Kategorien vor, in welche die Krankenversicherer aufgrund oben genannter Kriterien eingeteilt werden.

Gesellschaften, 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.

Ende Februar 2018 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.

2018 hat die Aufsichtsbehörde festgestellt, dass 10 Krankenversicherer nur teilweise die Erwartungen bezüglich ihrer finanziellen Situation erfüllten. Davon mussten 7 Krankenversicherer vierteljährlich und 3 sogar monatlich Finanzzahlen an die Aufsichtsbehörde rapportieren.

3.2 KVG-Solvenztest 2018

Zur Sicherstellung der Solvenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung müssen die Versicherer ausreichende Reserven halten. Die Mindesthöhe dieser Eigenmittel wird seit dem Jahre 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 Anfang Jahr vorhandenen Reserven im Verhältnis zu diesen risikobasierten Mindestreserven ergeben die Solvenzquote für ein bestimmtes Geschäftsjahr. Das Sicherheitsniveau ist auf 1% eingestellt.

Damit sollte die Reserve, vereinfacht gesagt, den in 1 von 100 Fällen ungünstigsten Ausgang eines Geschäftsjahres abfedern können und selbst in der Hälfte der verbleibenden Fälle noch 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 2018 und die dazu eingegebenen Berichte. Da einige Eingaben nicht den Anforderungen entsprachen, musste das BAG Neueingaben fordern. Die Solvenzquoten, die Mindesthöhen der Reserven für das Jahr 2018 und die vorhandenen Reserven am 1. Januar 2018 wurden am 24. September 2018 publiziert. In der unten stehenden Tabelle sind die Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz nach Jahr dargestellt.

Jahr	2014	2015	2016	2017	2018
Anzahl Versicherer insgesamt	67	65	63	59	57
Anzahl Versicherer mit ungenügender Solvenz	7	3	14	6	2

Bei der Beurteilung der Solvenzquoten der Versicherer ist zu beachten, dass die Angaben von zwei Versicherern Einschüsse und die Angaben von einem Versicherer eine Kapitalerhöhung beinhalten, die vom BAG beanstandet worden sind. Ohne diese Einschüsse würden die Solvenzquoten der betreffenden Versicherer tiefer ausfallen.

Das BAG überprüft derzeit eine Überarbeitung des KVG-Solvenztests, welche im Jahr 2020 in Kraft treten soll. Die Überarbeitung umfasst die Szenarien und die versicherungstechnischen Risiken. Dazu führte das BAG zwei freiwillige Feldtests durch, um die Auswirkungen der geplanten Änderungen zu überprüfen und die Kalibrierung der Parameter vorzunehmen.

3.3 Genehmigung der Prämien 2019

Die Krankenversicherer reichten dem BAG per 31. Juli 2018 die Prämien für das Jahr 2019 zur Genehmigung ein, zusammen mit Hochrechnungen der Kosten und Angaben zur Anzahl der Versicherten.

Die Prüfung und Genehmigung der Prämieingaben der Versicherer erfolgt auf der 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 das BAG darauf, dass die Prämien für jeden Kanton kostendeckend sind, womit Quersubventionierungen zwischen den Kantonen unterbunden werden, und 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 der EU/EFTA, die sich nach KVG versichern, sowie für die freiwillige Einzeltaggeldversicherung nach KVG. Im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung für Schweizer Versicherte wurden von 51 Versicherern über 240 000 Prämien zur Genehmigung unterbreitet. Die Versicherer sind im Durchschnitt in etwa 20 Kantonen tätig – zu prüfen waren somit die Prämien für über 1000 Risikokollektive. 23 Versicherer bieten zusätzlich auch eine EU/EFTA-Versicherung und 6 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 2018 und 2019 plausibilisiert.

Gemäss der Änderung des KVG vom 17. März 2017 werden die jungen Erwachsenen ab dem Jahr 2019 im Risikoausgleich um 50% entlastet. Die Entlastungen liegen bei ungefähr 100 CHF pro Monat und werden durch Erhöhungen der Beiträge der Erwachsenen von etwa 10 CHF. finanziert. Diese Beträge sind kantonal unterschiedlich. Die Versicherer haben die Möglichkeit, die Entlastung als Prämienrabatte an die jungen Erwachsenen weiterzugeben, sind dazu aber nicht verpflichtet. Die im Jahr 2019 gewährten Rabatterhöhungen betragen je nach Kanton zwischen 35% und 73% der Entlastungsbeträge. Einzelne Versicherer erhöhen die Rabatte auf bis zu 174 CHF.

Bisher wurden die neuen Prämien und das Prämienwachstum vom BAG jeweils als durchschnittliches Wachstum der ordentlichen Prämien der Erwachsenen kommuniziert. Allerdings ist in den letzten Jahren die Anzahl der Versicherten mit ordentlichen Prämien stetig gesunken und betrug im Jahr 2016 nur noch knapp 19% der Erwachsenen. Zudem sind die ordentlichen Prämien systematisch höher als der Durchschnitt der von den Versicherten gewählten Prämien.

Daher wurden in diesem Jahr zum ersten Mal neu die mittleren Prämien, d.h. das mittlere Prämienvolumen pro Versicherten nach Altersklassen und Kantonen, kommuniziert. Im Vergleich zu den bisher kommunizierten Durchschnittsprämien sind die mittleren Prämien repräsentativer, da sie die gewählten Versicherungsmodelle und Franchisen sowie die von den Versicherern für das nächste Jahr erwarteten Wechsel berücksichtigen.

