

12.027

Botschaft zum Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung

vom 15. Februar 2012

Sehr geehrter Herr Nationalratspräsident
Sehr geehrter Herr Ständeratspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dieser Botschaft unterbreiten wir Ihnen den Entwurf zu einem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung mit dem Antrag auf Zustimmung.

Gleichzeitig beantragen wir Ihnen, die folgenden parlamentarischen Vorstösse abzuschreiben:

- | | | | |
|------|---|---------|--|
| 2010 | P | 09.3976 | Bessere Aufsicht und schärfere Kontrolle über die Krankenversicherungen (N 14.6.10, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR) |
| 2010 | P | 09.4327 | Neutrale Instanz für finanzrechtliche Aufsicht über Sozialversicherungen (N 19.3.10, Humbel) |
| 2011 | M | 10.3745 | Verringerung übermässiger Reserven in den obligatorischen Krankenversicherung
(S 15.12.10, Maury Pasquier; N 12.9.11) |
| 2011 | M | 10.3799 | Transparenz bei den Entschädigungen bei Krankenkassen
(N 17.12.10, Giezendanner; S 30.5.11) |
| 2011 | M | 10.3887 | Reserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(N 16.12.10, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR; S 9.3.11) |

Wir versichern Sie, sehr geehrter Herr Nationalratspräsident, sehr geehrter Herr Ständeratspräsident, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

15. Februar 2012

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Die Bundespräsidentin: Eveline Widmer-Schlumpf
Die Bundeskanzlerin: Corina Casanova

Übersicht

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) ist primär auf die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ausgerichtet. Bei der Erarbeitung des KVG war die Aufsicht über die Krankenversicherung noch weniger bedeutend. Der vorliegende Gesetzesentwurf schliesst diese Lücke und enthält Verbesserungen unter anderem im Bereich der finanziellen Sicherheit und der Unternehmensführung von Krankenkassen, der Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde sowie der Strafbestimmungen. Damit wird die Aufsicht zum Schutz der sozialen Krankenversicherung und ihren Versicherten gestärkt und den heutigen Gegebenheiten angepasst. Zudem wird die Transparenz bei den Krankenkassen erhöht.

A. Unternehmensführung

Für die Krankenkassen, die die soziale Krankenversicherung anbieten, sieht das KVG keine Anforderungen im Bereich der Unternehmensführung vor. So braucht es keine Prüfungen zu Unbescholtenheit und Kompetenz (Fitness- und Properness-Prüfungen) für die Mitglieder der Geschäftsleitung oder diejenigen der entsprechenden Kontrollorgane. Es ist den Krankenkassen auch freigestellt, wie sie sich organisieren und wie die Kontrollen innerhalb des Unternehmens ausgestaltet sind. Die heutige Regelung entspricht nicht einer modernen Geschäftsführung, wie sie von Branchenverbänden oder Aufsichtsbehörden gefordert wird.

Entsprechende prinzipienbasierte Bestimmungen, die auch für kleine Krankenkassen anwendbar sind, sollen ins Gesetz aufgenommen und in der Verordnung ausgeführt werden.

B. Konzernaufsicht

Teilweise werden die soziale Krankenversicherung wie auch die Krankenzusatzversicherung von derselben juristischen Person angeboten. In manchen Fällen sind die beiden Versicherungszweige zwar unterschiedlichen Rechtspersönlichkeiten angegliedert, doch sind die juristischen Personen innerhalb einer Gruppe zusammengeschlossen. In beiden Fällen ist es für die entsprechende Aufsichtsbehörde hilfreich, wenn nicht sogar notwendig, dass Informationen ausgetauscht werden. Aus diesem Grund soll eine rechtliche Grundlage geschaffen werden, die den Informationsaustausch mit anderen Aufsichtsbehörden, namentlich der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA), ermöglicht.

Häufig werden innerhalb von Versicherungskonzernen gewisse Tätigkeiten, wie die Vermögensanlage, zentral von einer rechtlichen Einheit vorgenommen. Das Gesetz soll es der Aufsicht ermöglichen, Regelungen im Bereich der Übertragung von Aufgaben (Outsourcing) vorzunehmen, sodass das Ziel der Aufsicht, nämlich die Sicherstellung der Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung, weiterhin erreicht werden kann.

C. Reserven und Solvenz

Die Aufsichtsbehörde kann einer Krankenkasse die Bewilligung entziehen, wenn sie nicht mehr in der Lage ist, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen und keine Aussicht auf Sanierung besteht. Dies ist meistens erst dann der Fall, wenn nicht mehr genügend Geld zur Verfügung steht, um alle offenen Rechnungen zu decken. In diesem Fall kommt der Insolvenzfonds zum Tragen, was die Aufsicht nach Möglichkeit verhindern sollte. Um bei einer Insolvenz einer Krankenkasse rechtzeitig und angemessen eingreifen zu können, braucht es neue Rechtsgrundlagen.

Krankenkassen dürfen keinen Erwerbszweck verfolgen und stehen in Konkurrenz zueinander. Sie haben deshalb grundsätzlich keinen Anreiz, höhere Reserven zu halten, als effektiv nötig ist. Mit der Festlegung der Reserven, basierend auf den eingegangenen Risiken, werden die benötigten Reserven für jeden Versicherten einzeln bestimmt.

D. Prämienfestsetzung und -genehmigung

Die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Das Verfahren wird mit diesem Gesetz präzisiert, und es werden neue Mittel geschaffen, welche die Nichtgenehmigung der Prämientarife in gewissen Situationen erlauben. Dies unter anderem dann, wenn die Prämien die Kosten nicht decken oder wenn sie zu hoch sind. Die Aufsichtsbehörde soll zudem die Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen verfügen können, falls sich im Nachhinein herausstellt, dass die Prämien zu hoch waren. Zu tiefe Prämien müssen mittels Reserven aufgefangen und mit Prämien erhöhungen im nächsten Jahr wieder aufgebaut werden.

E. Sichernde Massnahmen

Die bisherigen Erfahrungen der Aufsichtsbehörde über die Krankenkassen haben gezeigt, dass neue umfassende gesetzliche Massnahmen notwendig sind, um eine griffige Aufsichtstätigkeit im Bereich des KVG weiterhin zu gewährleisten. Die wirtschaftliche Situation bei einigen Versicherten führte dazu, dass die Aufsichtsbehörde bereits Massnahmen einleiten musste, um Krankenkassen zur Sanierung oder zur Rettung anzuhalten, obwohl eine explizite rechtliche Grundlage fehlte. Das Gesetz soll deshalb mit Bestimmungen zu sichernden Massnahmen ergänzt werden. So soll es der Aufsicht möglich sein, gegenüber dem Kontrollorgan (Verwaltungsrat, Stiftungsrat und Vorstand) wie auch der Geschäftsleitung die nötigen Massnahmen zu ergreifen.

F. Bewilligungsentzug

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass die Kompetenzen der Aufsichtsbehörde im Zusammenhang mit dem Entzug der Bewilligung ungenügend sind. So sieht dieses Gesetz vor, dass der Konkurs über eine Krankenkasse erst dann eröffnet wird, wenn die Aufsichtsbehörde die Zustimmung erteilt hat. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um die Versicherungsdeckung für alle Versicherten jederzeit zu gewährleisten.

G. Sanktionen

Die Aufsichtsbehörde kann je nach Art und Schwere der Mängel auf Kosten des Versicherers den gesetzmässigen Zustand wiederherstellen, Ordnungsbussen bis maximal 5000 Franken erteilen oder den Entzug der Bewilligung beantragen. Eine maximale Busse von 5000 Franken ist beim heutigen Umfang des Prämienvolumens der meisten Versicherer nicht abschreckend. Die Bewilligung zu entziehen ist in vielen Fällen jedoch nicht angemessen. Es fehlt der Aufsicht die Möglichkeit, höhere Beträge in Rechnung zu stellen und die leitenden Organe einer Krankenkasse zur Rechenschaft zu ziehen.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht	1942
1 Grundzüge der Vorlage	1946
1.1 Geltende Regelung	1946
1.2 Aktuelle Probleme	1946
1.3 Auftrag	1947
1.4 Beantragte Neuregelung	1948
1.4.1 Zielsetzung	1948
1.4.2 Zuständigkeit für die Aufsicht	1948
1.4.3 Wesentliche Neuerungen im Bereich der Aufsicht	1948
1.5 Verhältnis zum europäischen Recht	1949
1.5.1 Vorschriften der Europäischen Union	1949
1.5.2 Die Instrumente des Europarates	1949
1.6 Erledigung parlamentarischer Vorstösse	1951
1.7 Vernehmlassungsergebnisse	1952
1.8 Zusammenhang des Vorschlags mit anderen in Diskussion stehenden Gesetzesänderungen	1953
2 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln	1954
3 Auswirkungen	1994
3.1 Auswirkungen auf den Bund	1994
3.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden	1995
3.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	1995
3.4 Finanzielle Auswirkungen für die Krankenversicherung	1995
4 Legislaturplanung	1995
5 Rechtliche Aspekte	1995
5.1 Verfassungsmässigkeit	1995
5.2 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht	1996
5.3 Erlassform	1996
5.4 Ausgabenbremse	1996
5.5 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	1997
Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) (Entwurf)	1999

Botschaft

1 Grundzüge der Vorlage

1.1 Geltende Regelung

Nach Artikel 21 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) überwacht der Bundesrat die Durchführung der Krankenversicherung. Die Aufsicht über die Krankenversicherung ist insbesondere in den Artikeln 11–23, 60–66a, 80–91, 92–94, 95a sowie in verschiedenen Ausführungsverordnungen zum KVG geregelt, namentlich in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102). Der Bundesrat hat die Aufsicht über die Krankenversicherung gemäss KVG dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) übertragen. Die Aufsicht über die Krankenzusatzversicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908 (VVG; SR 221.229.1) wird von der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) wahrgenommen. Die entsprechenden rechtlichen Grundlagen sind im Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dezember 2004 (VAG; SR 961.01) zu finden.

Nach Artikel 21 KVG kann das BAG den Krankenkassen Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen, von ihnen alle erforderlichen Auskünfte und Belege verlangen und Inspektionen (Audits) durchführen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem BAG beim Audit freien Zugang zu sämtlichen relevanten Informationen zu gewähren. Auch müssen sie dem BAG ihre Jahresrechnungen und Jahresberichte einreichen.

Nach Artikel 24 KVV beaufsichtigt das BAG die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung. Das BAG hat nach Artikel 25 KVV dafür zu sorgen, dass die Krankenkassen jederzeit in der Lage sind, die mit der Anerkennung und der Durchführungsbewilligung verbundenen Bedingungen zu erfüllen (institutionelle Aufsicht).

Missachtet eine Krankenkasse die gesetzlichen Vorschriften oder die Weisungen (Art. 21 KVG), so kann das BAG je nach Art und Schwere der Mängel folgende Massnahmen ergreifen: 1) Es sorgt auf Kosten des Versicherers für die Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes. 2) Es verwarnt den Versicherer und fällt Ordnungsbussen (max. 5000 Fr.) aus. 3) Es beantragt dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Das BAG kann ferner die Öffentlichkeit über die oben erwähnten Massnahmen informieren. Die Krankenkassen können die Verfügungen des BAG beim Bundesverwaltungsgericht und beim Bundesgericht anfechten.

1.2 Aktuelle Probleme

Bei Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 waren darin nur teilweise Bestimmungen zur Versicherungsaufsicht enthalten. Zu diesem Zeitpunkt erachtete man die Aufsicht über die Krankenkassen noch als weniger wesentlich, zumal die Krankenkassen sich auch ohne die entsprechenden rechtlichen Grundlagen an die Vorgaben des Bundes hielten. Die Praxis zeigte jedoch, dass die Krankenkassen mangels angemessener Zwangsmassnahmen nicht immer bereit waren, sich an die Gesetzes-

vorschriften zu halten. Per 1. Januar 2001 hat der Gesetzgeber deshalb zusätzliche Sanktionsmöglichkeiten (Ordnungsbussen inkl. Publikation) eingeführt.

Seither hat sich der Markt der Krankenkassen weiterentwickelt. So haben sich die Krankenkassen vermehrt zu marktwirtschaftlich agierenden Unternehmen gewandelt, die sich immer mehr gegenseitig konkurrenzieren. Die Krankenkassen haben sich teilweise auch zu Konzernen zusammengeschlossen, was eine zusätzliche Aufsicht dieser Gebilde und insbesondere der Transaktionen zwischen den rechtlichen Einheiten dieser Gruppierungen nötig macht und eine verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Aufsichtsbehörden nach sich zieht.

Die angespannte finanzielle Situation der Krankenkassen hat zudem gezeigt, dass der Aufsicht die rechtlichen Grundlagen fehlen, um Massnahmen zu treffen, die verhindern, dass der Insolvenzfonds belangt werden muss. Des Weiteren fehlen adäquate Sanktionen für den Fall, dass sich die Krankenkassen oder deren Organe nicht an die Vorgaben der Aufsichtsbehörde halten.

Die eingetretenen Insolvenzfälle bei Krankenkassen (KK Zurzach, KBV, Accorda) waren unter anderem auf fehlende Regelungen zur Unternehmensführung (Corporate Governance) zurückzuführen.

Die geforderten Mindestreservesätze sind in Prozenten der Prämien festgelegt und nach Anzahl der Versicherten abgestuft. Die Reserven sind für die langfristige Solvenzerhaltung bestimmt und dienen der Abdeckung der eingegangenen Risiken. Die gemäss geltendem Recht in Prozenten der Prämien festgelegten Mindestreserven tragen den eingegangenen Risiken nicht mehr in einem genügenden Mass Rechnung. Die finanziellen Schwierigkeiten, in denen sich die Krankenkassen aktuell befinden, zeigen die Notwendigkeit der Einhaltung von angemessenen Mindestreserven auf. Damit die Krankenkassen nicht zu viele Risiken eingehen, sind Vorgaben der Aufsicht im Bereich der Prämienfestsetzung wie auch bei den Kapitalanlagen nötig.

1.3 Auftrag

Aus den oben aufgeführten Gründen hat der Bundesrat einen Handlungsbedarf erkannt und deshalb dem EDI den Auftrag erteilt, die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung substantziell zu stärken.

Die Aufsichtsbehörde benötigt zur Erfüllung ihres Zwecks ausreichende gesetzliche Grundlagen. Es bedarf dazu klarer gesetzlicher Rahmenbedingungen, die sich umfassend und in eindeutiger Art und Weise in einer eigenen Gesetzeskodifikation manifestieren. Eine Kodifikation in einem eigenen Erlass führt zur Transparenz für die beaufsichtigten Krankenkassen. Die Krankenkassen können sich weitgehend an diesem Erlass orientieren, der dem VAG nachgebaut ist. So ist für sie klar, unter welchen Bedingungen die Aufsichtsbehörde zu Interventionen berechtigt beziehungsweise verpflichtet ist. Eine separate Kodifikation dient auch der anwendenden Behörde als klares Instrument, auf das sie ihre Massnahmen stützen kann. Bisherige Erfahrungen bei Revisionen des KVG haben gezeigt, dass die Systematik der KVG-Gesetzgebung eine Integration eines eigenständigen Kapitels «Aufsichtsmassnahmen» nicht zulässt, weil einerseits aufsichtsrechtliche Bestimmungen in der bisherigen Kodifikation nicht als Einheit in der Systematik des Gesetzes integriert wurden und weil andererseits durch diese Art von Gesetzgebung im Rahmen der KVG-Revisionen sogenannte Mischartikel entstanden sind, die nur teilweise als

aufsichtsrechtliche Bestimmungen zu qualifizieren sind und ebenfalls andere Funktionen im KVG zu erfüllen haben.

Eine effiziente Aufsicht kann am besten mit einem ausreichenden und gut strukturierten Regelwerk erreicht werden. Ein eigenes Gesetz wird auch zu einer besseren Lesbarkeit des KVG führen, da alle Bestimmungen im Zusammenhang mit der spezifischen Aufsichtstätigkeit aus dem KVG entfernt werden.

Aus all diesen Gründen hat der Bundesrat entschieden, dass die rechtlichen Grundlagen für die Stärkung der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung in einem eigenen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz geregelt werden sollen.

1.4 Beantragte Neuregelung

1.4.1 Zielsetzung

Die bisherigen Erfahrungen der Behörde, die die Aufsicht über die Krankenkassen wahrnimmt, haben gezeigt, dass neue umfassende gesetzliche Massnahmen notwendig sind, um eine griffige Aufsichtstätigkeit im Bereich des KVG gewährleisten zu können. Um das Funktionieren und insbesondere die finanzielle Sicherheit des Sozialversicherungssystems zu gewährleisten, sind modernisierte Aufsichtsinstrumente dringend notwendig. Auf der Basis eines neuen Gesetzes soll eine gestärkte Aufsicht über die soziale Krankenversicherung gewährleistet werden. Das neue Gesetz verfolgt das politische Ziel, wonach die Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung auch in Zukunft garantiert werden sollen. Die im Folgenden vorgebrachten Vorschläge für eine gezielte Stärkung der Aufsicht tangieren die parlamentarischen Beratungen zu weiteren laufenden KVG-Revisionen nicht.

1.4.2 Zuständigkeit für die Aufsicht

Die Aufsichtsbehörde wird einerseits durch verschiedene Instrumente gestärkt und erhält andererseits mehr Kompetenzen. Mit einer verstärkten Aufsicht ist die Frage, ob die Durchführungsinstanz beim BAG bleiben, bei der FINMA angegliedert oder gar in eine unabhängige Organisation übergeführt werden soll, nur noch von untergeordneter Bedeutung. Der vorliegende Entwurf sieht vor, dass die Zuständigkeit für die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung beim BAG liegt. Dies wird explizit auf Gesetzesstufe festgehalten.

1.4.3 Wesentliche Neuerungen im Bereich der Aufsicht

Vorgesehen sind insbesondere neue Anforderungen im Bereich der Finanzierungsvorschriften, im Speziellen zur Solvenz der Krankenkassen. Die Berechnung der erforderlichen Reserven, die ab dem 1. Januar 2012 in Abhängigkeit der Risiken erfolgen und nicht mehr wie bisher anhand der Versichertenzahlen festgelegt werden, wird neu auf Gesetzesstufe festgeschrieben. Zudem werden im Sinn eines allgemeinen Risikomanagements Vorgaben für die Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken festgehalten. Die Kriterien, die zu einer Genehmigung oder einer Nichtgenehmigung der Prämientarife führen, werden definiert. Die Auf-

sicht kann auch verlangen, dass Prämien im Nachhinein rückerstattet werden, wenn sich *a posteriori* herausstellt, dass die Prämien unangemessen über den Kosten eines Kantons lagen. Zudem wird die gesetzliche Grundlage für Regelungen im Bereich der Entschädigung der Vermittlertätigkeit gelegt. Im Weiteren werden mit der Einführung von Corporate-Governance-Richtlinien auch Anforderungen an die geschäftsleitenden Organe gestellt. Ferner sollen nun auch die konzerninternen Beziehungen beaufsichtigt werden können. Zudem enthält das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz sichernde Massnahmen, welche die Aufsichtsbehörde im Falle von finanziellen Schieflagen gegenüber den Krankenkassen anordnen oder ergreifen kann. Schliesslich werden die Strafbestimmungen in dem Sinn ergänzt, dass angemessene Sanktionen verhängt werden können, falls sich eine Krankenkasse nicht an die Vorgaben hält.

1.5 Verhältnis zum europäischen Recht

1.5.1 Vorschriften der Europäischen Union

Das Sozialversicherungsrecht der Europäischen Union bezweckt im Hinblick auf die Garantie der Personenfreizügigkeit keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit. Die Mitgliedstaaten können über die konkrete Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Organisation der Systeme der sozialen Sicherheit weitgehend frei bestimmen. Dabei müssen sie jedoch die Koordinationsgrundsätze wie das Diskriminierungsverbot, die Anrechnung der Versicherungszeiten und die grenzüberschreitende Leistungserbringung beachten, die in der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71¹ und in der Verordnung (EWG) Nr. 574/72² geregelt sind. Seit dem Inkrafttreten des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) am 1. Juni 2002 sind diese Koordinationsgrundsätze auch für die Schweiz massgebend.

1.5.2 Die Instrumente des Europarates

Die europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961³ garantiert in den Vertragsstaaten grundlegende soziale und wirtschaftliche Rechte. Das Recht auf soziale Sicherheit ist in deren Artikel 12 verankert: Die Vertragsparteien verpflichten sich, ein System der sozialen Sicherheit einzuführen oder beizubehalten, dieses auf einem befriedigenden Stand zu halten, sich zu bemühen, das System fortschreitend auf einen höheren Stand zu bringen und Massnahmen zu ergreifen, welche die Gleichbehandlung der Staatsangehörigen anderer Vertragsparteien mit den eigenen

- ¹ Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1).
- ² Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.11).
- ³ Der Text der Sozialcharta ist auf Französisch auf den Seiten des Europarates abrufbar unter: conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/035.htm

Staatsangehörigen gewährleisten. Die Schweiz hat die Europäische Sozialcharta am 6. Mai 1976 unterzeichnet; eine Ratifizierung wurde jedoch 1987 vom Parlament abgelehnt.

Mit der Europäischen Sozialcharta (revidiert) vom 3. Mai 1996⁴ wurde der materielle Inhalt der Charta von 1961 aktualisiert und angepasst. Es handelt sich dabei um ein von der Europäischen Sozialcharta gesondertes Abkommen, das diese nicht aufhebt. Das Recht auf soziale Sicherheit ist ebenfalls in Artikel 12 enthalten. Die revidierte Sozialcharta ist am 1. Juli 1999 in Kraft getreten. Die Schweiz hat dieses Instrument nicht ratifiziert.

