



Bern, 27. Mai 2026

---

# **Umsetzung der sozialen Krankenversicherung durch eine kantonale Kostenausgleichskasse: Machbarkeitsprüfung**

Bericht des Bundesrates  
in Erfüllung des Postulates 24.3224 Poggia  
vom 14. März 2024

---

# Inhaltsverzeichnis

	Zusammenfassung .....	5
<b>1</b>	<b>Ausgangslage .....</b>	<b>7</b>
1.1	Wortlaut des Postulats 24.3224 .....	7
1.2	Volksinitiative und parlamentarische Vorstösse zum Thema .....	7
1.2.1	Eidgenössische Volksinitiative «Krankenversicherung. Für die Organisationsfreiheit der Kantone» .....	7
1.2.2	Standesinitiativen .....	8
1.3	Auslegung des Postulatstextes .....	8
1.4	Inhalt dieses Berichts .....	9
<b>2</b>	<b>Aufgaben der sozialen Krankenversicherung .....</b>	<b>10</b>
2.1	Regelungskompetenz bei der sozialen Krankenversicherung .....	10
2.2	Art der Staatsaufgaben bei der sozialen Krankenversicherung ...	10
2.2.1	Öffentliches Interesse und Krankenversicherung .....	11
2.2.2	Legalitätsprinzip .....	11
2.2.3	Pflicht des Staates zur Umsetzung der öffentlichen Aufgabe .....	11
2.2.4	Eingriff der Verwaltung .....	11
2.3	Aufgabenübertragung in der sozialen Krankenversicherung .....	12
<b>3</b>	<b>Der soziale Krankenversicherungsträger .....</b>	<b>13</b>
3.1	Gemäss heutigem Recht .....	13
3.1.1	Träger der sozialen Krankenversicherung .....	13
3.1.2	Weiterübertragung von Aufgaben .....	13
3.2	Gemäss Postulat 24.3224 .....	14
3.2.1	Ausgleichskasse .....	14
3.2.1.1	Status der Ausgleichskasse .....	14
3.2.1.2	Errichtung der Ausgleichskasse .....	14
3.2.2	Zulässigkeit des Ausgleichskassen-Monopols .....	15
3.2.2.1	Vereinbarkeit mit der Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) .....	15
3.2.2.2	Vereinbarkeit mit der Eigentumsgarantie (Art. 26 BV) .....	16
3.2.3	Krankenkassen .....	17
3.2.3.1	Status der Krankenkassen .....	17
3.2.3.2	Umgang mit Durchführungsbewilligung und Handelsregistereintrag .....	17
3.2.4	Weiterübertragung von Aufgaben auf die Krankenkassen .....	17
3.2.4.1	Analyse von Aufgaben, die die Ausgleichskasse womöglich den Krankenkassen übertragen möchte .....	17
3.2.4.1.1	Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen und Kontrolle der Rechnungen	17
3.2.4.1.2	Schriftverkehr mit den Versicherten .....	18
3.2.4.1.3	Erlass von Verfügungen und Einspracheentscheiden .....	18

3.2.4.1.4	Betreibungen.....	19
3.2.4.1.5	Übernahme von Rechtsstreitigkeiten (Beschwerdeverfahren) .....	19
3.2.4.1.5.1	In Sachen Verwaltungsverfahren .....	19
3.2.4.1.5.1.1	Auf Bundesebene .....	19
3.2.4.1.5.1.2	Auf Kantonebene .....	20
3.2.4.1.5.2	In Sachen Schuldbetreibung und Konkurs .....	20
3.2.4.1.6	Entwicklung besonderer Versicherungsformen .....	21
3.2.4.1.7	Aufklärungspflicht.....	22
3.2.4.1.8	Vertrauensärztinnen und -ärzte: Ernennung und Austausch.....	22
3.2.4.2	Kontrolle der Aufgabenerfüllung durch die Ausgleichskasse .....	23
<b>4</b>	<b>Funktionsweise der sozialen Krankenversicherung im System gemäss</b>	
	<b>Postulat 24.3224.....</b>	<b>23</b>
4.1	Kreis der betroffenen Versicherten .....	23
4.2	Finanzierungsverfahren .....	24
4.2.1	Prämien.....	25
4.2.1.1	Prämienberechnung.....	25
4.2.1.2	Prämiengenehmigung .....	25
4.2.1.3	Einheitsprämie .....	25
4.2.2	Kostenbeteiligung und Spitalbeitrag.....	26
4.2.3	Reserven.....	26
4.2.3.1	Notwendigkeit von Reserven? .....	26
4.2.3.1.1	System ohne Reserven.....	27
4.2.3.1.2	System mit Reserven .....	27
4.2.3.1.2.1	Anfangsreserven .....	27
4.2.3.1.2.2	Reserven der Ausgleichskasse .....	27
4.2.3.1.2.3	«Kantonalisierung» der Reserven .....	27
4.2.4	Insolvenzrisiko der Ausgleichskasse.....	28
4.3	Risikoausgleich .....	28
4.4	Beteiligung am Insolvenzfonds .....	29
4.5	Verwaltungskosten.....	29
4.5.1	Kostensenkende Faktoren .....	29
4.5.1.1	Kosten für Versichererwechsel .....	30
4.5.1.2	Werbekosten .....	30
4.5.1.3	Vermittlerprovisionen .....	31
4.5.2	Kostentreibende Faktoren.....	31
4.5.2.1	Gleichzeitiges Bestehen zweier Arten von Einrichtungen zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung .....	31
4.5.2.1.1	Kosten für die Schaffung der Ausgleichskasse .....	31
4.5.2.1.2	Kosten für den Betrieb der Ausgleichskasse.....	31

4.5.2.2	Leistungsverträge zwischen der Ausgleichskasse und den beauftragten Krankenkassen .....	32
4.6	Freiwillige Taggeldversicherung.....	32
4.7	Versicherte, die in einen anderen Kanton umziehen.....	33
4.8	Aufsicht .....	33
<b>5</b>	<b>Beurteilung.....</b>	<b>34</b>
5.1	Komplexeres System für die Versicherten .....	34
5.2	Höhere Arbeitslast der Aufsichtsbehörde.....	35
5.3	Umfangreichere gesetzliche Regelung .....	35
5.3.1	Änderung des Bundesrechts.....	35
5.3.2	Änderung des kantonalen Rechts .....	36
5.4	Wegfall der Möglichkeit eines Versichererwechsels .....	36
5.5	Höhere Verwaltungskosten .....	37
5.6	Aushebelung von Artikel 64a Absatz 6 KVG .....	37
5.7	Umgang mit besonderen Versicherungsformen.....	38
5.8	Erhöhtes Interesse an Investitionen in die Prävention .....	38
5.9	Interesse der beauftragten Krankenkassen an einer Teilnahme am System gemäss Postulat 24.3224.....	38
5.10	Kontraproduktive Wirkung der Einheitsprämie .....	39
5.11	Mehrfachrolle der Kantone.....	39
5.12	Komplexere Erhebung der Kostenbeteiligung und des Spitalbeitrags .....	40

## Zusammenfassung

Das Postulat 24.3224 beauftragt den Bundesrat, in einem Bericht darzulegen, welche Vor- und Nachteile bestünden, wenn den Kantonen bei der Umsetzung der sozialen Krankenversicherung durch eine Kostenausgleichskasse (nachfolgend «Ausgleichskasse»), die bestimmte Aufgaben den Krankenkassen überträgt, ein Ermessensspielraum eingeräumt würde. Der Wortlaut des Postulats lässt verschiedene Auslegungen zu. Dieser Bericht geht von der Annahme aus, dass die Ausgleichskasse der alleinige Versicherungsträger ist, bei dem alle Versicherten des Kantons mit diesem System versichert sein müssen.

Die soziale Krankenversicherung ist eine staatliche Aufgabe, deren Durchführung nach geltendem Recht einer Vielzahl von Versicherern übertragen ist. Diese Versicherer sind als staatliche Organe mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattet. Sie sind befugt, Rechtsverhältnisse mittels Verfügung zu regeln. Im System gemäss Postulat 24.3224 wäre die Ausgleichskasse der alleinige Versicherungsträger. Dieses Monopol ist mit der Wirtschaftsfreiheit wie auch mit der Eigentumsgarantie vereinbar. Hingegen würden die Krankenkassen ihren Status als staatliche Organe verlieren. Sie würden zu Beauftragten der Ausgleichskasse ohne hoheitliche Befugnisse.

Nach dem Wortlaut des Postulats könnte die Ausgleichskasse den Krankenkassen administrative Aufgaben übertragen, namentlich die Prüfung der Rechnungen und die Übernahme von Rechtsstreitigkeiten. Angesichts der umfassenden Kenntnisse der Krankenkassen könnten ihnen zahlreiche mit der Durchführung der sozialen Krankenversicherung verbundene Aufgaben anvertraut werden, wie die Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die Rechnungskontrolle, der allgemeine Schriftverkehr mit den Versicherten und die Übernahme von Rechtsstreitigkeiten (Beschwerdeverfahren). Die Verfügungskompetenz könnte die Ausgleichskasse hingegen nicht den Krankenkassen übertragen.

Das System gemäss Postulat 24.3224 könnte nicht ohne Gesetzesänderungen in vielen Bereichen umgesetzt werden: Die Kantone müssten ermächtigt werden, dieses monopolistische System zu wählen; Die Voraussetzungen für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch die Ausgleichskasse müssten festgelegt und die Mittel zur Verhinderung ihrer Insolvenz definiert werden; Eine Ausnahme von der Möglichkeit zur Befreiung von der Durchführung der sozialen Krankenversicherung in den EU-Mitgliedstaaten, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich müsste vorgesehen werden, und die Ausgleichskasse müsste verpflichtet werden, auch die kollektive Taggeldversicherung durchzuführen. Die Verluste defizitärer Geschäftsjahre würden vom Kanton übernommen. Insofern stünde es dem Gesetzgeber frei, für Kantone mit dem System gemäss Postulat 24.3224 eine eigene Finanzierungsregelung festzulegen.

Nach Auffassung des Bundesrats würde das System gemäss Postulat 24.3224 die Komplexität für die Versicherten erhöhen. Es würde zu Mehraufwand für die Aufsichtsbehörde und zu höheren Verwaltungskosten führen. Zudem könnte sich das Prinzip der Einheitsprämie als kontraproduktiv erweisen: Für die beauftragten Krankenkassen wäre vorrangig die Zufriedenheit ihrer Kundschaft von Interesse, was der Kostendämpfung abträglich wäre. Im Bereich der Prävention hätte eine Ausgleichskasse zwar ein

Interesse daran, mehr Mittel zu investieren, könnte aber nur die gesetzlich vorgesehenen Massnahmen übernehmen.

Schliesslich ist auf die Mehrfachrolle der Kantone im System gemäss Postulat 24.3224 hinzuweisen. Die Kantone wären in den Leitungsgremien der Ausgleichkasse vertreten, sind Eigentümer der öffentlichen Spitäler und Genehmigungsbehörde der Tarifverträge. Diese Mehrfachrolle würde unweigerlich zu Interessenkonflikten führen.

# 1 Ausgangslage

## 1.1 Wortlaut des Postulats 24.3224

Am 14. März 2024 reichte Ständerat Mauro Poggia das Postulat 24.3224 «Umsetzung des KVG. Für die Organisationsfreiheit der Kantone» mit folgendem Wortlaut ein: «Der Bundesrat wird beauftragt, in einem Bericht darzulegen, welche Vor- und Nachteile es gäbe, wenn man den Kantonen bei der Umsetzung des KVG durch eine Kostenausgleichskasse einen Ermessensspielraum einräumte. Die Kontrolle der von Leistungserbringern ausgestellten Rechnungen würde bei den bestehenden Krankenversicherern bleiben. So könnte diese Kasse:

- a. die Prämien festlegen und erheben;
- b. die Kosten finanzieren, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anfallen;
- c. die Erfüllung der administrativen Aufgaben, die den zur Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Versicherern übertragen werden, einkaufen und kontrollieren.»

Der Bundesrat beantragte die Annahme des Postulats. Der Ständerat nahm es am 13. Juni 2024 an.

## 1.2 Volksinitiative und parlamentarische Vorstösse zum Thema

Die Idee einer Ausgleichskasse, die in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen die soziale Krankenversicherung umsetzt, ist nicht neu.

### 1.2.1 Eidgenössische Volksinitiative «Krankenversicherung. Für die Organisationsfreiheit der Kantone»

Am 19. September 2017 wurde die Volksinitiative «Krankenversicherung. Für die Organisationsfreiheit der Kantone» lanciert. Die Kantone sollten ein ähnliches System wie das mit dem Postulat 24.3224 zu prüfende implementieren können. Die Volksinitiative scheiterte im Sammelstadium<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> BBI 2019 3000

### 1.2.2 Standesinitiativen

Anschliessend reichten die Kantone NE<sup>2</sup> und VD<sup>3</sup> im Parlament Initiativen mit gleichem Inhalt wie die vorgängig genannte Volksinitiative ein. Das Parlament lehnte es mit grossem Mehr<sup>4</sup> ab, diesen Initiativen Folge zu geben.

### 1.3 Auslegung des Postulatstextes

Der Wortlaut des Postulats, seine Begründung und die bisherigen Diskussionen zum Thema sind nicht präzise genug, um das vom Postulanten angestrebte System klar zu erfassen. Das System soll die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG<sup>5</sup>) durch eine Ausgleichskasse in Zusammenarbeit mit den bestehenden Krankenkassen ermöglichen. Die genaue Rolle, die rechtliche Qualifikation und die Aufgaben der verschiedenen beteiligten Akteure sind jedoch nicht klar definiert.