Die Prämien sämtlicher Versicherter wurden für das ganze Jahr 2019 genehmigt und am 24. September 2018 publiziert. Der Anstieg der gesamtschweizerischen mittleren Prämie im Vergleich zum Jahr 2018 beträgt 1,2%. Dabei beträgt

die Veränderung für Erwachsene (ab 25 Jahren) 2,4%, für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) -15,6% und für Kinder (unter 18 Jahren) 2,4%. Die Abnahme der mittleren Prämie für junge Erwachsene ist eine Folge der höheren Rabatte aufgrund der Entlastung im Risikoausgleich.

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

3.4 Prüfung des gebundenen Vermögens und des Internen Kontrollsystems (IKS) durch die externe Revisionsstelle

Mit der Einführung des KVAG wurde von den Revisionsgesellschaften der KVG-Versicherer, nach einer zweijährigen Übergangsfrist, im Geschäftsjahr 2018 zum ersten Mal die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen in den Bereichen des gebundenen Vermögens sowie des IKS geprüft.

Das entsprechende Prüfprogramm «IKS» wurde erstmals per 31. Dezember 2018 eingereicht, während die Einreichung des Prüfprogramms «Gebundenes Vermögen» das erste Mal per 30. April 2019 erfolgen wird.

Die beiden von der Aufsichtsbehörde ausgearbeiteten Prüfprogramme legen Prüfgebiete und Prüfpunkte fest und definieren den Prüfungsumfang sowie die Prüfungstiefe in den betroffenen Themen. Beim Ausarbeitungsprozess hatten die Beaufsichtigten die Möglichkeit, Anregungen einzubringen. Weiter hat die Aufsichtsbehörde Analyse-tools zur qualitativen sowie quantitativen Beurteilung der eingereichten Prüfprogramme entwickelt, um ihre Aufsichtspflichten befähigt wahrnehmen zu können.

3.5 Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen

Die Prämien sollen so von den Versicherern festgelegt werden, dass sie den Kosten entsprechen. Da zum Zeitpunkt der Festlegung der Prämien die Leistungskosten noch nicht bekannt sind, also geschätzt werden müssen, kann es vorkommen, dass sich a posteriori herausstellt, dass die Prämien in einem Kanton deutlich über den kumulierten Kosten liegen. Das KVAG erlaubt es den Versicherern, in einem solchen Fall einen Prämienausgleich bei der Aufsichtsbehörde zu beantragen. Aus dem Genannten ergibt sich, dass ein solcher Ausgleich eine Ausnahme darstellen muss.

2018 hat die Aufsichtsbehörde von drei Versicherern Gesuche zum Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen erhalten, welche sie bewilligt hat. Die drei Gesuchsteller beantragten Prämienausgleichszahlungen für das Geschäftsjahr 2017 für in bis zu 7 Kantonen. Die Rückerstattungen gingen insgesamt an rund 95000 Versicherte, welche per 31. Dezember 2017 bei den Gesuchstellern in den betroffenen Kantonen versichert waren. Der genehmigte Rückvergütungsbetrag pro Versicherten betrug zwischen 50 CHF und 370 CHF und wurde noch im Jahr 2018 ausbezahlt.

3.6 Abbau von Reserven

Die Versicherer können ihre Reserven abbauen, wenn diese übermässig zu werden drohen. Der Abbau von Reserven ist für die Versicherer freiwillig. Er unterliegt der Genehmigung der Aufsichtsbehörde und wird gewährt, wenn die Solvenzquote auch bei widrigen Umständen nach Abbau der Reserven voraussichtlich 150% übersteigt. Der Betrag wird vom Versicherer von der genehmigten Prämie abgezogen und auf der Prämienrechnung gesondert ausgewiesen.

Die Aufsichtsbehörde hat im Jahr 2018 für das Jahr 2019 einen Antrag auf Reserveabbau genehmigt. Dadurch werden jedem erwachsenen Versicherten dieses Versicherers monatlich 10 CHF, jedem jungen Erwachsenen und jedem Kind monatlich je 2 CHF von den Prämien abgezogen. Gesamthaft wird dadurch voraussichtlich ein Betrag von ca. 55 Mio. CHF abgebaut.

3.7 Kapitalanlagen

Die Versicherer sind verpflichtet, ihr Vermögen sorgfältig anzulegen, zu verwalten und zu überwachen. Dafür sind die geeigneten Anlagen und deren Begrenzungen klar definiert. Die Aufsichtsbehörde überprüft jährlich, ob diese Bestimmungen und Begrenzungen durch die Versicherer eingehalten worden sind.

Per Ende 2017 wiesen die Versicherer in der obligatorischen Grundversicherung 13 Mia. CHF aus, von denen 58,7% in Obligationen, 16,5% in Aktien (Obergrenze 25%) und 14,6% in Immobilien (Obergrenze 25%) investiert waren. Der Vergleich mit den drei Vorjahren hat gezeigt, dass es zu keinen grösseren Verschiebungen innerhalb der Anlagekategorien gekommen ist.

Innerhalb dieser drei Hauptanlageklassen gelten zusätzlich folgende Obergrenzen:

- Maximal 5% der Anlagen dürfen auf einen einzigen Schuldner fallen, ausser es handle sich beim Schuldner um die Schweizerische Eidgenossenschaft, einen Kanton oder ein Pfandbriefinstitut.
- Maximal 20% der kurzfristigen Anlagen (Laufzeit < 1 Jahr) dürfen auf einen einzigen Schuldner fallen, falls es sich beim Schuldner um eine Bank handelt.
- Maximal 5% der Immobilien dürfen sich im Ausland befinden.
- Maximal 20% der Anlagen dürfen in nicht abgesicherten Fremdwährungen investiert sein.