Die Schweiz hat die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 am 16. September 1977 ratifiziert (SR 0.831.104). Die Schweiz hat jedoch die Anwendung von deren Teil II über die ärztliche Betreuung ausgeschlossen. Betreffend die Organisation der Sozialversicherungssysteme sieht die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vor, dass Vertreterinnen und Vertreter der geschützten Personen nach vorgeschriebener Regelung an der Verwaltung zu beteiligen oder ihr in beratender Eigenschaft beizuordnen sind, wenn die Verwaltung nicht von einer Regierungsstelle wahrgenommen wird, die einem Parlament verantwortlich ist. Die innerstaatlichen Rechtsvorschriften können auch die Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber und der Behörden vorsehen (Art. 71). Die Europäische Ordnung der sozialen Sicherheit wird durch ein Protokoll ergänzt, das höhere Normen festlegt. Die Schweiz hat das Protokoll zur Ordnung der sozialen Sicherheit nicht ratifiziert.

Die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit (revidiert) vom 6. November 1990⁵ ist ebenfalls ein von der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit zu unterscheidendes Abkommen, sie ersetzt diese nicht. Durch die revidierte Ordnung werden die Normen der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit erweitert, namentlich durch die Ausdehnung des persönlichen Anwendungsgebietes, durch die Gewährung von neuen Leistungen sowie durch die Erhöhung des Betrags für Sachleistungen. Parallel wird eine grössere Flexibilität eingeführt, indem die Ratifizierungsbedingungen erleichtert und die Normen so formuliert wurden, dass den einzelstaatlichen Regelungen bestmöglich Rechnung getragen wird. Die revidierte Ordnung wurde erst von einem Staat ratifiziert und ist deshalb noch nicht in Kraft getreten, da für deren Inkrafttreten mindestens zwei Ratifikationen benötigt werden (Art. 84 Abs. 2 der Ordnung der Sozialen Sicherheit).

⁴ Der Text der revidierten Sozialcharta ist auf Französisch auf den Seiten des Europarates abrufbar unter: conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/163.htm

⁵ Der Text der revidierten Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheits ist auf Französisch auf den Seiten des Europarates abrufbar unter: conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/139.htm

1.6

Erledigung parlamentarischer Vorstösse

Es wird beantragt, die folgenden parlamentarischen Vorstösse als erledigt abzuschreiben:

09.3976 – Postulat SGK-N – Bessere Aufsicht und schärfere Kontrolle über die Krankenversicherungen und 09.4327 – Postulat Humbel «Neutrale Instanz für finanzrechtliche Aufsicht über Sozialversicherungen»

Die beiden Postulate verlangen, dass eine Verbesserung der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung geprüft wird und die Vor- und Nachteile einer Übertragung dieser Aufsicht an die FINMA dargelegt werden. Der vorliegende Gesetzesentwurf trägt diesen beiden Vorstössen Rechnung.

10.3745 – Motion Maury Pasquier «Verringerung übermässiger Reserven in der obligatorischen Krankenversicherung»

Die Motion verlangt, dass das Gesetz Mindest- und Höchstreservesätze in Abhängigkeit der von den Krankenversicherern eingegangenen Risiken festsetzt. Diese risikobasierte Berechnung der Mindestreserven ist bereits in der geänderten KVV enthalten, die am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist (AS 2011 3449). Eine entsprechende Regelung findet sich auch im vorliegenden Gesetzesentwurf. Was die Höchstreservesätze betrifft, so werden der Grundsatz, wonach nur kostendeckende Prämien genehmigt werden, und der im vorliegenden Entwurf vorgesehene Korrekturmechanismus verhindern, dass zu hohe Prämien erhoben werden und dadurch zu hohe Reserven angelegt werden können. Die Motion kann somit abgeschlossen werden.

10.3799 – Motion Giezendanner «Transparenz bei den Entschädigungen bei Krankenkassen»

Die Motion verlangt eine Gesetzesänderung mit dem Ziel, dass die Krankenkassen jährlich in ihrem Geschäftsbericht die Entschädigungssumme für den gesamten Verwaltungsrat sowie die Entschädigungen für den Vorstandspräsidenten oder die Vorstandspräsidentin und den oder die CEO einzeln offenlegen müssen. Der vorliegende Entwurf enthält eine entsprechende Verpflichtung. Die Motion kann somit abgeschlossen werden.

10.3887 – Motion SGK-NR «Reserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»

Die Motion fordert den Bundesrat dazu auf, einen Korrekturmechanismus ins Gesetz aufzunehmen, der überhöhte Reserven in einem Kanton abbaut beziehungsweise die Differenz zwischen zu hohen Prämien und Leistungskosten ausgleicht. Die Motion beauftragt den Bundesrat zudem, festzulegen, wann und wie die kalkulatorischen kantonalen Reserven verteilt werden, und die Transparenz in der Rechnungslegung der Kassen zu erhöhen. Der Grundsatz, wonach nur kostendeckende Prämien genehmigt werden, und der im vorliegenden Entwurf vorgesehene Korrekturmechanismus verhindern, dass zu hohe Prämien erhoben werden und dadurch zu hohe Reserven angelegt werden können. Der vorliegende Gesetzesentwurf hat insbesondere zum Ziel, die Transparenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu erhöhen. Die Motion 10.3887 kann somit abgeschlossen werden.

1.7 Vernehmlassungsergebnisse

Am 4. Februar 2011 eröffnete der Bundesrat die Vernehmlassung zum Entwurf des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG). Die Vernehmlassungsfrist endete am 10. Mai 2011.

Zur Vernehmlassung wurden die Kantonsregierungen, die kantonalen Konferenzen der Gesundheits-, Finanz- und Sozialdirektorinnen und -direktoren und die Konferenz der Kantonsregierungen eingeladen. Die in der Bundesversammlung vertretenen politische Parteien, die gesamtschweizerischen Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete und die gesamtschweizerischen Dachverbände und Organisationen der Wirtschaft sowie die verschiedenen Organisationen des Gesundheitswesens, die unter anderen die Leistungserbringer, die Versicherer und Patientinnen und Patienten vertreten, wurden ebenfalls zur Stellungnahme eingeladen. Insgesamt wurden 86 Behörden und interessierte Organisationen angeschrieben.

Es gingen insgesamt 88 Stellungnahmen ein. Alle Kantone haben sich am Vernehmlassungsverfahren beteiligt. Von den 13 ins Vernehmlassungsverfahren einbezogenen politischen Parteien antworteten 7, darunter alle Bundesratsparteien mit Ausnahme der BDP. Von den Versicherern und Versichererverbänden, Leistungserbringern und Organisationen des Gesundheitswesens gingen 27 Stellungnahmen ein. Darunter waren 10 von Krankenkassen. Von weiteren Verbänden gingen 23 Stellungnahmen ein.

Grundsatz der Stärkung der Aufsicht

Generell wurde von den meisten Vernehmlassern, insbesondere von den Kantonen, eine Stärkung der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung begrüsst. Während vor allem die Kantone und die Mehrheit der Verbände die eigenständige Regelung der Aufsichtstätigkeit in einem Gesetz befürworteten, waren die Krankenkassen und ihre Verbände sowie einige Parteien der Auffassung, dass die Stärkung der Aufsicht in kompakterer Form als Ergänzung der bestehenden Regeln im KVG zu erfolgen habe. Dem Grundziel des Gesetzes, der Stärkung der Corporate Governance der Krankenversicherer, dem verbesserten Risikomanagement und der Einführung eines internen Kontrollsystems sowie der Einführung von Bestimmungen zur Transparenz, haben jedoch die meisten Vernehmlasser zugestimmt.

Rechtsform der Krankenkassen

Die Einschränkung der Rechtsformen der Krankenkassen wurde von ihrer Mehrheit und ihren Verbänden, aber auch von weiteren Gewerbeverbänden und der CVP abgelehnt. Sie sind der Auffassung, dass sich das Nebeneinander verschiedener Rechtsformen bewährt habe oder sich daraus keine weiteren negativen Auswirkungen ergeben haben. Zudem wurde teilweise die Auffassung vertreten, dass sich die Angleichung der Rechtsformen auch ohne staatliche Intervention mit der Zeit im Wettbewerb einstellen wird.

Korrekturmechanismus

Die Kantone, die SP und die Konsumentenorganisationen stimmen dem Korrekturmechanismus im Zusammenhang mit der Rückerstattung von übermässigen Prämien in einem Kanton zu, wenn die Prämien unangemessen über den entsprechenden Leistungsausgaben im betreffenden Kanton liegen. Gewisse Kantone möchten diesen Ausgleich aber noch detaillierter geregelt haben beziehungsweise der Situa-

tion anpassen, um besser zu gewährleisten, dass nicht die falschen Versicherten von den Rückerstattungen profitieren. Die Krankenkassen und ihre Verbände lehnen diesen Ausgleichsmechanismus gänzlich ab, da sie der Auffassung sind, dass die korrekte Anwendung des Prämieneinnahmeverfahrens die nachträgliche Korrektur von Prämieneinnahmen vollständig überflüssig macht. Zudem weisen sie auf die erheblichen Verwaltungskosten hin, die aufgrund solcher Rückzahlungen anfallen können. Weitere Vernehmlasser erachten den Korrekturmechanismus im System des kontrollierten Wettbewerbs als eine zu einschränkende Massnahme.

Massnahmen bei Gefährdung des Krankenversicherungssystems

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und weitere Kantone erachten die vorgeschlagene Massnahme, wonach der Bundesrat die gesetzlichen Leistungen durch eine Verordnung einschränken oder streichen kann, für problematisch und plädieren dafür, diese zu streichen. Einige Leistungserbringer und Konsumentenorganisationen erachten diese Einschränkungsmöglichkeit als unnötig und begründen dies damit, dass der Krisenfall nicht näher geregelt ist und dem Bundesrat freie Hand gelassen würde. SP, Grüne, CSP und Arbeitnehmerorganisationen vertreten die Auffassung, dass das Parlament im Krisenfall in die Entscheidungen des Bundesrates einbezogen werden müsste. Die Krankenkassen äussern sich mehrheitlich kritisch zu diesen Massnahmen.

Unabhängige Aufsichtsbehörde und deren Finanzierung

Die im Entwurf vorgeschlagene unabhängige Aufsicht über die Krankenversicherer wurde von den Vernehmlassern kontrovers aufgenommen. Nur was die Finanzierung einer unabhängigen Aufsicht anbelangt, äussern sie sich klar für eine Aufsicht, die über Steuern finanziert wird. Dies wird damit begründet, dass die Aufsicht über die Krankenkassen klar als Staatsaufgabe wahrgenommen wird. Während die Kantone eine unabhängige Aufsicht grossmehrheitlich begrüsst, lehnen die Krankenkassen eine unabhängige Aufsicht zwar nicht prinzipiell ab, verschliessen sich jedoch einer eigens hierfür aufgebauten Behörde. Die Meinung der Parteien war geteilt. Die Mitteparteien sprachen sich dafür aus, während sich die SP explizit und die SVP implizit dagegen aussprachen.

1.8 Zusammenhang des Vorschlags mit anderen in Diskussion stehenden Gesetzesänderungen

Im Jahr 2004 hat der Bundesrat verschiedene Pakete für eine Revision des KVG vorgeschlagen. Umfassende gesetzliche Massnahmen für eine griffige Aufsichtstätigkeit im Bereich des KVG waren aber bisher nicht Gegenstand der abgeschlossenen Revisionen des KVG. Die an dieser Stelle vorgebrachten Vorschläge für eine gezielte Stärkung und Professionalisierung der Aufsicht tangieren auch nicht die parlamentarischen Beratungen zu laufenden KVG-Revisionen. Hingegen gebietet die Ausrichtung der Vorschläge, eine Bestimmung zum Verbot der Versicherungsvermittlung und der Telefonwerbung für die obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus der abgelehnten Vorlage zur Eindämmung der Kostenentwicklung (BBI 2009 5793) zu übernehmen.

Art. 1 Gegenstand und Zweck

Artikel 1 regelt die Aufsicht des Bundes über die aufgeführten Einrichtungen. Gegenstand und Zweck des Gesetzes ist es, die ordnungsgemässe Durchführung des KVG und von dessen Grundprinzipien zu garantieren. Durch zusätzliche Aufsichtselemente wie Bestimmungen zu Corporate Governance und Transparenz, finanzieller Sicherheit, Risikomanagement und Kontrolle der Krankenkassen wird einerseits eine effektive Aufsicht gewährleistet und andererseits die Transparenz bei den Aktivitäten der an der Durchführung der sozialen Krankenversicherung Beteiligten erhöht. Der regulierte Wettbewerb kann damit gestärkt werden. Mit der Einführung von sichernden Massnahmen werden die Kompetenzen der Aufsicht im Fall der finanziellen Schieflage einer Krankenkasse oder bei anderweitiger Gefährdung der Durchführung der sozialen Krankenversicherung ausgebaut. Die Kompetenzen der Aufsicht bei Aufgabe der Versicherungstätigkeit einer Krankenkasse werden zum Schutz der Versicherten verbessert. Ziel des Gesetzes ist auch, die finanzielle Sicherheit der sozialen Krankenversicherung durch die Aufsicht über Versicherungsgruppen, in welche die Krankenkassen vermehrt eingebunden sind, zu erhöhen.

Abs. 1

Absatz 1 umfasst die Aufsicht des Bundes über die aufgeführten Einrichtungen. Mit dem umschriebenen Geltungsbereich erfolgt eine Ausweitung gegenüber dem bisherigen Aufsichtsbereich nach dem KVG auf weitere Beteiligte, die an der Durchführung der sozialen Krankenversicherung beteiligt sind oder deren Tätigkeit massgeblichen Einfluss auf die soziale Krankenversicherung haben kann. Zudem wird die Aufsichtstätigkeit für die gemeinsame Einrichtung, die bereits bisher in gewissem Ausmass von der Aufsichtsbehörde wahrgenommen wurde, gesetzlich verankert.

Durch diesen Artikel erfolgt eine Eingrenzung des Aufsichtsbereichs auf die von der Aufsicht betroffenen Institutionen. Inwieweit die von diesen Institutionen durchgeführten Aufgaben der Aufsicht unterstehen, wird in den nachfolgenden Bestimmungen konkretisiert.

Bst. a

Die Krankenkassen führen bereits nach dem KVG hauptsächlich die soziale Krankenversicherung durch. Bisher wurden sie vom EDI anerkannt. Neu ist dafür die Aufsichtsbehörde zuständig. An der Aufgabenteilung zwischen der FINMA, die das Zusatzversicherungsgeschäft beaufsichtigt, und der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung nach diesem Gesetz ändert sich nichts.

Mit der Unterstellung der Krankenkassen unter die Aufsicht nach diesem Gesetz wird Artikel 11 KVG aufgehoben. Dies führt dazu, dass die obligatorische Krankenversicherung nur noch nach Artikel 2 durchgeführt werden darf. Damit entfällt die Möglichkeit, dass private Versicherungsunternehmen, die dem VAG unterstehen, eine Bewilligung zur Durchführung der Krankenversicherung erhalten könnten. Aus diesem Grund wurden in Artikel 3, der Artikel 13 des geltenden KVG entlehnt ist, die Begriffe «Versicherer» und «Versicherungseinrichtungen» geändert und es wird nur noch der Ausdruck «Krankenkasse» verwendet. Diese Änderung hat aber keine praktischen Auswirkungen, da bisher private Versicherungsunternehmen nie von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, die soziale Krankenversicherung anzubieten.

Bst. b

Der Aufsicht unterstehen neu auch Versicherungsgruppen, die im 6. Kapitel des Gesetzes umschrieben sind. Diese Ausweitung der Aufsicht trägt der zunehmenden Tendenz Rechnung, dass die bestehenden Krankenkassen sich zu Gruppen zusammenschliessen. Diese Entwicklung macht eine zusätzliche Aufsicht über diese Gruppen nötig, um Risiken, die sich durch diese Zugehörigkeit und entsprechende Einbindung in die Gruppe beziehungsweise durch gruppeninterne Transaktionen ergeben, rechtzeitig erfassen und nötigenfalls minimieren zu können. Die Aufsichtsmassnahmen ermöglichen der Aufsicht ein verbessertes Bild über die Situation der Gruppe, in welche die Krankenkasse eingebunden ist. Die Ausweitung des Geltungsbereichs in Verbindung mit den Bestimmungen des 6. Kapitels (Aufsicht über Versicherungsgruppen) vereinfacht überdies die Zusammenarbeit zwischen der Aufsicht nach diesem Gesetz und derjenigen der FINMA.

Bst. c

Rückversicherer der sozialen Krankenversicherung bedurften bereits bisher einer Bewilligung des EDI. Da die Rückversicherung im 4. Kapitel neu geregelt wird, kann Artikel 14 KVG aufgehoben werden. Zur Durchführung der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung sind Krankenkassen mit einem vorgegebenen Mindestbestand und Rückversicherer nach dem VAG zugelassen. Die Rückversicherer nach dem VAG werden – wie bisher – institutionell von der FINMA beaufsichtigt und unterstehen nur für das Rückversicherungsgeschäft im Bereich der sozialen Krankenversicherung diesem Gesetz.

Bst. d

Mit Buchstabe d erhält die Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung, die bisher nur auf Verordnungsebene festgelegt war (Art. 26 KVV), eine gesetzliche Grundlage.

Abs. 2

Die Aufsichtstätigkeit bezweckt die korrekte Umsetzung der sozialen Krankenversicherung nach dem KVG und dessen Ausführungsverordnungen. Mit der Gewährleistung des Schutzbereichs nimmt der Zweckartikel insbesondere Bezug auf die Risiken Krankheit, Unfall, sofern dafür keine Unfallversicherung aufkommt, Mutterschaft und Erwerbsausfall bei Krankheit, die nach Artikel 1a KVG versichert sind, aber auch auf die anderen Bestimmungen des KVG. Die bereits im KVG verankerten Versicherungsprinzipien der sozialen Krankenversicherung werden durch entsprechende Aufsichtsmittel gesichert, teilweise auch direkt in das Gesetz übernommen. Von der Aufsicht durch dieses Gesetz werden hauptsächlich die Krankenkassen erfasst, welche die soziale Krankenversicherung durchführen. Soweit die Versicherungsrisiken an Rückversicherer weitergegeben werden oder die Krankenkasse durch ihre Zugehörigkeit zu einer Gruppe beeinflusst wird, bezieht sich der Geltungsbereich auch auf diese Beteiligten, soweit er nicht durch Artikel 2 oder die Beschränkung der Aufsichtsmittel eingegrenzt wird. Allfällige Risiken ausserhalb der Krankenkassen können so frühzeitig erfasst und begrenzt werden. Diese neuen Bestimmungen beziehen sich dann auf den Schutzbereich der Versicherungsrisiken der Versicherten nach dem KVG, finden sich aber als Aufsichtsbestimmungen im Gesetz selbst.

Der Schutz umfasst überdies, wenn auch indirekt, die Leistungserbringer. Sie profitieren von der gestärkten Überwachung der Durchführung der sozialen Krankenversicherung und von der gestärkten Integrität, Vertrauenswürdigkeit und Solvabilität der Krankenkassen.

Art. 2 Krankenkassen

Artikel 12 KVG wird vollständig in Artikel 2 übernommen. Grundsätzlich erfährt dadurch die bisherige Regelung keine Änderungen. Die Legaldefinition der Krankenkassen bleibt unverändert. Der Begriff der sozialen Krankenversicherung ist identisch mit der Umschreibung des Geltungsbereichs nach Artikel 1a KVG, der nebst der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch die freiwillige Taggeldversicherung umfasst. Die Aufsicht umfasst somit die Versicherungstätigkeit der Risiken bei Krankheit, Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt, Mutterschaft und Erwerbsausfall im Rahmen der freiwilligen Taggeldversicherung. Die Aufsicht umfasst somit auch «Krankenkassen», die nur noch die Taggeldversicherung durchführen (siehe dazu die Erläuterungen zu Art. 4 Abs. 1 Bst. h sowie geltender 68 Abs. 2 KVG). Für die Versicherer, welche die obligatorische Krankenversicherung durchführen können, gibt es somit keine anderen Unternehmen mehr als die Krankenkassen nach Artikel 2 Absatz 1.

Abs. 1

Krankenkassen können juristische Personen des privaten oder des öffentlichen Rechts sein. Unabhängig von ihrer Rechtsform zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie, soweit sie in einer einzigen juristischen Person sowohl die soziale Krankenversicherung als auch das Zusatzversicherungsgeschäft betreiben, auch im Bereich der Zusatzversicherungen keinen Erwerbszweck verfolgen dürfen. Sie sind ihrem Wesen nach Institutionen der Sozialversicherung und müssen die soziale Krankenversicherung durchführen. Die Anerkennung der Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde ist nach wie vor eine unerlässliche Bedingung. Die Krankenkassen können wie bisher auf Basis des öffentlichen Rechts in diesen vorgegebenen Rechtsformen («öffentliche» Kassen) bestehen beziehungsweise gegründet werden. Eine Gründung von Krankenkassen auf kantonaler oder gar kommunaler Ebene wird somit nach wie vor möglich sein. Diese öffentlich-rechtlichen Krankenkassen würden jedoch in Konkurrenz zu den andern Krankenkassen stehen, die auf privatrechtlicher Basis gegründet wurden.

Abs. 2

Die Krankenkassen können wie bisher Zusatzversicherungen anbieten und im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben. Diese Versicherungen unterstehen den Bedingungen des VVG und werden von der FINMA beaufsichtigt. Der entsprechende Verweis der Aufsichtszuständigkeit der FINMA wird mit der Aufgabenteilung zwischen der Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz und der FINMA in Artikel 33 Absatz 5 unterstrichen. Die Absätze 2 und 3 von Artikel 12 KVG werden in Artikel 2 Absatz 2 übernommen.

Abs. 3

Der Vollständigkeit halber wird in Absatz 3 aufgeführt, dass die Krankenkassen auch die Kurzfristleistungen nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die

Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) durchführen dürfen. In Artikel 70 Absatz 2 UVG ist festgehalten, dass die Krankenkassen die Versicherung der Heilbehandlung einschliesslich der Sachschäden, der Reise-, Transport- und Rettungskosten sowie des Taggeldes durchführen können.