Nach dem Wortlaut des Postulats prüfen die Krankenkassen die Rechnungen, während die Ausgleichskasse die Prämien festlegt und erhebt, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anfallenden Kosten finanziert sowie die Erfüllung der den Krankenkassen übertragenen administrativen Aufgaben einkauft und kontrolliert. So scheint der Postulatstext die Aufgabe der Rechnungskontrolle direkt den Krankenkassen zuzuweisen, während es sich dabei laut Begründung um eine administrative Aufgabe handelt, die die Ausgleichskasse den Krankenkassen überträgt. Im Übrigen lässt die wörtliche Auslegung des Postulatstextes durch die Kann-Formulierung insbesondere bei der Aufgabenübertragung annehmen, dass die Ausgleichskasse alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Krankenversicherung selbst ausüben könnte. Dies entspricht aber offensichtlich nicht der Absicht des Postulanten. Dieser hat nämlich ausgeführt, dass die Ausgleichskasse «die administrativen Aufgaben zur Verwaltung der Versichertendossiers den bestehenden privaten Krankenkassen mittels Leistungsaufträgen übertragen würde. Die bestehenden Kassen prüfen die Rechnungen und machen das sehr gut. Es ist nicht die Rede davon, in den Kantonen für diese Arbeit Hunderte oder gar Tausende Mitarbeitende anzustellen»<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> Standesinitiative 20.315 NE «Kantonale, regionale oder interkantonale Krankenversicherung. Allfällige Schaffung im Kompetenzbereich der Kantone»

<sup>3</sup> Standesinitiative 21.322 VD «Das KVG ist dahin gehend zu ändern, dass die Kantone, die dies wünschen, per Gesetz eine kantonale Einrichtung schaffen können, welche die Prämien festlegt und erhebt sowie sämtliche Kosten finanziert, die zulasten der OKP gehen»

<sup>4</sup> Standesinitiative NE: Ständerat 26/9/0, Nationalrat 112/63/1; Standesinitiative VD: Ständerat ohne Gegenstimme, Nationalrat 123/61/0

<sup>5</sup> SR 832.10

<sup>6</sup> Mauro Poggia, AB SR 2024 632 (*Ü des französischen Originaltexts*)

Es gibt somit verschiedene Wege, das System gemäss Postulat 24.3224 zu errichten. Die Gesamtheit der Aufgaben der sozialen Krankenversicherung könnte in zwei Teile aufgeteilt werden, wobei das Gesetz einen Teil der Ausgleichskasse und den anderen den Krankenkassen zuweist. Neben den ihnen vom Gesetzgeber zugewiesenen Aufgaben würden die Krankenkassen die administrativen Aufgaben erfüllen, die ihnen von der Ausgleichskasse übertragen würden. Eine andere Möglichkeit ist, dass nur die Ausgleichskasse als Versicherungsträger fungiert, der gesetzlich mit der Umsetzung der sozialen Krankenversicherung betraut würde, und die Krankenkassen ihren Status als staatliche Organe verlieren und zu Beauftragten der Ausgleichskasse werden.

Im ersten Fall, bei der Delegation der Durchführung der sozialen Krankenversicherung an die Ausgleichskasse und die Krankenkassen gleichzeitig, ist es schwieriger, das System gemäss Postulat 24.3224 einzurichten. Der Gesetzgeber würde die Aufgaben der sozialen Krankenversicherung auf die beiden Akteure aufteilen, sodass wenig Spielraum für eine Übertragung administrativer Aufgaben bliebe. Das Postulat beruht aber, wie oben dargelegt, gerade auf dieser Übertragung von Aufgaben auf die Krankenkassen. Dieser Bericht untersucht deshalb den Fall, in dem die Ausgleichskasse alleiniger Versicherungsträger in einem Kanton ist, der das System gemäss Postulat 24.3224 einführt. Die Krankenkassen würden nur die administrativen Aufgaben ausüben, die ihnen die Ausgleichskasse überträgt. Dieser Fall trifft am besten auf den Wortlaut des Postulats, seine Begründung und den zum Thema geführten Diskussionen zu. Die Ausgleichskasse würde die soziale Krankenversicherung «steuern» und bestimmte administrative Aufgaben den Krankenkassen übertragen.

#### **1.4 Inhalt dieses Berichts**

Nach der Definition der sozialen Krankenversicherung als staatliche Aufgabe vergleicht der Bericht den Status des sozialen Krankenversicherungsträgers im bestehenden System und im System gemäss Postulat 24.3224. Er befasst sich mit der Weiterübertragung von Aufgaben der Ausgleichskasse auf die Krankenkassen und der Möglichkeit, die Krankenkassen mit konkreten Aufgaben – wie Rechnungskontrolle, Erlass von Verfügungen, Übernahme von Rechtsstreitigkeiten, Entwicklung besonderer Versicherungsformen – zu betrauen.

Anschliessend skizziert der Bericht die Funktionsweise der sozialen Krankenversicherung im System gemäss Postulat 24.3224: Welcher Versichertenkreis wäre betroffen, wie sähe die Aufsicht aus und wie könnte der Gesetzgeber die Finanzierung regeln. Auch eine Prognose zur Entwicklung der Verwaltungskosten wird erstellt.

Im letzten Teil analysiert der Bericht einzelne Punkte, wie die zunehmende Komplexität für die Versicherten, die Entwicklung der Verwaltungskosten, die Auswirkungen auf die besonderen Versicherungsformen und die Prävention sowie das Interesse der Krankenkassen an einer Teilnahme am System.

## 2 Aufgaben der sozialen Krankenversicherung

### 2.1 Regelungskompetenz bei der sozialen Krankenversicherung

Gemäss Artikel 117 Absatz 1 der Bundesverfassung (BV<sup>7</sup>) erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung. Die Kompetenz des Bundes, in diesem Bereich Vorschriften zu erlassen, ist umfassend und nicht auf die Festlegung von Grundsätzen beschränkt. Die Verfassungsbestimmung erteilt dem Bund nicht nur eine Ermächtigung, sie weist ihm einen zwingenden Auftrag zur Gesetzgebung zu<sup>8</sup>. Diesem Auftrag ist der Bund mit dem Erlass des KVG und des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG<sup>9</sup>) nachgekommen.

Gemäss Artikel 117 Absatz 1 BV dürfen die Kantone keine Vorschriften über die soziale Krankenversicherung erlassen, wenn der Bund seine Kompetenz ausgeschöpft hat.<sup>10</sup> Der Bund hat umfassende und detaillierte Regeln erlassen, insbesondere in Bezug auf die Beziehungen der Versicherer untereinander, zur Aufsichtsbehörde, zu den Versicherten und den Leistungserbringern sowie in Verfahrensfragen<sup>11</sup>, sodass in diesen Bereichen keine Restkompetenz für die Kantone verbleibt.

### 2.2 Art der Staatsaufgaben bei der sozialen Krankenversicherung

Da das KVG und das KVAG die Rechte und Pflichten der Versicherten, die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen und die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung im Detail regeln, ist die Verwaltung dieser Versicherung eine öffentliche Aufgabe<sup>12</sup>. Die Bestandteile öffentlicher Aufgaben ergeben sich aus der Verfassung und sind Erfordernisse, die der Gesetzgeber bei der Zuweisung einer Aufgabe an den Staat beachten muss. Jede Kompetenz muss auf einem öffentlichen Interesse beruhen, das Legalitätsprinzip wahren sowie konkret und mit Eingreifen der Verwaltung umgesetzt werden<sup>13</sup>.

---

<sup>7</sup> SR 101

<sup>8</sup> Tomas Poledna, Eva Druey Just, Die schweizerische Bundesverfassung, St. Galler Kommentar, 4. Auflage 2023, Art. 117 BV N 5

<sup>9</sup> SR 832.12

<sup>10</sup> Gebhard Eugster, SBVR, Soziale Sicherheit, 3. Auflage 2016, N 1

<sup>11</sup> Toma Poledna, Eva Druey Just, a. a. O., N 8

<sup>12</sup> Surveillance sur les organisations faïtières dans l'assurance-maladie, Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 21. Juni 2007, VPB 2007, S. 354

<sup>13</sup> Fabien Dutoit, L'assureur-maladie et l'État, N 232

### 2.2.1 Öffentliches Interesse und Krankenversicherung

Das öffentliche Interesse an der Einführung einer neuen staatlichen Aufgabe muss hinreichend sein. Artikel 117 BV übernimmt Artikel 34<sup>bis</sup> aBV, der mit der Absicht eingeführt wurde, einen grossen Beitrag zur Behebung sozialer Not zu leisten<sup>14</sup>. Eines der Grundziele der Verfassungsbestimmung zur Krankenversicherung ist demnach der Schutz der Schwächsten. Der Bundeskompetenz bei der sozialen Krankenversicherung liegt somit ein gewichtiges öffentliches Interesse zugrunde.

### 2.2.2 Legalitätsprinzip

Nach dem Legalitätsprinzip muss staatliches Handeln der Behörde vom Verfassungsgeber oder vom Gesetzgeber übertragen worden sein (Art. 5 Abs. 1 BV). Vorliegend geht der Gesetzgebungsauftrag bei der sozialen Krankenversicherung aus Artikel 117 Absatz 1 BV hervor. Die Zuweisung einer öffentlichen Aufgabe muss zudem auf einem Gesetz im formellen Sinn beruhen.

### 2.2.3 Pflicht des Staates zur Umsetzung der öffentlichen Aufgabe

Nach Artikel 42 BV erfüllt der Bund die Aufgaben, die ihm die Verfassung zuweist. Er hat somit die Pflicht, die ihm übertragenen Aufgaben auszuführen. Wie in Ziffer 2.1 dargelegt, hat der Bund den Gesetzgebungsauftrag nach Artikel 117 Absatz 1 BV mit dem Erlass des KVG und des KVAG erfüllt. Das KVG weist dem Staat die Aufgabe zu, die soziale Krankenversicherung umzusetzen, und das KVAG verpflichtet ihn zur Aufsicht über diese.

### 2.2.4 Eingriff der Verwaltung

Staatliches Handeln erfolgt über die Bundesverwaltung oder unter ihrer Kontrolle. Die Formen der Erfüllung öffentlicher Aufgaben sind vielfältig, haben aber einen gemeinsamen Nenner: In der einen oder anderen Weise greift der Staat ein, zumindest in Form der Aufsicht<sup>15</sup>. Gemäss Artikel 187 Absatz 1 Buchstabe a BV hat der Bundesrat die Befugnis, die Bundesverwaltung und die anderen Träger von Aufgaben des Bundes zu beaufsichtigen.

Das KVG teilt der Bundesverwaltung die Aufgabe zu, die soziale Krankenversicherung umzusetzen. Diese erfüllt die Aufgabe in Form eines Service public, der darin besteht, der gesamten Bevölkerung eine angemessene Gesundheitsversorgung zu erschwinglichen Kosten zu ermöglichen<sup>16</sup>. Dazu gehört eine staatliche Aufsicht.

---

<sup>14</sup> BBI 1889 IV 839

<sup>15</sup> Fabien Dutoit, a. a. O., N 247

<sup>16</sup> BGE 135 V 443 E. 3.4

## 2.3 Aufgabenübertragung in der sozialen Krankenversicherung

Staatliches Handeln im klassischeren Sinn wird von der Bundesverwaltung ausgeführt. Diese Art der Ausführung hat den Vorteil, dass der Bezug zur öffentlichen Hand für die Bürgerinnen und Bürger klar ersichtlich ist. Nach Artikel 178 Absatz 3 BV können Verwaltungsaufgaben durch Gesetz Organisationen und Personen des öffentlichen oder des privaten Rechts übertragen werden, die ausserhalb der Bundesverwaltung stehen.

Artikel 178 Absatz 3 BV erlaubt grundsätzlich die Übertragung öffentlicher Aufgaben auf alle privat- oder öffentlichrechtlichen Rechtssubjekte. Um die Erfüllung der Verwaltungsaufgabe auf Dauer sicherzustellen, erscheint die Übertragung auf eine juristische Person vorteilhafter. Diese kann eine der im Zivilgesetzbuch (ZGB<sup>17</sup>) oder im Obligationenrecht (OR<sup>18</sup>) vorgesehenen Rechtsformen aufweisen. Der Staat kann die Erfüllung der Aufgabe einem bereits bestehenden oder einem zum Zeitpunkt des Übertragungsentscheids neu zu schaffenden privatrechtlichen Organ zuweisen. Der private Aufgabenträger hat in der Regel die Möglichkeit, neben der ihm übertragenen staatlichen Aufgabe im Rahmen der Privatautonomie andere, private Tätigkeiten auszuüben<sup>19</sup>.

Nach der Rechtslehre<sup>20</sup> gelten für die Übertragung einer öffentlichen Aufgabe folgende Voraussetzungen: Die Aufgabe muss in einem Gesetz vorgesehen sein, im öffentlichen Interesse liegen, die Rechtsweggarantie gewährleisten, die Kontinuität der Aufgabenerfüllung sicherstellen, die staatliche Aufsicht erlauben und die Wahrung der Grundrechte und des Spezialitätsprinzips gewährleisten.

---

<sup>17</sup> SR 210

<sup>18</sup> SR 220

<sup>19</sup> Etienne Poltier, Commentaire romand de la Constitution fédérale, 2021, Art. 178 N 72

<sup>20</sup> François Bellanger, Notions, enjeux et limites de la délégation d'activités étatiques, in: La délégation d'activités étatiques au secteur privé, 2016; Giovanni Biaggini, Die schweizerische Bundesverfassung, St. Galler Kommentar, 4. Auflage 2023, Art. 178 BV N 32 ff.; Fabien Dutoit, a. a. O., N 303 ff.; Etienne Poltier, a. a. O., N 80 ff.