Die Aufsichtsbehörde stellte fest, dass die Versicherer im Jahr 2017 die Anlagevorschriften grösstenteils eingehalten haben. Bei Versicherern, welche diese Vorgaben nicht eingehalten haben, wurde entsprechend interveniert.

Das KVAG, das seit dem 1. Januar 2016 in Kraft ist, räumt den Versicherern eine Übergangsfrist von zwei Jahren ein, um alle neuen regulatorischen Anforderungen im Bereich der Kapitalanlagen zu erfüllen, insbesondere die Aufteilung in das gebundene und das übrige Vermögen. Dabei muss der Sollbetrag des gebundenen Vermögens jederzeit die versicherungstechnischen Rückstellungen decken. Diese neuen Bestimmungen sind somit erstmals ab dem Geschäftsjahr 2018 anwendbar.

3.8 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 2017 rund 12 Mio. CHF an Prämien bezahlt und nicht ganz 10 Mio. CHF an Rückversicherungsleistungen vergütet. Im Jahr zuvor waren die abgegebenen Prämien bei rund 40 Mio. CHF und die Rückversicherungsleistungen bei nicht ganz 35 Mio. CHF.

Alle neu abgeschlossenen Rückversicherungsverträge und deren Prämien müssen seit Einführung des neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes 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 Rückversicherungsvertrags Typs Rechnung getragen.

Die Aufsichtsbehörde prüfte die eingereichten Verträge, die neu ab 2018 in Kraft getreten sind, nach folgenden einheitlichen Prüfkriterien:

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

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

erfolgt in erster Linie anhand routinemässig erhobener Daten, namentlich der Individualdaten aus Bagasan. 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 2018 fünf neue Rückversicherungsverträge mit Versicherungsbeginn per 1. Januar 2019 genehmigt. Die bereits bestehenden fortlaufenden Verträge laufen unverändert weiter.

3.9 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, dass die Krankenversicherer gegenüber den Versicherten über ihre Geschäftstätigkeit informieren.

So sind neu die Entschädigungen an den Verwaltungsrat und an die Geschäftsleitung (jeweils Gesamtbetrag und höchster Einzelbetrag ohne Nennung des Namens) offenzulegen. Weiterhin 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 2017 fiel mehrheitlich positiv aus. Gegebenenfalls hat die Aufsichtsbehörde bei den Versicherern interveniert. Diese Interventionen betrafen beispielsweise die nicht fristgerechte Publikation der Geschäftsberichte sowie die unvollständige Abbildung der Jahresrechnung nach Swiss GAAP FER.

Ein weiterer geprüfter Punkt 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 des leitenden Organs und des Auf-

sichtsorgans entfallenden Betrag im Geschäftsbericht ausweist. Nachdem die Aufsichtsbehörde Ende 2017 alle Versicherer aufgefordert hatte, diesen Offenlegungsbestimmungen besondere Beachtung beizumessen, wurden diese Offenlegungspflichten von den Versicherern nach einzelnen Interventionen der Aufsichtsbehörde umgesetzt.

3.10 Prüfung der Geschäftspläne

Die Prüfung der von den Versicherern eingereichten Geschäftspläne hat die Aufsichtsbehörde im Jahr 2018 stark beschäftigt. Alle Versicherer verfügen nun über einen genehmigten Geschäftsplan. Als wichtiger Bestandteil des Geschäftsplanes zählen die Angaben und Unterlagen zur Organisation bzw. Organisationsstruktur eines Versicherers, die Auskunft über Unternehmensorganisation, -führung und -kontrolle geben, sowie die Lebensläufe der Mitglieder der Verwaltungs- und Leitungsorgane, aus welchen Angaben zur Qualifikation (Ausbildung und berufliche Laufbahn) der Mitglieder dieser Organe entnommen werden können.

Durch die Pflicht, Verträge oder sonstige Absprachen zu melden, durch die wesentliche Aufgaben des Versicherers an Dritte übertragen werden, konnte eine klare Sicht über den Auslagerungsstand und die Auslagerungspraktiken im Krankenversicherungsmarkt gewonnen werden. Es ist zu beobachten, dass Versicherer einer Versicherungsgruppe grundsätzlich Gebrauch von gruppeninternen Auslagerungen machen.

Die erstmalige systematische Prüfung der Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der OKP und über die freiwillige Taggeldversicherung auf ihre Konformität mit dem KVG und dem KVAG hat in einigen Fällen zu einer Aktualisierung dieser Bestimmungen geführt. Diese Prüfung dient dem Schutz der Versicherten vor Missbrauch.

3.11 Audit

Primäres Ziel ist es, zu prüfen, ob die rechtlichen Bestimmungen nach KVAG und KVG von den Versicherern korrekt angewendet und eingehalten werden (Compliance). Bei den Audits vor Ort wurde der Fokus auf die Gleichbehandlung der Versicherten gelegt. Zudem wurde analysiert, ob die Krankenversicherer Risikoselektion betreiben. Ein weiteres Kernthema war die prozessorientierte Prüfung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle. Dabei wurden die massgebenden Prozesse, das Interne Kontrollsystem (IKS) sowie die Kontrollinstrumente im Bereich der Rechnungskontrolle der geprüften Versicherer auf ihre Zweckmässigkeit, Angemessenheit und Wirksamkeit beurteilt.

Ende Jahr werden alle Versicherer 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 im kommenden Jahr auditiert werden.