Art. 3 Bewilligung

Für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung nach KVG ist eine Bewilligung der Aufsichtsbehörde erforderlich. Die Bewilligungspflicht ist bereits im KVG statuiert und somit nicht neu, allerdings erfolgt die Bewilligungserteilung nach dem KVG bis jetzt durch das Departement. Neu wird dies der Aufsichtsbehörde übertragen (vgl. Art. 58). Die Bewilligungspflicht soll sicherstellen, dass die soziale Krankenversicherung nur anbieten darf, wer gewisse Voraussetzungen erfüllt. Die zu erfüllenden Voraussetzungen werden in einem eigenen Artikel aufgezählt (Art. 4).

Absatz 1 entspricht im Wesentlichen Artikel 13 Absatz 1 KVG, der die Bewilligungspflicht zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung festhält. Es wird zudem explizit festgehalten, dass als Bedingung für die Bewilligungserteilung die Interessen der Versicherten gewährleistet sein müssen. Zu beachten ist, dass die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung aufgrund des Geltungsbereiches nach Artikel 1 nur noch an Krankenkassen erteilt wird, nicht aber an private Versicherungsunternehmen, wie Artikel 11 Buchstabe b KVG dies noch vorsieht. Beim Ausschluss der privaten Versicherungsunternehmen handelt es sich aber um eine rein formelle Änderung, da in der Praxis bisher kein privates Versicherungsunternehmen die soziale Krankenversicherung angeboten hat (siehe Erläuterungen zu Art. 1).

Absatz 2 hält fest, dass die Aufsichtsbehörde eine Liste der zugelassenen Krankenkassen zu veröffentlichen hat.

Art. 4 Bewilligungsvoraussetzungen

Diese Norm enthält die Voraussetzungen, die eine Krankenkasse erfüllen muss, damit ihr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erteilt werden kann. Die Voraussetzungen entsprechen grösstenteils den Anforderungen nach Artikel 12 KVG; teilweise wurden die Kriterien aufgrund der Erfahrungen überarbeitet, einige wurden neu hinzugefügt. Die «neuen» Voraussetzungen werden zum Teil aus Artikel 12 KVV übernommen, der die Voraussetzungen für die Anerkennung als Krankenkasse statuiert. Es ist zu beachten, dass mit dem vorliegenden Gesetz die Unterscheidung zwischen den Anerkennungs- und den Bewilligungsvoraussetzungen, die das KVG macht, wegfällt, und dass der Einfachheit halber alle für eine Krankenkasse und für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung wesentlichen Voraussetzungen in einem Artikel zusammengefasst werden. Da nur noch Krankenkassen im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 um eine Bewilligung nachsuchen können, können die Bewilligungsvoraussetzungen vereinheitlicht werden.

Es sind alle Kriterien zu erfüllen, damit die Aufsichtsbehörde die Bewilligung erteilt.

Bst. a

Die Krankenkassen konnten bereits bisher verschiedene Rechtsformen annehmen und es besteht kein Anlass, eine funktionierende Regelung zu ändern.

Bst. b

Bereits das KVG verlangt einen Sitz in der Schweiz (Art. 13 Abs. 2 Bst. e KVG). Bedingt durch den öffentlich-rechtlichen Charakter der Krankenversicherung wird diese Voraussetzung beibehalten.

Bst. c

Auch diese Vorschrift wird aus dem KVG übernommen (Art. 13 Abs. 2 Bst. b KVG). Insbesondere müssen die verantwortlichen Organe die zur Durchführung einer Sozialversicherung nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzen. In diesem Zusammenhang wurden mit dem vorliegenden Gesetz die Richtlinien der Corporate Governance eingeführt.

Bst. d

Diese Vorschrift wird aus dem KVG übernommen (Art. 13 Abs. 2 Bst. c KVG) und ergänzt. Bereits heute wird in Artikel 12 Absatz 3 KVV festgehalten, dass die Versicherer über eine Reserve als Startkapital verfügen müssen. Neu wird bereits auf Gesetzesstufe präzisiert, dass ein Startkapital in Form von Reserven vorhanden sein muss. Wann die Reserven ausreichend sind und wie die Berechnung des nötigen Startkapitals im Detail erfolgt, wird in der Verordnung präzisiert.

Bst. e

Das Erfordernis einer zugelassenen externen Revisionsstelle ergibt sich aus dem Obligationenrecht (OR; SR 220) und wird zudem aus der KVV übernommen (Art. 86 KVV). Die Anforderungen für die Zulassung der externen Revisionsstelle richten sich nach dem Revisionsaufsichtsgesetz vom 16. Dezember 2005 (RAG; SR 221.302. Vgl. dort insbes. Art. 6).

Bst. f

Diese Voraussetzung beinhaltet die wesentlichen Grundsätze der sozialen Krankenversicherung (Gegenseitigkeit, Gleichheit, keine Zweckentfremdung der Mittel des KVG) und wird aus dem KVG übernommen (Art. 13 Abs. 2 Bst. a KVG).

Bst. g

Die Pflicht, die Versicherung auch den versicherungspflichtigen Personen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, Norwegen und Island anzubieten, sowie die Möglichkeit auf Befreiung von dieser Pflicht auf Gesuch hin wird aus dem KVG übernommen (Art. 13 Abs. 2 Bst. f KVG).

Bst. h

Auch die Pflicht zur Durchführung der freiwillige Taggeldversicherung nach dem KVG ist bereits im KVG vorgesehen und wird in das neue Gesetz übernommen (Art. 13 Abs. 2 Bst. d KVG).

Bst. i

Die Pflicht zur Aufnahme jeder im örtlichen Tätigkeitsbereich versicherungspflichtigen Person gehört zu den wesentlichen Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung.

rung und wird daher aus Artikel 4 Absatz 1 KVG übernommen. Gleichzeitig wird auch die Verpflichtung der Krankenkassen aus Artikel 68 Absatz 1 KVG übernommen, beitragsberechtigte Personen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich aufzunehmen, welche die freiwillige Taggeldversicherung abschliessen wollen.

Bst. j

Nebst den in den Buchstaben a–i aufgezählten wesentlichen Voraussetzungen müssen die Krankenkassen generell alle Anforderungen, die dieses Gesetz und das KVG stellen, erfüllen.

Art. 5 Übertragung von Aufgaben

Die Übertragung von Aufgaben durch Krankenkassen (Outsourcing) ist alltäglich geworden. Gerade in grossen Konzernen werden eigens dafür Dienstleistungsgesellschaften gegründet, die hauptsächlich administrative Tätigkeiten für die anderen Gesellschaften erledigen. Artikel 5 lässt die Übertragung von Aufgaben bis auf die erwähnten Ausnahmen grundsätzlich zu. Er soll aber sicherstellen, dass die Entscheidungs- und Verantwortungsträger der direkten Aufsicht der Aufsichtsbehörde sowie deren Weisungsbefugnis unterstehen.

Abs. 1

Absatz 1 hält fest, dass die Krankenkassen ihre Aufgaben grundsätzlich auslagern dürfen. Es gilt aber der Vorbehalt von Absatz 2. Zudem werden hier die Institutionen, die diese Aufgaben übernehmen dürfen, aufgeführt; es sind dies ein anderes Unternehmen innerhalb derselben Versicherungsgruppe, ein Verband der Krankenkassen oder Dritte. Bei der Übertragung von Aufgaben an einen Verband ist insbesondere an die Aufgaben zu denken, die aktuell durch den Verband *santésuisse* wahrgenommen werden, wie die Führung eines Zahlstellenregisters oder die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

Abs. 2

Absatz 2 führt die Aufgaben auf, die, in Abweichung von Absatz 1, nicht ausgelagert werden dürfen. So sind zentrale Führungsaufgaben, zu denen insbesondere die Oberleitung und die Kontrolle durch den Verwaltungsrat sowie der Erlass von Verfügungen gehören, durch die Krankenkasse beziehungsweise deren Organe selber vorzunehmen.

Abs. 3

Die Aufsichtsbefugnis über eine Krankenkasse darf nicht dadurch beschränkt oder behindert werden, dass Tätigkeiten auf Dritte ausgelagert werden, die der Aufsicht nicht unterstehen. Die Krankenkasse muss dafür sorgen, dass die Aufsichtsbehörde alle zur Ausübung ihrer Tätigkeit erforderlichen Informationen und Unterlagen erhält.

Art. 6 Bewilligungsgesuch

Dieser Artikel führt die Unterlagen auf, die eine Krankenkasse zusammen mit dem Gesuch um Erteilung der Durchführungsbewilligung einzureichen hat. Die Unterlagen entsprechen denjenigen von Artikel 12 Absatz 2 KVV. Zudem wurden einige Vorgaben, die auch für die soziale Krankenversicherung wichtig erscheinen, aus dem VAG übernommen (vgl. Art. 4 VAG).

Abs. 1

Das Gesuch und die erforderlichen Unterlagen sind wie bisher bei der Aufsichtsbehörde einzureichen. Diese prüft die Unterlagen und erteilt die Bewilligung, sofern keine Beanstandungen vorliegen.

Abs. 2

Dieser Absatz führt die einzelnen Unterlagen auf, die der einzureichende Geschäftsplan enthalten muss, damit die Bewilligungserteilung an eine neue Krankenkasse fundiert geprüft werden kann.

Amtliche Dokumente wie Gründungsurkunde und Handelsregisterauszug (Bst. a) müssen beglaubigt sein.

Die umfassenden Angaben zur organisatorischen, personellen und finanziellen Ausgestaltung (Bst. b–h) verschaffen der Aufsichtsbehörde ein wesentliches Gesamtbild über die neue Krankenkasse und machen es möglich, allfällige Mängel, sei dies in finanzieller oder personeller Hinsicht, frühzeitig zu erkennen und zu beheben.

Die Rückversicherung ist aufgrund des risikobasierten Reservesystems grundsätzlich nicht mehr obligatorisch, auch wenn weiterhin Anreize zum Abschluss einer Rückversicherung bestehen. Die Rückversicherungspläne und -verträge sind daher nur von Krankenkassen einzureichen, die über eine Rückversicherung verfügen oder die Rückversicherung betreiben (vgl. Art. 29). Der Rückversicherungsplan nach Buchstabe i hat insbesondere den Namen des Rückversicherers sowie den entsprechenden Vertrag zu enthalten.

Bei Buchstabe l in Bezug auf das Outsourcing ist zu beachten, dass die wichtigen Aufgaben, die ausgelagert werden sollen, nicht die Oberleitung, die Aufsicht, die durch den Verwaltungsrat vorgenommene Kontrolle oder zentrale Führungsaufgaben betreffen dürfen; diese sind nach Artikel 5 Absatz 2 durch die Krankenkasse selber auszuüben.

Abs. 3

Falls für die Beurteilung des Gesuchs weitere Informationen nötig sind, kann die Aufsichtsbehörde weitere Unterlagen als die in Absatz 2 genannten verlangen. Es sollen aber nicht zusätzliche Bewilligungsvoraussetzungen eingeführt werden; diese sind abschliessend in Artikel 4 geregelt.

Art. 7 Änderungen des Geschäftsplans

Die im Geschäftsplan enthalten Elemente sind für die Aufsicht über die Krankenkassen wesentlich. Daher müssen Änderungen des Geschäftsplans der Aufsichtsbehörde in jedem Fall vorgängig gemeldet werden, einige sind sogar genehmigungspflichtig. Wie im VAG (Art. 5) wird hier zwischen einer Melde- und einer Genehmigungspflicht unterschieden, wobei der Aufsichtsbehörde auch bei einer Änderung eines nur meldepflichtigen Elements eine Art Vetorecht zusteht, indem sie bei einer gemeldeten Änderung innert acht Wochen eingreifen kann. Besonders zu denken ist hier beispielsweise an Änderungen, die die Rechte der Versicherten nicht genügend berücksichtigen, oder an Situationen, in denen sich die Kasse selbst in finanzielle Schwierigkeiten bringt oder gar das System gefährdet.

Zu beachten ist insbesondere, dass zum Schutz der Rechte der Versicherten neu auch Änderungen der Versicherungsbedingungen oder der Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen (Art. 6 Abs. 2 Bst. n) der Genehmigungspflicht unterstehen.

Art. 8 Änderung der rechtlichen Struktur, Vermögenübertragung und Versichertenbestandesübertragung

Beabsichtigt eine Krankenkasse eine Änderung ihrer rechtlichen Struktur durch eine Fusion oder Spaltung oder eine Übertragung ihres Vermögens auf eine andere Krankenkasse, so hat sie die Aufsichtsbehörde darüber zu informieren (Abs. 1). Im Fall einer kompletten oder teilweisen Versichertenbestandesübertragung ist eine Bewilligung der Aufsichtsbehörde erforderlich (Abs. 3). Diese Voraussetzung dient dem Schutz der Versicherten. Insbesondere müssen die Versicherten über ihre Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Übertragung informiert werden, und es muss die nahtlose Weiterversicherung der betroffenen Versicherten garantiert werden. Mit der Bewilligungspflicht kann die Aufsichtsbehörde prüfen, ob die Krankenkasse diese notwendigen Schritte zum Schutz der Versicherten wahrnimmt und allenfalls darauf aufmerksam machen.

Fusionen sowie Spaltungen benötigen zwar keine Bewilligung der Aufsichtsbehörde, da hier die Interessen der Versicherten weniger gefährdet sind, weil die betroffene Krankenkasse grundsätzlich weiter existiert, wenn auch in einer anderen Struktur. Die Aufsichtsbehörde hat dennoch ein Mitspracherecht, indem sie die Fusion oder Spaltung bei Vorliegen der in Absatz 2 aufgeführten Gründe untersagen oder an Bedingungen knüpfen kann. Die Aufsichtsbehörde muss ihre Bedenken innert acht Wochen nach der Mitteilung durch die Krankenkasse darlegen.

Art. 9 Beteiligungen

Die Bestimmung zur Aufsicht über Beteiligungen wurde aus dem VAG übernommen (Art. 21 VAG), da Beteiligungen auch auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung nicht mehr wegzudenken sind. Sie entspricht den Vorschriften der Europäischen Union über Beteiligungen von und an Versicherungsunternehmen. Die Bestimmung zielt darauf ab, qualifizierte Beteiligungen von oder an Krankenkassen sowie deren Veränderungen transparent zu machen. Meldepflichtig sind sowohl juristische als auch natürliche Personen, wenn diese qualifizierte Anteile erwerben. Beteiligungen haben nicht nur einen wesentlichen Einfluss auf die betroffenen Unternehmen, sie können das ganze Krankenversicherungssystem beeinflussen. Die Aufsichtsbehörde muss daher die Möglichkeit haben, nachteilige Beteiligungen zu untersagen oder an entsprechende Vorgaben zu knüpfen (Abs. 3).

Art. 10 Weitere Bestimmungen

Änderungen der rechtlichen Struktur einer Krankenkasse haben nach dem Fusionsgesetz vom 3. Oktober 2003 (FusG; SR 221.301) zu erfolgen. Zudem kann bei einem Erwerb von Beteiligungen nicht nur die Zustimmung der Aufsichtsbehörde erforderlich sein, sondern beispielsweise auch diejenige der Wettbewerbskommission (WEKO). Nach Artikel 10 des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 (KG; SR 251) unterliegen meldepflichtige Zusammenschlüsse der Prüfung durch die WEKO, sofern sich in einer vorläufigen Prüfung Anhaltspunkte ergeben, dass sie

eine marktbeherrschende Stellung begründen oder verstärken. In diesem Fall kann der Zusammenschluss untersagt werden.

Art. 11 Finanzierungsverfahren

Der Finanzierungsgrundsatz erhält im Gesetz einen eigenen Artikel, wodurch die Transparenz erhöht wird. Die soziale Krankenversicherung wird nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanziert. Der Bedarf umfasst sämtliche Ausgaben im Zusammenhang mit der Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Dazu gehören insbesondere die medizinischen Leistungen, die Verwaltungskosten, die Abgaben in den Risikoausgleich und 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. Aufwand und Ertrag eines Jahres sind über einen Versichertenbestand ausgeglichen zu halten. In der sozialen Krankenversicherung müssen die Prämien so festgesetzt werden, dass damit die für die gleiche Periode geschuldeten Leistungen gedeckt werden können. Massgebend bei den medizinischen Leistungen ist dabei der Zeitpunkt der Behandlung und nicht jener der Rechnung. Ob der Grundsatz der Bedarfsdeckung eingehalten wurde, wird aufgrund der Jahresrechnung festgestellt. Aus den Einnahmen sind aber auch Rückstellungen und Reserven zu bilden.

Das Bedarfsdeckungsverfahren gilt auch für die sozialen Rückversicherer und für die freiwillige Taggeldversicherung (vgl. Art. 75 Abs. 1 KVG). Massgeblicher Zeitpunkt für die im Rahmen der freiwilligen Taggeldversicherung erbrachten Leistungen des Versicherers ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten. Diese Regel steht neu in Artikel 72 Absatz 1^{bis} KVG.

Im KVG (Art. 60 Abs. 1) wird vom Ausgabenumlageverfahren gesprochen. In dieser Gesetzesvorlage wird nun der actuariell richtige Begriff eingeführt. Am aktuellen Finanzierungsverfahren ändert sich dadurch nichts.

Art. 12 Versicherungstechnische Rückstellungen

Die gesetzliche Grundlage für die Rückstellungen der Krankenkassen befindet sich bisher in Artikel 60 Absatz 1 KVG. Allerdings wird dort statt von «Rückstellungen» von «Reserven für bereits eingetretene Krankheiten» gesprochen. Erst auf Verordnungsstufe (Art. 83 KVV) findet man heute den treffenderen Begriff «Rückstellungen». Mit dem neuen Gesetz wird der Begriff «Rückstellungen» auf Gesetzesstufe eingeführt und ein eigener Artikel zu den Rückstellungen geschaffen. Die versicherungstechnischen Rückstellungen bestehen aus den Rückstellungen für noch nicht erledigte Versicherungsfälle in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherungen sowie den Alterungsrückstellungen für die Taggelder, falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden. Die Alterungsrückstellungen sind so zu dotieren, dass die langfristige Umverteilung des Alterungsrisikos sichergestellt ist. Sofern in der freiwilligen Taggeldversicherung eine Umverteilung des Alterungsrisikos beabsichtigt wird, ist dieses unter Berücksichtigung der Dynamik in den Versichertenbeständen und des Tarifprofils technisch zu bewerten.

Es müssen angemessene Rückstellungen gebildet werden. Das heisst, dass die Rückstellungen nach bester Schätzung («best estimate») bestellt werden müssen und weder zu hoch noch zu tief sein dürfen.

Art. 13 Reserven

Die gesetzliche Grundlage für die Reserven befindet sich bisher in Artikel 60 Absatz 1 KVG, der vorschreibt, dass die Versicherer «zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichende Reserven» zu bilden haben. Neu wird für die Vorschriften betreffend Reserven ein separater Gesetzesartikel geschaffen. Die risikobasierte Berechnung der Mindestreserven ist bereits in der Änderung der KVV vom 22. Juni 2011 enthalten, die am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist (AS 2011 3449). Mit dem vorliegenden Entwurf wird dieses neue Verfahren auf Gesetzesstufe verankert. Ziel der risikobasierten Reserveberechnung ist es, die Transparenz und die Sicherheit zu erhöhen. Mit der Berechnung der risikobasierten Reserven alleine für den Teil der sozialen Krankenversicherung müssen alle Aktiven und Passiven entweder der sozialen Krankenversicherung oder einem anderen Versicherungszweig zugeordnet werden.

Die derzeit geltenden Vorschriften, wonach die Reserven einen bestimmten, von der Anzahl Versicherter abhängigen Prozentsatz der Prämien erreichen müssen, sind unzureichend und werden der Komplexität des Versicherungsgeschäfts nicht gerecht. Die drei nach Versichertenbestand differenzierten Prozentsätze von derzeit 10, 15 und 20 Prozent tragen lediglich dem Umstand Rechnung, dass das versicherungsmathematische Risiko grösser ist, wenn die Anzahl Versicherter gering ist. Andere Faktoren, wie die verschiedenen Risiken im Zusammenhang mit Kapitalanlagen oder der Zahlungsunfähigkeit einer Gegenpartei, bleiben unberücksichtigt. Schwankungen des Versichertenbestandes können ebenfalls zwingend eine Erhöhung der Reserven erfordern, falls der Versicherer dadurch in eine tiefere Kategorie gemäss Verordnung fällt.

Abs. 1

Diese Bestimmung orientiert sich im weitesten Sinn an Artikel 60 Absatz 1 KVG. Die heute ebenfalls unter Artikel 60 Absatz 1 KVG geregelten Rückstellungen und der Finanzierungsgrundsatz werden neu in separaten Artikeln geregelt. Die Versicherer haben aus ihren Einnahmen Reserven zu bilden. Den Reserven stehen keine eigentlichen Verpflichtungen gegenüber. Sie sollen die längerfristige Zahlungsfähigkeit des Versicherers garantieren, indem sie die Risiken abdecken, die eine Krankenkasse dadurch eingeht, dass sie das Geschäft betreibt, und die Interessen der Versicherten und der Leistungserbringer wahren.

Abs. 2

Der Bundesrat ist zuständig für die Festlegung des Mindestreservesatzes. Diese Bestimmungen sind abgestimmt auf den per 1. Januar 2012 revidierten Artikel 78–78c KVV, mit denen die risikobasierte Reserveberechnung eingeführt wurde. Im zweiten Satz werden die Risiken, welche die Versicherer zur Ermittlung ihres Reservebedarfs berücksichtigen müssen, mit den offenen Rechtsbegriffen Versicherungs-, Markt- und Kreditrisiken umschrieben. Die Versicherungsrisiken betreffen das eigentliche Versicherungsgeschäft: Einzelfälle von aussergewöhnlich hohen Leistungen, Risiko eines aussergewöhnlichen Ereignisses (z.B. eine Pandemie), Risiko einer Fehleinschätzung der Abgaben und Beiträge des Risikoausgleichs. Die

Marktrisiken beziehen sich auf das Vermögen des Versicherers, dessen Wert in Abhängigkeit von der Marktentwicklung steigen oder fallen kann. Daher muss jede Kurs- oder Zinsänderung berücksichtigt werden. Das Kreditrisiko wiederum ergibt sich aus dem Risiko der Zahlungsunfähigkeit einer vertraglichen Gegenpartei.