## 3 Der soziale Krankenversicherungsträger

### 3.1 Gemäss heutigem Recht

#### 3.1.1 Träger der sozialen Krankenversicherung

Die Umsetzung der sozialen Krankenversicherung erfolgt durch eine Vielzahl von Versicherern im Sinne der Artikel 2 und 3 KVAG. Gegenwärtig führen nur Krankenkassen (Art. 2 KVAG) die soziale Krankenversicherung durch. Es haben keine privaten Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG<sup>21</sup>) unterstehen, das BAG um eine entsprechende Bewilligung ersucht.

Krankenkassen sind privatrechtliche Personen (Aktiengesellschaften, Vereine, Genossenschaften, Stiftungen), denen staatliche Aufgaben übertragen wurden. Sie agieren als Organe des Staates und sind mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattet<sup>22</sup>. Als solche können sie aus diesen Aufgaben entstehende Rechtsverhältnisse durch Verfügung regeln. Ihre Verwaltungsbefugnis umfasst die Kompetenz zum Erlass von Verfügungen<sup>23</sup>. Verfügungen sind behördliche Handlungen, die ein Rechtsverhältnis im Einzelfall einseitig und verbindlich regeln<sup>24</sup>. Damit juristische Personen ausserhalb der Bundesverwaltung befugt sind, Verfügungen zu erlassen, ist eine formell-gesetzliche Grundlage erforderlich<sup>25</sup>. Für die Krankenversicherer hat der Gesetzgeber dies explizit in Artikel 80 KVG und in Artikel 49 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG<sup>26</sup>) vorgesehen.

#### 3.1.2 Weiterübertragung von Aufgaben

Die Umsetzung der sozialen Krankenversicherung wurde an die Versicherer delegiert. Diese können ihrerseits gewisse Aufgaben auf Dritte weiterübertragen<sup>27</sup>. Nach Artikel 6 KVAG dürfen die Versicherer einem anderen Unternehmen der Versicherungsgruppe, einem Verband der Versicherer oder Dritten Aufgaben übertragen (Abs. 1). Nicht übertragen werden dürfen die Oberleitung und die Kontrolle durch den Verwaltungsrat sowie sonstige zentrale Führungsaufgaben, zu denen der Erlass von Verfügungen im Sinne von Artikel 49 ATSG (Abs. 2) gehört. Dies entspricht der Rechtsprechung des

---

<sup>21</sup> SR 961.01

<sup>22</sup> BGE 140 I 338 E. 6; BGE 9C\_201/2015 E. 5.2

<sup>23</sup> Felix Uhlmann, Matthias Kradolfer, VwVG – Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 3. Auflage 2023, S. 72

<sup>24</sup> BGE 137 II 409 E. 6.1

<sup>25</sup> BGE 144 II 376 E. 7.1; BGE 138 II 134 E. 5.1

<sup>26</sup> SR 830.1

<sup>27</sup> Markus Müller, Basler Kommentar BV, 1. Auflage 2015, Art. 178 N 42

Bundesgerichts<sup>28</sup>. Die Verträge oder sonstige Absprachen, durch die wesentliche Aufgaben des Versicherers an Dritte übertragen werden sollen, und deren Änderungen bedürfen einer Bewilligung des BAG (Art. 7 Abs. 2 Bst. I und Art. 8 Abs. 1 KVAG).

Damit hat der Gesetzgeber den Grundsatz festgelegt, dass der Versicherer Aufgaben – mit Ausnahme der in Artikel 6 Absatz 2 KVAG vorgesehenen – weiterübertragen kann. Handelt es sich um eine wesentliche Aufgabe, wird die Bewilligung des BAG benötigt. Das BAG hat ein Kreisschreiben<sup>29</sup> herausgegeben, in dem die geltenden Grundsätze für die Aufgabenübertragung durch die Versicherer dargelegt und die als wesentlich zu betrachtenden Aufgaben definiert werden.

## **3.2 Gemäss Postulat 24.3224**

Das im Postulat 24.3224 beschriebene System sieht vor, dass die Kantone die soziale Krankenversicherung über eine Ausgleichskasse umsetzen können. Diese überträgt administrative Aufgaben auf die Krankenkassen.

### **3.2.1 Ausgleichskasse**

#### **3.2.1.1 Status der Ausgleichskasse**

Die soziale Krankenversicherung ist ein Service public, der darin besteht, der gesamten Bevölkerung eine angemessene Gesundheitsversorgung zu erschwinglichen Kosten zu ermöglichen<sup>30</sup> und deren Finanzierung sicherzustellen. Nach Artikel 178 Absatz 3 BV kann diese Aufgabe auch an Organisationen und Personen des öffentlichen Rechts übertragen werden. Im vorliegenden Fall würde die Umsetzung der Ausgleichskasse und nicht mehr, wie im heutigen System, den Krankenkassen übertragen. Die Ausgleichskasse würde zum alleinigen Versicherungsträger im Kanton. Die Errichtung einer Ausgleichskasse würde je nach Wahl der Kantone die Einführung eines alternativen Systems erfordern: Die soziale Krankenversicherung würde entweder durch die Krankenkassen (heutiges System) oder durch die Ausgleichskasse (System gemäss Postulat 24.3224) umgesetzt. Um diese Wahl zu ermöglichen, müsste das KVAG geändert werden.

#### **3.2.1.2 Errichtung der Ausgleichskasse**

Die Möglichkeit für die Kantone, das KVG mittels einer Ausgleichskasse umzusetzen, müsste im KVAG verankert werden. Die Kantone, die sich für das System gemäss Postulat 24.3224 entscheiden, müssten ihrerseits die Schaffung einer solchen Einrichtung

---

<sup>28</sup> BGE 128 V 295

<sup>29</sup> Kreisschreiben 7.9 vom 30. Mai 2022 – Aufgabenübertragung (Outsourcing) ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Versicherer und Aufsicht > Kreis- und Informationsschreiben > Kreisschreiben Schweiz)

<sup>30</sup> Fabien Dutoit, a. a. O., N 265; BGE 135 V 443 E. 3.4

in ihrer Gesetzgebung vorsehen. Um das Funktionieren des Krankenversicherungssystems zu gewährleisten, müsste der Bundesgesetzgeber die Anforderungen festlegen, die die Ausgleichskasse erfüllen muss. Er hätte zum Beispiel die Möglichkeit, die Rechtsform der Ausgleichskasse, die Zusammensetzung ihrer Organe, die Art der Anfangsfinanzierung usw. festzulegen. Um die Einhaltung des Bundesrechts sicherzustellen und in Anlehnung an die im Bereich der Alters- und Hinterlassenenversicherung geltende Regelung (Art. 61 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung<sup>31</sup>) könnte der Erlass, mit dem ein Kanton eine Ausgleichskasse errichtet, der Genehmigung durch den Bund unterliegen.

Der Kanton, der eine Ausgleichskasse errichtet, müsste diese wohl mit einem Anfangskapital ausstatten. Der Gesetzgeber hätte verschiedene Möglichkeiten: Kapitaleinlagen des Kantons oder Anfangsreserven (siehe Ziff. 4.2.3.1.2.1).

### **3.2.2 Zulässigkeit des Ausgleichskassen-Monopols**

Die Ausgleichskasse hätte eine Monopolstellung: Sie wäre der alleinige Versicherungsträger, der die soziale Krankenversicherung im Kanton durchführen dürfte, sodass alle Versicherten dieses Kantons bei ihr versichert sein müssten. Nach Artikel 34<sup>bis</sup> aBV musste der Bund die Unfall- und Krankenversicherung auf gesetzgeberischem Wege unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen einrichten. Damit schrieb die Verfassung von 1874 die Art der Ausübung der staatlichen Tätigkeit vor. Die soziale Krankenversicherung durfte nicht von einer einzigen staatlichen Einrichtung verwaltet werden, sondern musste weiterhin auf den bestehenden privaten Kassen beruhen<sup>32</sup>. Artikel 117 BV erwähnt keine privaten Einheiten mehr als Durchführungsorgane der sozialen Krankenversicherung und stellt somit keine Hürde für die Einführung einer Einheitskasse dar<sup>33</sup>. Hingegen wäre, wie in Ziffer 3.2.1.1 dargelegt, eine Änderung des KVAG erforderlich.

#### **3.2.2.1 Vereinbarkeit mit der Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV)**

Die Errichtung der Ausgleichskasse hätte zur Folge, dass die Krankenkassen im betreffenden Kanton die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführen können. Sie würden damit den freien Zugang zu dieser wirtschaftlichen Tätigkeit verlieren, da die Erfüllung der von der Ausgleichskasse übertragenen Verwaltungsaufgaben eine

---

<sup>31</sup> SR 831.10

<sup>32</sup> BBI 1889 IV 841

<sup>33</sup> Tomas Poledna, Eva Druey Just, a. a. O., N 6

andere Tätigkeit darstellt. Krankenkassen, deren örtlicher Tätigkeitsbereich auf einen Kanton<sup>34</sup> oder eine bestimmte Anzahl Kantone<sup>35</sup>, die sich für das System gemäss Postulat 24.3224 entscheiden, beschränkt ist, könnten somit ihre Versicherungstätigkeit nicht mehr ausüben. Dies würde jedoch keine rechtliche Hürde für die Errichtung einer monopolistischen Ausgleichskasse darstellen, da sich die Krankenkassen nicht auf die Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) berufen können, wenn sie als staatliche Organe handeln<sup>36</sup>. Sie könnten in den betreffenden Kantonen aber die administrativen Tätigkeiten ausüben, die ihnen die Ausgleichskasse überträgt.

In Kantonen, die das heutige wettbewerbsbasierte System behielten, würden die Krankenkassen die soziale Krankenversicherung weiterhin durchführen. Sie müssten beim BAG die Bewilligung zur Einschränkung ihres örtlichen Tätigkeitsbereichs einholen.

### 3.2.2.2 Vereinbarkeit mit der Eigentumsgarantie (Art. 26 BV)

Nach Artikel 26 BV ist das Eigentum gewährleistet (Abs. 1). Enteignungen und Eigentumsbeschränkungen, die einer Enteignung gleichkommen, werden voll entschädigt (Abs. 2). Alle natürlichen und juristischen Personen können sich auf die Eigentumsgarantie berufen<sup>37</sup>.

Die Versicherer müssen zur Sicherstellung der Solvenz ausreichende Reserven bilden (Art. 14 Abs. 1 KVAG). Die Reserven stellen bei den Versicherern als juristisch und wirtschaftlich selbständigen Einheiten die Eigenmittel dar<sup>38</sup>. Da die Krankenkassen in den Kantonen mit System gemäss Postulat 24.3224 keine Versicherer mehr wären, müsste der Gesetzgeber regeln, wie mit dem auf diese Kantone entfallenden Anteil der

---

<sup>34</sup> Siehe z. B. Cassa da malsauns Lumneziana (GR), Sanavals Gesundheitskasse (GR), Caisse-maladie de la vallée d'Entremont (VS), Krankenkasse Birchmeier (AG); vollständige Liste unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Versicherer und Aufsicht > Verzeichnisse der zugelassenen Kranken- und Rückversicherer

<sup>35</sup> Siehe z. B. Einsiedler Krankenkasse, Krankenkasse Steffisburg, Krankenkasse Luzerner Hinterland, Genossenschaft Glarner Krankenversicherung, Krankenkasse Wädenswil; vollständige Liste unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Versicherer und Aufsicht > Verzeichnisse der zugelassenen Kranken- und Rückversicherer

<sup>36</sup> BGE 9C\_878/2013 E. 3.4

<sup>37</sup> Jacques Dubey, Commentaire romand de la Constitution fédérale, 2021, Art. 26 N 35; Giovanni Biaggini, BV Kommentar, 2. Ausgabe 2017, Art. 26 N 17

<sup>38</sup> Siehe z. B. Stellungnahme des Bundesrats zum Postulat 09.4192 Recordon «Prüfung eines Modells der Koordination der Grundversicherer»

Reserven zu verfahren ist. Wenn überhaupt ein durch Artikel 26 BV geschütztes Eigentumsrecht des Versicherers bei Guthaben aus Prämien besteht, so ist dieses sehr beschränkt. Der Transfer der Reserven entspricht keiner formellen, entschädigungspflichtigen Enteignung nach Artikel 26 Absatz 2 BV.

### **3.2.3 Krankenkassen**

#### **3.2.3.1 Status der Krankenkassen**

Die Krankenkassen würden von der Ausgleichskasse mit der Erfüllung administrativer Aufgaben betraut, insbesondere der Kontrolle der Rechnungen und der Übernahme von Rechtsstreitigkeiten. Die Krankenkassen würden ihren Status als staatliche Organe verlieren. Sie würden zu Beauftragten der Ausgleichskasse ohne hoheitliche Befugnisse.

#### **3.2.3.2 Umgang mit Durchführungsbewilligung und Handelsregistereintrag**

Die Krankenkassen haben vom BAG die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erhalten (Art. 4 ff. KVAG). In Kantonen, die sich für das System gemäss Postulat 24.3224 entscheiden, müsste das BAG ihnen diese Bewilligung entziehen und die Einschränkung ihres örtlichen Tätigkeitsbereichs bewilligen.

Im Handelsregistereintrag der Krankenkassen ist als Zweck die Durchführung der sozialen Krankenversicherung vermerkt. Im System gemäss Postulat 24.3224 wären die Krankenkassen aber in anderer Stellung tätig, nämlich als Beauftragte der Ausgleichskasse. So wäre die gleiche Einrichtung gleichzeitig ein staatliches Organ – in den Kantonen mit dem heutigen System mit einer Vielzahl an Krankenversicherern – und – in den Kantonen mit dem System gemäss Postulat 24.3224 – eine Beauftragte der Ausgleichskasse ohne hoheitliche Befugnisse. Diese Dualität und diese unterschiedlichen Zwecke müssten klar aus dem Handelsregistereintrag hervorgehen.