Bei den Governance-Themen sind das Risikomanagement, das IKS und die Überwachung der Interessenkonflikte beurteilt worden. Die geprüften Krankenversicherer verfügen grundsätzlich über gut dokumentierte und angemessene Risikomanagementprozesse sowie interne Kontrollsysteme. Bei einzelnen kleineren und mittleren Versicherern müssen die vorhandenen Reglemente und definierten Prozesse konsequenter gelebt werden. Im Bereich der Versicherungsleistungen OKP hat die Aufsichtsbehörde festgestellt, dass die Versicherer ihre Aufgaben bzw. Pflichten in Bezug auf die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle grundsätzlich gut wahrnehmen. Es besteht jedoch Optimierungspotenzial, insbesondere bei der Kontrolle der Voraussetzungen für eine Kostenübernahme bei besonderen Versicherungsmodellen wie beispielsweise dem Hausarztmodell. Zudem wurden Schwachstellen bei der Erhebung des Spitalbeitrags sowie der gesetzlichen Kostenbe-

teilung für die während einer Schwangerschaft erbrachten Leistungen festgestellt, für welche Verbesserungsmaßnahmen verlangt wurden. Ein weiteres Prüfthema beinhaltete die Kontrolle der Einhaltung des Territorialitätsprinzips beim Bezug von Medikamenten im Ausland und der Voraussetzungen der Spezialitätenliste bei der Kostenübernahme gewisser Medikamente, wobei bei mehreren Versicherern eine nicht gesetzeskonforme Praxis beanstandet werden musste.

Im Prüfbereich Datenschutzkonforme Organisation sind hauptsächlich einzelne Zugriffe auf besonders schützenswerte Personendaten im elektronischen Versichertendossier 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 waren die Angaben auf den Beitrittsformularen OKP teilweise nicht vorschriftsgemäss und führten zu entsprechenden Anpassungen. Vereinzelt haben wir die verzögerte Aufnahme von Versicherten aufgrund fehlender Unterlagen/Dokumente beanstandet. Zudem wurden fehlerhafte Prozesse bei den unterjährigen Bei- und Austritten sowie der Sistierung der Unfalldeckung und rückwirkende Änderungen der Jahresfranchise festgestellt.

Die Versicherer wurden angewiesen, innert einer bestimmten Frist Massnahmen zu treffen. Die Umsetzung der Weisungen haben die Versicherer schriftlich zu bestätigen, und die entsprechenden Massnahmen sind allenfalls zu dokumentieren.

3.12 Behandelte Verfahren

Mit Verfügung vom 24. September 2016 hatte die Aufsichtsbehörde einem Krankenversicherer eröffnet, dass sein Plan bezüglich des Reserveabbaus nicht genehmigt wird. Die dagegen eingereichte

Beschwerde wies das Bundesverwaltungsgericht am 9. April 2018 ab. Dieses Urteil ist mangels Anfechtung in Rechtskraft erwachsen.

Am 24. Oktober 2017 wurde der Entscheid des Eidgenössischen Departements des Innern gerichtlich bestätigt, welches einem Krankenversicherer seinen Status als Krankenkasse aberkannt hatte. Dieser Krankenversicherer übertrug per Mitte des Berichtsjahrs seinen Versichertenbestand auf einen anderen Krankenversicherer.

Im Rahmen eines Audits hatte die Aufsichtsbehörde am 5. Oktober 2017 zwei Krankenversicherer angewiesen, ihre Prozesse zu ändern. Auf ein Gesuch um Erlass einer Verfügung über einen Realakt (eventualiter einer Feststellungsverfügung) sowie ein Ausstandsbegehren vom 13. Juni 2018 trat die Aufsichtsbehörde mit Verfügung vom 6. August 2018 nicht ein. Beim Bundesverwaltungsgericht ist eine Beschwerde eingereicht worden.

Vor der gleichen Instanz sind zwei weitere Verfahren hängig, welche Zuschüsse bzw. eine Aktienkapitalerhöhung betreffen.

Das Bundesverwaltungsgericht hatte in seinem Urteil vom 6. November 2017 bestätigt, dass die von einer Holding-Gesellschaft an drei Krankenversicherer geleisteten Zuschüsse entsprechend der Weisung der Aufsichtsbehörde rückgängig zu machen seien. Die von den Krankenversicherern gegen dieses Urteil eingereichte Beschwerde wies das Bundesgericht mit Urteil vom 21. November 2018 ab. Das Bundesgericht hielt namentlich fest, dass der Gesetzgeber die Quellen der Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung abschliessend geregelt hatte. Des Weiteren sei eine Organisation in einer OR-Konzernstruktur den Krankenversicherern als Anbieter der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwar unbenommen; das Bundesgericht wies indes darauf hin, dass dadurch die zwingenden Regelungen des KVG (samt Ausführungsverordnungen) nicht verletzt bzw. umgangen werden dürfen.



4 Aufsicht über die Unfallversicherer

4.1 Prämienmassnahmen Suva 2018

Die Suva hat in den letzten Jahren wiederholt überdurchschnittliche Anlageerträge erwirtschaftet. Angesichts der komfortablen Finanzierungssituation hat der Suva-Rat in Aussicht genommen, die Versicherten an den Kapitalertragsüberschüssen teilhaben zu lassen und hierfür einen Totalbetrag von 958 Mio. CHF bereitzustellen. Davon sollen im Prämienjahr 2019 rund 520 Mio. CHF eingesetzt werden, um die Nettoprämien in der BUV und in der NBUV gleichmässig um 15% zu senken. Über die konkrete Verwendung der restanzlichen Summe wird der Suva-Rat im Jahr 2019 entscheiden.