Art. 14 Gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung

Neu ist für die Krankenkassen ein gebundenes Vermögen vorgesehen. Weil das «gebundene Vermögen» ein Fachbegriff aus dem VAG ist und entsprechend auch für die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung verwendet wird, wird hier – zur besseren Abgrenzung – ausschliesslich der Begriff «gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung» verwendet. Das gebundene Vermögen der sozialen Krankenversicherung dient dem Zweck, die Ansprüche der Versicherten sicherzustellen. Die folgenden Vorschriften wurden aus dem VAG übernommen und lediglich leicht an die Gegebenheiten im Bereich der Krankenkassen angepasst.

Abs. 1

Die Regelung wurde Artikel 17 Absatz 1 VAG entnommen und leicht modifiziert. Das KVG enthält keine Bestimmung zur Sicherstellung der Ansprüche der Versicherten durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung. Bis anhin gibt es zu diesem Zweck lediglich den von der gemeinsamen Einrichtung verwalteten Insolvenzfonds, der die Kosten für die gesetzlichen Leistungen übernimmt (Art. 18 Abs. 2 KVG).

Die Einführung des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung für die Krankenkassen und die Rückversicherer soll die Sicherheit der Krankenkassen beziehungsweise der Rückversicherer und damit den Schutz der Versicherten erhöhen.

Die Krankenkassen müssen der Aufsichtsbehörde jährlich nachweisen, dass sie über ausreichend gebundenes Vermögen verfügen. Sie stellen ihr zu diesem Zweck die notwendigen Unterlagen zur Verfügung. Diese Pflicht geht über die in Artikel 34 Absatz 1 vorgesehene Auskunftspflicht hinaus. Nach Artikel 14 Absatz 1 haben die Krankenkassen die Unterlagen bei der Aufsichtsbehörde einzureichen, ohne dass eine entsprechende Aufforderung ergehen muss. Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass der Verfügbarkeitsnachweis für das gebundene Vermögen häufiger erbracht wird.

Abs. 2

Die Berechnungsweise für den Sollbetrag basiert auf der Bestimmung in Artikel 18 VAG. Das gebundene Vermögen muss die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle decken. Der in Artikel 18 VAG vorgesehene Zuschlag zu den versicherungstechnischen Rückstellungen, der die im Verlauf des Jahres erfolgende Zunahme von Ansprüchen aus Versicherungsverträgen decken soll, wird jedoch nicht ins Gesetz übernommen. Dieser Zuschlag soll im VAG eine zusätzliche Sicherheit schaffen und vor unvorhergesehenen Ereignissen schützen. Bei den Krankenkassen wird dies über die Reserven abgedeckt.

Abs. 3

Die Werte des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung dienen der Sicherstellung beziehungsweise der Befriedigung der Ansprüche aus Versicherungs- und Rückversicherungsverträgen. Für die Werte, die dem gebundenen Vermögen zugeordnet werden, muss ein separates Depot eingerichtet werden. Damit werden die Aktiven, die die Rückstellungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung decken, ausgeschieden. Dies führt dazu, dass die Vermögenswerte in diesem Bereich eindeutig der sozialen Krankenversicherung zugeordnet werden müssen. Wenn eine Krankenkasse beispielsweise den gesetzlichen Bestimmungen nicht nachkommt, hat die Aufsichtsbehörde zudem die Möglichkeit, das gebundene Vermögen, zum Schutz der versicherten Personen, zu verwerten (vgl. Art. 37 Abs. 2 Bst. e).

Art. 15 Genehmigung der Prämientarife

Die Grundsätze zur Prämienfestlegung und die Rabattierungsvorschriften werden im KVG und in der KVV belassen und finden keinen Eingang in dieses Gesetz. Dasselbe gilt für die relevanten Bestimmungen betreffend Prämienverbilligung, Prämien und Prämienverbilligung für in der EU wohnhafte Versicherte (Art. 61 Abs. 4, 61a und 65–66a KVG und die dazugehörigen Verordnungsbestimmungen). Um die Transparenz zu erhöhen, wird ein eigener Artikel zur Prämiengenehmigung im Gesetz eingeführt. Die Prämienenehmigung wird in Artikel 61 Absatz 5 KVG dem Bundesrat übertragen. Der Bundesrat hat diese Kompetenz der Aufsichtsbehörde übertragen. Aus diesem Grunde genehmigt die Aufsichtsbehörde die Prämien im Rahmen der Aufsicht (vgl. Art. 92 KVV). Gesetz und Verordnung sind im heutigen Recht nicht aufeinander abgestimmt. Dies soll mittels Schaffung einer klaren Delegationsnorm geändert werden. Wie im geltenden Recht bildet der vorliegende Artikel die gesetzliche Grundlage für sämtliche Verordnungsbestimmungen zum Prämienenehmigungsverfahren.

Abs. 1

Die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung dürfen erst nach erfolgter Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde angewendet und veröffentlicht werden. Die Prämientarife der Krankenkassen haben vor der Genehmigung keine Gültigkeit. Die Genehmigung der Prämien durch die Aufsichtsbehörde hat konstitutive Wirkung. Um die Verbreitung von Fehlinformationen über die künftigen Prämien der sozialen Krankenversicherung zu verhindern, dürfen die Prämientarife nicht vor der Genehmigung veröffentlicht werden. Diese Massnahme verhindert irreführende Meldungen, die in der Bevölkerung unnötig Verunsicherung und Verwirrung stiften. Die Versicherten sollen nicht in Versuchung kommen, ihre obligatorische Krankenversicherung vorzeitig zu kündigen, weil ihnen eine andere Krankenkasse vorteilhaftere Prämien in Aussicht stellt. Damit soll verhindert werden, dass Versicherte gestützt auf inoffizielle Angaben überstürzt eine obligatorische Krankenversicherung bei einer Kasse abschliessen, deren Prämien sich im Nachhinein als teurer erweisen als angekündigt.

Abs. 2

Absatz 2 beschreibt die Grundsätze, nach denen die Prämien geprüft werden. Die Prämien müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen einhalten und die Solvenz der Krankenkassen gewährleisten. Sie dürfen zudem nicht missbräuchlich sein. Unter missbräuchlichen Prämien versteht man einerseits Prämien, welche die zu

erwartenden Kosten des gleichen Jahres nicht decken und andererseits Prämien, die so angesetzt sind, dass sie zu übermässiger Reservebildung beitragen. Mittels konsequent kostendeckenden Prämien erübrigt sich die Quersubventionierung mittels Geldern aus anderen Versicherungszweigen oder der Holding. Übermässige Reservebildung ist aus folgenden Gründen störend: Erstens ist die soziale Krankenversicherung im Bedarfsdeckungsverfahren finanziert, zweitens handelt es sich bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um eine obligatorische Sozialversicherung.

Abs. 3

Die Nichtgenehmigung des Prämientarifs durch die Aufsichtsbehörde ist heute nicht explizit im KVG und seinen Ausführungsbestimmungen geregelt. Es ist lediglich festgehalten, dass die Prämientarife der Genehmigung bedürfen und dass nicht genehmigte Prämientarife nicht angewandt werden dürfen. Mit der neuen Bestimmung werden die Bedingungen festgehalten, unter denen die Aufsichtsbehörde die Prämientarife nicht genehmigt.

Bst. a

Der Aufsichtsbehörde wird neu ermöglicht, Prämientarife nicht zu genehmigen, falls die von den Krankenkassen eingegebenen Prämien nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechen.

Bst. b

Hier wird das Erfordernis der kostendeckenden Prämien im Besonderen angesprochen, weil dies einer der wesentlichen Grundsätze des Prämien genehmigungsverfahrens darstellt. Der Anwendungsbereich bezieht sich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung und auf die freiwillige Einzeltaggeldversicherung.

Bst. c

Nach Artikel 61 Absatz 2 KVG kann ein Versicherer die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonale und regional abstufen. Um ein Gleichgewicht zwischen Prämien und Kosten zu erhalten, dürfen – nebst dem Erfordernis der kostendeckenden Prämien – die Prämien nicht unangemessen über den Kosten liegen. Zu beachten ist, dass diese Begrenzung nach oben nur gilt, sofern sich die Reserven der betreffenden Krankenkasse im gesetzlich erforderlichen Mass befinden, nicht jedoch, falls ein Aufbau der Reserven notwendig ist. In diesem Fall dürfen oder müssen die Prämien sogar über den jeweiligen Kosten liegen.

Bst. d

Wenn die Prämien zu hoch sind oder über den Kosten liegen, führt dies zur Anhäufung von Reserven. Infolge des hier geltenden Bedarfsdeckungsverfahrens, das bestimmt, dass die laufenden Ausgaben grundsätzlich durch die laufenden Einnahmen zu decken sind (vgl. Art. 11 und Art. 12), ist die Anhäufung von übermässigen Reserven nicht im Sinn und Zweck der sozialen Krankenversicherung.

Abs. 4

Da die Prämien jeweils nur für ein Jahr festgelegt und genehmigt werden, kann bei einer Nichtgenehmigung der Prämie eingabe nicht einfach abgeleitet werden, dass weiterhin die Vorjahresprämie anzuwenden ist. Die Aufsichtsbehörde muss daher in

ihrer Nichtgenehmigungsverfügung festlegen, was für das kommende Jahr gelten soll. Zu denken ist hier insbesondere an eine Vorgabe betreffend die Reserven.

Abs. 5

Dieser Absatz lehnt in seinen Grundzügen an den bisherigen Artikel 61 Absatz 5 KVG an. Neu sollen die Kantone jedoch nicht mehr zu den vorgesehenen Prämientarife selber, sondern nur noch zu einem wesentlichen und die Kantone hauptsächlich betreffenden Element der Prämienfestlegung – den geschätzten Kosten – Stellung nehmen können. Die Stellungnahme hat gegenüber der Aufsichtsbehörde und den Krankenkassen, welche die Kosten schätzen, zu erfolgen. Die zur Beurteilung notwendigen Unterlagen können die Kantone in Anlehnung an Artikel 21a KVG bei den Krankenkassen selber einholen. Sie dürfen diese Informationen aber nicht vor der Genehmigung der Prämientarife veröffentlichen oder weiterleiten. Auch nach der Prämien genehmigung ist das Geschäftsgeheimnis der Krankenkassen zu wahren.

Art. 16 Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen

In Artikel 15 ist die präventive Prämien genehmigung beschrieben. Diese basiert auf Schätzungen der Versicherer insbesondere zur Kostenentwicklung wie auch zum Verhalten der Versicherten (Wechsel in andere Modelle oder zu einem anderen Versicherer). Da die effektiven Zahlen immer mehr oder weniger von den Schätzungen abweichen, kann sich a posteriori herausstellen, dass die Prämien zu tief oder zu hoch waren. Zu tiefe Prämien müssen mittels Reserven aufgefangen werden. Falls sich die Prämien aber a posteriori als übermässig hoch herausstellen, so verfügt die Aufsichtsbehörde eine Rückerstattung von Prämie geldern, jedoch nur, falls gewisse Bedingungen erfüllt sind.

Abs. 1

In Absatz 1 werden die Grundzüge des Korrekturmechanismus beschrieben: Sobald die tatsächlichen Werte des abgeschlossenen Geschäftsjahres vorliegen, prüft die Aufsichtsbehörde, ob die Prämieinnahmen die Kosten einer Krankenkasse in einem Kanton stark überschritten haben. In diesem Fall verfügt die Aufsichtsbehörde eine Rückerstattung der zu hohen Prämieinnahmen. Die Krankenkasse wird zu einer Rückzahlung verpflichtet. Eine solche Rückerstattung ist allerdings nur dann vorgesehen, wenn die wirtschaftliche Situation der Krankenkasse eine Rückerstattung zulässt. Massgebliches Kriterium ist die Solvenz der Krankenkasse. Um den administrativen Aufwand für diese Rückerstattung in einem vernünftigen Verhältnis zur Korrektur der Prämie zu halten, kommt dieser Mechanismus nur zur Anwendung, wenn die Rückerstattung einen Mindestbetrag übersteigt. Dieser Mindestbetrag ist gekoppelt an die genauere Definition davon, was unangemessen hohe Prämien sind.

Abs. 2

Für die Beurteilung der Angemessenheit stützt sich die Aufsichtsbehörde auf eine Kennzahl, die das Verhältnis zwischen Kosten (inklusive Bildung und Auflösung von Rückstellungen) und Prämien (inklusive Zahlungen für den Risikoausgleich und Veränderungen der Rückstellungen für den Risikoausgleich) zeigt. Zudem wird die Grösse des Versichertenbestandes berücksichtigt.

Art. 17 Modalitäten der Rückerstattung

Die Rückerstattung erfolgt in Form einer Prämienrückzahlung durch die Krankenkasse. Der vorliegende Artikel präzisiert den Begünstigtenkreis für die Rückerstattung. Von der Rückerstattung profitiert jede Person, die am 31. Dezember des Jahres, dessen Prämien korrigiert werden, bei der entsprechenden Krankenkasse für das entsprechende Risiko, namentlich für die obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder die freiwillige Einzeltaggeldversicherung, versichert war.. Die Auszahlung erfolgt zu gleichen Teilen, das heisst alle Versicherten profitieren unabhängig von Alter, Versicherungsdauer, Prämienhöhe, Modellwahl oder weiteren derartigen Kriterien von einer gleich hohen Rückerstattung.

Art. 18 Verwaltungskosten

Absatz 1 entspricht grösstenteils Artikel 22 Absatz 1 KVG. Bestimmungen zu Verwaltungskosten sollen weiterhin gesetzlich verankert werden, da die Verwaltungskosten in einer Sozialversicherung nicht übermässig auszufallen haben. Nur die wirklich nötigen Versichertengelder dürfen für das tägliche Geschäft einer Krankenversicherung verwendet werden. Versicherte sollten nicht unnötige Werbekosten, Lohnkosten und Weiteres mit den obligatorischen Prämien bezahlen müssen.

Abs. 1

Die Verwaltungskosten müssen auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränkt werden. Angesichts der Versicherungspflicht können die Versicherten berechtigterweise eine möglichst wirtschaftliche Geschäftsführung erwarten. Zudem beeinflussen die Verwaltungskosten auch die Prämien, von deren Höhe wiederum die öffentlichen Beiträge zugunsten der Versicherten abhängen. Aus diesen Gründen verpflichtet das Gesetz die Krankenkassen, die Verwaltungskosten auf das für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung notwendige Mass zu beschränken.

Abs. 2

Die Auslagen für Vermittlertätigkeit sowie für die Werbung, welche die Versicherer betreiben, um neue Versicherte zu akquirieren, werden in den Verwaltungskosten der Versicherer verbucht. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass die Personen, die diese Akquisition betreiben, zu stets aggressiveren Methoden greifen. Aus diesem Grund wird der Bundesrat in Artikel 18 Absatz 2 ermächtigt, auf diesem Gebiet Vorschriften zu erlassen. Ziel ist es, die Versicherten vor der Risikoselektion der durch die Versicherer beauftragten Vermittler zu schützen, aber auch Einsparungen auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung zu erzielen. Daher erhält der Bundesrat die Kompetenz, insbesondere die Gebühren für Vermittlertätigkeit zu limitieren. Zudem kann er Vorschriften betreffend die Werbekosten erlassen.

Art. 19 Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit

Im geltenden KVG gibt es keine Möglichkeit der Kontrolle von beruflicher Eignung und moralischer Unbescholtenheit der obersten Leitungsorgane der Krankenkassen. Angesichts der Forderung nach einer stärkeren Professionalisierung und der Berücksichtigung von wirtschaftsethischen Grundsätzen im Krankenkassenbereich erscheint es notwendig, künftig eine besondere Bestimmung zu den Anforderungen vorzusehen, welche die Entscheidungs- und Verantwortungsträger einer Kranken-

kasse erfüllen müssen. Die Aufsichtsbehörde hat dabei nicht nur die Kompetenz zur Festlegung der erforderlichen beruflichen Fähigkeiten von Einzelpersonen zu beachten. Es ist auch nötig, dass gestützt auf diese Bestimmung Anforderungen an die Qualifikation der betreffenden Organe gestellt werden. Beispielsweise sollte die Mehrheit des Verwaltungsrates, des Stiftungsrates beziehungsweise des Vorstandes über ein ausgewiesenes Versicherungsfachwissen verfügen.

Dieser Artikel lehnt sich generell an Artikel 14 VAG an. Absatz 3 ist Artikel 13 der Aufsichtsverordnung vom 9. November 2005 (SR 961.011) nachgebaut, und Absatz 4 orientiert sich an Artikel 53a des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1982 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG, SR 831.40), wenn auch in stark abgeänderter Form. Diese Bestimmung bildet die formellgesetzliche Grundlage für sämtliche Verordnungsbestimmungen zur Corporate Governance.

Abs. 1

Nach Absatz 1 benötigt die Führung einer Sozialversicherung spezifisches Know-how und persönliche wie fachliche Qualifikationen, damit eine einwandfreie Geschäftstätigkeit gewährleistet ist. Neu werden diese Anforderungen gesetzlich verankert.

Abs. 2

Dem Bundesrat wird die Befugnis erteilt, die nötigen beruflichen Fähigkeiten der Personen, die mit der obersten Leitung einer Krankenkasse beauftragt sind, festzulegen. Dies beinhaltet auch das Festlegen von Anpassungsfristen zur Erfüllung dieser beruflichen Anforderungen.

Abs. 3

Doppelmandate, das heisst, dass eine Person gleichzeitig dem Verwaltungsrat, dem Stiftungsrat oder dem Vorstand und der Geschäftsleitung vorsitzt, werden verboten. Doppelmandate gelten heute gemäss breit akzeptierten Corporate-Governance-Grundsätze nicht mehr als ideale Führungsmethoden, denn sie benötigen zusätzliche Kontrollmechanismen und verstossen gegen das Prinzip des Gleichgewichts zwischen der strategischen und operativen Führungsebene (Checks and Balance).

Abs. 4

Gerade in der sozialen Krankenversicherung gilt es, Interessenkonflikte zu vermeiden, da es sich um eine Sozialversicherung handelt. Aus diesem Grund wird der Bundesrat in Absatz 4 befugt, zusätzliche Bestimmungen zur Offenlegung von Interessenbindungen und zur Vermeidung von Interessenkonflikten zu erlassen.

Art. 20 Offenlegung des Entschädigungssystem und der Entschädigungen

Abs. 1

Die Verstärkung der Transparenz verlangt, dass einige Informationen der Öffentlichkeit bekannt gegeben werden. So müssen die Krankenkassen die Gestaltungsmerkmale und die Funktionsweise des Entschädigungssystems der Mitglieder der leitenden Organe verständlich erklären.

Abs. 2

Die Offenlegung der Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates, des Stiftungsrates oder des Vorstands und an die Mitglieder der Geschäftsleitung einer Krankenkasse und der Entschädigungsformen ist ein akzeptierter Grundsatz der Corporate Governance. Informationen zu den Löhnen der obersten Entscheidungsgremien werden bereits von vielen Krankenkassen freiwillig im Geschäftsbericht der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Zur Herstellung der Transparenz muss zum einen der Gesamtbetrag der Entschädigungen angegeben werden. Anhand dieser Angaben kann festgestellt werden, wie viel die Geschäftsführung der Krankenkasse während des Geschäftsjahres gekostet hat. Zur Verhinderung von Missbräuchen sieht das Gesetz zum anderen die Offenlegung der Entschädigung für die einzelnen Mitglieder des Verwaltungsrates, des Stiftungsrates oder des Vorstandes vor. Da diese Organe in der Regel die Entschädigungen ihrer eigenen Mitglieder selber festsetzen, ist es gerechtfertigt, die Angabe pro Mitglied vorzuschreiben. Die Geschäftsleitung setzt hingegen die Entschädigungen ihrer Mitglieder nicht selber fest. Aus Transparenzgründen verpflichtet das Gesetz dennoch die Offenlegung der Entschädigung desjenigen Mitglieds der Geschäftsleitung, dem der höchste Betrag ausgerichtet wird. Gegen die Veröffentlichung der individuellen Entschädigungen kann der Persönlichkeitsschutz nicht geltend gemacht werden, denn nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) gehören die Einkommens- und Vermögensverhältnisse nicht zu den besonders schützenswerten Personendaten. Die Offenlegung der Entschädigungen wurde auch politisch bereits gefordert (vgl. Postulat Teuscher 08.3318 und Motion Giezendanner 10.3799).

Abs. 3

Das Gesetz sieht vor, dass die Krankenkassen im Geschäftsbericht erklären, warum die Entschädigungen im Vergleich zum Vorjahr allenfalls gesunken oder angestiegen sind. Die Veränderungen können sich aus der Teuerung oder aus einer Änderung des Entschädigungssystems ergeben.

Abs. 4

Die in Absatz 4 enthaltene Liste ist nicht abschliessend. Sachleistungen und Entschädigungen, die früheren Mitgliedern der leitenden Organe ausgerichtet wurden, müssen zum Beispiel ebenfalls berücksichtigt werden, sofern sie im Zusammenhang mit der früheren Tätigkeit innerhalb eines Organs der Krankenkasse stehen.

Art. 21 Risikomanagement

Abs. 1

Analog zur Botschaft vom 9. Mai 2003 zum VAG (BBl 2003 3789) gilt auch für dieses Gesetz, dass die speziellen Organisationsanforderungen, welche die Aufsicht an Krankenkassen stellt, nicht abstrakt definiert werden. Verlangt wird vielmehr eine Organisation, die ein alle wesentlichen Risiken des Unternehmens erfassendes Risikomanagement erlaubt. Im Fokus stehen primär die qualitativen Kriterien. Unter Risikomanagement wird die Erfassung, Beurteilung und Berücksichtigung der Risiken verstanden. Dies bedeutet, dass eine Krankenkasse auch in der Lage sein muss, die finanziellen Risiken gegebenenfalls zu limitieren. Die Quantifizierung der Risiken erfolgt im Rahmen der risikobasierten Reserveberechnung.