### **3.2.4 Weiterübertragung von Aufgaben auf die Krankenkassen**

Nach dem Wortlaut des Postulats 24.3224 soll die Ausgleichskasse die Erfüllung der den Krankenkassen übertragenen administrativen Aufgaben – genannt werden namentlich die Kontrolle der Rechnungen und die Übernahme von Rechtsstreitigkeiten – einkaufen und kontrollieren.

#### **3.2.4.1 Analyse von Aufgaben, die die Ausgleichskasse womöglich den Krankenkassen übertragen möchte**

Im Folgenden werden einige Aufgaben beleuchtet, mit denen die Ausgleichskasse womöglich die Krankenkasse betrauen möchte.

##### **3.2.4.1.1 Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen und Kontrolle der Rechnungen**

Die Krankenkassen haben umfassende Kenntnisse bei der Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie bei der Kontrolle der Rechnungen und verfügen über die dafür nötige Infrastruktur (insbesondere IT). Es wäre sinnvoll, wenn die Ausgleichskasse die Krankenkassen diese Kenntnisse und die-

ses Know-how weiterhin einsetzen liesse. Diese Aufgaben setzen die Bearbeitung besonders schützenswerter (gesundheitsbezogener) Personendaten der Versicherten voraus. Als Durchführungsorgan einer staatlichen Aufgabe dürfte die Ausgleichskasse besonders schützenswerte Personendaten nur bearbeiten, wenn eine formell-gesetzliche Grundlage vorliegt (Art. 34 Abs. 2 Bst. a Datenschutzgesetz [DSG<sup>39</sup>]). Die Artikel 84 und 84a KVG bilden die Rechtsgrundlage, die die Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten für bestimmte Fälle in bestimmten Situationen zulässt. Nach geltendem Recht wäre die Ausgleichskasse nicht befugt, den Krankenkassen Gesundheitsdaten der Versicherten bekanntzugeben. Die Einführung des Systems gemäss Postulat 24.3224 würde somit eine Änderung des KVG mit einer Ergänzung der Liste der Stellen erfordern, denen besonders schützenswerte Personendaten der Versicherten bekanntgegeben werden dürfen (Art. 84a KVG).

#### **3.2.4.1.2 Schriftverkehr mit den Versicherten**

Der Schriftverkehr mit den Versicherten könnte mit Ausnahme der Zustellung von Verfügungen (siehe Ziff. 3.2.4.1.3) durch die Krankenkassen erfolgen.

#### **3.2.4.1.3 Erlass von Verfügungen und Einspracheentscheiden**

Nach Artikel 5 Absatz 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG<sup>40</sup>) gelten als Verfügungen Anordnungen der Behörden im Einzelfall, die sich auf öffentliches Recht des Bundes stützen und zum Gegenstand haben: Begründung, Änderung oder Aufhebung von Rechten oder Pflichten (Bst. a), Feststellung des Bestehens, Nichtbestehens oder Umfanges von Rechten oder Pflichten (Bst. b), oder die Abweisung von Begehren auf Begründung, Änderung, Aufhebung oder Feststellung von Rechten oder Pflichten oder Nichteintreten auf solche Begehren (Bst. c). Nach der Rechtsprechung<sup>41</sup> ist die Befugnis, Verfügungen im obgenannten Sinn zu erlassen (d. h. ein Rechtsverhältnis, das die Rechte und Pflichten Dritter betrifft, einseitig konkret festzulegen), ein Privileg – und ein Monopol – der Hoheitlichkeit. Wie in Ziffer 3.1.1 dargelegt, ermächtigt der Gesetzgeber den Versicherungsträger – in diesem Fall die Ausgleichskasse –, Verfügungen zu erlassen. Diese Befugnis könnte aber nicht auf die Krankenkassen weiterübertragen werden, die im System gemäss Postulat 24.3224 nicht hoheitlich ermächtigt wären. Die Ausgleichskasse müsste Verfügungen nach Artikel 80 KVG und Artikel 49 und 51 ATSG selbst erlassen und zustellen. Die versicherte Person kann gegen eine Verfügung bei der verfügenden Stelle Einsprache erheben (Art. 52 Abs. 1 ATSG). Die Ausgleichskasse müsste daraufhin einen Einspracheentscheid erlassen und zustellen (Art. 52 Abs. 2 ATSG).

---

<sup>39</sup> SR 235.1

<sup>40</sup> SR 172.021

<sup>41</sup> BGE 144 II 376 E. 7.1; BGE 138 II 134 E. 5.2

### 3.2.4.1.4 Betreibungen

Bei Verzug der Zahlung von Prämien und/oder Kostenbeteiligungen sieht das Gesetz ein formelles Verfahren vor, das die Ausgleichskasse einhalten müsste: Sie müsste der versicherten Person nach einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zustellen (Art. 64a Abs. 1 KVG). Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht innert der gesetzten Frist, müsste die Ausgleichskasse die Betreibung einleiten (Art 64a Abs. 2 1. Satz KVG). Ein Gläubiger, gegen dessen Betreibung Rechtsvorschlag erhoben worden ist, hat seinen Anspruch im Zivilprozess oder im Verwaltungsverfahren geltend zu machen (Art. 79 1. Satz Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs [SchKG<sup>42</sup>]). Die Ausgleichskasse, die eine Forderung eintreiben will, hätte somit zwei Möglichkeiten: erstens ein Urteil zur Zahlung der Forderung zu erwirken und dann die Betreibung einzuleiten, oder zweitens die Betreibung zu verlangen und dann bei Rechtsvorschlag der versicherten Person ihren Anspruch im Verwaltungsverfahren geltend zu machen. Bei der zweiten Vorgehensweise müsste die Ausgleichskasse den Entscheid erlassen, der den Schuldner zur Zahlung einer Geldsumme an sie verurteilt, und den Rechtsvorschlag selbst beseitigen<sup>43</sup>. Die Kompetenz des Versicherers (in diesem Fall die Ausgleichskasse), bei Nichtbezahlung von Prämien und/oder Kostenbeteiligungen einen Entscheid über seinen Anspruch zu erlassen und anschliessend den Rechtsvorschlag zu beseitigen, ist untrennbar mit der Erfüllung hoheitlicher Aufgaben verbunden<sup>44</sup>.

### 3.2.4.1.5 Übernahme von Rechtsstreitigkeiten (Beschwerdeverfahren)

#### 3.2.4.1.5.1 In Sachen Verwaltungsverfahren

##### 3.2.4.1.5.1.1 Auf Bundesebene

Auch Behörden können sich vertreten lassen, allerdings nur im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens und nicht bei der Ausübung ihrer Entscheidkompetenz<sup>45</sup>. Die Vertretung kann eine natürliche oder eine juristische Person wahrnehmen<sup>46</sup>. Das VwVG findet Anwendung auf das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht (Art. 1 Abs. 2 Bst. c<sup>bis</sup> VwVG). Artikel 11 Absatz 1 VwVG stellt keine Einschränkung der Berechtigung dar, eine Partei vor dem Bundesverwaltungsgericht zu vertreten<sup>47</sup>. Dies gilt auch in

---

<sup>42</sup> SR 281.1

<sup>43</sup> BGE 9C\_414/2015 E. 4.2.1

<sup>44</sup> Fabien Dutoit, a. a. O., N 327

<sup>45</sup> Vera Marantelli-Sonanini, Said Huber, VwVG – Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 3. Auflage 2023, Art. 11 N 6

<sup>46</sup> Vera Marantelli-Sonanini, Said Huber, a. a. O., Art. 11 N 13; René Wiederkehr, Christian Meyer, Anna Böhme, VwVG Kommentar, 2022, Art. 11 N 7

<sup>47</sup> Vera Marantelli-Sonanini, Said Huber, a. a. O., Art. 11 N 13

Sozialversicherungssachen vor dem Bundesgericht (Art. 40 Abs. 1 Bundesgerichtsge-  
setz [BGG<sup>48</sup>] a contrario). Die Ausgleichskasse könnte demnach die Krankenkassen  
beauftragen, in den verschiedenen Etappen des Verfahrens nach Erlass der Verfügung  
oder des Beschwerdeentscheids in ihrem Namen und Auftrag zu handeln.

### 3.2.4.1.5.1.2 Auf Kantonsebene

Nach Artikel 61 ATSG unterliegt das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsge-  
richt kantonalem Recht. Die Kantone haben die Vertretung vor ihren Justizbehörden  
nicht einheitlich geregelt: In einigen Kantonen gibt es keine Einschränkungen (z. B.  
ZH<sup>49</sup>, BS<sup>50</sup>, VD<sup>51</sup>, NE<sup>52</sup> und SG<sup>53</sup>), in anderen ist die Vertretung zur Ausübung des  
Anwaltsberufs berechtigten Personen vorbehalten, mit einer Ausnahme bei den Sozi-  
alversicherungen (z. B. LU<sup>54</sup>, BE<sup>55</sup>, AG<sup>56</sup> und FR<sup>57</sup>), oder es besteht eine Beschrän-  
kung auf einen bestimmten Personenkreis (GE<sup>58</sup>). Um die Übernahme von Rechtsstreit-  
igkeiten durch die Krankenkassen in allen Kantonen zu ermöglichen, müsste der Bun-  
desgesetzgeber vorsehen, dass die Krankenkassen die Ausgleichskasse vertreten dür-  
fen.

### 3.2.4.1.5.2 In Sachen Schuldbetreibung und Konkurs

Die Vertretung vor den Betreibungs- und Konkursämtern ist in Artikel 27 SchKG gere-  
gelt. Demnach ist jede handlungsfähige Person berechtigt, andere Personen im  
Zwangsvollstreckungsverfahren zu vertreten. Dies gilt auch für die gewerbsmässige

---

<sup>48</sup> SR 173.110

<sup>49</sup> Art. 15 Gesetz über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer, ZH; ZH-Lex 212.81)

<sup>50</sup> Art. 21 Gesetz über die Verfassungs- und Verwaltungsrechtspflege (VRPG, BS; SG 270.100) mit Ver-  
weis auf VwVG

<sup>51</sup> Art. 16 Loi sur la procédure administrative (LPA-VD; BLV 173.36)

<sup>52</sup> Art. 13 Loi sur la procédure et la juridictions administratives (LPJA, NE; RSN 152.30)

<sup>53</sup> Art. 10 Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege (VRP, SG; sGS 951.1)

<sup>54</sup> Art. 23 Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege (VRG LU; SRL 40)

<sup>55</sup> Art. 15 Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG BE; BSG 155.21)

<sup>56</sup> Art. 15 Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG AG; SAR 271.200)

<sup>57</sup> Art. 14 Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege (VRG FR; SGF 150.1)

<sup>58</sup> Art. 9 Loi sur la procédure administrative (LPA GE; RSG E 5 10)

Vertretung. Vor den kantonalen Gerichten richtet sich die Vertretung nach der Zivilprozessordnung<sup>59</sup> (ZPO<sup>60</sup>). Artikel 68 Absatz 2 Buchstabe c ZPO verweist auf die gewerbmässige Vertretung nach Artikel 27 SchkG in den Angelegenheiten des summarischen Verfahrens gemäss Artikel 251 ZPO, d. h. in vom Rechtsöffnungs-, Konkurs-, Arrest- und Nachlassgericht getroffenen Entscheiden. Vor Bundesgericht sind nur Personen als Vertretungen zugelassen, die zur Ausübung des Anwaltsberufs berechtigt sind (Art. 40 Abs. 1 BGG). Folglich müsste der Gesetzgeber die Möglichkeit einführen, dass sich die Ausgleichskassen in Schuldbetreibungs- und Konkursachen vor dem Bundesgericht durch die Krankenkassen vertreten lassen können.

#### **3.2.4.1.6 Entwicklung besonderer Versicherungsformen**

Die Ausgleichskasse müsste die ordentliche Versicherung durchführen, d. h. die Versicherung mit der gesetzlichen Franchise (Art. 103 Abs. 1 Verordnung über die Krankenversicherung [KVV<sup>61</sup>]) und ohne Einschränkung bei der Wahl des Leistungserbringers. Sie könnte auch besondere Versicherungsformen nach Artikel 62 KVG anbieten, bei denen die Versicherten gegen eine Prämienermässigung einer eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers oder einer stärkeren Kostenbeteiligung zustimmen oder die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

In Artikel 93 KVV sind die wählbaren Franchisestufen festgelegt, die für alle die soziale Krankenversicherung durchführenden Versicherer gleich sind. Die Ausgleichskasse müsste entscheiden, welche Wahlfranchisen sie ihren Versicherten anbieten will, und alle beauftragten Krankenkassen würden diese anwenden.

Anders verhält es sich bei Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Mit dem System gemäss Postulat 24.3224 wäre die Prämie für alle Versicherten derselben Prämienregion und Altersgruppe mit der gleichen Franchise und Versicherungsform identisch, unabhängig davon, welcher beauftragten Krankenkasse sie administrativ zugeordnet wären. Bei diesen Versicherungsformen hängen die Prämienermässigungen – die für den gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich des Versicherers berechnet werden – von den Kostenunterschieden ab, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer (Art. 101 Abs. 2 KVV) und damit auf die von den Versicherten in Kauf genommenen Einschränkungen zurückzuführen sind. Insofern sich der örtliche Tätigkeitsbereich der Ausgleichskasse auf den Kanton beschränkt, würden bei der Berechnung der maximal zulässigen Ermässigung nur die Kosten in ihrem Kanton einbezogen.