Das BAG hat sich im Rahmen der institutionellen Aufsicht über die Suva detailliert über die in Aussicht genommenen «Prämienmassnahmen 2018» informieren und dokumentieren lassen. Im Fokus standen dabei die Solvenz nach erfolgter Umsetzung der geplanten Prämienmassnahmen, insbesondere auch mit Rücksicht auf die Finanzierung einer bevorstehenden Senkung des technischen Zinssatzes, die Finanzierung der Prämienmassnahmen allein aus den Ertragsüberschüssen ohne Beteiligung der Risikorechnung sowie die Modalitäten der Umsetzung. Was Letzteres betrifft, legte das BAG besonderes Gewicht auf die von der Suva vorgesehenen Massnahmen, um sicherzustellen, dass die versicherten Betriebe die Reduktion der NBUV-Prämien in ihren Lohnabrechnungen berücksichtigen und im Umfang von 15% tatsächlich an die versicherten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergeben.

4.2 Risikogerechtigkeit der Tarifprämien: Divergenzen in den Rückstellungen der Risikostatistik gegenüber den Betriebsrechnungen

Im Rahmen der Prüfung der UVG-Prämientarife hat das BAG wie bereits in den vorangegangenen Jahren auch im Berichtsjahr festgestellt, dass in Bezug auf die in den Risikostatistiken abgebildeten Rückstellungen teilweise wesentliche Mängel bestehen. Die Mängel rühren einerseits aus Fehlinterpretationen des Statistikplans, andererseits aber auch aus der Wahl nicht adäquater Parameter und Methoden für die Berechnung der gemeldeten Rückstellungen. Im Resultat kann dies zu signifikanten Abweichungen zwischen den Rückstellungen gemäss Betriebsrechnung und denjenigen gemäss Risikostatistik führen. Aus Sicht des BAG sind diese Mängel zu beseitigen, um einerseits die Qualität der einzelnen Statistiken (HAST) und damit auch der Gesamtstatistik (GEST) sicherzustellen und andererseits die in der Risikostatistik abgebildeten Rückstellungen auf ein Niveau zu bringen, das mit der Höhe der Rückstellungen gemäss Betriebsrechnung weitestgehend vergleichbar ist. Dies würde insbesondere die Aussagekraft der Beurteilung des BAG in Bezug auf die Risikogerechtigkeit der erhobenen Prämien sowie der Tarife verbessern. In diesem Zusammenhang vertritt das BAG den Standpunkt, dass nicht nur in der Betriebsrechnung, sondern auch in der Risikostatistik Bedarfsrückstellungen abzubilden sind, die voraussichtlich eine Erledigung der Schäden ohne Gewinn oder Verlust ermöglichen. Entsprechend vermögen unterschiedliche Berechnungsmethoden keine grundlegenden Differenzen zu rechtfertigen, da die Zielgrösse in Form von angemessenen Bedarfsrückstellungen sowohl in der Risikostatistik als auch in der Betriebsrechnung identisch ist.

Die Thematik ist mit Vertretern der technischen Kommission Unfall (TKU) des Schweizer Versicherungsverbands (SVV) besprochen worden. Der SVV hat sich bereit erklärt, die Problematik aufzunehmen und in der TKU zu vertiefen. Ziel der

laufenden Bemühungen ist es, ein mit dem SVV abgestimmtes Rundschreiben an die UVG-Versicherer aufzusetzen, um bereits mit der nächsten Lieferung der Risikostatistiken die gewünschten Verbesserungen zu erzielen.

4.3 Mutationen im UVG-Geschäft

Im Berichtsjahr war die Aufsichtsbehörde über die obligatorische Unfallversicherung nach UVG mit verschiedenen Mutationen befasst:

Die Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG bot bisher die Kurzfristleistungen an. Für die Langfristleistungen bestand ein Zusammenarbeitsvertrag mit der Solida Versicherungen AG. Per 1. Januar 2019 wird die Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG die Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung aufgeben und ihr gesamtes Portefeuille der Solida Versicherungen AG übertragen. Mit Datum vom 25. Juni 2018 hat das BAG in Koordination mit der FINMA entsprechende Verfügungen erlassen. Die Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG wird per Ende 2018 aus dem Register des BAG über die UVG-Versicherer gestrichen werden.

Die Agrisano Krankenkasse AG führte die obligatorische Unfallversicherung bisher als Versicherer der Kurzfristleistungen durch. Für die Langfristleistungen hatte sie einen Zusammenarbeitsvertrag mit der Solida Versicherungen AG. Ab dem 1. Januar 2019 wird die Agrisano Versicherungen AG das Unfallversicherungsgeschäft in vollem Umfang eigenständig betreiben. Dabei wird sie im Rahmen einer partiellen Universalsukzession die bisherigen Verpflichtungen der Agrisano Krankenkasse AG übernehmen. Das BAG hat am 28. September 2018 in Koordination mit der FINMA entsprechende Verfügungen erlassen und wird die Agrisano Versicherungen AG per 1. Januar 2019 in die Liste der beim BAG registrierten UVG-Versicherer aufnehmen und die Agrisano Krankenkasse AG löschen.

Entsprechend ihrer bereits vor längerer Zeit gemachten Ankündigung wird die Lloyd's, London, Zweigniederlassung Zürich, das UVG-Geschäft per Ende 2018 aufgeben und in den Run-off übergehen. Das BAG hat nach Klärung der Verhältnisse und in Koordination mit der FINMA am 29. Novem-

ber 2018 eine Verfügung auf Löschung im Register über die UVG-Versicherer per Ende 2018 eröffnet.