Das Risikomanagement im definierten Sinn beinhaltet die Methoden und Prozesse, die der Identifikation, der Beurteilung, der Überwachung und der Berichterstattung von Risiken dienen.

Abs. 2

Der Bundesrat erhält die Kompetenz, Vorschriften betreffend Ziele, Inhalte und erforderliche Dokumentation des Risikomanagements im Sinn von Absatz 1 sowie zur Überwachung der Risiken durch die Krankenkassen zu erlassen.

Art. 22 Interne Kontrolle

Dieser Artikel entspricht im Wesentlichen Artikel 27 VAG. Das Interne Kontrollsystem (IKS) umfasst die unternehmensintern angeordneten Vorgänge, Methoden und Massnahmen, die dazu dienen, eine angemessene Sicherheit bezüglich der Risiken der Geschäftsführung zu gewährleisten. Dabei ist insbesondere an die Wirksamkeit von Geschäftsprozessen, die Zuverlässigkeit der finanziellen Berichterstattung und die Befolgung von Gesetz und Vorschriften zu denken. In Ergänzung dazu müssen die Krankenkassen über eine von der Geschäftsführung unabhängige interne Revisionsstelle verfügen. Der Bericht, der von der internen Revisionsstelle erstellt wird, ist der externen Revisionsstelle einzureichen. Damit soll sichergestellt werden, dass die externe Revisionsstelle von den Erkenntnissen der internen Revision profitieren kann (Abs. 2).

Art. 23 Berichterstattung

Die Krankenkassen werden wie bisher angehalten, jeweils per Ende Jahr einen Geschäftsbericht gemäss den geltenden Bestimmungen zu erstellen, um über ihre Tätigkeit Rechenschaft abzulegen. Der Geschäftsbericht war bisher in Artikel 60 Absatz 5 KVG und in Artikel 85 KVV geregelt. Der vorliegende Artikel lehnt sich im Aufbau an Artikel 25 VAG an. Die Terminologie zur Berichterstattung der Krankenkassen wird an die Terminologie der am 23. Dezember 2011 von den eidgenössischen Räten beschlossenen Revision des OR (BBl 2012 63) angepasst werden müssen.

Abs. 1

Der Geschäftsbericht setzt sich gemäss den neu geltenden Anforderungen von Swiss GAAP FER 41 aus Bilanz, Erfolgsrechnung, Geldflussrechnung, Eigenkapitalnachweis und Anhang zusammen.

Die Pflicht zur Erstellung einer Konzernrechnung ergibt sich für Konzerne mit Sitz in der Schweiz aus Artikel 963 des revidierten OR. Dieser Bericht der Konzernzentrale muss der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.

Abs. 2

Die Krankenkassen haben der Aufsichtsbehörde jährlich bis zum 30. April einen Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr einzureichen. Die Bestätigung über die Genehmigung der Rechnung kann bis zum 30. Juni nachgereicht werden. Was die Fristen in Zusammenhang mit der Einreichung des Geschäftsberichts betrifft, so wird die bisherige Praxis fortgeführt.

Abs. 3

Entwicklungen innerhalb eines Jahres können die finanzielle Lage einer Krankenkasse stark beeinflussen. Absatz 3 gibt der Aufsichtsbehörde neu die Möglichkeit, die Entwicklung einer Krankenkasse unter dem Jahr genauer zu verfolgen, zum Beispiel durch unterjährige Berichterstattung. Dies ermöglicht es der Aufsichtsbehörde, finanziell schlechter gestellte Krankenkassen enger zu beaufsichtigen und bei Fehlentwicklungen früher einzugreifen. Dadurch können allfällige Insolvenzen verhindert werden.

Abs. 4

Die Aufsicht über die Krankenkassen verlangt eine Kontrolle der Geschäftsberichte. Diese sollen der Vergleichbarkeit, der Transparenz und der Kontinuität wegen anhand allgemein geltender Rechnungslegungsvorschriften und auf einheitlichen Formularen erstellt werden.

Artikel 60 KVG überträgt die Kompetenz zur Festlegung von Vorschriften im bisherigen Recht dem Bundesrat. Im Gegensatz zum geltenden Recht soll der Bundesrat diese Kompetenz auch direkt auf die Aufsichtsbehörde übertragen können. Sie erhält durch die doppelte Delegation die Möglichkeit, die geltenden Rechnungslegungsvorschriften selber festzulegen und als verbindlich zu erklären. Nach Artikel 82 KVV ist es bisher die Aufgabe der Krankenkassen, gemeinsam einen einheitlichen Kontenplan und einheitliche Regeln für die Rechnungsführung zu erarbeiten und diese der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung einreichen. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass diese Regelung nicht praktikabel ist und der benötigte Kontenplan nicht in angemessener Zeit an die aktuellen Entwicklungen in der Branche angepasst werden kann. In der Verordnung zu diesem Gesetz sollen Bestimmungen betreffend Kontenplan und Kontierungsrichtlinien festgelegt und konkretisiert werden.

Die Aufsichtsbehörde hat weiterhin die Kompetenz, Anforderungen an die Berichterstattung zuhanden der Aufsichtsbehörde zu stellen. Insbesondere kann die Aufsichtsbehörde Weisungen dazu erlassen, in welcher Form und in welchem Detaillierungsgrad die Jahresrechnung einzureichen ist. Sie kann damit noch mehr Transparenz in die soziale Krankenversicherung bringen und dadurch insbesondere auch die Zuteilungen einzelner Werte zur sozialen Krankenversicherung beziehungsweise zur Zusatzversicherung ersichtlich machen.

Art. 24 Externe Revisionsstelle

Abs. 1

Das KVG enthält keine Regeln zur Rolle und zu den Aufgaben der externen Revisionsstelle. Von nun an sind die Krankenkassen und die Rückversicherer nach Artikel 2 beziehungsweise Artikel 28 verpflichtet, eine zugelassene externe Revisionsstelle zu bezeichnen, die eine ordentliche Revision gemäss Artikel 727 ff. OR vornehmen muss. Damit lässt sich erhöhte Transparenz bei der Führung der Krankenkassen, eine vermehrte Beachtung der Verhaltensregeln sowie eine bessere Nachverfolgung der Geschäfte erreichen.

Abs. 2 und 3

Artikel 24 Absatz 2 übernimmt den derzeitigen Artikel 86 Absatz 3 Buchstabe a KVV. Da sich die Krankenkassen der ordentlichen Revision nach dem RAG unterziehen müssen, verweist dieser Absatz auf dieses Gesetz. Das RAG regelt insbeson-

dere die Anforderungen an Ausbildung und Fachpraxis der Revisionsexpertinnen und Revisionsexperten (natürliche Personen) sowie die Voraussetzungen, die Revisionsunternehmen erfüllen müssen, um zugelassen zu werden.

Art. 25 Aufgaben der externen Revisionsstelle

In dieser Bestimmung sind die Aufgaben der externen Revisionsstelle genauer festgelegt, insbesondere in Bezug auf die Jahresrechnung. Nach Absatz 2 kann die Aufsichtsbehörde die externe Revisionsstelle mit der Durchführung von besonderen Prüfungen beauftragen; die Kosten dieser Prüfungen tragen die betreffenden Krankenkassen. Dabei handelt es sich um punktuelle Aufträge. Denn die Aufsichtsbehörde muss in bestimmten Situationen, zum Beispiel wenn sie über Informationen verfügt, die bestätigt oder widerlegt werden müssen, die Möglichkeit haben, den externen Revisionsstellen besondere Aufträge zu erteilen. Absatz 3 verpflichtet die externen Revisionsstellen, einen Bericht über ihre Untersuchung und ihre allfälligen Feststellungen zu erstellen.

Die Frist für die Einreichung des Berichts der Revisionsstelle wird auf den 30. April angesetzt. Damit soll einerseits die Finanzaufsicht über die Krankenkassen verbessert und andererseits die Revisionsqualität sichergestellt werden. Diese Frist deckt sich zudem mit jener im VAG. Die Anforderungen, die derzeit in Artikel 87 KVV festgelegt sind, werden somit sinngemäss in das Gesetz übernommen.

Art. 26 Meldepflicht der externen Revisionsstelle

Die Informationen, über die die externe Revisionsstelle verfügt, sind nicht nur im Bereich der eigentlichen Aufsicht, sondern auch im Hinblick auf einen wirksamen Schutz der Versicherten von grosser Bedeutung. Neben Straftaten (z.B. Betrug, ungetreue Geschäftsführung, Urkundenfälschung), schwerwiegenden Unregelmässigkeiten (z.B. falsche Anwendung der Prämien- oder der Leistungstarife), Verstössen gegen die Grundsätze einer einwandfreien Geschäftstätigkeit (z.B. Verhalten, das nicht der Lauterkeitserklärung im Rahmen der Corporate Governance entspricht) sowie Sachverhalten, die die Solvenz der Krankenkasse gefährden können, muss die externe Revisionsstelle deshalb der Aufsichtsbehörde auch jene Sachverhalte unverzüglich melden, die geeignet sind, die Interessen der Versicherten zu beeinträchtigen (z.B. das Einfordern eines Prämienbetrags, der höher ist, als ihn die Aufsichtsbehörde genehmigt hat). Eine Überprüfung durch die externe Revisionsstelle kann sich auch auf die Verletzung von Datenschutzvorschriften oder eine unzureichende Beachtung des Datenschutzes durch den Versicherer beziehen.

Art. 27 Bewilligung

Auch wer die Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung anbieten will, muss über eine Bewilligung der Aufsichtsbehörde verfügen. Die Bewilligung ermächtigt nur zur Durchführung der Rückversicherung von Risiken nach dem KVG.

Die Aufsichtsbehörde veröffentlicht eine Liste der zugelassenen Rückversicherer.

Art. 28 Bewilligungsvoraussetzungen

Abs. 1

Die juristischen Personen, die Versicherungsrisiken der Krankenkassen rückversichern dürfen, werden im Gesetz abschliessend genannt. Krankenkassen nach Artikel 2 mit einem vom Bundesrat festgelegten Mindestbestand an Versicherten können wie bisher um eine Bewilligung nachsuchen. Weiter können auch private Versicherer, die nach VAG zur Rückversicherung zugelassen sind, ebenfalls eine Bewilligung beantragen. Diese Rückversicherer bedürfen nebst der Bewilligung zum VVG-Rückversicherungsgeschäft auch über eine Bewilligung zum Betreiben der sozialen Rückversicherung. Sie werden als private Rückversicherer bezeichnet und unterstehen institutionell der FINMA.

Abs. 2

Wie die Krankenkassen haben auch die Rückversicherer gewisse Voraussetzungen zu erfüllen, damit die Aufsichtsbehörde ihnen die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung erteilt. Es handelt sich dabei um Anforderungen an die Rechtsform, den Sitz, die Organisation, die finanzielle Ausstattung und die Prüfgesellschaft.

Art. 29 Bewilligungsgesuch

Eine Gesellschaft, welche die Versicherungsrisiken der sozialen Krankenversicherung rückversichern will, hat der Aufsichtsbehörde ein Gesuch zu stellen und den Geschäftsplan beizulegen. Der Geschäftsplan gibt über Organisation, Geschäftsführung, finanzielle Situation, Kontrolle der zu versichernden Risiken und Retrozessionen verbindlich Auskunft.

Absatz 2 führt die Elemente auf, die alle Rückversicherer in ihren Geschäftsplänen angeben müssen. Absatz 3 führt die Elemente auf, die nur die privaten Rückversicherer in ihren Geschäftsplänen angeben müssen. Die Krankenkassen müssen diese Angaben und Unterlagen nicht liefern, weil sie bereits in ihrem Geschäftsplan, den sie ihrem Gesuch um Bewilligung der Durchführung der sozialen Krankenversicherung beigelegt haben, enthalten sind.

Art. 30 Änderung des Geschäftsplans

In Anlehnung an Artikel 7 Absatz 2 für die Krankenkassen und an Artikel 5 Absatz 2 VAG sind Änderungen, welche die Elemente des Geschäftsplans betreffen, der Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Sie braucht diese nicht zu genehmigen, da bei Änderungen des Geschäftsplans von Krankenkassen, welche die Rückversicherung durchführen, die Regeln nach Artikel 7 und bei den anderen Rückversicherern diejenigen des VAG gelten.

Art. 31 Mindestanteil der Krankenkassen an den Versicherungsrisiken

Der Bundesrat legt, analog zur geltenden Regelung in der KVV, den Mindestanteil der Versicherungsrisiken fest, den die Krankenkassen selber übernehmen müssen. Damit soll verhindert werden, dass eine Krankenkasse einem Rückversicherer ihr ganzes Versicherungsrisiko weitergibt und sich so den Anforderungen dieses Gesetzes entziehen kann. Heute dürfen die Rückversicherungsprämien 50 Prozent der

gesamten von den Versicherten geschuldeten Prämien nicht übersteigen (Art. 18 Abs. 1 KVV).

Art. 32 Rückversicherungsverträge

Abs. 1

Die Prämien der Rückversicherungsverträge müssen den übernommenen Risiken entsprechen. Sie bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, damit diese sicherstellen kann, dass die Rückversicherer keine unangemessenen Gewinne zulasten der sozialen Krankenversicherung erzielen.

Die Rückversicherungsverträge sind Bestandteil des Geschäftsplans der Krankenkassen. Diesbezügliche Änderungen des Geschäftsplans sind genehmigungspflichtig. Damit unterstehen auch die Rückversicherungsverträge einer Genehmigungspflicht durch die Aufsichtsbehörde. Indem diese nicht nur die Prämien, sondern die ganzen Verträge genehmigt, kann sie sicherstellen, dass die Krankenkassen keine unangemessenen Verpflichtungen zulasten der sozialen Krankenversicherung eingehen und die Rückversicherer nur eine angemessene Abgeltung für die Übernahme der Risiken erhalten.

Abs. 2

Die Rückversicherer haben der Aufsichtsbehörde jährlich Planerfolgsrechnungen für das Rückversicherungsgeschäft der sozialen Krankenversicherung einzureichen. Diese sollen das laufende und das kommende Jahr betreffen. Zudem haben die Rückversicherer der Aufsichtsbehörde jedes Jahr eine Abrechnung über jeden Rückversicherungsvertrag abzuliefern. Damit soll die Aufsichtsbehörde über die notwendigen Informationen bezüglich Ergebnis der Vergangenheit und Einschätzung der Zukunft verfügen, um die Prämien und die Verträge zu genehmigen.

Art. 33 Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde

Die Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde betreffen zwei Bereiche: einerseits den Schutz der Versicherten und andererseits die Solvenz der Krankenkassen. Auch mit diesem Kapitel des Gesetzes soll der Schutz der Versicherten gewährleistet werden, da die finanzielle Lage eines Versicherers die Situation seiner Versicherten beeinflusst.

Abs. 1

Die Aufzählung der in Absatz 1 genannten Aufgaben ist nicht abschliessend. Die Überprüfung der einwandfreien Geschäftstätigkeit der Krankenkassen bedeutet, dass die beaufsichtigten Rechtsträger der Aufsichtsbehörde alle Auskünfte erteilen und alle Unterlagen abgeben müssen, die diese benötigt. Die Aufsichtsbehörde muss somit auf Verlangen insbesondere einen Strafregisterauszug der Mitglieder des Verwaltungsrats und der Geschäftsleitung erhalten, damit sie überprüfen kann, ob diese Personen die vom Bundesrat festgelegten Kriterien erfüllen. Weigert sich eine Krankenkasse, die erforderlichen Informationen oder Unterlagen abzugeben oder hegt die Aufsichtsbehörde aus anderen objektiven Gründen den Verdacht, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit nicht erfüllt sind, so kann sie als sichernde Massnahme die Abberufung der betreffenden Person verlangen (Art. 37 Abs. 2 Bst. f).

Der Schutz der Versicherten gegen Missbräuche (Abs. 1 Bst. e) ist auf Verhaltensweisen ausgerichtet, die zwar keinen Verstoß gegen die gesetzlichen Bestimmungen darstellen, aber einer unlauteren Haltung der Krankenkassen entsprechen. Dies betrifft insbesondere jene Bereiche, in denen die Versicherer über einen gewissen Spielraum verfügen. Ein einzelner Fall darf allerdings noch nicht als missbräuchliches Verhalten des Versicherers gewertet werden. Die Aufsichtsbehörde darf erst dann auf einen Missbrauch schliessen, wenn sie feststellt, dass sich eine Situation wiederholt.

Abs. 2

Die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Durchführungsbewilligung erteilt werden kann, müssen selbstverständlich auch nach der Erteilung weiterhin erfüllt bleiben. Stellt die Aufsichtsbehörde Abweichungen vom gesetzmässigen Zustand fest, kann sie dessen Wiederherstellung verlangen und dazu, falls notwendig, auch gegen den Willen des Versicherers, entsprechende Massnahmen anordnen.

Abs. 3

Absatz 3 übernimmt den derzeitigen Artikel 21 Absatz 3 KVG. Da der Zweck des Gesetzes darin besteht, die Aufsicht über die Krankenversicherung zu stärken, werden die bestehenden Instrumente, die sich bewährt haben, selbstverständlich beibehalten. So kann die Aufsichtsbehörde den beaufsichtigten Unternehmen Weisungen erteilen. Sie kann auch Inspektionen durchführen, ohne dies den beaufsichtigten Unternehmen im Voraus mitzuteilen. Die Pflicht der beaufsichtigten Rechtsträger, der Aufsichtsbehörde alle notwendigen Informationen abzugeben, ist an sich in der Auskunftspflicht nach Artikel 34 enthalten. Angesichts ihrer Bedeutung wird sie jedoch hier in Absatz 3 nochmals betont. Behindert ein beaufsichtigtes Unternehmen eine Kontrolle, indem es zum Beispiel die Abgabe der Informationen verweigert, droht ihnen die in Artikel 56 Absatz 1 Buchstabe f vorgesehene Strafe.

Abs. 4

Gestützt auf Absatz 4 kann die Aufsichtsbehörde Dritte beiziehen, um die Einhaltung des Aufsichtsrechts zu überprüfen. Dabei handelt es sich um Fachleute mit spezifischen Kenntnissen, die der Aufsichtsbehörde abgehen. Artikel 25 Absatz 2 ermöglicht der Aufsichtsbehörde bereits, der Revisionsstelle besondere Aufträge zu erteilen. Absatz 4 dehnt diese Möglichkeit auf weitere Dritte aus: private Anwaltskanzleien, Audit-Unternehmen. Die Kosten für den Beizug Dritter können der kontrollierten Einheit in Rechnung gestellt werden. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn sich herausstellen sollte, dass letztere gesetzwidrige Handlungen oder Unregelmässigkeiten begangen hat.

Abs. 5

Absatz 5 übernimmt Artikel 21 Absatz 2 KVG und verpflichtet die Aufsichtsbehörde und die FINMA, ihre Tätigkeiten zu koordinieren. Diese Koordinationspflicht geht über die Amtshilfe und den Informationsaustausch hinaus, die in Artikel 35 vorgesehen sind, da sie von der Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz und der FINMA ein aktives Verhalten verlangt – unter Vorbehalt von Artikel 40 des Finanzmarktaufsichtsgesetzes vom 22. Juni 2007 (FINMAG, SR 956.1) –, während die FINMA im Rahmen von Artikel 35 Absatz 2 dem Ersuchen der Aufsichtsbehörde entspricht. Es werden sich Situationen ergeben, in denen die FINMA die Initiative für die Koordination ergreifen muss, zum Beispiel weil sie vor der Auf-

sichtsbehörde Kenntnis von einem Fall erhält, der in die Zuständigkeit beider Behörden fällt. Zudem informieren sich die beiden Aufsichtsbehörden, wenn sie von Vorkommnissen Kenntnis erhalten, die für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung sind.

Art. 34 Auskunfts- und Meldepflicht

Diese Bestimmung orientiert sich weitgehend an Artikel 21 Absätze 3 und 4 KVG und regelt den Informationsfluss von den beaufsichtigten Unternehmen zur Aufsichtsbehörde. Sie ergänzt Artikel 23, in dem die Berichterstattung der Krankenkassen geregelt ist.

Die Folgen der Nichteinhaltung der Auskunftspflicht sind in Artikel 56 geregelt.

Abs. 1

Die Auskunftspflicht ist der eigentliche Dreh- und Angelpunkt einer Aufsichtstätigkeit. Die beaufsichtigten Unternehmen sind verpflichtet, der prüfenden Aufsichtsbehörde, der von ihr beauftragten Person (vgl. Art. 38) oder der externen Revisionsstelle die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung notwendig sind. Da bereits Artikel 23 regelt, dass die Krankenkassen den Geschäftsbericht innert Frist bei der zuständigen Aufsichtsbehörde einreichen müssen, handelt es sich bei den «erforderlichen Auskünften» insbesondere um ergänzende Informationen zugunsten der Aufsichtsbehörde (z.B. zusätzliche Informationen zu den Jahresrechnungen).

Abs. 2

Die Bestimmung beinhaltet die Pflicht der beaufsichtigten Unternehmen, gegenüber der Aufsichtsbehörde alle Angaben zu machen, die im Rahmen der Versicherungstätigkeit anfallen. Es geht dabei nicht um Angaben im Rahmen der Überwachung der Tätigkeit der Aufsichtsbehörde im Sinn des Auftrags wie in Absatz 1. Absatz 2 verpflichtet die beaufsichtigten Unternehmen vielmehr dazu, der Aufsichtsbehörde die notwendigen Daten zukommen zu lassen, um die Umsetzung der Vorgaben des KVG und dieses Gesetzes zu gewährleisten. Die Krankenkassen müssen der Aufsichtsbehörde jährlich automatisch und unaufgefordert die notwendigen Informationen zustellen. Die Aufsichtsbehörde ihrerseits ist befugt, mehrmals jährlich Angaben einzufordern.