Würde die Ausgleichskasse die besonderen Versicherungsformen mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer selbst definieren oder diese Aufgabe den Krankenkassen

---

<sup>59</sup> Jean-Philippe Klein, Stellvertretung, Art. 32–40 OR, Zürcher Kommentar, 3. Auflage 2020, N 117

<sup>60</sup> SR 272

<sup>61</sup> SR 832.102

übertragen? Die Krankenkassen haben eine Vielzahl innovativer Modelle entwickelt, die nicht unbedingt miteinander vergleichbar sind. Im ersten Fall (von der Ausgleichskasse definiert) würden alle beauftragten Krankenkassen die gleichen Modelle anwenden, deren allgemeine Bedingungen und Tarife von der Aufsichtsbehörde genehmigt worden wären. Damit wäre das Prinzip der Einheitsprämie gewährleistet. Im zweiten Fall (von den Krankenkassen definiert) gäbe es nebeneinander eine Vielzahl von Versicherungsformen mit sehr unterschiedlichen Bedingungen. Die Krankenkassen würden sie im Auftrag der Ausgleichskasse entwickeln, die die Bedingungen und Tarife der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorlegen müsste. Die unterschiedlichen Vorgaben bei den verschiedenen Versicherungsmodellen hätten nicht die gleichen Auswirkungen auf die Kosten und damit die maximal zulässige Ermässigung. Es scheint deshalb schwierig, die bestehenden, sehr heterogenen Versicherungsformen beizubehalten oder die Krankenkassen neue Modelle entwickeln zu lassen, ohne das Prinzip der Einheitsprämie zu gefährden. Diesem Prinzip zufolge müssten die besonderen Versicherungsformen im System gemäss Postulat 24.3224 bei allen beauftragten Krankenkassen zu gleichen Prämienermässigungen berechtigen. Dies schränkt den Spielraum bei der Erarbeitung besonderer Versicherungsformen ein.

#### **3.2.4.1.7 Aufklärungspflicht**

Nach Artikel 27 ATSG sind die Versicherungsträger verpflichtet, die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären (Abs. 1). Jede Person hat Anspruch auf grundsätzlich unentgeltliche Beratung über ihre Rechte und Pflichten durch den Versicherungsträger (Abs. 2). Diese Aufgabe könnte den Krankenkassen übertragen werden, die das Krankenversicherungssystem und insbesondere die Bedingungen für die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gut kennen. Hingegen wäre die Ausgleichskasse besser in der Lage, die Höhe der von ihr festgelegten Prämien zu begründen.

#### **3.2.4.1.8 Vertrauensärztinnen und -ärzte: Ernennung und Austausch**

Nach Artikel 57 Absatz 1 KVG bestellen die Versicherer oder ihre Verbände nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesgesellschaften die Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte. Entsprechend müsste die Ausgleichskasse entscheiden, welche Ärztinnen und Ärzte diese Funktion übernehmen können.

Vertrauensärztinnen und -ärzte sind ein Durchführungsorgan der sozialen Krankenversicherung<sup>62</sup>. Als solche sind sie zur Bearbeitung besonders schützenswerter Personendaten der Versicherten berechtigt (Art. 84 und 84a KVG). Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Art. 57 Abs. 4 KVG). Es geht darum, die Übernahme unnötiger Massnahmen durch die Versicherung zu vermeiden. Vertrauensärztinnen und -ärzte geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu

---

<sup>62</sup> BGE 127 V 43 E. 2d

entscheiden, die Vergütung festzusetzen, den Risikoausgleich zu berechnen oder eine Verfügung zu begründen (Art. 57 Abs. 7 KVG).

Wie in Ziffer 3.2.4.1.1 dargelegt, würde die Umsetzung des Postulats 24.3224 eine Ergänzung der Liste der Stellen erfordern, denen besonders schützenswerte Personendaten der Versicherten bekanntgegeben werden dürfen (Art. 84a KVG), damit die Krankenkassen ihre Aufgaben erfüllen können. Die Vertrauensärztinnen und -ärzte dürften ihnen dann besonders schützenswerte Personendaten der Versicherten weitergeben.

### **3.2.4.2 Kontrolle der Aufgabenerfüllung durch die Ausgleichskasse**

Auch wenn die Ausgleichskasse bestimmte Aufgaben den Krankenkassen überträgt, bliebe sie für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung zuständig. Sie müsste die rechtskonforme Erfüllung der übertragenen Aufgaben sicherstellen und die Modalitäten dieser Kontrolle in den Leistungsverträgen mit den beauftragten Krankenkassen regeln.

## **4 Funktionsweise der sozialen Krankenversicherung im System gemäss Postulat 24.3224**

### **4.1 Kreis der betroffenen Versicherten**

Alle versicherungspflichtigen Personen in einem Kanton, der sich für das System gemäss Postulat 24.3224 entschieden hat, müssten sich für die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Ausgleichskasse anschliessen. Das gilt in erster Linie für die Personen, die dort ihren Wohnsitz haben (Art. 3 Abs. 1 KVG). Komplexer ist die Frage bei im Ausland lebenden Personen, die sich in der Schweiz aufgrund internationaler Sozialversicherungsabkommen krankenversichern müssen, wie beispielsweise bestimmte Grenzgängerinnen und Grenzgänger. Das Abkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft über die Freizügigkeit<sup>63</sup>, das Übereinkommen zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA)<sup>64</sup> und das bilaterale Abkommen zur sozialen Sicherheit mit dem Vereinigten Königreich<sup>65</sup> sehen Koordinationsbestimmungen im Krankenversicherungsbereich vor.

In den Beziehungen zwischen der Schweiz und der EU bzw. der EFTA gilt in Bezug auf Staatsangehörige der betreffenden Staaten als Grenzgänger jede Person, die in einem Mitgliedstaat eine Beschäftigung oder eine selbstständige Erwerbstätigkeit aus-

---

<sup>63</sup> SR 0.142.112.681

<sup>64</sup> SR 0.632.31

<sup>65</sup> SR 0.831.109.367.2

übt und in einem anderen Mitgliedstaat wohnt, in den sie in der Regel täglich, mindestens jedoch einmal wöchentlich zurückkehrt (Art. 1 Bst. f Verordnung (EG) Nr. 883/2004<sup>66</sup>). Grundsätzlich unterliegen Grenzgängerinnen und Grenzgänger der nationalen Sozialversicherungsgesetzgebung des Staates, in dem sie arbeiten (Art. 11 Abs. 3 Bst. a Verordnung (EG) Nr. 883/2004), und müssen sich namentlich dort krankenversichern. Es kann Ausnahmen von diesem Grundsatz geben. Die dem Schweizer Recht unterliegenden Personen können auf Antrag und unter bestimmten Voraussetzungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung befreit werden, wenn sie in Deutschland, Österreich, Frankreich oder Italien wohnen und nachweisen, dass sie dort für den Krankheitsfall gedeckt sind. Diese Möglichkeit, das sogenannte «Optionsrecht» ist ausdrücklich in Anhang XI der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 unter «Schweiz», Ziffer 3 Buchstabe b, vorgesehen. Machen Grenzgängerinnen und Grenzgänger keinen Gebrauch von ihrem Optionsrecht, müssen sie sich in der Schweiz krankenversichern. Da der Anknüpfungspunkt der Kanton ist, in dem sie arbeiten, müssen sie bei der Ausgleichskasse versichert sein, wenn der betreffende Kanton das System gemäss Postulat 24.3224 gewählt hat.

Nach Artikel 4 Absatz 1 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)<sup>67</sup> kann ein Versicherer ausnahmsweise von der Pflicht, die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anzubieten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen, ganz oder teilweise befreit werden, unter anderem wenn er weniger als 500 000 Personen versichert. Sollte die Ausgleichskasse eines Kantons mit einer Bevölkerung unterhalb dieser Schwelle eine entsprechende Befreiung erwirken, hätten Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus den betroffenen Staaten keine Möglichkeit mehr, sich in der Schweiz zu versichern, was gegen das Völkerrecht verstossen würde. Im System gemäss Postulat 24.3224 müsste der Gesetzgeber daher eine Ausnahme von der Befreiungsmöglichkeit für die Ausgleichskassen einführen.

## 4.2 Finanzierungsverfahren

Nach geltendem Recht wird die soziale Krankenversicherung mittels Prämien und Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie Beiträgen der öffentlichen Hand in Form von Prämienverbilligungen finanziert<sup>68</sup>. Ihre Finanzierung muss nach dem Bedarfsdeckungsverfahren erfolgen (Art. 12 KVAG). Der Bedarf umfasst sämtliche Ausgaben im

---

<sup>66</sup> Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, in der für die Schweiz gemäss Anhang II des FZA jeweils verbindlichen Fassung sowie in der für die Schweiz gemäss Anlage 2 Anhang K des EFTA-Übereinkommens jeweils verbindlichen Fassung (eine Fassung dieser Verordnung ist veröffentlicht in SR 0.831.109.268.1).

<sup>67</sup> SR 832.121

<sup>68</sup> BGE 9C\_903/2017 E. 5.4.2

Zusammenhang mit der Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Dazu gehören insbesondere die medizinischen Leistungen, die Verwaltungskosten, die Abgaben in den Risikoausgleich sowie die notwendigen Mittel für die Reservenbildung und die versicherungstechnischen Rückstellungen. Das Bedarfsdeckungssystem bedeutet, dass die eingehenden Prämien eines Jahres ausreichen müssen, um den ganzen Bedarf desselben Jahres zu finanzieren<sup>69</sup>. Solange die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung gesichert ist, könnte der Gesetzgeber für Kantone, die eine kantonale Ausgleichskasse einrichten, ein anderes System vorsehen.

## **4.2.1 Prämien**

### **4.2.1.1 Prämienberechnung**

Nach geltendem Recht (Art. 16 KVAG) müssen die in einem Kanton erhobenen Prämien die kantonalen Kosten decken, ohne unangemessen hoch darüber zu liegen und ohne zu übermässigen Reserven zu führen. Der Gesetzgeber hätte jedoch die Möglichkeit, für Kantone, die das System gemäss Postulat 24.3224 wählen, eine andere Prämienberechnungsmethode vorzusehen. Laut der Begründung des Postulats müssten die Kantone für finanzielle Verluste geradestehen. Das System gemäss Postulat 24.3224 bietet somit eine Garantie, die es im aktuellen System nicht gibt.

Der Gesetzgeber hätte somit die Wahl, entweder den Grundsatz, wonach die Prämien die Kosten decken müssen, oder eine eigene Berechnungsmethode auf die Kantone mit einer Ausgleichskasse anzuwenden.

### **4.2.1.2 Prämiengenehmigung**

Aus dem Wortlaut des Postulats geht nicht hervor, ob die von der Ausgleichskasse festgelegten Prämien der Genehmigung durch das BAG unterliegen, das die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung ausübt (Art. 56 KVAG). Das Amt muss insbesondere dafür sorgen, dass die Finanzierung der Versicherung gewährleistet ist. Eine ausreichende Höhe der Prämien und die vom Kanton gewährte Garantie würden diese Finanzierung sichern. Nach der Rechtslehre ist die Prämiengenehmigung eines von mehreren Instrumenten, die es der Aufsichtsbehörde ermöglichen, ihre Aufgabe wahrzunehmen<sup>70</sup>. Prinzipiell würden die von der Ausgleichskasse festgelegten Prämien der Genehmigung durch das BAG unterliegen, wobei es dem Gesetzgeber natürlich freisteht, anders zu entscheiden.

### **4.2.1.3 Einheitsprämie**

Das Postulat 24.3224 sieht die Einführung einer Einheitsprämie für alle Versicherten derselben Prämienregion und Altersgruppe mit der gleichen Franchise und Versicherungsform im Kanton vor. Das Prinzip der Einheitsprämie könnte sich jedoch als kont-

---

<sup>69</sup> BBI 2012 1962

<sup>70</sup> Fabien Dutoit, a. a. O., N 638

raproduktiv erweisen. Welchen Anreiz hätte eine Krankenkasse dann noch, beispielsweise bei der Rechnungskontrolle gewissenhaft vorzugehen? Da die Prämie aller beauftragten Krankenkassen identisch wäre, würden sich diese hauptsächlich durch die Qualität ihrer Dienstleistungen von ihren Mitbewerbern abheben. Die Kundenzufriedenheit würde somit über den Interessen der Krankenversicherung stehen. Das Bestreben der Krankenkassen, ihre Kunden zu halten, könnte daher letztlich der Kostendämpfung abträglich sein.

#### **4.2.2 Kostenbeteiligung und Spitalbeitrag**

Die Versicherten finanzieren die soziale Krankenversicherung auch mit ihrer Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt nach Art. 64 Abs. 2 KVG) sowie mit ihrem Beitrag an die Kosten eines Spitalaufenthalts (Art. 64 Abs. 5 KVG). Die Frage, ob diese Elemente unter den Begriff Versicherungsleistungen nach Artikel 80 Absatz 1 KVG fallen, ist nicht geklärt<sup>71</sup>. Unabhängig von ihrer rechtlichen Einstufung müsste die Ausgleichskasse eine formelle Verfügung erlassen, wenn die versicherte Person Einwände gegen ihre Verrechnung erheben würde (Art. 49 Abs. 1 ATSG).

Da die Ausgleichskasse die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanzieren würde, nähme sie logischerweise – genau wie die Prämien – auch die Kostenbeteiligungen und Spitalbeiträge der Versicherten ein.

Die Erhebung der Kostenbeteiligungen und Spitalbeiträge wäre im System gemäss Postulat 24.3224 komplizierter als im aktuellen Verfahren. Bei einer stationären Behandlung würde der Leistungserbringer die Rechnung an die Ausgleichskasse senden, die diese zur Prüfung an die Krankenkasse weiterleiten würde. Diese würde das Ergebnis ihrer Prüfung der Ausgleichskasse mitteilen, die der versicherten Person die Kostenbeteiligung in Rechnung stellen würde. Der gleiche Datenaustausch wäre auch bei einer ambulanten Behandlung erforderlich.