4.4 Grundsatzurteil des Bundesgerichts (BGE 144 V 29) vom 1. Februar 2018 zur Einsprachelegitimation des Unfallversicherers «contra Adressat»

Dem Urteil lag der Sachverhalt zugrunde, dass die Versicherte im Zeitpunkt des erlittenen Nichtberufsunfalls bei zwei Arbeitgebern beschäftigt und bei zwei verschiedenen Versicherern unfallversichert war. Der eine Versicherer war leistungspflichtig, weil die Versicherte vor dem Unfall zuletzt dort unfallversichert war. Als fallführender Unfallversicherer sprach dieser Versicherer der Versicherten alsdann eine Integritätsentschädigung sowie eine Invalidenrente zu. Weil der andere Versicherer bei Nichtberufsunfällen verpflichtet ist, dem Fallführenden einen Teil der Versicherungsleistungen zurückzuerstatten, und er mit den vom fallführenden Versicherer zugesprochenen Leistungen nicht einverstanden war, focht er die ergangenen Verfügungen einspracheweise an. Der fallführende Versicherer bestritt die Verfahrenslegitimation und trat auf die Einsprachen nicht ein.

Das Bundesgericht hatte in der Folge die Frage der Einsprachelegitimation des zweiten Unfallversicherers bezüglich der Leistungsverfügung des fallführenden Unfallversicherers zu entscheiden. Es erkannte, dass der zweite Versicherer durch die Verfügung so erheblich belastet sei, dass er in der für die Rechtsmittellegitimation geforderten Weise davon berührt sei. Denn würde die Verfügung des fallführenden Versicherers bei Nichtanfechtung durch die versicherte Person in Rechtskraft erwachsen, würde damit gleichzeitig auch der Umfang der Leistungspflicht des zweiten Versicherers festgelegt, ohne dass dieser darauf Einfluss nehmen könnte. Entsprechend sei ihm die Verfügung zu eröffnen und er könne die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person. Der Umstand, dass der zweite Versicherer seine Leistungen nicht der versicherten Person auszurichten, sondern dem fallführenden Versicherer zurückzuerstatten habe, ändere nichts an seiner Verfahrenslegitimation.

4.5 Deckungsfragen: Personen in der IV-Eingliederung; Sozialhilfebezüger, Flüchtlinge und Asylanten

a) Personen in der IV-Eingliederung

Die Thematik des Unfallschutzes von Personen, die in beruflichen Massnahmen oder Integrationsmassnahmen der IV stehen, hatte im vergangenen Jahr wieder Aktualität erlangt. Zwar soll mit dem in den Räten pendenden Projekt der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung eine Regelung etabliert werden, welche geeignet ist, die aktuell wenig transparente Situation zu klären. Allerdings ist der Ausgang der parlamentarischen Beratungen sowohl inhaltlich als auch in zeitlicher Hinsicht völlig offen. Dementsprechend hat sich eine vertiefte Klärung de lege lata aufgedrängt. Das BSV hat sich in der Folge bemüht, alle Eingliederungsmassnahmen, die unter den Titel berufliche Massnahmen und Integrationsmassnahmen fallen, zusammenzustellen und eine Beurteilung des Unfallschutzes in den verschiedenen Konstellationen vorzunehmen. Das Resultat dieser Analyse bzw. die offenen Fragen sind Ende 2017 und im Berichtsjahr mit dem BAG sowie mit der Suva und dem SVV besprochen worden.

Gestützt auf diese Kontakte konnte das Informationsschreiben an die IV-Stellen (12. September 2018) wie auch die Ad-hoc-Empfehlung Nr. 01/2007 (Revision 27. Juni 2018) der Kommission Schaden UVG bezüglich des Unfallversicherungsschutzes während beruflicher Eingliederungsmassnahmen der IV aktualisiert und angepasst werden. Damit hat jedoch nach wie vor keine vollständige Klärung und absolute Rechtssicherheit erreicht werden können. Immerhin kann vereinfacht festgestellt werden, dass mit Ausnahme des Arbeitsversuchs nach Artikel 18a IVG weitgehend von einer UVG-Deckung ausgegangen werden kann. Letztlich wird aber jeder Einzelfall für sich beurteilt werden müssen.

b) Sozialhilfebezüger, Flüchtlinge, Asylanten

Im Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2017 (8C_302/2017) wurde die UVG-Deckung einer Sozialhilfebezügerin ohne Lohn und ohne Arbeitsvertrag, die in einer Massnahme mit praktischer Ausbildung stand, bejaht. Das Bundesgericht hat sich im Wesentlichen auf zwei Argumente gestützt: Zum einen hat es mit Rücksicht auf die konkrete

Tätigkeit der Sozialhilfebezügerin, die vom Einsatzbetrieb für Reinigungsarbeiten eingesetzt worden war, ein wirtschaftliches Interesse der Firma klar bejaht; zum andern hat das Bundesgericht den Einsatz insbesondere in Berücksichtigung seiner Dauer als praktische Ausbildung bzw. als Praktikum qualifiziert. Im Weiteren hat es unter Bezugnahme auf die bisherige Rechtsprechung wiederholt, dass die UVG-Deckung unabhängig von einem Arbeitsvertrag und einer Lohnvereinbarung bestehen könne.

Da insbesondere Massnahmen der Sozialdienste im Fokus des Urteils standen, hatte sich das BAG mit der Frage der UVG-Deckung von Sozialhilfebezügern, aber auch von Personen mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus wie Flüchtlinge und Asylanten auseinanderzusetzen.

Der höchstrichterliche Entscheid entspricht dem Rechtsverständnis des BAG und kommt in Einklang mit der bisherigen Rechtsprechung der Anwendung des geltenden Rechts gleich. Wie bereits anderen einschlägigen Entscheiden zu entnehmen war, ist die UVG-Deckung bei einem wirtschaftlichen Interesse regelmässig zu bejahen (vgl. BGE 115 V 55 ff. betreffend ein Mädchen, das den Reitstall säuberte und als Entgelt Pferde ausreiten durfte). Ebenso entspricht es konstanter Praxis des Bundesgerichts, dass ein Volontariat ohne Lohnvereinbarung und ohne Arbeitsvertrag, welches allein der Ausbildung dient, eine UVG-Deckung zu begründen vermag. Der Aufenthalts-/Asylstatus der verunfallten Person wie auch der Umstand, dass es sich um einen Sozialhilfebezüger handelt, sind dabei nicht von Bedeutung. Wenn im Einzelfall die massgeblichen Kriterien erfüllt sind, ist die UVG-Deckung gestützt auf das geltende Recht zu bejahen.