Abs. 3

Das FINMAG sieht vor, dass die Beaufsichtigten der FINMA unverzüglich Vorkommnisse melden müssen, die für die Aufsicht von wesentlicher Bedeutung sind (Art. 29 Abs. 2 FINMAG). Diese Bestimmung wird auch in dieses Gesetz übernommen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, der Aufsichtsbehörde unverzüglich Vorkommnisse zu melden, die für die Aufsicht von wesentlicher Bedeutung sind. Von wesentlicher Bedeutung sind insbesondere Ereignisse, die den weiteren Bestand der Krankenkasse oder des sozialen Rückversicherers gefährden können. Es ist dabei an Kapitalverluste (an der Börse oder durch Missmanagement), kriminelle Akte (Veruntreuung, Betrug) oder organisatorische Umgestaltungen (Ernennung oder Abberufung der Geschäftsführerin oder des Geschäftsführers, Rücktritte oder Wahl von Verwaltungsrätinnen und -räten usw.) zu denken. Im Zweifelsfall gilt eine Informationspflicht der Geschäftsleitung gegenüber der Aufsichtsbehörde. Dies

ermöglicht eine rechtzeitige Einleitung von allfälligen erforderlichen Massnahmen durch die Aufsichtsbehörde.

Art. 35 Informationsaustausch und Amtshilfe

Diese Bestimmung umfasst sowohl den Informationsaustausch unter den Aufsichtsbehörden, insbesondere den Datenaustausch, als auch das Geschäftsgeheimnis und die Amtshilfe. Damit sind die zum Thema Informationsschutz wesentlichen Bestimmungen zentral in einer Norm zusammengefasst.

Die Bestimmung zum Datenaustausch steht in engem Zusammenhang mit der Amtshilfe, welche die angefragten Stellen zur Mitwirkung verpflichtet und sie dazu anhält, die notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Abs. 1

Personen, die an der Durchführung sowie Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze beteiligt sind, haben gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren (Art. 33 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1). Da das ATSG grundsätzlich auf die Krankenversicherung anwendbar ist (Art. 1 KVG), unterstehen auch die Aufsichtsbehörden dieser Schweigepflicht.

Der vorliegende Artikel gibt der im Bereich der sozialen Krankenversicherung zuständigen Aufsichtsbehörde eine gesetzliche Grundlage, um in Abweichung von Artikel 33 ATSG anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden und den Kantonen Informationen zu übermitteln.

Die FINMA verfügt mit Artikel 80 VAG bereits über eine gesetzliche Grundlage, welche die Basis für einen Informationsaustausch im Sinn einer Weitergabe von Daten an andere schweizerische Aufsichtsbehörden bildet.

Aufgrund der aktuellen Marktgegebenheiten hat sich gezeigt, dass insbesondere ein Austausch zwischen der für die soziale Krankenversicherung zuständigen Aufsichtsbehörde und der FINMA als für die Zusatzversicherungen zuständige Aufsichtsbehörde zwingend notwendig ist, um finanzielle Situationen der Versicherten frühzeitig beurteilen zu können.

Abs. 2

Die praktische Erfahrung hat gezeigt, dass die Aufsichtsbehörde die Möglichkeiten der Amtshilfe optimieren muss, um ihre Aufsichtstätigkeit im Bereich der sozialen Krankenversicherung zeitlich und qualitativ in befriedigendem Mass zu bewältigen. Der Informationsaustausch hat flüssig, sachbezogen und möglichst umfassend zu erfolgen.

Die Pflicht zur Amtshilfe besteht grundsätzlich und ungeachtet einer allfälligen Geheimhaltungspflicht für sämtliche Behörden und Amtsstellen des Bundes und der Kantone gegenüber der Aufsichtsbehörde unter Vorbehalt spezialgesetzlicher Bestimmungen. Dies gilt namentlich auch in Bezug auf Akten von Zivil-, Straf- und Verwaltungsverfahren, sofern sie für die Ausübung der Arbeit der Aufsichtsbehörde sachlich notwendig sind. Es genügt, dass die verlangten Auskünfte für die richtige Anwendung des Gesetzes im Hinblick auf eine bestimmte Situation oder einen bestimmten Geschäftsvorfall notwendig sind. Es ist nicht Sache der um Amtshilfe ersuchten Behörde oder Amtsstelle, darüber zu entscheiden, welche Tatsachen für

die Erfüllung der Aufsichtstätigkeit im Bereiche der sozialen Krankenversicherung von Bedeutung sein können. Über die Notwendigkeit, Zweckmässigkeit und den sachlichen Umfang der Amtshilfe entscheidet alleine die ersuchende Aufsichtsbehörde. Artikel 35 Absatz 2 geht über Artikel 32 ATSG hinaus, der die Amts- und Verwaltungshilfe auf die Bekanntgabe von Daten im Zusammenhang mit vier genau umschriebenen Zielsetzungen beschränkt. Der Aufsichtsbehörde dürfen für die Inanspruchnahme der Amtshilfe keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

Art. 36 Veröffentlichung der Entscheide

Die Bestimmung dient in erster Linie der Transparenz. Sie wurde Artikel 21 Absatz 5^{bis} KVG entnommen und als Verweisnorm sprachlich an das vorliegende Gesetz angepasst.

Inhaltlich erfüllt die Norm zwei Zwecke: Sie dient einerseits der Allgemeinheit als informatives Element, indem dem öffentlichen Interesse am Funktionieren des sozialen Krankenversicherungssystems Rechnung getragen wird, wenn strafrechtliche Sanktionen gegen Krankenkassen ergriffen werden mussten.

Andererseits dient die Norm auch als präventives Instrument, um die Krankenkassen zu einem ordnungsgemässen Verhalten zu animieren, das heisst einem Verhalten, das keine Strafmassnahmen erforderlich macht.

Die Massnahmen dürfen erst publiziert werden, wenn die strafrechtlichen Sanktionen mit keinem Rechtsmittel mehr angefochten werden können. Die Massnahme darf auch dann durch die Aufsichtsbehörde publiziert werden, wenn die Krankenkasse die strafrechtlichen Sanktionen ausdrücklich akzeptiert hat. Die Publikationen gewährleisten Transparenz im Handeln der Aufsichtsbehörde: Aufsichtsmassnahmen zeigen Aussenwirkung.

Art. 37 Sichernde Massnahmen

Nach Artikel 21 KVG kann die Aufsichtsbehörde den Versicherern Weisungen erteilen und von ihnen alle erforderlichen Auskünfte und Belege verlangen sowie Inspektionen durchführen. Missachtet ein Versicherer die gesetzlichen Vorschriften, kann die Aufsichtsbehörde für die Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes sorgen, den Versicherer verwarnen oder büssen oder dem EDI den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragen. Das VAG sieht demgegenüber eine Reihe von sichernden Massnahmen vor, um die Interessen der Versicherten zu wahren (Art. 51–54 VAG). Diese Massnahmen werden weitgehend in dieses Gesetz übernommen und teilweise ergänzt. Indem die Aufsichtsbehörde verschiedene Massnahmen gegenüber einzelnen Krankenkassen ergreifen kann, wird die Aufsicht und damit der Schutz der Versicherten gestärkt.

Diese Bestimmung bildet die Grundlage für die Zuständigkeit der Aufsichtsbehörde, sichernde Massnahmen zu treffen. Diese können sich auch an Dritte richten, zum Beispiel an Banken, bei denen das gebundene Vermögen hinterlegt ist.

Abs. 1

Dieser Absatz entspricht weitgehend Artikel 51 Absatz 1 VAG. Er umschreibt die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Aufsichtsbehörde sichernde Massnahmen ergreifen kann. Vorausgesetzt wird, dass eine Krankenkasse Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG oder eine Anordnung der Aufsichtsbehörde

missachtet oder dass die Interessen der Versicherten anderweitig gefährdet erscheinen. Dieser Gefährdungstatbestand erlaubt der Aufsichtsbehörde, bereits früh sichernde Massnahmen zu ergreifen.

Abs. 2

Dieser Absatz enthält eine nicht abgeschlossene Liste von Interventionsmöglichkeiten:

Die Massnahmen nach den Buchstaben a, b, c, e und f entsprechen weitgehend Artikel 51 Absatz 2 Buchstaben a, b, c, e und f VAG. So kann die Aufsichtsbehörde Personen, die keine Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten oder die von der Krankenkasse gewählte Revisionsstelle ersetzen.

Artikel 51 Absatz 2 Buchstabe d VAG erlaubt der FINMA, den Versicherungsbestand und das zugehörige gebundene Vermögen auf ein anderes Versicherungsunternehmen mit dessen Zustimmung zu übertragen. Das vorliegende Gesetz führt die Übertragung eines Versichertenbestandes in Buchstabe d an und regelt diese im Einzelnen in Artikel 39.

Neu kann die Aufsichtsbehörde auch Prämien erhöhungen ohne Prämie eingabe der Krankenkasse anordnen (Bst. g). Mit dieser sichernden Massnahme kann sie die Krankenkasse verpflichten, ab einem bestimmten Zeitpunkt während des Jahres höhere Prämien zu erheben, um ihre finanzielle Situation zu verbessern.

Weiter kann die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse verpflichten, einen Finanzierungs- oder Sanierungsplan umzusetzen (Bst. h).

Ferner kann die Aufsichtsbehörde eine Fachperson ernennen, der sie besondere Aufträge und Befugnisse nach Artikel 38 erteilt (Bst. i).

Das Parlament hat mit der Änderung vom 18. März 2011 (Sicherung der Einlagen, AS 2011 3919) des Bankengesetzes vom 8. November 1934 (SR 952.0) Artikel 51 Absatz 2 VAG mit zwei zusätzlichen sichernden Massnahmen ergänzt. Diese Massnahmen sind am 1. September 2011 in Kraft getreten und werden in dieses Gesetz übernommen:

Die erste Massnahme erlaubt der Aufsichtsbehörde, Vermögenswerte der Krankenkasse dem gebundenen Vermögen zuzuordnen (Bst. j). Die Aufsichtsbehörde schafft mit ihrer Verfügung ein dinglich wirkendes Vorrecht an diesen Vermögenswerten.

Die zweite Massnahme erlaubt der Aufsichtsbehörde, bei Vorliegen einer Insolvenzgefahr die Nachlassstundung anzuordnen (Bst. k). Während der Nachlassstundung kann gegen die Schuldnerin oder den Schuldner grundsätzlich keine Betreibung eingeleitet werden (vgl. Art. 297 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs, SchKG; SR 281.1). Diese Massnahme kann sich namentlich dann aufdrängen, wenn die Aufsichtsbehörde den Konkurs hinausschiebt, indem sie dessen Eröffnung nicht zustimmt.

Als weitere Massnahme kann die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse verpflichten, einen Rückversicherungsvertrag abzuschliessen, damit sie ihre Risiken teilweise auf einen Rückversicherer überträgt (Bst. l).

Abs. 3

Absatz 3 erlaubt der Aufsichtsbehörde, gewisse Massnahmen zu treffen, wenn die Krankenkasse die gesetzlichen Vorgaben zwar weiterhin erfüllt, ihre finanzielle Situation aber gefährdet ist. Zudem wird vorausgesetzt, dass die statutarischen

Organe keine ausreichenden Massnahmen ergreifen, um die finanzielle Situation zu verbessern. Als Massnahmen kann die Aufsichtsbehörde Prämienerrhöhungen oder die Umsetzung eines Finanzierungs- oder Sanierungsplans anordnen (Abs. 2 Bst. g und h).

Solche Massnahmen können zum Beispiel im folgenden Fall angebracht sein: Die Krankenkassen reichen ihre Prämientarife jeweils Ende Juli für das folgende Jahr bei der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung ein. Dazu stellen sie auf die Hochrechnung des laufenden Jahres und auf das Budget des kommenden Jahres ab. Für dieses Budget müssen sie Annahmen treffen, insbesondere über die Anzahl Personen, die sie versichern werden und die Leistungen, die diese Personen beziehen. Diese Annahmen sind schwierig zu treffen, da die Versicherten ihre Krankenkasse in der Regel auf das Ende des Kalenderjahres wechseln können. Deshalb kann sich ein Budget bereits Anfang Jahr als unzutreffend erweisen. In diesem Fall kann die finanzielle Lage einer Krankenkasse gefährdet sein, auch wenn diese die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere betreffend Reserven und Rückstellungen, am Ende des vergangenen Jahres noch erfüllt hat.

Mit diesen Massnahmen soll sichergestellt werden, dass die gesetzlichen Vorgaben in den kommenden zwei Jahren erfüllt bleiben.

Art. 38 Von der Aufsichtsbehörde beauftragte Person

Die in Artikel 37 Absatz 2 Buchstabe i vorgesehene beauftragte Person der Aufsichtsbehörde wird in diesem Artikel näher geregelt.

Abs. 1

Mit diesem Absatz wird klargestellt, dass die fachkundigen Dritten unabhängig sein müssen, das heisst, dass sie ihren Auftrag unparteilich ausführen müssen und keine vorgefassten Meinungen zugunsten oder zuungunsten einer Partei haben dürfen. Die fachkundigen Dritten werden von der Aufsichtsbehörde beauftragt und handeln nach deren Weisungen. Absatz 1 betrifft die Umsetzung einer aufsichtsrechtlichen Massnahme durch eine fachkundige, mit der Wiederherstellung des rechtmässigen Zustandes beauftragte Drittperson.

Abs. 2

Dieser Absatz betrifft die Ausführung der Aufgaben durch die beauftragte Person. Im geltenden Recht ist es die Aufsichtsbehörde selbst, die befugt ist, auf Kosten des Versicherers für die Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes zu sorgen (Art. 21 Abs. 5 KVG). Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass diese Möglichkeit bloss theoretisch besteht, da die Aufsichtsbehörde meist weder über die Kenntnisse noch über die Mittel verfügt, um anstelle der säumigen Krankenkasse zu handeln. Der Entwurf schafft diesbezüglich Abhilfe und ermöglicht der Aufsichtsbehörde, eine Drittperson zu beauftragen, anstelle der Organe des beaufsichtigten Unternehmens zu handeln (Ersatzvornahme).

Abs. 3

Bei der Erfüllung ihrer Aufgabe muss die fachkundige Drittperson die gleichen Rechte haben wie die Aufsichtsbehörde, namentlich Zugang zu allen erforderlichen Auskünften und allen notwendigen Unterlagen. Zudem müssen die Krankenkassen der beauftragten Person wesentliche Vorkommnisse unverzüglich melden (Art. 34).

Abs. 4

Die Kosten, die durch den Einsatz von fachkundigen Dritten entstehen, werden dem beaufsichtigten Unternehmen in Rechnung gestellt. Auf Verlangen der Aufsichtsbehörde hat das Unternehmen einen Kostenvorschuss zu leisten. Sofern die Umstände dies rechtfertigen, können die Kosten ausnahmsweise erlassen werden. In diesem Fall übernimmt die Aufsichtsbehörde die Kosten. Dieser Fall kann eintreten, wenn die Begleichung dieser Kosten zum Konkurs der Krankenkasse oder des Rückversicherers führen würde oder wenn die Aufsichtsbehörde einer Krankenkasse oder einem Rückversicherer keine ausreichende Frist für die Wiederherstellung eines rechtmässigen Zustandes einräumt, bevor eine Drittperson damit beauftragt wird.

Art. 39 Verfahren bei der Übertragung des Versichertenbestandes

Die in Artikel 37 Absatz 2 Buchstabe d vorgesehene zwangsweise Übertragung eines Versichertenbestandes wird in diesem Artikel näher geregelt.

Abs. 1

Die Aufsichtsbehörde kann den Versichertenbestand einer Krankenkasse, die sich in finanziellen Schwierigkeiten befindet, auf eine andere Krankenkasse übertragen. Wenn die leitenden Organe der gefährdeten Krankenkasse eine Übertragung des Versichertenbestandes ablehnen oder hinauszögern, muss die Aufsichtsbehörde andere Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen kontaktieren können. Dabei muss sie Informationen über die gefährdete Krankenkasse bekannt geben. Dazu wird sie von ihrer Schweigepflicht nach Artikel 33 ATSG entbunden.

Abs. 2

Die FINMA kann den Versicherungsbestand und das zugehörige gebundene Vermögen auf ein anderes Versicherungsunternehmen mit dessen Zustimmung übertragen (Art. 51 Abs. 2 Bst. d VAG). In Anlehnung an diese Bestimmung kann die Aufsichtsbehörde einen Versichertenbestand einer Krankenkasse auf eine andere Krankenkasse übertragen. Dabei kann sie, zusätzlich zu der im VAG vorgesehenen Übertragung des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung, auch die Reserven übertragen. Dabei kann sie auch die damit zusammenhängenden Rechte und Pflichten übertragen. Das heisst, dass die übernehmende Krankenkasse auch früher geschuldete Prämien erheben kann und verpflichtet ist, die Kosten für früher erbrachte Leistungen zu übernehmen. Ist die übernommene Krankenkasse überschuldet, bevorzugt die Übertragung ihrer Reserven die Versicherten gegenüber den übrigen Gläubigerinnen und Gläubigern. Die Aufsichtsbehörde verfügt die Bedingungen der Übertragung. Dabei kann sie von der Zustimmung der Krankenkasse, die übernommen wird, absehen.

Art. 40 Konkurseröffnung

Das KVG kennt keine Besonderheiten für die Konkurseröffnung und das Konkursverfahren. Somit richten sich diese nach dem SchKG.

Das Bankengesetz sieht für Banken und Sparkassen ein eigenständiges, vom SchKG losgelöstes und von der Aufsichtsbehörde beherrschtes Konkursverfahren vor. Das Parlament hat mit der Änderung vom 18. März 2011 des Bankengesetzes (Sicherung der Einlagen, AS 2011 3919) beschlossen, dieses Konkursverfahren – durch eine entsprechende Änderung des VAG – auch auf die Privatversicherer anzuwenden.

Abs. 1

Durch die Eröffnung des Konkurses über eine Krankenkasse werden ihre Versicherten stark betroffen. Deshalb setzt die Konkurseröffnung die vorangehende Zustimmung der Aufsichtsbehörde voraus. Wenn diese eine Sanierung oder die Übertragung des Versichertenbestandes nicht mehr für möglich hält, stimmt sie der Konkurseröffnung zu.

Abs. 2

Diese Bestimmung erlaubt der Aufsichtsbehörde, selber die Konkurseröffnung beim Konkursgericht zu beantragen, wenn sie die Krankenkasse erfolglos dazu angehalten hat.

Art. 41 Darlehen zur Überbrückung von Liquiditätsgapen

Seit Einführung des KVG im Jahr 1996 wurden drei Krankenkassen insolvent. Der Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung übernahm an ihrer Stelle die Kosten für die gesetzlichen Leistungen. Das System der sozialen Krankenversicherung hat sich somit bewährt.

Deshalb führt die gemeinsame Einrichtung weiterhin einen Insolvenzfonds, der die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von insolventen Krankenkassen übernimmt (Art. 49). Dieser Fonds wird insbesondere durch Beiträge der Krankenkassen finanziert (Art. 50 Bst. a). Die gemeinsame Einrichtung setzt die Höhe des Fonds fest, wobei sie sich nach den Risiken, die mit ihm gedeckt werden müssen, richtet. Zur Sicherung des Krankenversicherungssystems kann die Aufsichtsbehörde die Erhöhung des Insolvenzfonds anordnen (Art. 51 Abs. 1 und 3).

Das BVG sieht vor, dass der Bund dem Sicherheitsfonds zur Überbrückung von Liquiditätsgapen zur Finanzierung von Insolvenzeleistungen Darlehen zu marktconformen Bedingungen gewähren kann. Die Gewährung dieser Darlehen kann an Bedingungen geknüpft werden (Art. 59 Abs. 4 BVG).

Abs. 1

In Anlehnung an diese Bestimmung soll der Bund der gemeinsamen Einrichtung zur Überbrückung von Liquiditätsgapen ein Darlehen zu marktüblichen Bedingungen gewähren können. Da es sich um ein Darlehen handelt, wird vorausgesetzt, dass die Rückzahlung wahrscheinlich ist. Weil das Darlehen zu marktüblichen Bedingungen gewährt wird, muss die gemeinsame Einrichtung einen Zins bezahlen, der von privaten Banken für ein entsprechendes Geschäft erhoben würde. Der Bund soll die Gewährung dieses Tresoreriedarlehen an Bedingungen knüpfen können.

Damit bestehen drei Stufen für die Sicherung des Insolvenzfonds: Als erste Stufe setzt die gemeinsame Einrichtung seine Höhe im Verhältnis zu seinen Risiken fest. Als zweite Stufe kann die Aufsichtsbehörde zur Sicherung des Krankenversicherungssystems seine Erhöhung anordnen. Erst wenn sich diese Massnahme als ungenügend erweist, kann der Bund – als dritte Stufe – der gemeinsamen Einrichtung ein Tresoreriedarlehen zur Deckung von Liquiditätsgapen gewähren.

Abs 2

Damit eine gewisse Sicherheit für die Rückzahlung besteht, kann der Bundesrat nach spätestens fünf Jahren einen Zuschlag auf den Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von höchstens einem Prozent erheben. Mit diesem Geld,

das zugunsten des Insolvenzfonds eingefordert wird, muss das Tresoreriedarlehen des Bundes zurückbezahlt werden.