#### **4.2.3 Reserven**

##### **4.2.3.1 Notwendigkeit von Reserven?**

Nach dem geltenden Recht müssen die Versicherer zur Sicherstellung ihrer Solvenz ausreichende Reserven bilden (Art. 14 Abs. 1 KVAG). Der Postulant kritisiert die Höhe der Reserven der Versicherer, deren Bildung auf nationaler Ebene und deren Nichtübertragbarkeit bei einem Versichererwechsel. In seinen Augen könnten diese Mängel mit dem Ausgleichskassensystem behoben werden: «Dank einer Kasse [ ... ] könnte diese absurde Reservebildung abgeschafft werden. Die Kantone, die sich für eine solche Kasse entscheiden, würden über ihren Haushalt für eine allfällige Unterschätzung der Kosten, die für ihre Versicherten anfallen, geradestehen und im folgenden Jahr

---

<sup>71</sup> Gebhard Eugster, a. a. O., N 1537, Ueli Kieser, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4. Auflage 2020, Art. 51, N 38

wieder für ein Gleichgewicht sorgen»<sup>72</sup>. Auch in diesem Bereich stünde es dem Gesetzgeber frei, die Lösung zu wählen, die ihm am zweckmässigsten scheint.

#### **4.2.3.1.1 System ohne Reserven**

Sollte der Gesetzgeber beschliessen, dass die Ausgleichskasse über keine Reserven verfügen muss, würde der Verlust aus einem defizitären Geschäftsjahr vollständig vom Kanton getragen. Dies würde für den Kanton ein erhebliches finanzielles Risiko darstellen, weshalb er einen entsprechenden Betrag in seinem Haushalt vorsehen müsste. Dies hätte erhebliche Auswirkungen auf die Höhe der Prämien. Das BAG, das diese genehmigt, müsste daher alle notwendigen Informationen hierzu erhalten.

Der Gesetzgeber müsste zudem regeln, was mit dem Teil der Prämieinnahmen geschieht, der in einem profitablen Geschäftsjahr die Kosten übersteigt.

#### **4.2.3.1.2 System mit Reserven**

##### **4.2.3.1.2.1 Anfangsreserven**

Würde der Gesetzgeber die Reserven im System gemäss Postulat 24.3224 beibehalten, würde sich die Frage der Anfangsreserven (Art. 9 KVAV) stellen. Der Gesetzgeber könnte auch eine andere Regelung für die Ausgleichskasse vorsehen, beispielsweise Kapitaleinlagen des Kantons (s. Ziff. 3.2.1.2).

##### **4.2.3.1.2.2 Reserven der Ausgleichskasse**

In den Kantonen, die sich für das System gemäss Postulat 24.3224 entschieden haben, wären die Krankenkassen keine Versicherer mehr. Der Gesetzgeber müsste daher regeln, was mit dem auf diese Kantone entfallenden Anteil der von den Krankenkassen gebildeten Reserven geschehen soll (s. Ziff. 3.2.2.2). Da die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwendet werden dürfen (Art. 5 Bst. f KVAG), könnten diese Reserven der Ausgleichskasse zugewiesen werden. Zudem müssten die Mindestreserven festgelegt werden, über die diese verfügen müsste. Die Regelung könnte von derjenigen für die Versicherer in den Kantonen, die das aktuelle System beibehalten (Art. 11 KVAV), abweichen, da im System gemäss Postulat 24.3224 der Kanton die Verluste aus einem defizitären Geschäftsjahr aus seinen Finanzen decken würde.

##### **4.2.3.1.2.3 «Kantonalisierung» der Reserven**

Per Definition wäre der örtliche Tätigkeitsbereich der Ausgleichskasse auf das Kantonsgebiet beschränkt. Die Reserven der Ausgleichskasse würden daher pro Kanton gebildet. Angesichts der höheren Fluktuationsrate bei kleinen Beständen wäre der Bedarf an Reserven für die Ausgleichskasse höher als für einen Versicherer, der die Krankenversicherung in der ganzen Schweiz durchführt. Wenn sich mehrere Kantone für das System gemäss Postulat 24.3224 entscheiden würden, müsste jede kantonale

---

<sup>72</sup> Begründung des Postulats 24.3224

Ausgleichskasse über Mindestreserven verfügen, ohne dass ein Ausgleich zwischen den Kantonen über mehrere Jahre hinweg möglich wäre.

#### 4.2.4 Insolvenzrisiko der Ausgleichskasse

Wären die Kosten unterschätzt worden und würden die eingenommenen Prämien zur Finanzierung der Leistungen nicht ausreichen, müsste der Kanton das Defizit übernehmen. Dieses Risiko müsste im Staatshaushalt des Kantons ausgewiesen werden. Läge das tatsächliche Defizit deutlich über dem budgetierten Risiko und würde die kantonale Garantie nicht ausreichen, wäre die Ausgleichskasse nicht mehr in der Lage, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen, und es würde die Insolvenz drohen. Im Falle einer Insolvenzerklärung würde sie die Durchführung der sozialen Krankenversicherung einstellen. Da die Ausgleichskasse der einzige Versicherer im Kanton wäre, müsste der Gesetzgeber einen Mechanismus implementieren, der das Eintreten einer solchen Situation verhindert. Er könnte beispielsweise verlangen, dass die Ausgleichskasse einen Rückversicherungsvertrag abschliesst oder dass der Kanton der Ausgleichskasse im Bedarfsfall ein zinsloses Darlehen gewährt. Diese «Bürgschaft» könnte in den vom Bundesgesetzgeber festgelegten Bedingungen für die Gründung einer Ausgleichskasse enthalten sein (s. Ziff. 3.2.1.2).

### 4.3 Risikoausgleich

Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung erhebt jeder Versicherer die gleiche Prämie bei seinen Versicherten derselben Prämienregion und Altersgruppe mit der gleichen Franchise und Versicherungsform, dies unabhängig vom Geschlecht oder Gesundheitszustand (Art. 61 Abs. 1 2. Satz KVG). Um zu verhindern, dass die Versicherer versucht sind, eine Risikoselektion vorzunehmen und möglichst viele gesunde Personen zu versichern, hat der Gesetzgeber den Risikoausgleich eingeführt, der einen finanziellen Ausgleich zwischen den Krankenversicherern mit unterschiedlichen Risikostrukturen ermöglicht. Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko haben als der Durchschnitt aller Versicherer, müssen Risikoabgaben entrichten (Art. 16 Abs. 1 KVG). Versicherer mit überdurchschnittlich vielen Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko erhalten Ausgleichsbeiträge (Art. 16 Abs. 2 KVG).

Der Risikoausgleich wird innerhalb der einzelnen Kantone durchgeführt (Art. 17a Abs. 1 KVG). Da die Ausgleichskasse der einzige Versicherer in einem Kanton wäre, der sich für das System gemäss Postulat 24.3224 entschieden hat, müsste sie keine Risikoabgaben entrichten und würde keine Ausgleichsbeiträge erhalten. Jedoch gehören gemäss Artikel 16a Absatz 1 nKVG<sup>73</sup> alle Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (inkl. derjenigen mit Wohnsitz im Ausland, s. Ziff. 4.1) zum für den Risikoausgleich massgebenden Versichertenbestand. Die vorgesehenen Ausnahmen sind in diesem Fall nicht anwendbar. Der Risikoausgleich würde folglich in den

---

<sup>73</sup> BBI 2024 1455

Kantonen, die sich für das System gemäss Postulat 24.3224 entschieden haben, insofern gelten, als die entsprechenden Daten geliefert werden müssten.

#### 4.4 Beteiligung am Insolvenzfonds

Die gemeinsame Einrichtung führt einen Insolvenzfonds, dessen Zweck die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von insolventen Versicherern ist (Art. 47 KVAG). Dieser Fonds wird unter anderem durch die Beiträge der Versicherer finanziert (Art. 48 Bst. a KVAG). Wie unter Ziffer 4.2.4 dargelegt, müsste der Gesetzgeber eine Regelung einführen, die verhindert, dass die Ausgleichskasse als insolvent erklärt werden kann. Da die Ausgleichskasse keine Leistungen aus dem Insolvenzfonds in Anspruch nehmen könnte, gäbe es keinen Grund für ihre Beteiligung an dessen Finanzierung. Der Gesetzgeber müsste dies präzisieren.

#### 4.5 Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten beschäftigen das Parlament oft<sup>74</sup>. 2024 beliefen sie sich im Schnitt auf 4,5 Prozent der Ausgaben<sup>75</sup>. Während der parlamentarischen Debatten zu den Standesinitiativen 20.315 NE und 21.322 VD – diese verlangten für die Kantone, die dies wünschen, die Möglichkeit zur Einführung eines Systems, das dem gemäss Postulat 24.3224 zu prüfenden ähnelt – haben manche angeführt, dass mit einer Ausgleichskasse die Verwaltungskosten gesenkt werden könnten<sup>76</sup>. Dieses Argument wurde von anderen Ständeratsmitgliedern in Frage gestellt<sup>77</sup>.

##### 4.5.1 Kostensenkende Faktoren

Mit der Implementierung einer Ausgleichskasse könnten die Verwaltungskosten insbesondere in folgenden Bereichen gesenkt werden: Versichererwechsel, Werbung und Vermittlerprovisionen.

---

<sup>74</sup> Siehe z. B. Frage 18.5037 Nicolet «KVG. Ist die Verwaltung wirklich ineffizient?», Interpellation 19.3203 Moret «Verwaltungskosten der Krankenversicherungen. Wie steht es um die Transparenz?» und Interpellation 22.4424 Wyss «Eine Krankenkasse im OKP-Bereich für alle».

<sup>75</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Services > Zahlen & Statistiken > Statistiken zur Krankenversicherung > Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (Tabelle 5.01)

<sup>76</sup> 20.315 Bericht der SGK-N vom 19. November 2021, 21.322 Thomas Rechtsteiner, Berichterstatter der SGK-N, AB NR 2024 248

<sup>77</sup> 21.322 Erich Ettlín, Berichterstatter der SGK-N, AB SR 2023 146

#### 4.5.1.1 Kosten für Versichererwechsel

Ein Versichererwechsel verursacht sowohl beim neuen als auch beim alten Versicherer Bearbeitungskosten. Der Prozess lässt sich automatisieren. Dem Bundesrat liegen dazu keine Daten vor. Es ist schwierig, diese Kosten zu schätzen, da der Zeitaufwand für die Abwicklung der Ein- und Austritte der Versicherungswechsler erheblich von der Effizienz und vom Digitalisierungsstand der beteiligten Versicherer abhängt<sup>78</sup>. In den Kantonen mit System gemäss Postulat 24.3224 müssten alle Versicherten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Ausgleichskasse angeschlossen sein. Am Jahresende hätten sie somit keine Möglichkeit, einen anderen Versicherer zu wählen. Daher wird davon ausgegangen, dass mit einer Ausgleichskasse die Verwaltungskosten zwar reduziert, aber nicht vollständig eliminiert werden könnten. Denn die Versicherten hätten weiterhin die Möglichkeit, die Franchise oder die Versicherungsform zu wechseln. Dies würde Verwaltungsaufwand und damit Kosten verursachen.

Zudem müsste der Gesetzgeber entscheiden, ob er den Versicherten die Möglichkeit einräumt, die beauftragte Krankenkasse zu wählen, der sie administrativ angehören möchten. Würde er dieses Recht einführen (wobei insbesondere die Modalitäten für administrative Wechsel, der Termin und die Frist zu regeln wären) und würde die Ausgleichskasse administrative Aufgaben an mehrere Krankenkassen delegieren, wären solche Wechsel ebenfalls mit Kosten zulasten der sozialen Krankenversicherung verbunden. Zudem würden Umzüge in einen anderen Kanton, die einen Wechsel zu einem anderen Versicherungssystem und damit auch zu einem anderen Versicherer bedeuten würden, ebenfalls Kosten verursachen. Mit dem System gemäss Postulat 24.3224 liessen sich daher die Kosten im Zusammenhang mit Versicherer- und/oder Krankenkassenwechseln nicht ganz eliminieren.

#### 4.5.1.2 Werbekosten

Gemäss Artikel 19 Absatz 2 KVAG weist der Versicherer in seiner Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlerprovisionen gesondert aus. Als Werbekosten gelten namentlich alle Aufwendungen für die Akquisition von Versicherten, unabhängig vom gewählten Werbekanal und Werbemittel (Art. 35 Abs. 2 KVAV). 2024 beliefen sie sich für alle Versicherer zusammen auf 75 Millionen Franken.

Aufgrund ihrer Monopolstellung müsste die Ausgleichskasse keine Kundenakquise betreiben, und die damit verbundenen Werbekosten könnten somit eingespart werden. Die Versicherten müssten jedoch über die verschiedenen Franchisen, besonderen Versicherungsformen und Präventionsmassnahmen informiert werden. Die Ausgleichskasse würde zu diesem Zweck wahrscheinlich Broschüren herausgeben. Diese Information würde einen administrativen Aufwand und damit Kosten für die soziale Krankenversicherung bedeuten.

---

<sup>78</sup> Siehe Stellungnahme des Bundesrats zur Interpellation 23.4119 Wyss «Wird der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen ad absurdum geführt?»

Würde die Ausgleichskasse zudem Leistungsverträge mit mehreren Krankenkassen abschliessen und hätten die Versicherten das Recht, die Krankenkasse zu wählen, der sie administrativ angehören möchten (s. Ziff. 4.5.1.1), müssten sich die verschiedenen beauftragten Krankenkassen durch Werbung voneinander abheben. Die Kosten dafür würden ebenfalls zulasten der sozialen Krankenversicherung gehen. Die Werbekosten würden daher mit dem System gemäss Postulat 24.3224 nicht ganz wegfallen.

#### **4.5.1.3 Vermittlerprovisionen**

2024 beliefen sich die von Versicherern entrichteten Provisionen an interne Vermittlerinnen und Vermittler auf 13 Millionen, diejenigen an externe auf 37 Millionen Franken. Am 1. September 2024 ist das Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlungstätigkeit<sup>79</sup> in Kraft getreten. Es ermöglicht dem Bundesrat insbesondere die Allgemeinverbindlicherklärung der Klausel in der Branchenvereinbarung der Versicherer, die eine Obergrenze für die Entschädigung der Versicherungsvermittlungstätigkeit vorsieht. Die Branchenvereinbarung vom 22. März 2024 beschränkt die Entschädigung der Vermittlerinnen und Vermittler in der sozialen Krankenversicherung auf 70 Franken pro versicherte Person.