5 Aufsicht über die Militärversicherung

Erstmalige Anpassung der Krankenversicherungsprämien nach dem neuen Finanzierungssystem

Das seit dem 1. Januar 2018 gültige, neue Finanzierungssystem bestimmt, dass die effektiven Kosten der Militärversicherung für Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten sowie für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten bei der Prämienbemessung massgebend sind. Das Gesetz hält fest, dass die Prämien für Leistungen bei Krankheit mindestens 80% der Kosten zu decken haben. Für den Unfallschutz in der Grundversicherung der freiwillig Versicherten wird ein Prämienzuschlag erhoben, der ebenfalls mindestens 80% der unfallbedingten Kosten decken soll.

Bei Einführung des neuen Finanzierungssystems per 1. Januar 2018 wurde die monatliche Prämie für Leistungen bei Krankheit auf 340 CHF festgesetzt. Der monatliche Prämienzuschlag für die effektiven Kosten für Leistungen bei Unfällen der freiwillig Versicherten beträgt 24 CHF.

Im Berichtsjahr wurden die Prämien für das Folgejahr erstmals nach den neuen Finanzierungsregeln angepasst. Dabei ist für Leistungen bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten eine monatliche Prämie von 346 CHF und für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten eine monatliche Prämie von 30 CHF festgesetzt worden.

6 Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)

Die Aufsichtsbehörde nimmt die Aufsicht über die GE KVG nach dem KVAG wahr. Für die stiftungsrechtliche Aufsicht ist die Eidgenössische Stiftungsaufsicht (ESA) 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 2017 auf insgesamt 2,4 Mio. CHF. Dies entspricht einer Einsparung von 0,3 Mio. im Vergleich zum Vorjahr, resultierend aus den verminderten Kapitalkosten wegen des allgemein tieferen Zinsniveaus.

Die GE KVG führt die Prämienverbilligung für diese Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen durch. Sie haben wie die übrigen Ver-

sicherten Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung, wenn sie in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Um die Prämien dieser Personen zu verbilligen, hat der Bund der GE KVG im Jahr 2017 1,4 Mio. CHF ausgerichtet. Total kamen 445 Personen in den Genuss dieser Prämienverbilligung, die Mehrzahl davon in Deutschland (198) und Frankreich (122).

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 die Bundesgelder vor, das die Aufsichtsbehörde hinsichtlich der oben erwähnten Verwaltungs- und Kapitalkosten prüft und mit der GE KVG anlässlich einer Sitzung bespricht.

7 Weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufsicht

7.1 Abschluss der Prämienkorrektur

Zwischen 1996 und 2013 sind in den Kantonen Ungleichgewichte zwischen den Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung) und den Kosten für die medizinischen Leistungen entstanden. In gewissen Kantonen war das Verhältnis der Prämien zu den Kosten tiefer als in anderen Kantonen. Im März 2014 hat das Parlament einen Teilausgleich dieser Ungleichgewichte im Umfang von insgesamt 800 Mio. CHF beschlossen. Dieser Betrag wurde zu je einem Drittel vom Bund, von den Krankenkassen und den Versicherten jener Kantone finanziert, in denen zu tiefe Prämien bezahlt wurden. Während der Jahre 2015 bis 2017 wurden diese 800 Mio. CHF unter den Versicherten ausgeglichen. Details dazu sind im Tätigkeitsbericht vom letzten Jahr zu finden.

Die Beitrags- bzw. Abgabesätze zur Berechnung der Prämienkorrektur wurden aufgrund von vorsichtigen Bestandsschätzungen berechnet. Daher ergibt sich ein Restbetrag.

Der Restbetrag aus der Prämienkorrektur 2015 wurde im Frühling 2016 bestimmt. Er wurde vollumfänglich für die Prämienkorrektur 2017 verwendet. Der Restbetrag aus der Prämienkorrektur 2016 konnte erst nach der Festlegung der Prämienrückerstattung 2017 definitiv bestimmt werden und konnte somit nicht mehr für die Prämienrückerstattung 2017 verwendet werden. Der Restbetrag aus der Prämienrückerstattung 2017 wurde sodann im Frühjahr 2018 bestimmt. Die beiden Restbeträge von insgesamt 2,3 Mio. CHF wurden im Sommer 2018 rechtskonform in den Insolvenzfonds der Gemeinsamen Einrichtung KVG überwiesen.

7.2 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, 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.

7.3 Versichertenanfragen

Die Anfragen von Versicherten und anderen Stellen (Behörden, Unternehmen, Verbände, ausländische Stellen) sind vielseitig und betreffen das ganze Spektrum der sozialen Krankenversicherung. Eine sehr grosse Anzahl Anfragen, die in allen Sprachen gestellt werden, beziehen sich auf den Versicherungsabschluss, den Kassenwechsel und die Prämien (insbes. Prämiensäumigkeit, überdurchschnittliche Prämienhöhung). Zudem gibt es Fragen und Probleme zu den besonderen Versicherungsmodellen, Leistungsverzögerungen und Leistungsablehnungen. Die Aufsichtsbehörde stellt oft fest, dass die Versicherten eine bereits erteilte Auskunft durch den Krankenversicherer von der Aufsichtsbehörde überprüfen lassen wollen. Zum Schluss bilden Anfragen mit internationalem Bezug (Koordinationsrecht, Freizügigkeitsabkommen) einen weiteren Anteil der Anfragen.