Art. 42 Beendigung der Versicherungstätigkeit

Abs. 1

Der Entzug der Bewilligung war bisher in Artikel 13 Absatz 3 KVG geregelt. Neu obliegt der Entzug der Bewilligung – wie die Erteilung (vgl. Art. 3 und Art. 27) – der Aufsichtsbehörde. Die Durchführungsbewilligung ist zu entziehen, wenn die Krankenkasse oder der Rückversicherer die Versicherungstätigkeit beenden will; das zuständige Organ der Krankenkasse oder des Rückversicherers muss in diesem Fall den Verzicht auf die Durchführung der sozialen Krankenversicherung beziehungsweise der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung rechtmässig beschliessen. Die Durchführungsbewilligung ist ebenfalls zu entziehen, wenn die Krankenkasse oder der Rückversicherer die Versicherungstätigkeit beenden muss, weil die Aufsichtsbehörde feststellt, dass sie oder er die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Diese Voraussetzungen entsprechen den Bewilligungsvoraussetzungen nach Artikel 4 beziehungsweise 28. Nicht mehr erfüllt sind die Bewilligungsvoraussetzungen, wenn Krankenkassen oder Rückversicherer beispielsweise nicht in der Lage sind, innerhalb der ihnen gesetzten Fristen wieder gesunde finanzielle Verhältnisse herzustellen, wenn sie in schwerwiegender Weise Verpflichtungen verletzen, die ihnen nach der Aufsichtsgesetzgebung obliegen, oder anderweitig keine Gewähr mehr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten.

Der behördlich angeordnete Bewilligungsentzug stellt die schärfste Massnahme des Aufsichtsrechts dar, ist aber aus Gründen des Versichertenschutzes unverzichtbar. Die Aufsichtsbehörde wird aber vor einem Bewilligungsentzug weniger einschneidende Massnahmen prüfen, so insbesondere die Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes (vgl. Art. 33 Abs. 3).

Abs. 2

Dieser Absatz entspricht weitgehend dem bisherigen Artikel 13 Absatz 4 KVG. Geregelt wird der Fall, dass einer Krankenkasse die Durchführungsbewilligung vollständig entzogen wird, Vermögen und – bei Krankenkassen – Versichertenbestand aber nicht durch Fusion oder einen anderen wirtschaftlichen Zusammenschluss auf eine andere Krankenkasse übergehen. Ein allfälliger Vermögensüberschuss im Bereich der sozialen Krankenversicherung soll der sozialen Krankenversicherung erhalten bleiben. Diese Bestimmung stellt sicher, dass die Mittel der sozialen Krankenversicherung nicht zu anderen Zwecken entfremdet werden. Im Gegensatz zu den Absätzen 1 und 4 gilt Absatz 2 nur für Krankenkassen und nicht für private Rückversicherer.

Abs. 3

Dieser Absatz entspricht dem bisherigen Artikel 13 Absatz 5 KVG. Die Bestimmung sieht vor, dass eine Krankenkasse einen Anteil ihrer Reserven abzugeben hat, wenn ihr die Aufsichtsbehörde die Durchführungsbewilligung nur für Teile des örtlichen Tätigkeitsbereiches entzieht. Mit dieser Bestimmung wird sichergestellt, dass Krankenkassen nicht einen ungünstigen Versichertenbestand an die anderen Kassen abgeben und ihre Reservesituation im verkleinerten Tätigkeitsgebiet stark verbessern. Der abzugebende Betrag ist auf jene Krankenkassen umzuverteilen,

welche die von der Einschränkung des Tätigkeitsbereiches betroffenen Versicherten aufnehmen. Das EDI kann die Umverteilung des Betrags der gemeinsamen Einrichtung übertragen (Art. 19a KVV). Für die Aufgabendelegation wird künftig die Aufsichtsbehörde zuständig sein. Die gemeinsame Einrichtung hat in einem Reglement die Umverteilung von Reserven zwischen Krankenkassen geregelt. Sobald die entsprechende Verfügung rechtskräftig geworden ist und die gemeinsame Einrichtung durch die Aufsichtsbehörde davon in Kenntnis gesetzt wurde, berechnet die gemeinsame Einrichtung den abzugebenden Betrag und nimmt die Umverteilung dieses Betrages auf die Kassen vor, welche die von der Einschränkung des Tätigkeitsgebiets betroffenen Versicherten aufnehmen. Mit den erhaltenen Mitteln müssen wieder Reserven geäufnet werden. Absatz 3 kommt nur bei Teilrückzügen von Krankenkassen, nicht aber bei individuellen Kassenwechseln zur Anwendung.

Abs. 4

Damit die Krankenkassen oder die Rückversicherer auch nach dem Entzug der Bewilligung gewissen Verpflichtungen nachkommen, die sich aus der Krankenversicherungsgesetzgebung und deren Ausführungserlassen ergeben, werden die Verfügungen betreffend den Entzug der Bewilligung jeweils mit entsprechenden Auflagen versehen. Absatz 4 sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde in einem zweiten Schritt, nämlich dann, wenn die Krankenkasse oder der Rückversicherer sämtliche Pflichten aus dem Aufsichtsrecht erfüllt hat, die Entlassung aus der Aufsicht verfügt. Mit dieser Bestimmung wird sichergestellt, dass die Aufsichtsbehörde Auflagen gegenüber Krankenkassen oder Rückversicherern auch nach dem Entzug der Durchführungsbewilligung durchsetzen kann.

Abs. 5

Zwecks Löschung der Krankenkasse im Handelsregister teilt die Aufsichtsbehörde neu ihre Verfügung nach Eintritt der Rechtskraft dem zuständigen Handelsregisteramt mit. Zudem veröffentlicht die Aufsichtsbehörde die Verfügung auf Kosten des Unternehmens.

Art. 43 Versicherungsgruppen

Die Definition der Versicherungsgruppe geht von zwei oder mehreren Unternehmen aus, die zu einer wirtschaftlichen Einheit oder auf andere Weise durch Einfluss oder Kontrolle miteinander verbunden sind. Davon ist mindestens ein Unternehmen eine Krankenkasse, und die ganze Gruppe ist hauptsächlich im Versicherungsbereich tätig. Das bedeutet, dass typischerweise die andern Unternehmen der Gruppe ebenfalls Krankenkassen oder Versicherungsunternehmen oder dem Versicherungsgeschäft dienende Unternehmen sind. Es genügt aber auch der Zusammenschluss einer einzigen Krankenkasse mit anderen, branchenfremden Unternehmen, solange die Haupttätigkeit das Versicherungsgeschäft ist.

Art. 44 Verhältnis zur Einzelaufsicht

Die Umgestaltung der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung erfolgt zu einer Zeit, in der immer mehr strukturelle Veränderungen unter den Krankenkassen erkennbar werden.

In den letzten Jahren haben sich vermehrt Krankenversicherer zu Gruppen zusammengeschlossen. Es entstehen immer grössere und organisatorisch komplexere

Gebilde, die Angebotsmacht, Knowhow, Strukturen, Finanzen und Organisation bündeln und Synergien und positive Skalenerträge zu realisieren suchen.

Es finden sich Krankenversicherungsgruppen, die in einem Konzern oder konzernähnlich zusammengefasst sind, daneben finden sich Gruppen, die finanziell oder organisatorisch kooperieren. Krankenversicherungsgruppen bestehen oft nicht nur aus Krankenkassen. So betreiben Gruppen nebst verschiedenen Krankenkassen auch weitere Versicherungen (z.B. Schadenversicherungen oder Lebensversicherungen). Alle diese Organisationseinheiten sind personell, finanziell und organisatorisch unterschiedlich miteinander verflochten. Um diese Abhängigkeiten, Interdependenzen und Vernetzungen sichtbar zu machen und aufzuzeigen, genügt eine isolierte Einzelaufsicht den Mindestanforderungen einer modernen Aufsicht hinsichtlich Transparenz, Good Governance, Wahrheit und Klarheit nicht.

Es gibt unterschiedliche Graduierungen, wie Gruppenaufsicht ausgestaltet und umgesetzt werden kann. Die sogenannte Solo-Plus-Gruppenaufsicht – wie sie in diesem Gesetz vorgesehen ist – besteht darin, die gegenseitigen Vernetzungen und Einflüsse der Einzelgesellschaften untereinander aufzuzeigen, um gegebenenfalls situativ intervenieren zu können. Die Solo-Plus-Gruppenaufsicht ist eine Aufsicht ergänzend zur Einzelaufsicht. Anders als die vollständige Gruppenaufsicht nach dem VAG verzichtet die Solo-Plus-Aufsicht auf die Berechnung der Solvabilität der Gruppe, das heisst es steht nach wie vor die Solvenz der Krankenkassen im Fokus.

Abs. 1

Absatz 1 stellt klar, dass die Aufsicht über Versicherungsgruppen in Ergänzung zur Einzelaufsicht erfolgt, und legt damit das Prinzip der Solo-Plus-Aufsicht fest.

Mit der Aufsicht über Versicherungsgruppen werden die Einflüsse auf die Krankenkasse erfasst, die sich durch die Zugehörigkeit zur Gruppe ergeben. Die zusätzlichen Informationen über die organisatorischen und finanziellen Verhältnisse in der Gruppe ergänzen die Befugnisse zur Informationsbeschaffung, die sich aus den anderen Artikeln dieses Gesetzes ergeben.

Abs. 2

Dieser Absatz ermöglicht es dem Bundesrat, Vorschriften zur Überwachung gruppeninterner Vorgänge, zum Risikomanagement, zum internen Kontrollsystem sowie zur gruppenweiten Risikokonzentration zu erlassen. Er kann diese Kompetenz auch der Aufsichtsbehörde übertragen. Bei den Regelungsinhalten zu gruppeninternen Vorgängen kann es sich um Darlehen, Garantien, ausserbilanzmässige Geschäfte, Rückversicherungsgeschäfte, Kostenteilungsvereinbarungen und anderes mehr handeln. Dabei geht es nicht darum, sämtliche gruppeninternen Vorgänge zu erfassen; sowohl der Zweck der Gruppenaufsicht als auch das Verhältnismässigkeitsprinzip der Verwaltungstätigkeit verlangen, dass sich die Aufsichtsbehörde auf die Analyse wesentlicher Vorgänge beschränkt.

Häufig werden innerhalb einer Gruppe das Risikomanagement und auch die internen Kontrollen nicht innerhalb jedes Unternehmens einzeln wahrgenommen, sondern gruppenweit. Aus diesem Grund ist es für die Aufsichtsbehörde wichtig, in diesem Bereich für die ganze Gruppe Vorschriften erlassen zu können.

Da verschiedene Unternehmen einer Gruppe das gleiche Geschäft betreiben können, kann es zu einer Konzentration von Risiken in einer Gruppe kommen, die die finanzielle Situation einer Krankenkasse gefährden kann. Deshalb ist es notwendig, nebst

den Anforderungen an das Risikomanagement und das interne Kontrollsystem auch Vorschriften zur Risikokonzentration erlassen zu können.

Art. 45 Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit und externe Revisionsstelle

Abs. 1

Die Gewährsanforderungen, die an die Organe der Krankenkasse gestellt werden, müssen auch für die Organe der führenden Holdinggesellschaft gelten, in die eine Krankenkasse eingebunden ist. Die Voraussetzungen an die Personen der führenden Holdinggesellschaft sind dieselben, die auch an die Krankenkasse selbst gestellt werden, weshalb für die Gewährsvorschriften auf die sinngemässe Anwendung von Artikel 19 verwiesen werden kann.

Abs. 2

Analog zur Einzelaufsicht muss sichergestellt sein, dass auch die Versicherungsgruppe über eine externe Revisionsstelle verfügt, welche die gleichen Voraussetzungen mitbringt, wie sie der Bundesrat in Artikel 25 KVV festlegt. In der Regel wird dies dasselbe Revisionsunternehmen sein, das auch die Krankenkasse revidiert. Die Informationsbefugnis nach Artikel 46 und die Durchsetzung der Vorschriften nach Artikel 44 Absatz 2 kann auch über die Revisionsstelle der führenden Holdinggesellschaft durchgesetzt werden.

Art. 46 Auskunftspflicht

Analog zum VAG ist festzuhalten, dass die Aufsicht über eine Versicherungsgruppe nur dann sinnvoll und zweckmässig ausgeübt werden kann, wenn die Aufsichtsbehörde ohne Einschränkung Zugriff auf alle aufsichtsrelevanten Informationen und Unterlagen hat, welche die Krankenkasse beeinflusst. Aus diesem Grund statuiert dieser Artikel eine Auskunftspflicht für die führende Holdinggesellschaft. Die entsprechenden Auskünfte können entweder bei der führenden Holdinggesellschaft beschafft, durch diese beigebracht oder aber auf dem Weg der Amtshilfe (vgl. Art. 35) eingeholt werden.

Art. 47 Externe Revisionsstelle

Diese Bestimmung übernimmt Artikel 20 KVV in den Gesetzesentwurf. Wie bisher die Artikel 86–88 KVV (4. Abschnitt: Revision) sind neu die Artikel 24–26 zur externen Revisionsstelle für die gemeinsame Einrichtung sinngemäss anwendbar. Aufgrund der grossen Bedeutung der gemeinsamen Einrichtung für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung ist es gerechtfertigt, dass der Kontrolle durch die externe Revisionsstelle auch bei der gemeinsamen Einrichtung ein höheres Gewicht beigemessen wird als bisher.

Art. 48 Berichterstattung

Mit dieser Bestimmung wird Artikel 21 KVV in den Gesetzesentwurf übernommen. In der Praxis wurden zusätzlich eine Bilanz und eine Gesamtbetriebsrechnung eingereicht und vom BAG geprüft. Die Bestimmung wird deshalb entsprechend ergänzt. Der Jahresbericht ist neu der Aufsichtsbehörde zuzustellen.

Art. 49 Führung eines Insolvenzfonds

Die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle zahlungsunfähiger Krankenkassen (Art. 18 Abs. 2 KVG) ist eine zentrale Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung. Mit mehreren Bestimmungen zum Insolvenzfonds und zur Übernahme der Kosten für gesetzliche Leistungen anstelle der insolventen Krankenkassen wird dieser Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung im Gesetzesentwurf das Gewicht beigemessen, das ihr bei Insolvenz einer Krankenkasse zukommt.

Art. 50 Finanzierung des Insolvenzfonds

Durch die neuen Mittel, die der Aufsichtsbehörde im Gesetzesentwurf zur Verfügung stehen, sollten sich Insolvenzfälle weitgehend verhindern lassen. Dennoch werden sie nie ganz auszuschliessen sein. Bei Insolvenz eines Versicherers übernimmt die gemeinsame Einrichtung anstelle der insolventen Krankenkasse die Kosten für die gesetzlichen Leistungen. Hier sollen nun die gesetzlichen Grundlagen für den Fall der Insolvenz einer Krankenkasse geschaffen werden.

Die Finanzierung des Insolvenzfonds wird neu übersichtlich in einer Gesetzesbestimmung geregelt.

Der Fonds wird aus vier Quellen finanziert. Erstens leisten Krankenkassen Beiträge (vgl. Art. 18 Abs. 5 KVG). Sie werden wie bisher vom Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung festgesetzt (Bst. a). In den Fonds fliessen zweitens Vermögensüberschüsse von aufgelösten Krankenkassen, deren Vermögen und Versichertenbestand nicht auf eine andere Krankenkasse übertragen worden ist. Durch die Zuführung in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung bleibt dieses Vermögen der sozialen Krankenversicherung erhalten (Bst. b). Weiter fliessen zurückzuerstattende Mehreinnahmen, die aufgrund der Überschreitung von Tarifen und Preisen abgeschöpft werden, ebenfalls in den Insolvenzfonds. Damit wird eine generelle Regel für abzuschöpfende Mehreinnahmen eingeführt. Der Einsatz der abzuschöpfenden Mittel nach Artikel 67 Absatz 2^{ter} KVV wird dadurch genau festgelegt. Nach dieser Verordnungsbestimmung ist die Wirtschaftlichkeit eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Präparats zu überprüfen. Ergibt diese, dass der bei der Zulassung verfügte Preis zu hoch ist, muss das Unternehmen, das das Arzneimittel vertreibt, die Mehreinnahmen an den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung überweisen (Bst. c). Schliesslich sollen auch die durch Rückgriff durchgesetzten Ansprüche der gemeinsamen Einrichtung in den Insolvenzfonds fallen (Bst. d; Art. 54 Abs. 4). Nur die zuletzt erwähnte Quelle ist gegenüber der bisherigen Praxis neu.

Art. 51 Höhe des Insolvenzfonds

Abs. 1

Wie im geltenden Recht ist der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung dafür zuständig, die Höhe des Insolvenzfonds festzulegen. Die nötigen Mittel des Fonds haben sich nach dem Insolvenzrisiko der Krankenkassen zu richten. Zurzeit verfügt der Insolvenzfonds über Mittel in der Höhe von rund 70 Millionen Franken. Die Mittel des Fonds müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Risiko eines Insolvenzfalls stehen.

Abs. 2

Grundsätzlich ist es die Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung, anhand eines Risikokonzepts und finanzieller Kennzahlen der Krankenkassen die Beiträge nach Artikel 53 Absatz 1 Buchstabe a festzulegen. Die finanziellen Kennzahlen liefert die Aufsichtsbehörde.

Abs. 3

Absatz 3 ermöglicht der Aufsichtsbehörde, den Entscheid der gemeinsamen Einrichtung umzustossen, wenn sie die finanziellen Mittel des Insolvenzfonds nicht für ausreichend einschätzt, um das System der sozialen Krankenversicherung gegen Insolvenzfälle abzusichern. Diese Befugnis steht der Aufsichtsbehörde auch dann zu, wenn sie das vorgelegte Risikokonzept nicht für ausreichend erachtet.

Art. 52 Insolvenz

Abs. 1

Die formelle Eröffnung des Konkurses über eine Krankenkasse ermöglicht der Aufsichtsbehörde objektiv, die Insolvenz der Krankenkasse festzustellen. Es kann jedoch auch der Fall eintreten, dass die Aufsichtsbehörde aufgrund der Analyse der Aktiven und Passiven der Krankenkasse und des Volumens der Rückstellungen zum Schluss gelangt, dass die Krankenkasse innerhalb einer bestimmaren Frist insolvent sein wird. Befindet sich eine Krankenkasse in Schwierigkeiten, kann es für die Versicherten und für das System von Vorteil sein, wenn nicht die unabwendbare Eröffnung des Konkurses abgewartet werden muss, sondern der Insolvenzfonds möglichst frühzeitig eingreift. Damit lassen sich Verzögerungen bei der Bezahlung der Leistungen, die Einleitung von Betreibungen und letztlich die Entstehung von Schulden verhindern. Zudem erhält die Aufsichtsbehörde Zeit, um Lösungen im Hinblick auf eine Sanierung oder auf die Einstellung der Tätigkeit unter bestmöglichen Bedingungen zu finden.

Abs. 2

Die Aufsichtsbehörde kann unter bestimmten Umständen von sich aus die Insolvenz einer Krankenkasse feststellen, denn je schneller die notwendigen Massnahmen getroffen werden, desto einfacher können Massnahmen zur Übertragung des Versichertenportfolios und zur Leistungsübernahme durch den Insolvenzfonds umgesetzt werden.

Art. 53 Art und Umfang der Leistungsübernahme

Abs. 1

Diese Bestimmung knüpft an Artikel 18 Absatz 2 KVG an und übernimmt materiell den geltenden Artikel 19b KVV. Sie nimmt somit Bezug auf die Kosten der Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Bst. a) und auf die Kosten für die Leistungen aus der freiwilligen Taggeldversicherung nach dem KVG (Bst. b). Mit Buchstabe c werden auch die Beiträge, die eine insolvente Krankenkasse für den Risikoausgleich entrichten müsste, dem Insolvenzfonds auferlegt. Schliesslich sieht Buchstabe d vor, dass auch die Verwaltungskosten, die für den Betrieb der Krankenversicherung notwendig sind, vom Insolvenzfonds gedeckt werden. Der Insolvenzfonds hat deshalb auch beispielsweise für Personal- oder

Informatikkosten während der Abwicklung der Kosten für die Leistungsfälle aufzukommen. Vor allem für die Versicherten kann es entscheidend sein, dass die Struktur der insolventen Krankenkasse während der Zeit weiterbesteht, die für die Übertragung aller Versicherten an andere Krankenkassen notwendig ist. Deshalb muss gewährleistet sein, dass die Löhne der Angestellten der Krankenkasse überwiesen werden, um zu verhindern, dass das Personal die Krankenkasse vorzeitig verlässt.

Abs. 2

Die gemeinsame Einrichtung muss entscheiden, wer während der Liquidations- oder Restrukturierungsphase einer Krankenkasse die Kostenabwicklung für Leistungsfälle durchführt. In den bisherigen Fällen hat sich die gemeinsame Einrichtung jeweils für die Kostenabwicklung durch die illiquide Kasse, durch eine den Versichertenbestand übernehmende Kasse oder für die Kostenabwicklung durch die gemeinsame Einrichtung selbst entschieden. Möglich ist auch, dass die gemeinsame Einrichtung die Kostenabwicklung nur bis zum Abschluss eines Sanierungsplans übernimmt. In jedem Fall überwacht sie auch die korrekte Kostenabwicklung für die Leistungsfälle, solange der Insolvenzfonds in Anspruch genommen wird. Die gemeinsame Einrichtung wird auch die Entwicklung der Kosten beobachten müssen, um den Finanzbedarf nach Artikel 53 Absatz 1 Buchstabe a optimal zu planen.

Abs. 3

Absatz 3 sieht vor, dass alle vom Insolvenzfonds getragenen Kosten laufend der Konkursverwaltung gemeldet werden müssen. Diese Kosten stellen Passiven der Konkursmasse dar. Die Konkursverwaltung hat alles zu unternehmen, um die Forderungen in der Liquidationsphase zu verwerten. Wie oben dargelegt, wird der Insolvenzfonds hauptsächlich durch die Beiträge der Versichertengemeinschaft gespeisen. Es liegt deshalb im Interesse der Versichertengemeinschaft, diesen Schaden auf ein Minimum zu begrenzen.