Aufgrund ihrer Monopolstellung bräuchte die Ausgleichskasse keine Vermittlerdienste. Die entsprechenden Kosten liessen sich daher einsparen.

#### **4.5.2 Kostentreibende Faktoren**

Das System gemäss Postulat 24.3224 würde in bestimmten Bereichen eine Zunahme der Verwaltungskosten verursachen. So würde das gleichzeitige Bestehen zweier Arten von Einrichtungen (Ausgleichskasse und beauftragte Krankenkassen) zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zwangsläufig Kosten verursachen, die im aktuellen System nicht anfallen. Zudem müssten die Krankenkassen für alle ihnen übertragenen Aufgaben entschädigt werden.

##### **4.5.2.1 Gleichzeitiges Bestehen zweier Arten von Einrichtungen zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung**

###### **4.5.2.1.1 Kosten für die Schaffung der Ausgleichskasse**

Die Schaffung der Ausgleichskasse würde für den Kanton erhebliche Kosten bedeuten. Die Ausgleichskasse müsste die Anforderungen des Gesetzgebers erfüllen, insbesondere hinsichtlich Rechtsform, Organisation, Revision und Anfangskapital.

###### **4.5.2.1.2 Kosten für den Betrieb der Ausgleichskasse**

Die Ausgleichskasse hätte eigene Betriebskosten, zu denen noch die Kosten für die Erfüllung der den beauftragten Krankenkassen anvertrauten Aufgaben hinzukämen.

---

<sup>79</sup> AS 2024 424

Bei den Debatten zur Standesinitiative 20.315 VD wurde das System der Ausgleichskasse, die mit den beauftragten Krankenkassen zusammenarbeitet, mit der Arbeitslosenversicherung verglichen<sup>80</sup>.

Gemäss dem Tätigkeitsbericht des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) «Arbeitsmarkt/Arbeitslosenversicherung»<sup>81</sup> vom Juni 2025 machten die Verwaltungskosten der Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosenkassen, Kantone, Zentrale Ausgleichsstelle und Durchführungsorgane) 2024 insgesamt 9,75 Prozent der gesamten Beiträge (Versicherte und Arbeitgeber) aus. Auch wenn die beiden Systeme nicht vollständig vergleichbar sind, lässt sich kaum bestreiten, dass die Durchführung einer sozialen Versicherung, an der mehrere Akteure beteiligt sind, zu höheren Verwaltungskosten führt.

Die Ausgleichskasse müsste Fixkosten tragen, genau wie die Krankenkassen in den Kantonen, die das aktuelle System weiterführen. Die Ausgleichskasse wäre ein zusätzlicher Versicherer auf dem Markt, und ihre Kosten kämen zu denjenigen der anderen Versicherer hinzu. Deren Fixkosten würden nicht sinken, nur weil sie in einem Kanton nicht mehr tätig sind. Dies würde zu einem Kostenanstieg für das Schweizer Krankensversicherungssystem führen.

#### **4.5.2.2 Leistungsverträge zwischen der Ausgleichskasse und den beauftragten Krankenkassen**

Die Ausgleichskasse würde mit den beauftragten Krankenkassen Leistungsverträge abschliessen. Diese müssten eine Entschädigung für die Erfüllung der den Krankenkassen übertragenen Aufgaben vorsehen. Da diese Entschädigung insbesondere vom Umfang der delegierten Aufgaben abhängt (s. Ziff. 3.2.4), lässt sie sich nicht abschätzen.

### **4.6 Freiwillige Taggeldversicherung**

Gemäss dem Wortlaut des Postulats 24.3224 ist die Ausgleichskasse für die Umsetzung des KVG zuständig. Die soziale Krankenversicherung umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung (Art. 1a Abs. 1 KVG). Die Ausgleichskasse müsste folglich auch die freiwillige Taggeldversicherung nach dem KVG durchführen (Art. 5 Bst. h KVAG). Aufgrund ihrer Monopolstellung könnte keine andere Einrichtung im Kanton diese Versicherung durchführen. Das bedeutet, dass alle im Kanton wohnhaften Personen, die eine Taggeldversicherung nach dem KVG abschliessen möchten, dies bei der Ausgleichskasse tun müssten. Deren örtlicher Geltungsbereich wäre auf das Gebiet des Kantons beschränkt. Somit könnten sich dort nur Personen versichern, die ihren Wohnsitz in diesem Kanton haben. Eine versicherte Person, die in einem anderen Kanton wohnt und in einen Kanton

---

<sup>80</sup> AB SR 2021 834

<sup>81</sup> [www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch) > Arbeit > Arbeitslosenversicherung > Grundlagen

umzieht, der sich für das System gemäss Postulat 24.3224 entschieden hat (oder umgekehrt), müsste daher für ihre Taggeldversicherung den Versicherer wechseln.

Der Versicherer muss jede Person aufnehmen, die eine Taggeldversicherung abschliessen möchte (Art. 5 Bst. i KVAG). Der neue Versicherer darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person den Versicherer wechselt, weil sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet (Art. 70 Abs. 1 Bst. b KVG), und wenn sie ihr Recht auf Freizügigkeit innerhalb der Frist nach Artikel 70 Absatz 3 KVG geltend gemacht hat. Der neue Versicherer muss auf Verlangen der versicherten Person das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern (Art. 70 Abs. 4 KVG). Die Beibehaltung des im Vorvertrag massgebenden Eintrittsalters ist nur beim Übertritt von der Kollektivversicherung in die Einzelversicherung gewährleistet (Art. 71 Abs. 1 letzter Satz KVG), nicht jedoch bei einem durch den neuen Wohnsitz der versicherten Person bedingten Versichererwechsel. In diesem letzten Fall verbietet das Gesetz dem neuen Versicherer nicht, das gleiche Taggeld zu anderen Bedingungen, d. h. gegen eine höhere Prämie, anzubieten.

Die Versicherer sind zur Durchführung der Einzelversicherung verpflichtet, aber es steht ihnen frei, die Kollektivversicherung anzubieten<sup>82</sup>. Im System gemäss Postulat 24.3224 müsste der Gesetzgeber eine Ausnahme von der freiwilligen Durchführung der Kollektivversicherung vorsehen. Könnte die Ausgleichskasse auf die Durchführung der Taggeld-Kollektivversicherung verzichten, könnte ein Arbeitgeber mit Sitz im Kanton a priori keine Kollektivversicherung nach KVG abschliessen, da die anderen Versicherer nicht berechtigt wären, im betreffenden Kanton das KVG umzusetzen.

#### **4.7 Versicherte, die in einen anderen Kanton umziehen**

Der Anschluss an den bisherigen Versicherer würde bei einer versicherten Person, die in einem Kanton mit aktuellem System wohnt und in einen Kanton mit System gemäss Postulat 24.3224 umzieht, mit dem Wohnortwechsel enden. Der neue Wohnkanton müsste die versicherte Person bei der Ausgleichskasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung anmelden.

Der Anschluss an die Ausgleichskasse würde bei einer versicherten Person, die in einem Kanton mit System gemäss Postulat 24.3224 wohnt und in einen anderen Kanton umzieht, mit dem Wohnortwechsel enden. Der neue Wohnkanton müsste für die Einhaltung der Versicherungspflicht sorgen (Art. 6 Abs. 1 KVG).

#### **4.8 Aufsicht**

Der Staat muss sicherstellen, dass eine einer bundesverwaltungsexternen Stelle übertragene öffentliche Aufgabe ordnungsgemäss wahrgenommen wird und dass die

---

<sup>82</sup> Gebhard Eugster, a. a. O., N 1487

Rechte der Bürgerinnen und Bürger gewahrt bleiben<sup>83</sup>. Die Bundesverwaltung<sup>84</sup>, genauer das BAG (Art. 56 KVAG), übt die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung aus. Im System gemäss Postulat 24.3224 würde die Tätigkeit der Ausgleichskasse der Aufsicht dieses Amtes unterliegen, das dieselben Instrumente einsetzen würde wie bei der Aufsicht über die Versicherer in den Kantonen, die das aktuelle System beibehalten. Die Liste der unter Aufsicht stehenden Einrichtungen nach Artikel 1 Absatz 1 KVAG müsste entsprechend ergänzt werden.

Als Versicherer wäre die Ausgleichskasse für die rechtskonforme Durchführung der Krankenversicherung verantwortlich, auch wenn sie bestimmte administrative Aufgaben delegieren würde. Das bedeutet, dass das BAG die Aufsicht über die delegierten Aufgaben bei ihr ausüben würde. Sie wäre verpflichtet, dem BAG alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Belege einzureichen, die für die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung erforderlich sind (Art. 35 Abs. 1 KVAG). Der Gesetzgeber könnte die Aufsicht des BAG auf die beauftragten Krankenkassen ausweiten, damit das Amt dort Aufsichtsmaßnahmen umsetzen kann: Inspektionen vor Ort, Prüfung der implementierten Systeme und Prozesse.

## 5 Beurteilung

Mit dem Postulat 24.3224 wird der Bundesrat beauftragt, die Vor- und Nachteile einer die soziale Krankenversicherung durchführenden kantonalen Ausgleichskasse darzulegen. Das ist kein einfaches Unterfangen. Eine Auswirkung eines solchen Systems kann von den einen als Vorteil, von den anderen als Nachteil wahrgenommen werden. Als Beispiel lässt sich der Umstand nennen, dass ein Versichererwechsel am Jahresende für die Versicherten nicht mehr möglich ist. Daher werden nachfolgend bestimmte Aspekte aus den vorstehenden Ausführungen beurteilt.

### 5.1 Komplexeres System für die Versicherten

Im aktuellen System haben die Versicherten nur einen Ansprechpartner: ihre Krankenkasse. Im System gemäss Postulat 24.3224 müssten sie formelle Kontakte zu zwei Arten von Anlaufstellen pflegen: zur Ausgleichskasse einerseits und zur beauftragten Krankenkasse andererseits.

Die versicherte Person müsste sich der Ausgleichskasse anschliessen. Sie würde von dieser die Rechnungen über die Prämien, Kostenbeteiligungen und Spitalbeiträge erhalten. Die Ausgleichskasse würde der versicherten Person die im System des Tiersgarant übernommenen Leistungen erstatten. Sie würde ihr Verfügungen und Einspracheentscheide zustellen. Bei ihr müsste die versicherte Person auch Einsprache erheben.

---

<sup>83</sup> François Bellanger, a. a. O., S. 60

<sup>84</sup> Fabien Dutoit, a. a. O., N 372

Die versicherte Person müsste zudem administrativ einer beauftragten Krankenkasse zugeordnet werden. Die Korrespondenz, die über die oben genannte hinausgeht, würde grundsätzlich von der Krankenkasse ausgehen, sofern die Ausgleichskasse ihr diese Aufgabe übertragen hätte. Die beauftragte Krankenkasse würde zudem mit der versicherten Person die Austausch bezüglich der Prüfung der von den Leistungserbringern ausgestellten Rechnungen führen.

Durch die höhere Anzahl der Ansprechpartner würde das System für die Versicherten komplizierter. Sind Änderungen der persönlichen Verhältnisse (z. B. Adressänderung) beiden Ansprechpartnern mitzuteilen oder könnte man sich dabei auf einen der beiden beschränken, der dann den anderen informieren müsste? An wen müsste sich eine versicherte Person wenden, die eine ihr in Rechnung gestellte Kostenbeteiligung nicht versteht? An die Ausgleichskasse, welche die Beteiligung einzieht, oder an die beauftragte Krankenkasse, welche die Rechnung geprüft und von der Ausgleichskasse möglicherweise die Auskunftspflicht übertragen bekommen hat (Ziff. 3.2.4.1.7)? Diese Beispiele zeigen, dass im System gemäss Postulat 24.3224 beide Arten von Einrichtungen spezifische Aufgaben hätten, deren Abgrenzung für die Versicherten wohl nicht ganz einfach wäre. Daraus würden unweigerlich Adressierungsfehler, das Risiko eines Informations- und Dokumentenverlusts sowie ein grösserer administrativer Aufwand für die Ausgleichskasse und die beauftragten Krankenkassen entstehen.

## **5.2 Höhere Arbeitslast der Aufsichtsbehörde**

Gäbe es eine oder mehrere Ausgleichskassen, würde dies die Arbeitslast der Aufsichtsbehörde erhöhen, denn es müssten mehr Versicherer beaufsichtigt werden.

## **5.3 Umfangreichere gesetzliche Regelung**

### **5.3.1 Änderung des Bundesrechts**

Zur Schaffung einer Ausgleichskasse wären zahlreiche Änderungen des Bundesrechts erforderlich, insbesondere in folgenden Bereichen:

- Einführung eines alternativen Systems je nach Wahl der Kantone (Ziff. 3.2.1.1);
- Festlegung der Anforderungen für die Schaffung einer Ausgleichskasse (Ziff. 3.2.1.2);
- Regelung der Frage, was aus dem Reserveanteil der Krankenkassen wird, der auf die das System gemäss Postulat 24.3224 wählenden Kantone entfällt (Ziff. 3.2.2.2);
- Vervollständigung der Liste der Organe, denen der Versicherer Gesundheitsdaten der Versicherten bekannt geben darf (Art. 84a KVG; Ziff. 3.2.4.1.1);
- Einführung der Möglichkeit zur Vertretung der Ausgleichskasse vor den kantonalen Gerichten (Ziff. 3.2.4.1.5.1.2) und vor dem Bundesgericht in Schuldbetreibungs- und Konkursachen (Ziff. 3.2.4.1.5.2);
- Einführung einer Ausnahme von der Befreiungsmöglichkeit für die Ausgleichskasse bezüglich Durchführung der Krankenversicherung in einem Mitgliedstaat der

Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich (Ziff. 4.1);

- Festlegung eines Mechanismus, um eine Insolvenz der Ausgleichskasse zu verhindern (Ziff. 4.2.4);
- Befreiung der Ausgleichskasse von der Mitfinanzierung des Insolvenzfonds (Ziff. 4.4);
- Bei mehreren beauftragten Krankenkassen: Entscheid, ob die Versicherten wählen können, welcher Krankenkasse sie administrativ angehören wollen, und wenn ja, Regelung der Modalitäten (Termin und Frist) bei administrativen Wechseln der beauftragten Krankenkasse (Ziff. 4.5.1.1);
- Verpflichtung der Ausgleichskasse zur Durchführung der Taggeld-Kollektivversicherung (Ziff. 4.6);
- Gegebenenfalls Ergänzung der Liste der Einrichtungen unter Aufsicht des BAG (Ziff. 4.8).