8 Anhänge

8.1 Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)

Franchisen der Kostenentwicklung anpassen

2016 hat das Parlament die Motion Bischofberger angenommen (15.4157 Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen). Darin ist vorgesehen, dass die Franchisen, insbesondere die ordentliche Franchise, regelmässig an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angepasst werden sollen. Das Parlament möchte mit dieser Motion die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und sie zu einer moderaten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ermutigen. Der Bundesrat hat seine Botschaft am 28. März 2018 dem Parlament überwiesen (BBl 2018 2695). Gemäss seinem Entwurf zur Änderung von Art. 64 Abs. 3 KVG sollen alle Franchisen der erwachsenen Versicherten um 50 CHF angehoben werden, sobald die jährlichen durchschnittlichen Bruttokosten pro versicherte Person die ordentliche Franchise um das 13-Fache überschreiten. Die Franchisen von Kindern sind nicht Bestandteil dieses Anpassungsmechanismus. Der Bundesrat behält die Kompetenz, die Franchisen festzulegen (Art 103 Abs. 1 und 93 Abs. 1 KVV). Das Parlament hat mit der Prüfung des Entwurfs im Herbst 2018 begonnen.

8.2 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 14. September 2018 verabschiedet und ist per 1. Januar 2019 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 Ende August 2018 durch die kantonalen Behörden genehmigt worden und im Verlauf des Jahres 2018 oder per 1. Januar 2019 in Kraft getreten sind.

8.3 Verordnung des EDI über die Preisniveauindizes und die Durchschnittsprämien 2019 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 Unfaldeckung). Die Preisniveauindizes stammen aus den Eurostat-Statistiken (Kaufkraftparitäten / Preisniveauindizes / Konsumausgaben der privaten Haushalte). Die Gemeinsame Einrichtung gemäss Art. 18 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 30. November 2018 ist am 1. Januar 2019 in Kraft getreten.

8.4 Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV)

Die Prämien für Leistungen der Militärversicherung bei Krankheit der beruflich und freiwillig Versicherten sind auf den 1. Januar 2019 auf monatlich 346 CHF und für Leistungen bei Unfall der freiwillig Versicherten auf monatlich 30 CHF angepasst worden (Art. 28a Abs. 1 und Art. 28b MVV).

Die übrigen auf unbestimmte Zeit festgesetzten Renten, darunter auch jene der Versicherten im AHV-Alter, sind gemäss Art. 43 Abs. 2 MVG dem Stand des Landesindexes der Konsumentenpreise vollständig anzupassen. Weil dieser Index im fraglichen Zeitraum gesunken ist, erfolgt für die betreffenden Renten keine Anpassung. Gleiches gilt für den Jahresrentenansatz der Integritätsschadenrente.

8.5 Anpassung der Leistungen der Militärversicherung an die Kosten- und Teuerungsentwicklung (MV-Anpassungsverordnung)

Der Bundesrat hat beschlossen, die Leistungen der Militärversicherung auf den 1. Januar 2019 an die Lohn- und Preisentwicklung anzupassen. Damit kommt er der gesetzlichen Verpflichtung nach, mit der AHV/IV-Rentenanpassung Schritt zu halten. Die letzte Anpassung erfolgte auf den 1. Januar 2017.

Die Renten der noch nicht im AHV-Alter stehenden Versicherten der Militärversicherung sowie jene der Ehegatten und Waisen von verstorbenen MV-Versicherten, die am 31. Dezember 2018 das AHV-Rententalter noch nicht erreicht haben, sind gemäss Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Militärversicherung (MVG) entsprechend dem vom Bundesamt für Statistik ermittelten Nominallohnindex vollständig anzupassen. Entsprechend werden sie um 1,3% erhöht, soweit die Rente im Jahr 2016 oder früher festgesetzt wurde. Renten mit Spruchjahr 2017 werden um 0,7% erhöht. Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes wird entsprechend der Entwicklung des Nominallohnindex auf 154'256 CHF erhöht.

9 Glossar

Audit

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

Bagsan

Anonymisierte Individualdaten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

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: Springer Gabler Verlag [Herausgeber], Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Corporate Governance, online im Internet:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55268/corporate-governance-v8.html>

Gebundenes Vermögen

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

Risikokollektive

Unter diesem Begriff wird die Zusammenfassung zu 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 in der OKP, 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>BAG</i>	Bundesamt für Gesundheit
<i>BBI</i>	Bundesblatt
<i>BBL</i>	Bundesamt für Bauten und Logistik
<i>BGE</i>	Bundesgerichtsentscheid
<i>BSV</i>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<i>EDI</i>	Eidgenössisches Departement des Innern
<i>EFK</i>	Eidgenössische Finanzkontrolle
<i>EKAS</i>	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
<i>ESA</i>	Eidgenössische Stiftungsaufsicht
<i>FINMA</i>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
<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>KVV</i>	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
<i>MV</i>	Militärversicherung
<i>MVG</i>	Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.1)
<i>MVV</i>	Verordnung über die Militärversicherung (SR 833.11)
<i>OKP</i>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<i>SR</i>	Systematische Sammlung des Bundesrechts
<i>SUVA</i>	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
<i>SVV</i>	Schweizerischer Versicherungsverband
<i>UV</i>	Unfallversicherung
<i>UVG</i>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
<i>V-GSG</i>	Veränderung der Gaststaatsverordnung (SR 192.121)
<i>VDPV</i>	Verordnung über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (SR 832.102.2)
<i>VVG</i>	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (SR 221.229.1)