Art. 54 Rückgriff

Die gemeinsame Einrichtung muss bei Eintritt der Insolvenz einer Krankenkasse zulasten des Insolvenzfonds den Betrag übernehmen, welcher der Krankenkasse für die Bezahlung der Kosten fehlt. Mit der Bestimmung über den Rückgriff und die Rückforderung wird der gemeinsamen Einrichtung in der Höhe der vom Insolvenzfonds übernommenen Kosten der Eintritt in die Ansprüche der zahlungsunfähigen Krankenkasse ermöglicht.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass für den Rückgriff nicht das Verfahren des ATSG anwendbar ist. Das Verfahren und der Rechtsweg richten sich nach der Art der Forderung, in welche die gemeinsame Einrichtung subrogiert.

Abs. 1

Die von einem allfälligen Rückgriff betroffenen Organe sind insbesondere die Organe der juristischen Personen. Dazu gehören der Verwaltungsrat, der Stiftungsrat, der Vorstand sowie die Geschäftsführung, die Revisionsstelle und allenfalls auch die kommissarische Verwaltung oder der Liquidator. Hinzu kommen allfällige Dritte, die für die Zahlungsunfähigkeit einer Krankenkasse verantwortlich sein können, beispielsweise Verantwortliche des Rückversicherers.

Die Höhe der von der gemeinsamen Einrichtung übernommenen Kosten für die gesetzlichen Leistungen ist identisch mit den Kosten für die Leistungen des Gesetzes. Der Rechtseintritt erfolgt somit höchstens bis auf die Höhe der Kosten für die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der freiwilligen Taggeldversicherung, den Abgaben in den Risikoausgleich und den mit der Gewährung der Leistungen verbundenen Verwaltungskosten, die auch allfällige Prozesskosten umfassen. Der Rechtseintritt erfolgt als Privileg gegenüber den anderen Gläubigerinnen und Gläubigern der Konkursmasse, da diesen im Umfang der von der gemeinsamen Einrichtung erbrachten Leistungen kein Schaden erwächst. Diejenigen Gläubigerinnen und Gläubiger, die andere Forderungen als die im Umfang der gesetzlich vorgesehenen Kostenübernahme für Leistungen nach Artikel 53 an die Konkursmasse haben, werden im Umfang der gesetzlich vom Insolvenzfonds übernommenen Kosten immerhin entlastet, weshalb sich das Privileg auch gegenüber diesen Gläubigerinnen und Gläubigern rechtfertigt. Die Ansprüche, welche die gemeinsame Einrichtung nicht übernimmt, werden nach Artikel 260 Absatz 1 SchKG verwertet.

Der Eintritt in die Rechtsansprüche kann ab dem Zeitpunkt der Sicherstellung der Leistungen erfolgen. Dieser Zeitpunkt kann mit dem von der Aufsichtsbehörde festgestellten Zeitpunkt der Leistungspflicht des Insolvenzfonds identisch sein. Die gemeinsame Einrichtung kann sich jedoch auch für einen späteren Rechtseintritt entscheiden.

Abs. 2

Grundsätzlich spielt es keine Rolle, ob sich der Anspruch aus Gesetz, Vertrag oder Verschulden ergibt. Mit der Solidarhaftung wird die Stellung der gemeinsamen Einrichtung gestärkt. Die Solidarität richtet sich jedoch nach der Art des Anspruchs, den die gemeinsame Einrichtung einklagt.

Abs. 3

Absatz 3 erklärt grundsätzlich dieselben Verjährungsfristen für anwendbar, die auch auf den Rechtsanspruch vor der Subrogation anwendbar waren. Diese richten sich nach der Art der Forderung. Die relative Verjährungsfrist beginnt jedoch erst dann zu laufen, wenn die gemeinsame Einrichtung Kenntnis vom Leistungsumfang und von der ersatzpflichtigen Person hat, auf welche der Rückgriff erfolgen kann. Damit wird erreicht, dass die gemeinsame Einrichtung die Ansprüche, in welche sie eintritt, trotz kurzer Fristen noch durchsetzen kann.

Abs. 4

Die Ansprüche, welche die gemeinsame Einrichtung durchsetzen kann, fallen in den Insolvenzfonds. Dieser wird soweit wie möglich schadlos gehalten. Kann dieser sogar vollständig schadlos gehalten werden, fällt ein Überschuss in die Konkursmasse und wird an die übrigen Gläubigerinnen und Gläubiger anteilmässig verteilt. Fällt auch der Konkursmasse ein Überschuss an, so fliesst dieser nach der Liquidation der Kasse wiederum dem Insolvenzfonds zu (Art. 50 Bst. b).

Art. 55 Vergehen

Die Vergehen nach dieser Bestimmung können bei vorsätzlicher Begehung mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft werden. Wer fahrlässig handelt, wird mit Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen bestraft. Es ist Aufgabe der

Richterin oder des Richters, die Höhe des Tagessatzes nach den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der Täterin oder des Täters im Zeitpunkt des Urteils zu bestimmen. Der Höchstbetrag beläuft sich auf 3000 Franken (Art. 34 des Strafgesetzbuches, StGB; SR 311.0).

Die in Artikel 55 Absatz 1 Buchstaben b und c vorgesehenen Tatbestände sind Artikel 87 Absatz 1 Buchstaben c und d VAG nachgeformt. Sie stellen die unge-rechtfertigte Beeinträchtigung der Verpflichtungen gegenüber den Versicherten unter Strafe. Die in Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a unter Strafe gestellte Ausübung der Versicherungstätigkeit ohne Bewilligung ist Artikel 44 Absatz 1 FINMAG nachgeformt. Die neuen Vergehenstatbestände werden somit den neuen sich aus dem Gesetz ergebenden Pflichten angepasst.

Art. 56 Übertretungen

Die vorgesehene Übertretungsnorm übernimmt zum Teil geltendes Recht, berücksichtigt darüber hinaus aber neue aufsichtsrechtlich relevante Tatbestände. Die Strafnorm gliedert sich in zwei Teile mit unterschiedlichem Strafmass. Übertretungen nach Absatz 1 können bei vorsätzlicher Begehung mit Busse bis zu 500 000 Franken bestraft werden. Die fahrlässige Tatbegehung, für die das Gesetz ein Bus-senmaximum von 150 000 Franken vorsieht, ist ebenfalls strafbar.

Der Absatz 1 übernimmt in den Buchstaben b, f, g und h die Übertretungstatbestände von Artikel 93 KVG. Diese werden ergänzt mit Verstössen gegen neue sich aus diesem Gesetz ergebende Pflichten (Art. 56 Abs. 1 Bst. a, c und d). Diese Ergänzung erfolgt in Analogie zu den in Artikel 86 VAG genannten Übertretungs-tatbeständen.

Ferner wird der in Artikel 92 Buchstabe c KVG genannte Vergehenstatbestand in Artikel 56 Absatz 1 (als Bst. e) integriert und bildet somit neu einen der Übertretungstatbestände.

Dies bedeutet, dass die in Artikel 56 Absatz 1 genannten Übertretungstatbestände aus dem KVG und dem VAG übernommen und anschliessend den sich aus diesem Gesetz ergebenden Besonderheiten angepasst wurden. Die Höchststrafe und die Abgrenzung zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit wurden analog zum neueren VAG angepasst. Nach Absatz 3 wird mit Busse bis zu 100 000 Franken bestraft, wer vorsätzlich einen Tatbestand nach den Buchstaben a–f erfüllt. Die Tatbestände des geltenden Rechts (Art. 93a Abs. 1 Bst. a–f KVG) wurden zum grössten Teil über-nommen. Diese Tatbestände aus dem geltenden Artikel 93a KVG wurden teilweise leicht angepasst und durch einen weiteren, sich aus den Bedürfnissen der Praxis ergebenden Tatbestand erweitert (Art. 56 Abs. 3 Bst. a). Was den neuen Tatbestand in Absatz 3 betrifft, so kann dazu das Folgende festgestellt werden: In der Praxis hat sich gezeigt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde keine Sanktionsmöglichkeit hat, wenn Versicherer einer rechtskräftigen Verfügung oder einem Entscheid der Rechtsmittelinstanzen nicht Folge leisten oder zuwiderhandeln. Diese Lücke füllt der Revisionsentwurf in Absatz 3 Buchstabe a.

Die fahrlässige Begehung von Straftaten nach Absatz 3 Buchstaben b–f sieht das Gesetz ein Bus-senmaximum von 20 000 Franken vor.

Nach Artikel 79 Absatz 1 ATSG finden die allgemeinen Bestimmungen des StGB sowie Artikel 6 des Bundesgesetzes vom 22. März 1974 über das Verwaltungsstraf-recht (VStrR; SR 313.0) Anwendung. Die Strafverfolgung ist Sache der Kantone.

Wurden die Auskünfte zur Ermittlung der Straftaten unter Mitwirkung einer Person erlangt, so dürfen diese Informationen nur gegen diese Person verwendet werden, wenn die Person zur Auskunftserteilung zugestimmt hat oder die Auskünfte auch ohne Befragung dieser Person hätten erlangt werden können.

Art. 57 Widerhandlungen in Geschäftsbetrieben

Für die Tatbestände nach den Artikeln 55 und 56 muss die zuständige Untersuchungsbehörde zunächst die natürlichen Personen verfolgen (Art. 79 ATSG in Verbindung mit Art. 6 VStrR). Primär strafbar sind grundsätzlich die Personen, die bei den Krankenkassen Positionen mit Verantwortlichkeiten besetzen. Etliche Krankenkassen beschäftigen jedoch weitere Mitarbeitende, die im Rahmen der festgesetzten Prozesse ihre Funktionen ausüben. Unter diesen Umständen ist es oft sehr schwierig oder sogar unmöglich, die strafbare Täterschaft zu eruieren. Damit ein strafbarer Tatbestand trotzdem bestraft wird, ermächtigt Artikel 57 die zuständige Untersuchungsbehörde, anstelle der schuldigen natürlichen Person das Unternehmen zu verfolgen und zu verurteilen. Da diese strafrechtliche Verantwortlichkeit des Unternehmens jedoch subsidiär ist, schreibt Artikel 57 einschränkende Voraussetzungen vor. So muss die Ermittlung der natürlichen Personen Untersuchungsmassnahmen bedingen, die für die verurteilte Strafe einen unverhältnismässigen Aufwand bedeuten. Das wird zum Beispiel der Fall sein, wenn es sich aus technischen Gründen ohne übertriebenen Aufwand als unmöglich erweist, die strafbare Täterschaft zu eruieren (z.B. weil die Entflechtung der Informationsflüsse innerhalb des Unternehmens sehr aufwendig ist). Zudem kann das Verbot des Zwangs zur Selbstbelastung (Art. 56 Abs. 5) das strafrechtliche Verfahren erschweren. Weiter ist Artikel 57 nur anwendbar, wenn die verurteilte Strafe eine Busse von höchstens 20 000 Franken zur Folge hat. Selbstverständlich kommt die subsidiäre Verantwortlichkeit des Unternehmens für Freiheitsstrafen nicht in Frage.

Art. 58 Zuständige Aufsichtsbehörde

Dieser Artikel weist die Zuständigkeit der Aufsicht nach wie vor dem BAG zu.

Art. 59 Vollzug

Der Bundesrat wird mit dem Vollzug des Gesetzes beauftragt. Dieses enthält zahlreiche Normen, die einer Konkretisierung durch den Bundesrat auf Verordnungsebene bedürfen (vgl. Ziff. 5.5). Artikel 59 erteilt dem Bundesrat zusätzlich eine generelle Befugnis, die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz zu erlassen.

Art. 61 Übergangsbestimmungen

Den Krankenkassen müssen gewisse Fristen gewährt werden, damit sie die neuen Anforderungen des Gesetzes umsetzen können. Die Fristen werden in Abhängigkeit der benötigten Zeit bis zu einer allfälligen Anpassung auf zwei oder fünf Jahre festgelegt. Die neuen Anforderungen haben die Krankenkassen gleichzeitig zu ihrer normalen Geschäftstätigkeit zu erfüllen und in ihre Geschäftsabläufe zu integrieren.

Für die Einführung von vier grundlegenden Neuerungen, die den Geschäftsplan, das gebundene Vermögen der sozialen Krankenversicherung, das Risikomanagement und die interne Revisionsstelle betreffen, wird den Krankenkassen eine Frist von zwei Jahren eingeräumt.

Für die Anpassungen im Bereich der Übertragung von Aufgaben und der Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit wird mehr Zeit benötigt, weshalb hierfür den Krankenkassen eine Frist von fünf Jahren bis zur Umstellung gegeben wird.

Anhang: Änderung bisherigen Rechts

Änderung des RAG

Um Doppelspurigkeiten und einseitigen Informationsfluss zu vermeiden, wird in dieser Bestimmung der Ausdruck «spezialgesetzliche Aufsichtsbehörden» durch «schweizerische Aufsichtsbehörden» ersetzt. Damit wird jede schweizerische Aufsichtsbehörde im Rahmen der Durchsetzung ihres jeweiligen Aufsichtsbereichs ermächtigt, der anderen schweizerischen Aufsichtsbehörde die nötigen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zu übermitteln, damit diese ihre Aufsichtstätigkeit wahrnehmen kann.

Änderung des KVG

Zahlreiche Bestimmungen des KVG müssen aufgehoben werden, da alle Vorschriften zur Beziehung zwischen Krankenkassen und Aufsichtsbehörden und gewisse Bestimmungen über die gemeinsame Einrichtung in das neue Gesetz aufgenommen werden. Hingegen bilden die Vorschriften, die die Beziehungen zwischen Versicherten und Krankenkassen regeln, grundsätzlich weiterhin Teil des KVG.

Weiter erfahren zahlreiche Bestimmungen formelle Anpassungen.

Änderung des VAG

Durch die Erweiterung der Bestimmung zum nationalen Informationsaustausch wird der FINMA als auch der Aufsichtsbehörde nach Artikel 58 ermöglicht, ihre Aufsichtstätigkeiten zu koordinieren und die hierzu notwendigen Informationen betreffend die Krankenkassen und Rückversicherer auszutauschen.

3 Auswirkungen

3.1 Auswirkungen auf den Bund

Die neuen Aufsichtsinstrumente, die erweiterten Aufsichtsbereiche (Konzernaufsicht, ausgelagerte Aufgaben, Rückversicherer), das Sicherstellen der Erfüllung zusätzlicher Anforderungen an die Krankenkassen und Rückversicherer sowie die verschiedenen sichernden Massnahmen erfordern beim Bund mehr personelle Ressourcen, die aufgrund grober Schätzungen drei bis vier Vollzeitstellen ausmachen dürften. Die geplanten Änderungen haben keine weiteren finanziellen Auswirkungen auf den Bund.

3.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Gegenstand der Vorlage ist eine stärkere Aufsicht über die Krankenkassen und die Rückversicherer mit neuen Mitteln. Die Kantone und Gemeinden werden durch die Vorlage nicht tangiert. Dies gilt auch für den Prämienkorrekturmechanismus gemäss dieser Vorlage, der – anders als dies mit der Botschaft vom 15. Februar 2012 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Korrektur der zwischen 1996 und 2011 bezahlten Prämien; BBl 2012 1923) vorgesehen ist – keine Korrekturen der Differenzen zwischen dem Prämien- und Kostenvolumen eines Kantons beziehungsweise einer Region über die Bundesbeiträge zur Prämienverbiligung an die Kantone vorsieht. Deshalb hat die Vorlage auf die Kantone und Gemeinden keine direkten finanziellen Auswirkungen.

3.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Die Vorlage trägt zu einer sauberen und reibungslos verlaufenden Finanzierung der sozialen Krankenversicherung bei, die 4–5 Prozent des Bruttoinlandprodukts entspricht.

3.4 Finanzielle Auswirkungen für die Krankenversicherung

Die Erfüllung zusätzlicher Anforderungen bei der Aufnahme und Ausübung der Versicherungstätigkeit, namentlich bezogen auf die Finanzierung, die Corporate Governance, das Risikomanagement und das interne Kontrollsystem, wird den Krankenkassen Kosten verursachen. Doch ist auch für die Krankenkassen nicht mit grossen Kostenfolgen zu rechnen, da ins Gewicht fallende Vorgaben (z.B. für risikobasierte Reserven) bereits vor Inkrafttreten der Vorlage über Verordnungsänderungen eingeführt werden sollen.

4 Legislaturplanung

Die Vorlage ist weder in der Botschaft vom 23. Januar 2008 über die Legislaturplanung 2007–2011 (BBl 2008 753) noch im Bundesbeschluss vom 18. September 2008 über die Legislaturplanung 2007–2011 (BBl 2008 8543) angekündigt.

5 Rechtliche Aspekte

5.1 Verfassungsmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung (BV). Nach dieser Verfassungsbestimmung erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung. Der Verfassungsartikel ist so offen formuliert, dass er auch die Überwachung der Kranken- und Unfallversicherung einschliesst.

5.2

Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht

Der vorliegende Gesetzesentwurf regelt die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung neu. Dabei geht es um die Organisation des Systems der sozialen Krankenversicherung. Das in der Schweiz anwendbare EU-Recht und die Instrumente des Europarates sehen für diesen Bereich keine Normen vor (vgl. Ziff. 1.5). Die Staaten können die zu diesem Bereich gehörenden Aspekte nach eigenem Ermessen bestimmen. Deshalb steht die Vorlage im Einklang mit dem von der Schweiz übernommenen europäischen Recht.

5.3

Erlassform

Die Umsetzung der Massnahmen für die Stärkung der Aufsicht erfolgt aus verschiedenen Gründen in einem separaten Gesetz und in separaten Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz. Eine separate Kodifikation ausserhalb des KVG schafft einerseits die notwendige Transparenz gegenüber den beaufsichtigten Krankenversicherern. Diese können sich im Zusammenhang mit der Aufsichtstätigkeit weitgehend auf diesen Erlass stützen. Das Gesetz und die dazu gehörende Vollzugsverordnung vermischen sich nicht mehr mit den eigentlichen Versicherungsbestimmungen. Dieser Aufbau hat sich bei der Aufsicht über die Privatversicherer bewährt. Die Bestimmungen des Gesetzes orientieren sich dementsprechend auch an den Bestimmungen des VAG. Die dadurch entstehende Kohärenz ist für die Krankenkassen und Versicherungsgruppen von Vorteil, da sie meist auch Zusatzversicherungen nach dem VVG anbieten und von der Ähnlichkeit der Gesetzesstruktur profitieren können.

Andererseits werden verschiedene Mischartikel (vgl. Ziff. 1.3) aus dem KVG entfernt und in die separate Kodifikation aufgenommen. Dies schafft auch Transparenz und Klarheit für die Versicherten und die Leistungserbringer, die von den Normen über die Aufsicht nur indirekt betroffen sind und sich vorwiegend am KVG und dessen Ausführungsvorschriften orientieren.

Da im KVG die aufsichtsrechtlichen Bestimmungen bisher nicht als Einheit aufgenommen wurden, sondern in chronologischer Reihenfolge als Ergänzung hinzugefügt wurden, entstand eine gewisse Unübersichtlichkeit in der Systematik der Aufsichtsbestimmungen. Diese fehlende Systematik könnte nicht ohne Weiteres wiederhergestellt werden, wenn die Bestimmungen nicht in eine separate Kodifikation aufgenommen würden. Auch wenn die bisher fehlende Systematik im KVG nicht in allen Teilen vollständig wiederhergestellt werden kann, wird aus diesen Gründen eine separate Kodifikation als die beste Lösung betrachtet.

5.4

Ausgabenbremse

Artikel 159 BV sieht vor, dass Subventionsbestimmungen sowie Verpflichtungskredite und Zahlungsrahmen, die neue einmalige Ausgaben von mehr als 20 Millionen Franken oder neue wiederkehrende Ausgaben von mehr als 2 Millionen Franken nach sich ziehen, der Zustimmung der Mehrheit der Mitglieder jedes der beiden Räte

bedürfen. Weil die Vorlage weder Subventionsbestimmungen noch Finanzierungsbeschlüsse vorsieht, untersteht sie nicht der Ausgabenbremse.

5.5 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die zur Durchführung dieses Gesetzes notwendige Regelungskompetenz (Erlass der Vollzugsbestimmungen) wird in Artikel 59 einheitlich an den Bundesrat delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat befugt, sämtliche Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz in einer Verordnung zu erlassen.

Delegationsnormen, die den Bundesrat entweder explizit beauftragen oder die Kompetenz erteilen, Ausführungsbestimmungen zu erlassen, bestehen noch in folgenden Normen:

Bestimmung eines Modells zur Ermittlung der Mindesthöhe der Reserven der Krankenkassen (Art. 13 Abs. 2); Vorschriften betreffend der Entschädigung der Maklertätigkeit und der Kosten für Werbung (Art. 18 Abs. 2); Vorschriften betreffend die Anforderungen an die beruflichen Fähigkeiten der Mitglieder des Verwaltungsrats, des Stiftungsrats oder des Vorstands und der Geschäftsleitung einer Krankenkasse (Art. 19 Abs. 2); Vorschriften zur Offenlegung von Interessenbindungen und zur Vermeidung von Interessenkonflikten (Art. 19 Abs. 4); Vorschriften zum Ziel, zum Inhalt und zur Dokumentation des Risikomanagements sowie zur Überwachung der Risiken durch die Krankenkassen (Art. 21 Abs. 2); Festlegung des Mindestbestandes an Versicherten für die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung (Art. 28 Abs. 1 Bst. a); Festlegung des Mindestanteils der Versicherungsrisiken, welche die Krankenkassen selber übernehmen müssen (Art. 31); Gewährung eines Tresoreriedarlehens zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen an die gemeinsamen Einrichtung zu marktüblichen Bedingungen (Art. 41 Abs. 1); Festlegung eines Prämienzuschlags zur Sicherstellung dieses Darlehens (Art. 41 Abs. 2).

Der Bundesrat wird zudem durch das Gesetz direkt ermächtigt, die Rechnungslegungsvorschriften festzulegen (Art. 23 Abs. 4) und Vorschriften zur Überwachung gruppeninterner Vorgänge, zum Risikomanagement, zum internen Kontrollsystem und zur gruppenweiten Risikokonzentration erlassen zu können (Art. 44 Abs. 2). Er kann diese Regelungskompetenzen jedoch auch der Aufsichtsbehörde delegieren.