Im Übrigen stünde es dem Gesetzgeber in bestimmten Bereichen frei, die Ausgleichskasse der geltenden Regelung zu unterstellen oder eine Sonderregelung für sie zu schaffen, wenn er dies als gerechtfertigt erachtet. Davon betroffen wären insbesondere die Prämienberechnung (Ziff. 4.2.1.1), das Anfangskapital (Ziff. 3.2.1.2 und 4.2.3.1.2.1) und die Frage, ob die Ausgleichskasse Reserven bilden muss oder nicht (Ziff. 4.2.3.1). Würde für die Ausgleichskasse die Reservepflicht gelten, stünde es dem Gesetzgeber frei, eine andere Regelung zur Festlegung der Mindestreserven vorzusehen (Ziff. 4.2.3.1.2.2). Ein Entscheid des Gesetzgebers, die Ausgleichskasse einer eigenen Regelung zu unterstellen, würde zu deutlich mehr gesetzlichen Bestimmungen führen, da bestimmte Mechanismen je nach dem von den Kantonen gewählten Krankenversicherungssystem doppelt geregelt werden müssten.

### **5.3.2 Änderung des kantonalen Rechts**

Kantone, die sich für das System gemäss Postulat 24.3224 entscheiden, müssten natürlich ihre Gesetzgebung entsprechend anpassen und nicht nur die Schaffung der Ausgleichskasse vorsehen, sondern auch die erforderliche finanzielle Absicherung, den Mechanismus zur Verhinderung einer Insolvenz der Ausgleichskasse sowie die allfällige Einbringung des Anfangskapitals regeln.

## **5.4 Wegfall der Möglichkeit eines Versichererwechsels**

Angesichts der Monopolstellung der Ausgleichskasse müssten alle Versicherten des Kantons ihr für die obligatorische Krankenpflegeversicherung angeschlossen sein. Sie

hätten somit nicht mehr die Möglichkeit, den Versicherer zu wechseln, um eine günstigere Prämie zu zahlen. Manche sehen darin einen Vorteil<sup>85</sup>, andere einen Nachteil<sup>86</sup>.

## 5.5 Höhere Verwaltungskosten

Wie unter Ziffer 4.5 dargelegt, deutet alles darauf hin, dass die Verwaltungskosten der sozialen Krankenversicherung mit dem System gemäss Postulat 24.3224 steigen würden, insbesondere aufgrund der grösseren Anzahl von Akteuren. Denn sowohl die Ausgleichskasse als auch die beauftragten Krankenkassen hätten ihre Betriebskosten. Hinzu kämen die Fixkosten der Ausgleichskasse und die Entschädigung der beauftragten Krankenkassen für die ihnen übertragenen Aufgaben. Diese würde natürlich vom Umfang der delegierten Aufgaben abhängen. Angesichts ihrer langjährigen Erfahrung und ihrer umfassenden Fachkenntnisse ist davon auszugehen, dass die Ausgleichskasse ihnen eine beträchtliche Anzahl von Aufgaben übertragen würde.

## 5.6 Aushebelung von Artikel 64a Absatz 6 KVG

Gemäss Artikel 64a Absatz 6 KVG kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt sind. Damit soll verhindert werden, dass Versicherte mit Zahlungsrückständen den Versicherer wechseln können und mehrere Versicherer mit unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen derselben versicherten Person konfrontiert werden. Die ausstehenden Forderungen belasten das Budget der Versicherer, und das Inkassoverfahren erfordert erhebliche Ressourcen. Zielsetzung von Artikel 64a Absatz 6 KVG ist der Schutz der Versichertengemeinschaft vor Prämienhöhungen, die durch nicht einbringliche Zahlungsausstände von Versicherten bedingt sind, die einen Versichererwechsel vornehmen, ohne zuvor die Zahlungsausstände beglichen zu haben<sup>87</sup>.

Artikel 64a Absatz 6 KVG behält die Fälle vor, in denen die versicherte Person aufgrund eines Wohnort- oder Stellenwechsels auch den Versicherer wechseln muss. Derzeit spielt ein Wohnortwechsel nur dann eine Rolle, wenn der Versicherer im neuen Wohnkanton keine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung hat. Dieser Umstand würde im System gemäss Postulat 24.3224 deutlich häufiger auftreten, insbesondere wenn mehrere Kantone eine Ausgleichskasse einsetzen. Artikel 64a Absatz 6 KVG würde dadurch teilweise ausgehebelt.

---

<sup>85</sup> Siehe insbesondere Begründung des Postulats 24.3224 und Interpellation 23.4119 Wyss «Wird der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen ad absurdum geführt»

<sup>86</sup> Siehe insbesondere Benjamin Roduit, Berichterstatter der SGK-N, AB NR 2022 500

<sup>87</sup> BBI 2004 4341

## 5.7 Umgang mit besonderen Versicherungsformen

Wie unter Ziffer 3.2.4.1.6 dargelegt, bedeutet die Gewährung identischer Ermässigungen bei allen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, dass der Spielraum bei der Ausgestaltung solcher Versicherungsformen begrenzt ist. Entweder würde die Ausgleichskasse die von allen beauftragten Krankenkassen anzubietenden Versicherungsformen selbst festlegen, oder sie würde diese damit beauftragen, wobei deren Handlungsrahmen beschränkt wäre. Die Prämienermässigungen sind abhängig von den Kostenunterschieden, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind (Art. 101 Abs. 2 KVV). Die Kostenunterschiede können daher von Modell zu Modell variieren, je nachdem, wie stark die Einschränkungen für die Versicherten ausfallen. Die Heterogenität der aktuellen Versicherungsformen stellt ein Hindernis für das Prinzip der Einheitsprämie dar. Das System gemäss Postulat 24.3224 wäre daher ein Hemmschuh für innovative Versicherungsformen.

## 5.8 Erhöhtes Interesse an Investitionen in die Prävention

Den Versicherern wurde vorgeworfen, zu wenig in die Prävention zu investieren<sup>88</sup>. Da die Versicherten jedes Jahr den Versicherer wechseln können, hätten die Versicherer kein Interesse daran, langfristige Präventionsmassnahmen umzusetzen. Die Annahme, dass eine Ausgleichskasse daran interessiert wäre, mehr Mittel in die Prävention zu investieren, ist nachvollziehbar, da die Versicherten so lange an sie angeschlossen bleiben, wie sie im Kanton mit System gemäss Postulat 24.3224 wohnhaft sind. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bezüglich Präventionsmassnahmen Artikel 26 KVG vorsieht, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind, übernimmt. Diese Massnahmen sind in den Artikeln 12–12e der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV<sup>89</sup>) umfassend aufgelistet. Die Ausgleichskasse wäre nicht berechtigt, andere Massnahmen als die gesetzlich vorgesehenen zu übernehmen.

## 5.9 Interesse der beauftragten Krankenkassen an einer Teilnahme am System gemäss Postulat 24.3224

Die Krankenkassen beteiligen sich zusammen mit der Ausgleichskasse an der Umsetzung des KVG. Das System gemäss Postulat 24.3224 beruht auf dieser Zusammenarbeit<sup>90</sup> auf der Basis von Leistungsverträgen.

---

<sup>88</sup> Mauro Poggia, AB SR 2024 1176, Valérie Piller Carrard, AB NR 2025 503

<sup>89</sup> SR 832.112.31

<sup>90</sup> Mauro Poggia, AB SR 2024 632

Würde die Ausgleichskasse mit allen Krankenkassen zusammenarbeiten, die zuvor im Kanton als Versicherer tätig waren? Wäre es sinnvoll, einen Vertrag mit einer Krankenkasse abzuschliessen, die nur einen sehr kleinen Versichertenbestand administrativ betreut? Wenn die Ausgleichskasse nur mit einer begrenzten Anzahl von Krankenkassen zusammenarbeiten würde, nach welchen Kriterien würde sie diese auswählen? Würde sie nur eine oder nur sehr wenige Kassen auswählen, könnten diese versucht sein, diese Situation auszunutzen, um die Leistungsverträge zu ihrem Vorteil auszuhandeln. Müsste die Ausgleichskasse zudem eine Ausschreibung durchführen, wenn die Schwellenwerte im Vergaberecht erreicht würden?

Im System gemäss Postulat 24.3224 würden die Krankenkassen die administrativen Aufgaben ausführen, die ihnen die Ausgleichskasse überträgt. Nach dem Wortlaut des Postulats müsste ihnen insbesondere die Rechnungskontrolle anvertraut werden. Es stellt sich die Frage, welchen Anreiz die Krankenkassen hätten, sich an einem solchen System zu beteiligen und alles zu unternehmen, um eine sorgfältige Rechnungskontrolle zur Kosteneinsparung zu gewährleisten. Denn die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung würden von der Ausgleichskasse finanziert. Die beauftragten Krankenkassen würden gemäss den mit der Ausgleichskasse abgeschlossenen Leistungsverträgen entschädigt, grundsätzlich unabhängig vom Jahresergebnis der sozialen Krankenversicherung. Bei mehreren beauftragten Krankenkassen und der Möglichkeit für die Versicherten zu wählen, welcher davon sie administrativ zugeordnet werden, läge das Interesse der Kassen vor allem in der Wahrung oder sogar Erhöhung ihres Versichertenbestands. Sie könnten somit versucht sein, die Kundenzufriedenheit über die Interessen der Krankenversicherung zu stellen, was die Kostendämpfung untergraben würde.

### **5.10 Kontraproduktive Wirkung der Einheitsprämie**

Bei mehreren beauftragten Krankenkassen und der Möglichkeit für die Versicherten zu wählen, welcher davon sie administrativ zugeordnet werden, würden sich die Krankenkassen vor allem durch die Qualität ihrer Dienstleistungen von ihren Mitbewerbern abheben. Die Kundenzufriedenheit hätte somit Vorrang vor den Interessen der Krankenversicherung. Der Anreiz für die Krankenkassen, ihre Kundschaft zu halten, könnte daher letztlich der Kostendämpfung abträglich sein. Das Prinzip der Einheitsprämie könnte sich im System gemäss Postulat 24.3224 als kontraproduktiv erweisen.

### **5.11 Mehrfachrolle der Kantone**

Die Kantone spielen eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen. Sie sind für die Gesundheitspolitik und die Zulassung von Leistungserbringern zuständig, regeln die Spitalplanung und erteilen den Spitälern Leistungsaufträge. Sie sind Eigentümer bestimmter Spitäler und finanzieren teilweise die stationäre Versorgung. Sie genehmigen auch die Tarifverträge (Art. 46 Abs. 4 KVG).

Mangels näherer Angaben im Wortlaut des Postulats 24.3224 ist davon auszugehen, dass der Kanton in den Organen der Ausgleichskasse gut vertreten wäre. Diese Situation könnte zu zusätzlichen Interessenkonflikten führen, da der Kanton somit gleichzeitig als Versicherer, Leistungserbringer (Kantonsspital) und Genehmigungsbehörde für den Tarifvertrag auftreten könnte.

Die Mitglieder der Leitungsgremien eines Versicherers müssen dafür sorgen, dass ihre persönlichen und geschäftlichen Beziehungen keine Interessenkonflikte mit dem Versicherer selbst verursachen. Die Frage, ob die gleichzeitige Einsitznahme in den Leitungsgremien eines Leistungserbringers und eines Versicherers möglich ist, sollte geklärt werden.

Im Bereich der Tarifverträge beschäftigen das Parlament Fragen zu Interessenkonflikten, die sich aus der Mehrfachrolle der Kantone ergeben<sup>91</sup>.

Nach dem Wortlaut des Postulats setzt die Ausgleichskasse die Prämien fest. Der Kanton könnte somit grossen Einfluss auf die Prämienberechnung ausüben. Wie könnte er unter diesen Umständen objektiv Stellung zu den Tarifeingaben beziehen? In diesem Sinne stellt sich auch die Frage, wie der Kanton die Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich weiterhin unparteiisch handhaben könnte (Art. 55a KVG), wenn er über die Ausgleichskasse ihr Vertragspartner im Rahmen bestimmter Versicherungsmodelle wäre. Das System gemäss Postulat 24.3224 liesse sich kaum mit den Regeln der Corporate Governance vereinbaren.

## **5.12 Komplexere Erhebung der Kostenbeteiligung und des Spitalbeitrags**

Die Erhebung der Kostenbeteiligung und des Beitrags an die Kosten des Spitalaufenthalts würde einen zusätzlichen Datenaustausch zwischen der Ausgleichskasse und den Krankenkassen erfordern (Ziff. 4.2.2).

---

<sup>91</sup> Siehe z. B. Interpellation 24.3778 Walti «Mehrfachrolle der Kantone im Spitalwesen. Wie lange noch?» und Postulat 15.3464 Cassis «Krankenversicherungsgesetz. Roadmap zur Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone»