

Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV)

Inkrafttreten auf den 1. Januar 2016 vorgesehen.

Kommentar und Inhalt der Bestimmungen

Bern, März 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage und Grundzüge des Gesetzes	4
2	Bestimmungen	6
	Artikel 1 Weitere Versicherungsarten	6
	Artikel 2 Versicherungsgruppe	6
	Artikel 3 Bewilligungsgesuch	6
	Artikel 4 Befreiung von der Pflicht, eine Versicherung nach Artikel 5 Buchstabe g des Gesetzes anzubieten	7
	Artikel 5 Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung	8
	Artikel 6 Entzug der Bewilligung bei Beendigung der Versicherungstätigkeit	8
	Artikel 7 Fristen bei Änderungen des Geschäftsplans	8
	Artikel 8 Änderungen der rechtlichen Struktur, Vermögensübertragung und Übertragung des Versichertenbestandes	9
	Artikel 9	11
	Artikel 10 Anfangsreserven	11
	Artikel 11 Ermittlung der Reserven	12
	Artikel 12 Mindesthöhe der Reserven	12
	Artikel 13 Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung	12
	Artikel 14 Berichterstattung	12
	Artikel 15	12
	Artikel 16 Sollbetrag	13
	Artikel 17 Zeitpunkt der Ermittlung des Sollbetrages	14
	Artikel 18 Bericht	14
	Artikel 19 Deckung	14
	Artikel 20 Bestellung	15
	Artikel 21 Geeignete Anlagen	15
	Artikel 22 Begrenzungen	16
	Artikel 23 Begrenzungen bei kollektiven Kapitalanlagen	17
	Artikel 24 Verwahrung der Werte	17
	Artikel 25 Prüfung durch die Aufsichtsbehörde	17
	Artikel 26 Verwendung des Erlöses des gebundenen Vermögens	17
	Artikel 27 Prämienfestlegung	18
	Artikel 28 Abbau von übermässigen Reserven	18
	Artikel 29 Genehmigung der Prämientarife	19
	Artikel 30 Veröffentlichung der Prämien	20
	Artikel 31	20
	Artikel 32 Kumulierte Kosten	20
	Artikel 33 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation des Versicherers	20
	Artikel 34 Verfahren	20
	Artikel 35 Rückerstattungsbetrag	21
	Artikel 36 Durchführung des Ausgleichs	21
	Artikel 37 Zuordnung der Verwaltungskosten	23
	Artikel 38 Beurteilung der Verwaltungskosten	23
	Artikel 39 Vermittlertätigkeit und Werbekosten	23
	Artikel 40 Interne Richtlinien	24
	Artikel 41 Zusammensetzung des Verwaltungsorgans	24
	Artikel 42 Zusammensetzung des Leitungsorgans	24
	Artikel 43 Doppelfunktionen	25
	Artikel 44 Nachweis des guten Rufes	25
	Artikel 45 Veröffentlichung der Interessenbindungen	25
	Artikel 46 Verhinderung von Interessenkonflikten	26
	Artikel 47 Entschädigungssystem	26
	Artikel 48 Ziel und Inhalt des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems	26
	Artikel 49 Dokumentation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems	26
	Artikel 50 Liquiditätsanforderungen	26
	Artikel 51 Interne Revisionsstelle	27
	Artikel 52 Anlagegrundsätze	27
	Artikel 53 Anforderungen an die Vermögensverwaltung	28
	Artikel 54 Anlagereglement	28
	Artikel 55 Gewichtung des Anlagerisikos	28
	Artikel 56 Risikomanagement bei derivativen Finanzinstrumenten	29
	Artikel 57 Ausschluss der Effektenleihe und des Pensionsgeschäftes	29
	Artikel 58 Grundsätze	29

Artikel 59	Geschäftsbericht	29
Artikel 60	Aufsichtsrechtlicher Jahresabschluss	30
Artikel 61	Externe Revisionsstelle	30
Artikel 62	Aufgaben der externen Revisionsstelle	30
Artikel 63	Berichte der externen Revisionsstelle	31
Artikel 64	Krankenkassen als Rückversicherer	31
Artikel 65	Bewilligungsgesuch	31
Artikel 66	Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung	31
Artikel 67	Entzug der Bewilligung	32
Artikel 68	Rückversicherungsverträge	32
Artikel 69	Pflichten des Rückversicherers	33
Artikel 70	Gleichbehandlung der Versicherten und Schutz vor Missbrauch	33
Artikel 71	Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden	34
Artikel 72	Meldung von Vorkommnissen von wesentlicher Bedeutung	35
Artikel 73	Gefährdete finanzielle Situation	35
Artikel 74	Übertragung des Versichertenbestandes	36
Artikel 75	Überwachung der Transaktionen	37
Artikel 76	Auf die Holdinggesellschaft anwendbare Bestimmungen	38
Artikel 77	Unternehmensführung und externe Revisionsstelle	39
Artikel 78	Höhe des Insolvenzfonds	39
Artikel 79	Anlage der Mittel des Insolvenzfonds	39
Artikel 80	Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung	40
Artikel 81	Information der Öffentlichkeit	40
Artikel 82	Daten der Versicherer	41
Artikel 83	Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer	43
Artikel 84	Daten der gemeinsamen Einrichtung	43
Artikel 85	Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten	43
Artikel 86	Veröffentlichung der Daten der Versicherer	43
Artikel 87	Risikobestand	43
Artikel 88	Änderung anderer Erlasse	43
Artikel 89	Übergangsbestimmungen	44
Artikel 90	Inkrafttreten	44
	Änderung bisherigen Rechts	45
1.	Verordnung über die Zulassung und Beaufsichtigung der Revisorinnen und Revisoren (Revisionsaufsichtsverordnung, RAV; SR 221.302.3) und Verordnung der eidgenössischen Revisionsaufsichtsbehörde über den elektronischen Zugriff auf die nicht öffentlich zugänglichen Daten (Datenverordnung RAB, DV-RAB; SR 221.302.32)	45
2.	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)	45
3.	Verordnung des EDI vom 18. Oktober 2011 über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (ResV-EDI, SR 832.102.15)	46
4.	Verordnung vom 12. September 2014 über die Prämienkorrektur	46
5.	Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1)	46
6.	Verordnung vom 7. November 2007 über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK, SR 832.112.4)	47
7.	Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (Aufsichtsverordnung; AVO, SR 961.011)	47

1 Ausgangslage und Grundzüge des Gesetzes

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) regelt heute im 2. Kapitel die Organisation (Versicherer, Gemeinsame Einrichtung, Aufsicht und Statistik) im Bereiche der sozialen Krankenversicherung. Das KVG vom 18. März 1994 ist jedoch primär auf die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung und insbesondere deren Leistungen ausgerichtet. Das KVG hat der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung noch eine eher weniger bedeutende Rolle zugemessen. Der Bundesrat hat auf Antrag des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) am 26. Mai 2010 beschlossen, die Aufsicht über die Versicherer, welche die soziale Krankenversicherung anbieten, zu stärken.

Am 26. September 2014 haben die Eidgenössischen Räte die Revision der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung verabschiedet. Das Datum der Inkraftsetzung des neuen Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz; KVAG) wird der Bundesrat beschliessen. Dieses ist für den 1. Januar 2016 vorgesehen. Das KVAG schliesst die Lücke im Aufsichtsrecht und enthält Verbesserungen unter anderem im Bereich der finanziellen Sicherheit und der Unternehmensführung der Versicherer, der Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde. Damit wird die Aufsicht zum Schutz der sozialen Krankenversicherung und ihrer Versicherten gestärkt und die Transparenz bei den Versicherern erhöht.

Das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz hat insbesondere in den folgenden Bereichen die Bestimmungen zur Aufsicht ausgebaut:

Unternehmensführung und Revision: Das KVG sieht keine Anforderungen im Bereich der Unternehmensführung vor. Für die Mitglieder der Geschäftsleitung und der entsprechenden Kontrollorgane sind keine Fitness- und Properness-Prüfungen (also Prüfungen zu Unbescholtenheit und Kompetenz) vorgesehen. Auch ist es den Versicherern freigestellt, wie sie sich organisieren und wie die Kontrollen innerhalb des Unternehmens ausgestaltet sind. Diese Regelung des KVG entspricht nicht mehr einer modernen Geschäftsführung, wie sie von Branchenverbänden oder Aufsichtsbehörden gefordert wird. Deshalb wurden prinzipienbasierte Bestimmungen ins KVAG zur Gewähr für einwandfreie Geschäftsführung, zum Risikomanagement, zu den internen Kontrollen und zur externen Revisionsstelle aufgenommen und sollen nun auch in der Verordnung näher ausgeführt werden.

Finanzierung: Da der Bundesrat die Bestimmungen zu den Reserven auf den 1. Januar 2012 geändert hat (Art. 78 bis 78c KVV), können diese weitgehend übernommen werden. Für das im KVAG neu vorgesehene gebundene Vermögen werden Bestimmungen zur Ermittlung und Bestellung erlassen. Insbesondere dürfen die Versicherer nur gewisse Anteile ihres gebundenen Vermögens in bestimmte Anlagekategorien anlegen.

Die Anlagebestimmungen gelten neu für das ganze Vermögen des Versicherers. Dabei können die geltenden Anlagebestimmungen (Art. 80 bis 80i KVV) weitgehend übernommen werden, ausgenommen die Begrenzungen, die sich nur noch auf das gebundene Vermögen beziehen. Die Effektenleihe bleibt zwar grundsätzlich weiterhin ausgeschlossen, wird aber aus Praktikabilitätsgründen unter bestimmten Voraussetzungen in kollektiven Kapitalanlagen zugelassen.

Prämienfestsetzung und –genehmigung: Das Verfahren der Genehmigung der Prämientarife in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird im KVAG präzisiert. Die Prämientarife bedürfen – wie im KVG – der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Es werden neue Mittel geschaffen, welche die Nichtgenehmigung der Prämientarife in gewissen Situationen erlauben. Dies zum Beispiel, wenn die Prämien die kantonal unterschiedlichen Kosten nicht decken oder wenn sie zu hoch sind. Zudem wird eine Regelung eines Ausgleichs von zu hohen Prämieinnahmen geschaffen. Die Prämien des Versicherers dürfen auch nicht zu übermässigen Reserven führen. Diese neuen gesetzlichen Regelungen werden in der Verordnung näher konkretisiert.

Rückversicherung: An die Rückversicherungsverträge werden neue Anforderungen gestellt. Insbesondere dürfen sie nur zu Bedingungen abgeschlossen werden, wie sie auch mit unabhängigen Dritten abgeschlossen würden. Zudem werden die Rückversicherer verpflichtet, versicherungstechnische

Rückstellungen zu bilden und der Aufsichtsbehörde wesentliche Informationen zu ihren Verträgen anzugeben.

Aufsicht und sichernde Massnahmen: Die Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen nach dem KVG werden übernommen und gleichzeitig ausgebaut. Sie betreffen zwei Bereiche: einerseits den Schutz der Versicherten und andererseits die Solvenz der Versicherer. Die Aufsichtsbestimmungen sollen den Schutz der Versicherten gewährleisten, da die finanzielle Lage eines Versicherers die Situation seiner Versicherten beeinflusst. Die bisherigen Erfahrungen der Aufsichtsbehörde mit dem KVG haben gezeigt, dass bei wirtschaftlich schlechter Lage von Versicherern Sanierungsmassnahmen eingeleitet werden mussten, dass der Aufsichtsbehörde dabei aber eine explizite rechtliche Grundlage fehlte. Ins KVAG wurden deshalb Bestimmungen aufgenommen zu den sichernden Massnahmen, die in solchen Situationen zu treffen sind. Auch diese neuen Bestimmungen sollen in der Verordnung näher konkretisiert werden.

Bewilligung, Übertragung von Aufgaben und Bewilligungsentzug: Schon für die Durchführung nach KVG ist eine Bewilligung durch das Departement erforderlich. Neu ist dafür die Aufsichtsbehörde zuständig. Die Bewilligungsvoraussetzungen wurden überarbeitet und einige neue Kriterien wurden hinzugefügt. Das KVG hat der Aufsichtsbehörde im Zusammenhang mit dem Entzug der Bewilligung nur ungenügende Kompetenzen zugeteilt. Das KVAG baut diese Kompetenzen aus und sieht zum Beispiel vor, dass der Konkurs über eine Krankenkasse erst dann eröffnet wird, wenn die Aufsichtsbehörde die Zustimmung erteilt hat. Neu ist auch, dass die Aufsichtsbehörde und nicht das Departement die Bewilligung entziehen kann. Die Bewilligung ist zum Beispiel zu entziehen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind. Auch die Übertragung von Aufgaben durch Versicherer (Outsourcing) ist alltäglich geworden. Das KVAG lässt die Übertragung von Aufgaben, abgesehen von genannten Ausnahmen, grundsätzlich zu. Das KVAG stellt aber sicher, dass die Aufsicht trotzdem wahrgenommen werden kann. Die Verordnung hat auch in diesem Bereich die neuen Bestimmungen näher auszuführen.

Strafbestimmungen: Das KVAG passt die Strafbestimmungen der heutigen Zeit an und führt einen Artikel betreffend die Vergehen, einen Artikel betreffend die Übertretungen und einen Artikel betreffend die Widerhandlungen in Geschäftsbetrieben ein. Die Strafverfolgung obliegt neu ausschliesslich den Kantonen. Nach dem Grundsatz „nulla poena sine lege“ können im Strafrechtsbereich keine Verordnungsbestimmungen erlassen werden. Es gilt vielmehr ein materiellrechtliches Legalitätsprinzip.

Nach Artikel 57 KVAG vollzieht der Bundesrat das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz und erlässt die Ausführungsbestimmungen. Diese oben dargestellte Verstärkung der Aufsicht durch das neue KVAG bedarf in einigen Bereichen einer näheren Konkretisierung auf Verordnungsstufe, nämlich in der nachfolgenden, neuen Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV).

2 Bestimmungen

1. Kapitel: Begriffe

Artikel 1 Weitere Versicherungsarten

Artikel 1 KVAV hat seine Wurzel in Artikel 14 KVV. Er wird aber materiell verändert. Die Buchstaben a und b von Artikel 14 KVV werden neu zu einem Buchstaben, nämlich a, zusammengefasst. Die Buchstaben c und d von Artikel 14 KVV werden nicht übernommen, weil es diese Versicherungsarten mittlerweile in der Praxis nicht mehr gibt. Da bisher unklar war, wer die Aufsicht über die Weiterführung der Krankenpflegeversicherung nach Artikel 7a KVV hat und eine Klärung zusammen mit dem Bundesamt für Justiz (BJ) ergab, dass die Aufsicht in diesem Bereich der Finma zukommt, wird in Buchstabe b der Verordnung festgelegt, dass die Weiterführung der Krankenpflegeversicherung nach Artikel 7a KVV als weitere Versicherungsart im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 KVAG gilt. Die Aufsicht über diese Versicherungsarten kommt gestützt auf Artikel 34 Absatz 5 KVAG der Finma zu. Als weitere Versicherungsarten im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 KVAG gelten somit neu: 1. Ein Sterbegeld bei Tod infolge Krankheit oder Unfall von höchstens 6000 Franken; 2. die Weiterführung der Krankenpflegeversicherung nach Artikel 7a KVV.

Artikel 2 Versicherungsgruppe

Artikel 2 KVAV definiert die Versicherungsgruppe nach Art. 6 Absatz 1 KVAG. Die Definition orientiert sich an der Definition von Artikel 64 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; SR 961.01). Nach dieser Definition sind folgende Merkmale massgebend: 1. Eine Versicherungsgruppe setzt sich aus zwei oder mehr Unternehmen zusammen, die eine wirtschaftliche Einheit bilden oder auf andere Weise durch Einfluss oder Kontrolle miteinander verbunden sind und 2. die Unternehmen sind in ihrer Gesamtheit hauptsächlich im Versicherungsbereich tätig.

2. Kapitel: Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung

Artikel 3 Bewilligungsgesuch

Für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung nach KVG ist eine Bewilligung der Aufsichtsbehörde erforderlich (Artikel 4 KVAG). Die Bewilligungspflicht soll sicherstellen, dass die soziale Krankenversicherung nur anbieten darf, wer gewisse Voraussetzungen erfüllt. Die zu erfüllenden Voraussetzungen werden in Artikel 5 KVAG aufgezählt. Es sind alle Kriterien zu erfüllen, damit die Aufsichtsbehörde die Bewilligung erteilen kann. Artikel 7 KVAG (Bewilligungsgesuch) führt die Unterlagen auf, die ein Versicherer zusammen mit dem Gesuch um Erteilung der Durchführungsbewilligung einzureichen hat. Nach Artikel 7 Absatz 1 KVAG sind das Gesuch und die erforderlichen Unterlagen bei der Aufsichtsbehörde einzureichen. Diese prüft die Unterlagen und erteilt die Bewilligung, sofern keine Beanstandungen vorliegen. Artikel 7 Absatz 2 KVAG führt die einzelnen Unterlagen auf, die der einzureichende Geschäftsplan enthalten muss, damit die Bewilligungserteilung an einen neuen Versicherer fundiert geprüft werden kann.

Absatz 1

Artikel 3 Absatz 1 KVAV legt analog Artikel 15 (zweiter Satz) KVV fest, dass das Gesuch nach Artikel 7 KVAG bis zum 30. Juni des Vorjahres bei der Aufsichtsbehörde eingereicht werden muss. Die Frist des 30. Juni ist nach wie vor sinnvoll, weil so die Unterlagen des Geschäftsplans noch rechtzeitig vor Aufnahme der operativen Tätigkeit geprüft werden können. Die Aufnahme der operativen Tätigkeit zu Beginn des Kalenderjahres (vgl. Art. 5 KVAV unten folgend) garantiert zudem nach wie vor einen besseren

Start als die Aufnahme der Tätigkeit in der Mitte des Jahres, wenn nur wenige Versicherte den Versicherer wechseln.

Absatz 2

Artikel 3 Absatz 2 KVAV entspricht im Wesentlichen Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe b KVV.

Artikel 4 Befreiung von der Pflicht, eine Versicherung nach Artikel 5 Buchstabe g des Gesetzes anzubieten

Nach Artikel 5 Buchstabe g KVAG müssen die Versicherer die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anbieten, die in einem Mitgliedstaat der EU, in Island oder in Norwegen wohnen; auf Gesuch hin kann die Aufsichtsbehörde Versicherer von dieser Verpflichtung befreien. Die Pflicht, die Versicherung auch den versicherungspflichtigen Personen in den Mitgliedstaaten der EU, Norwegen und Island anzubieten, sowie die Möglichkeit auf Befreiung von dieser Pflicht auf Gesuch hin (im KVG allerdings durch den Bundesrat) wird aus dem KVG übernommen (Art. 13 Abs. 2 Bst. f KVG).

Absätze 1 und 2

Die Absätze 1 und 2 von Artikel 4 KVAV orientieren sich im Grundsatz an Artikel 15a KVV, werden aber revidiert. Zudem werden die Terminologie und die Verweise dem neuen Gesetz angepasst. Die wesentlichen Veränderungen sind die Folgenden:

1. Nach Artikel 15a KVV werden nur Versicherer mit weniger als 100'000 Versicherten befreit. Die KVAV erhöht diese Zahl auf 500'000. Eine Erhöhung der Versichertenzahl drängt sich einerseits auf, weil es sich bei der Durchführung der Versicherung für Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (EU-Versicherte), um ein kompliziertes und administrativ aufwendiges Geschäft handelt, das auch für einige mittlere Versicherer eine Herausforderung darstellt. Andererseits gibt es pro Land teilweise nur sehr wenige EU-Versicherte. Die neue Bestimmung wird dazu führen, dass weitere Versicherer von der Pflicht, die Versicherung in den EU-/EFTA-Staaten durchzuführen, befreit werden können. Dadurch können die kleinen Versichertenbestände auf weniger Versicherer aufgeteilt werden, was durchaus begrüssenswert ist. Zurzeit haben fünf Versicherer mehr als 500'000 Versicherte und müssen somit auch künftig die Versicherung in allen EU-/EFTA-Staaten anbieten. Die kleineren Versicherer können weiterhin die Versicherung in den EU-/EFTA-Staaten durchführen, und es gibt mehrere, die sich auf dieses Geschäft spezialisiert haben und es sicherlich weiterführen werden. Deshalb wird es auch weiterhin eine genügende Anzahl Versicherer geben, welche die Versicherung in diesen Staaten durchführen werden.

2. Nach Artikel 15a KVV „wird“ ein Versicherer befreit, wenn er die in der Bestimmung festgelegten Voraussetzungen erfüllt. In der KVAV wird das Wort „wird“ durch „kann“ ersetzt. Dies bedeutet, dass der Versicherer mit weniger als 500'000 Versicherten nicht mehr in jedem Fall von der Pflicht befreit werden muss, die Aufsichtsbehörde hat damit ein Entschliessungsermessen. Die Aufsichtsbehörde berücksichtigt bei ihrem Entscheid über die Befreiung die Grösse des Versichertenbestands in den jeweiligen Staaten. Bedingung ist, dass der Versicherer im entsprechenden Land nur über sehr kleine Versichertenbestände verfügt.

3. Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b KVAV wird im Vergleich zur Regelung in Artikel 15a Absatz 1 Buchstabe b KVV verständlicher geschrieben, aber materiell nicht geändert. Somit kann auch gestützt auf Artikel 4 KVAV ein Versicherer mit weniger als 500'000 Versicherten für alle Länder befreit werden oder er kann beantragen, die Versicherung nur in einem oder mehreren Ländern durchzuführen. Die Formulierung von Artikel 15a Absatz 1 Buchstabe b 2. Halbsatz KVV wird nicht übernommen, da sie in der Praxis bedeutungslos ist.

4. Aus Absatz 2 geht hervor, dass nicht mehr das Departement (EDI) über die Befreiung entscheidet, sondern die Aufsichtsbehörde selber. Diese Kompetenzverschiebung ist unbedeutend, da schon bisher allfällige Gesuche durch die Aufsichtsbehörde vorbereitet worden sind.

Artikel 5 Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung

Artikel 5 KVAV legt (analog Artikel 15 KVV) den Beginn für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung unverändert auf den Anfang des Kalenderjahres fest. Die Aufnahme der operativen Tätigkeit zu Beginn des Kalenderjahres garantiert nach wie vor einen besseren Start als die Aufnahme der Tätigkeit in der Mitte des Jahres, wenn nur wenige Versicherte den Versicherer wechseln (vgl. oben Art. 3 Abs. 1 KVAV).

Artikel 6 Entzug der Bewilligung bei Beendigung der Versicherungstätigkeit

Artikel 6 KVAV hält neu fest, dass einem Versicherer, der während mehr als zwei Jahren keine Versicherte hat, durch die Aufsichtsbehörde die Bewilligung entzogen wird. Die Aufsichtsbehörde verfügt seine Entlassung aus der Aufsicht. Beispiele aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass zum Beispiel Versicherungsgruppen neue Versicherer gründen, diese aber nie in das Durchführungsstadium führen. Das heisst, diese Versicherer üben die Versicherungstätigkeit gar nie aus. Deshalb sieht Artikel 6 KVAV (in Verbindung mit Art. 43 KVAG) vor, dass in einem solchen Fall dem Versicherer durch die Aufsichtsbehörde die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen wird und dass die Aufsichtsbehörde seine Entlassung aus der Aufsicht verfügt.

Artikel 7 Fristen bei Änderungen des Geschäftsplans

Die im Geschäftsplan enthaltenen Elemente sind für die Aufsicht über die Versicherer wesentlich. Daher müssen Änderungen des Geschäftsplans der Aufsichtsbehörde in jedem Fall vorgängig gemeldet werden, einige sind sogar genehmigungspflichtig. Artikel 8 KVAG regelt diese Änderungen des Geschäftsplans. Artikel 8 KVAG unterscheidet dabei zwischen einer Melde- und einer Genehmigungspflicht, wobei der Aufsichtsbehörde auch bei einer Änderung eines nur meldepflichtigen Elements eine Art Vetorecht zusteht, indem die Aufsichtsbehörde bei einer gemeldeten Änderung innert acht Wochen eingreifen kann. Sofern die Aufsichtsbehörde nicht innert acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet, gelten die Änderungen als bewilligt. Zu beachten ist insbesondere, dass zum Schutz der Rechte der Versicherten neu auch Änderungen der Versicherungsbedingungen oder der Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen (Art. 8 Abs. 2 i.V.m. Art. 7 Abs. 2 Bst. n KVAG) der Genehmigungspflicht unterstehen.

Absatz 1

Artikel 7 Absatz 1 KVAV erinnert daran, dass der Entwurf für neue Statuten (bzw. für die Änderung) vor der Eintragung ins Handelsregister der Aufsichtsbehörde vorgelegt werden muss. Nach dem Kreisreiben 2.1 zu den „Fusionen, Spaltungen, Umwandlungen und Vermögensübertragungen im Bereiche der sozialen Krankenversicherung“ war dies schon bisher so. Auch hat die Aufsichtsbehörde schon bisher, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Bestimmungen gemäss diesem KS 2.1 geprüft. Neu ist hingegen, dass die Aufsichtsbehörde, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Bestimmungen auch bewilligt. Dabei versteht sich von selbst, dass die handelsregisterrechtliche Prüfung und die Eintragung ins Handelsregister vorbehalten bleiben. Das heisst mit anderen Worten, dass das zuständige Handelsregisteramt das Vorliegen der Bewilligung der Aufsichtsbehörde nicht prüfen muss und dass es die Eintragung ins Handelsregister unabhängig von dieser Bewilligung vornehmen kann. Denn das Handelsregisteramt prüft grundsätzlich nur in (bundes-)gesetzlich geregelten Ausnahmefällen das Vorliegen

von behördlichen Bewilligungen (z.B. Bewilligungspflicht beim Erwerb von Grundstücken durch Personen im Ausland). Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht zu begründen. Die Prüfpflicht des zuständigen Handelsregisteramtes ergibt sich aus Artikel 940 OR und aus Artikel 28 HregV.

Absatz 2

Artikel 7 Absatz 2 KVAV legt fest, dass Gesuche um Änderung des örtlichen Tätigkeitsbereichs sowie neue Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und über die freiwillige Taggeldversicherung bei der Aufsichtsbehörde fünf Monate vor Beginn ihrer Gültigkeit eingereicht werden müssen. Die Aufsichtsbehörde kann diese Frist verkürzen. Dies bedeutet, dass die Versicherer länger Zeit haben, solche Gesuche sowie neue Bestimmungen einzureichen.

Absatz 3

Nach Artikel 6 Absatz 1 KVAG dürfen die Versicherer einem anderen Unternehmen der Versicherungsgruppe, einem Verband der Versicherer oder Dritten Aufgaben übertragen. Gemäss Artikel 6 Absatz 2 KVAG dürfen zentrale Führungsaufgaben, zu denen insbesondere die Oberleitung und die Kontrolle durch den Verwaltungsrat gehören, nicht übertragen werden. Auch der Erlass von Verfügungen im Sinne von Artikel 49 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist durch die Versicherer beziehungsweise deren Organe selber vorzunehmen. Bei der Übertragung von Aufgaben an einen Verband ist zum Beispiel an die Aufgaben zu denken, die aktuell durch den Verband selbst wahrgenommen werden, wie die Führung eines Zahlstellenregisters oder die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Nach Artikel 6 Absatz 3 KVAG müssen die Versicherer sicherstellen, dass die Aufsicht über übertragene Aufgaben uneingeschränkt wahrgenommen werden kann. Die Übertragung von Aufgaben durch Versicherer (Outsourcing) ist alltäglich geworden. Gerade in grossen Konzernen werden eigens dafür Dienstleistungsgesellschaften gegründet, die hauptsächlich administrative Tätigkeiten für die anderen Gesellschaften erledigen. Artikel 6 KVAG lässt die Übertragung von Aufgaben bis auf die erwähnten Ausnahmen grundsätzlich zu. Nach Artikel 7 KVAG müssen die Versicherer bei der Aufsichtsbehörde ein Bewilligungsgesuch einreichen. Dem Gesuch ist der Geschäftsplan beizulegen. Dieser muss nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe I (falls vorhanden) Angaben und Unterlagen enthalten, zu Verträgen und sonstigen Absprachen, durch die wesentliche Aufgaben des Versicherers an Dritte übertragen werden. Aus diesem Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe I KVAG ergibt sich, dass sich die Bewilligung der Aufsichtsbehörde auf Verträge und sonstige Absprachen zur Übertragung von „wesentlichen“ Aufgaben beschränkt. Die Übertragung von administrativen Hilfstätigkeiten gehört nicht dazu.

Nach Artikel 7 Absatz 3 KVAV müssen Verträge und sonstige Absprachen zur Übertragung von wesentlichen Aufgaben (Art. 6 KVAG i.V.m. Art. 7 Abs. 2 Bst. I KVAG) bei der Aufsichtsbehörde zwei Monate vor Beginn ihrer Gültigkeit eingereicht werden.

Artikel 8 Änderungen der rechtlichen Struktur, Vermögensübertragung und Übertragung des Versichertenbestandes

Beabsichtigt ein Versicherer eine Änderung seiner rechtlichen Struktur oder eine Vermögensübertragung nach dem Fusionsgesetz vom 3. Oktober 2003 (SR 221.301), so hat er dies nach Artikel 9 Absatz 1 KVAG der Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Die Aufsichtsbehörde kann eine solche Änderung innert acht Wochen nach deren Mitteilung untersagen oder an Bedingungen knüpfen, wenn die Änderung nach Art und Umfang den Versicherer oder die Interessen der Versicherten gefährden kann (Art. 9 Abs. 2 KVAG). Fusionen sowie Spaltungen benötigen zwar keine Bewilligung der Aufsichtsbehörde, da hier die Interessen der Versicherten weniger gefährdet sind, weil der betroffene Versicherer 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 den Versicherer darlegen.

Beabsichtigt ein Versicherer seinen Versichertenbestand gestützt auf eine vertragliche Vereinbarung ganz oder teilweise auf einen anderen Versicherer zu übertragen, so bedarf dies der Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde bewilligt die Übertragung, wenn die Interessen der Versicherten insgesamt gewahrt werden (Art. 9 Abs. 3 KVAG). Nach diesem Absatz 3 ist somit im Fall einer kompletten oder teilweisen Versichertenbestandesübertragung eine Bewilligung der Aufsichtsbehörde erforderlich. 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 der Versicherer diese notwendigen Schritte zum Schutz der Versicherten wahrnimmt und kann den Versicherer allenfalls darauf aufmerksam machen.

Absatz 1

Artikel 8 Absatz 1 KVAV legt nun fest, dass diese Mitteilung im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 KVAG in der Regel bis zum 30. Juni zu erfolgen hat. Ferner legt Absatz 1 fest, dass die Mitteilung und die dazu gehörigen Unterlagen bis spätestens dem 30. August bei der Aufsichtsbehörde einzureichen sind. Die Einzelheiten und die massgebenden Unterlagen werden in einem Kreisschreiben der Aufsichtsbehörde zu den „Fusionen, Spaltungen, Umwandlungen und Vermögensübertragungen im Bereiche der sozialen Krankenversicherung“ näher festgelegt.

In Satz 3 von Artikel 8 Absatz 1 KVAV wird analog der geltenden Regelung gemäss dem Kreisschreiben 2.1 festgehalten, dass die Änderungen gemäss Artikel 9 Absatz 1 KVAG jeweils erst am 1. Januar wirksam werden. Weil die Versicherungsperiode durch die Einschränkungen bei der Wahl der besonderen Versicherungsformen (vgl. z.B. Art. 94 KVV; Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise) üblicherweise an das Kalenderjahr gebunden ist und auch die neuen Prämientarife üblicherweise jeweils auf den Beginn des Kalenderjahres wirksam werden, macht es Sinn, auch das Inkrafttreten der geplanten Vorgänge nach dem Fusionsgesetz auf den Beginn des Kalenderjahres zu beschränken. Allerdings wird in Artikel 8 Absatz 3 KVAV festgehalten, dass in dringenden Fällen die Änderungen nach Artikel 8 Absatz 1 KVAV durch Genehmigung der Aufsichtsbehörde an einem anderen Datum als am 1. Januar in Kraft treten kann.

Absatz 2

Artikel 8 Absatz 2 KVAV ergänzt Artikel 9 Absatz 3 KVAG mit einer Ordnungsfrist von vier Monaten. Beabsichtigt ein Versicherer eine Versichertenbestandesübertragung nach Artikel 9 Absatz 3 KVAG, teilt er dies nach Artikel 8 Absatz 2 KVAV der Aufsichtsbehörde mindestens vier Monate vor dem vorgesehenen Übertragungsdatum mit. Die Aufsichtsbehörde ist nicht verpflichtet, eine Übertragung des Versichertenbestandes innerhalb einer kürzeren Frist zu genehmigen, falls der Versicherer einen entsprechenden Übertragungsantrag stellt. Wird der Antrag auf eine kürzere Frist gestellt, kann die Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten und unter Wahrung ihrer Rechte dennoch eine Übertragung bewilligen (Art. 8 Abs. 3 KVAV).

Absatz 3

Artikel 8 Absatz 3 Buchstabe a KVAV bezieht sich auf die Frist von Artikel 9 Absatz 2 KVAG und auf die Mitteilungsfristen von Artikel 8 Absätze 1 und 2 KVAV. Er hält fest, dass in dringenden Fällen die Prüf- fristen nach Artikel 9 Absatz 2 KVAG und die Mitteilungsfristen der Versicherer nach Artikel 8 Absätze 1 und 2 KVAV verkürzt werden können, sofern dies im Interesse der Versicherten ist und deren Rechte gewahrt bleiben. Aus den gleichen Gründen kann die Aufsichtsbehörde genehmigen, dass die Änderungen nach Artikel 9 Absatz 1 KVAG (also die Änderungen nach Artikel 8 Absatz 1 KVAV) an einem anderen Datum als am 1. Januar in Kraft treten.

Dabei ist auch im Rahmen von Artikel 8 KVAV die handelsregisterrechtliche Prüfung und die Eintragung ins Handelsregister vorbehalten. Das heisst mit anderen Worten, dass das zuständige Handelsregisteramt das Vorliegen der Bewilligung der Aufsichtsbehörde nicht prüfen muss und dass es die Eintragung ins Handelsregister unabhängig vornehmen kann. Denn das Handelsregisteramt prüft grundsätzlich nur in (bundes-)gesetzlich geregelten Ausnahmefällen das Vorliegen von behördlichen Bewilligungen (z.B.

Bewilligungspflicht beim Erwerb von Grundstücken durch Personen im Ausland). Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht zu begründen.

3. Kapitel: Finanzierung der Versicherungstätigkeit

1. Abschnitt: Finanzierungsverfahren

Artikel 9

Das geltende Recht sieht vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert wird (Art. 60 Abs. 1 KVG). Dieser Grundsatz wird auf Verordnungsstufe nicht näher ausgeführt.

Neu sind die Versicherer verpflichtet, die soziale Krankenversicherung nach dem Bedarfsdeckungsverfahren zu finanzieren (Art. 12 KVAG). In der Botschaft vom 15. Februar 2012 zum Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Botschaft, BBl 2012 1962) wurde festgehalten, dass damit ein anderer Begriff eingeführt wird. Das Finanzierungsverfahren bleibt jedoch unverändert.

In *Absatz 1* wird dieses Verfahren erläutert, indem die Versicherer verpflichtet werden, sicherzustellen, dass ihre Erträge ihren Bedarf decken. Gemäss Botschaft gelten als Bedarf insbesondere die Kosten der im betreffenden Jahr erbrachten Leistungen, die Verwaltungskosten, die Abgaben in den Risikoausgleich und die Mittel, um die erforderlichen Reserven und versicherungstechnischen Rückstellungen zu bilden.

Absatz 2 verbietet den Versicherern, Schenkungen auszurichten oder entgegenzunehmen. Als Schenkung gilt jede Zuwendung, womit jemand aus seinem Vermögen einen andern ohne entsprechende Gegenleistung bereichert (Art. 239 Abs. 1 Obligationenrecht vom 30. März 1911, SR 220). Artikel 5 Buchstabe f KVAG verpflichtet die Versicherer, die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken zu verwenden. Mit dem vorliegenden Absatz soll ausgeschlossen werden, dass ein Versicherer Mittel der sozialen Krankenversicherung ohne entsprechende Gegenleistung einem anderen Versicherer zufließen lässt. Ebenso soll ausgeschlossen werden, dass Dritte einem Versicherer Mittel ohne entsprechende Gegenleistung zukommen lassen.

2. Abschnitt: Reserven

Artikel 10 Anfangsreserven

Nach geltendem Recht müssen die Reserven einer um Anerkennung ersuchenden Krankenkasse mindestens acht Millionen Franken betragen (Art. 12 Abs. 3 KVV). Dieser Betrag entspricht dem Mindestkapital, über das Versicherungsunternehmen, welche die Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) durchführen wollen, verfügen müssen (Artikel 7 Bst. b AVO). Die Reserven und die Mindesthöhe der Reserven können erst nach den Artikeln 11 bis 13 (Solvenztest) ermittelt werden, wenn der Versicherer einen Bestand hat.

Die geltende Regelung wird nur insofern verändert, als sie heute nur für Krankenkassen, neu aber auch für private Versicherungsunternehmen nach Artikel 3 KVAG gelten soll. Diese können die soziale Krankenversicherung und/oder die Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung durchführen. Seit Inkrafttreten des KVG hat es jedoch nie ein privates Versicherungsunternehmen gegeben, das die soziale Krankenversicherung anbot. Wenn die privaten Versicherungsunternehmen die soziale Krankenversicherung nur rückversichern, gilt dieser Artikel für sie nicht, ihre Reserven richten sich dann nach VAG.

Artikel 11 Ermittlung der Reserven

Nach geltendem Recht sind die Versicherer verpflichtet, für bereits eingetretene Krankheiten und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit, ausreichende Reserven zu bilden (Art. 60 Abs. 1 KVG). Auch das KVAG verpflichtet die Versicherer, zur Sicherstellung der Solvenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung ausreichende Reserven zu bilden (Art. 14 Abs. 1 KVAG). Bei Krankenkassen, die sowohl die soziale Krankenversicherung, als auch die Zusatzversicherung in derselben rechtlichen Einheit führen, ist es an der FINMA zu prüfen, ob genügend „Reserven VVG“ vorhanden sind, um die Risiken im Bereich des Zusatzversicherungsgeschäfts zu decken. Auch für die Kurzfristleistungen gemäss UVG, die von einigen Krankenkassen versichert werden, sind entsprechende Reserven zu stellen. Damit wird sichergestellt, dass die gesamten Reserven die Risiken aller Geschäftsbereiche abdecken. Auf die Berücksichtigung von allfälligen Diversifikationseffekten wird verzichtet.

Im geltenden Recht werden die Reserven in Artikel 78 bis 78 c KVV geregelt. Da diese Bestimmungen auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt wurden und sich bisher bewährt haben, werden sie weitgehend unverändert in die KVAV übernommen.

Die Überschrift "Bestimmung der Reserven" (bisher Art. 78 KVV) wird durch "Ermittlung der Reserven" ersetzt, um denselben Begriff wie in der Überschrift "Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung" (bisher Art. 78b KVV, neu Art. 11) zu verwenden.

Die *Absätze 1 und 5* werden sprachlich geändert.

Die *Absätze 2 und 4* werden unverändert übernommen.

In *Absatz 3* wird ergänzt, dass der Wert der Verpflichtungen *nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden* möglichst genau zu schätzen ist.

Artikel 12 Mindesthöhe der Reserven

Die *Absätze 1 und 2* werden unverändert von Artikel 78a KVV übernommen.

In *Absatz 3* wird dem EDI neu die Kompetenz erteilt, festzulegen, wie die Rückversicherungsverträge im Modell zu berücksichtigen sind.

Artikel 13 Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung

Die *Absätze 1 und 2* werden von Artikel 78b KVV übernommen. *Absatz 3* entspricht inhaltlich dessen *Absatz 3*, wird jedoch sprachlich vereinfacht.

Artikel 14 Berichterstattung

Die *Absätze 1 bis 3* werden, sprachlich leicht geändert, von Artikel 78c KVV übernommen.

3. Abschnitt: Versicherungstechnische Rückstellungen

Artikel 15

Nach geltendem Recht haben die Versicherer die Rückstellungen und die Reserven für die obligatorische Krankenpflegeversicherung in ihrer Bilanz gesondert auszuweisen (Art. 60 Abs. 2 KVG). Gestützt auf diese Bestimmung hat der Bundesrat jeden Versicherer verpflichtet, Rückstellungen für unerledigte

Versicherungsfälle zu bilden für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und für die Taggeldversicherung. Zudem haben die Versicherer die bilanzierten Rückstellungen in der laufenden Rechnung zu berichtigen, wenn diese nicht mit dem tatsächlichen, aufgrund der Vorjahreskosten berechneten Bedarf übereinstimmen (Art. 83 Abs. 1 und 2 KVV).

Neu werden die Versicherer ausdrücklich verpflichtet, angemessene versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden. Diese umfassen

- die Leistungsrückstellungen zur Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Behandlungen,
- die Rückstellungen von noch nicht abgerechneten Versicherungsfällen in der freiwilligen Taggeldversicherung sowie
- Alterungsrückstellungen der freiwilligen Taggeldversicherung, falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden (Art. 13 Abs. 1 und 2 KVAG).

Absatz 1 verpflichtet den Versicherer, seine versicherungstechnischen Rückstellungen, welche in der Regel den grössten Bilanzposten in den Passiven bilden, nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden zu bilden. Dabei kann er allfällige Ansprüche gegenüber einem Rückversicherer nicht berücksichtigen. Das heisst, dass eine (passive) Rückversicherung nicht erlaubt, Rückstellungen zu reduzieren. Die Rückstellungen sollen allen Risiken entsprechen.

Absatz 2 verpflichtet den Versicherer, nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen aufzulösen. Der Versicherer kann die Prämien der Taggeldversicherung nach Eintrittsalter abstufen (Art. 76 Absatz 3 KVG) und Altersrückstellungen bilden. Wenn die Kündigungen die Erwartungen erheblich übersteigen, können somit nicht mehr benötigte Rückstellungen entstehen.

Absatz 3 lehnt sich an Artikel 54 Absatz 3 der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (AVO, SR 961.011) an. Er verpflichtet die Versicherer, im Geschäftsplan (Art. 7 Abs. 2 KVAG) die Bedingungen der Bildung und der Auflösung der versicherungstechnischen Rückstellungen zu nennen. Zudem hat er seine Annahmen, insbesondere die Rechnungsgrundlagen und die Rückstellungsmethoden zu dokumentieren. Die Angaben zu den verwendeten Rechnungsgrundlagen werden vorwiegend zur Berechnung der kollektiven Alterungsrückstellung in der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung, wo nach dem Eintrittsalter tarifiert wird, benötigt.

Aufgrund der Rechnungslegungsvorschriften nach Swiss GAAP FER 41 sind die versicherungstechnischen Rückstellungen ausschliesslich zur Deckung der Ansprüche aus Versicherungsverträgen vorgesehen. Es handelt sich dabei um eine Schätzung aller per Stichtag noch anfallenden zukünftigen Zahlungen und Kosten aufgrund der zum Zeitpunkt der Schätzung vorliegenden Information. Sie gelten als gut geschätzt, wenn sie den tatsächlich zu erwartenden Verpflichtungen entsprechen, indem sie im Durchschnitt über mehrere Jahre weder zu positiven noch zu negativen Ergebnissen führen.

Absatz 4 gibt dem EDI, in Anlehnung an Artikel 54 Absatz 4 AVO, die Zuständigkeit festzulegen, wie die Rückstellungen zu bilden und aufzulösen sind.

4. Abschnitt: Gebundenes Vermögen

Artikel 16 Sollbetrag

Nach geltendem Recht übernimmt die gemeinsame Einrichtung die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern (Art. 18 Abs. 2 KVG). Zum Schutz der gemeinsamen Einrichtung müssen die Versicherer neu die Ansprüche aus Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung sicherstellen (Art. 15 Abs. 1 KVAG).

Da das VAG die Versicherer verpflichtet, die Ansprüche aus Versicherungsverträgen nach VVG durch ein gebundenes Vermögen sicherzustellen (Art. 17 VAG), können die in der AVO dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen (2. Kapitel: Art. 70 bis 95 AVO) herangezogen werden.

Absatz 1 lehnt sich an Artikel 70 Buchstabe b AVO an, wonach das gebundene Vermögen für Versicherer, welche die Schadenversicherung betreiben mindestens 100'000 Franken beträgt. Das VAG sieht vor, dass das gebundene Vermögen den versicherungstechnischen Rückstellungen und einem angemessenen Zuschlag entspricht (Art. 18 VAG). Die Finma hat diesen Zuschlag in der Schadenversicherung auf mindestens 100'000 Franken festgelegt (Art. 1 Abs. 1 Bst. b Verordnung vom 9. November 2005 der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen, SR 961.011.1). In Anlehnung an diese Bestimmungen werden die Versicherer hier verpflichtet, ein gebundenes Vermögen von mindestens 200'000 Franken zu bestellen.

Absatz 2 lehnt sich an Artikel 68 Absatz 2 AVO an, indem er der Aufsichtsbehörde erlaubt, auf Antrag des Versicherers seine Forderungen aus Rückversicherungsverträgen bei der Bestellung des gebundenen Vermögens ganz oder teilweise zuzulassen. Dabei wird sie den möglichen Ausfall des Rückversicherers berücksichtigen müssen. Voraussetzung der Zulassung ist, dass der Rückversicherer die Forderung mit seinem gebundenen Vermögen sicherstellt. Der Sollbetrag wird dadurch nicht vermindert. Er entspricht weiterhin den ganzen Rückstellungen, wie in Artikel 15 Absatz 2 KVAG vorgeschrieben. Diese müssen aber nicht vollständig, sondern nur vermindert durch Aktiven gedeckt sein, da sie teilweise durch den Rückversicherer mit seinem gebundenen Vermögen gedeckt werden.

Artikel 17 Zeitpunkt der Ermittlung des Sollbetrages

Diese Bestimmung entspricht weitgehend Artikel 71 AVO, wobei die Versicherer nur *ein* gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung bilden.

Absatz 1 verpflichtet den Versicherer, den Sollbetrag auf den Zeitpunkt des Rechnungsabschlusses zu berechnen.

Absatz 2 gibt der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit zuzulassen, dass der Versicherer den Sollbetrag auf einen anderen Zeitpunkt als denjenigen des Rechnungsabschlusses berechnet.

Absatz 3 erlaubt der Aufsichtsbehörde, jederzeit eine Neuberechnung oder Schätzung des Sollbetrages zu verlangen.

Artikel 18 Bericht

Artikel 72 Absatz 1 AVO sieht vor, dass das Versicherungsunternehmen der Finma innert drei Monaten nach Abschluss des Rechnungsjahres den Sollbetrag für jedes gebundene Vermögen zusammen mit dem Verzeichnis der Deckungswerte mitteilt.

In Anlehnung an diese Bestimmung wird der Versicherer verpflichtet, der Aufsichtsbehörde den auf das Ende des Geschäftsjahres berechneten Sollbetrag und das Verzeichnis der Deckungswerte bis 31. März mitzuteilen.

Artikel 19 Deckung

Absatz 1 lehnt sich an Artikel 74 Absatz 1 AVO an, der vorschreibt, dass der Sollbetrag jederzeit durch Aktiven gedeckt sein muss. Die Bewertung richtet sich nach den Bestimmungen von Swiss GAAP FER.

Absatz 2 lehnt sich an Artikel 74 Absatz 2 AVO an, der den Versicherer verpflichtet, das gebundene Vermögen unverzüglich zu ergänzen, wenn er eine Unterdeckung feststellt. Zusätzlich wird er verpflichtet, die Unterdeckung der Aufsichtsbehörde zu melden. Diese kann, in Anlehnung an die AVO, in besonderen Fällen eine Frist zur Ergänzung einräumen.

Absatz 3 lehnt sich an Artikel 84 Absatz 2 AVO an, wonach die Werte des gebundenen Vermögens unbelastet sein müssen und die Gläubiger des Versicherers ihre Forderungen nicht mit Forderungen, die zum gebundenen Vermögen gehören, verrechnen dürfen. Ebenso wie in der AVO bleibt der Artikel

zu den derivativen Finanzinstrumenten vorbehalten. Bis anhin waren für das ganze Vermögen gemäss Artikel 80 KVV Anlagen, bei denen der Schuldnerin oder dem Schuldner ein Pfand-, Zurückbehaltungs-, Verrechnungs- oder ein vergleichbares Recht zukommt, unzulässig (Art. 80d Abs. 2 KVV). Neu gelten solche Einschränkungen nur noch für Werte, die dem gebundenen Vermögen zugeordnet sind. Diese sollen zur Deckung der Ansprüche der Versicherten jederzeit unbelastet zur Verfügung stehen, und Gläubiger sollen ihre Forderungen nicht damit verrechnen können.

Artikel 20 Bestellung

Die *Absätze 1 bis 3* entsprechen, mit sprachlichen Änderungen, Artikel 76 AVO.

Absatz 4 verpflichtet die Versicherer, welche die soziale Krankenversicherung und Versicherungen nach VVG anbieten und damit über zwei gebundene Vermögen verfügen müssen, dasjenige der sozialen Krankenversicherung als solches zu bezeichnen. Damit sollen diese Sondervermögen in ihrer Buchhaltung und bei ihrer Bank ohne weiteres unterschieden werden können. Heute sind viele Versicherer in Gruppen organisiert, in denen die soziale Krankenversicherung und die Versicherungen nach VVG von unterschiedlichen juristischen Personen angeboten werden. Dadurch sind die gebundenen Vermögen ohnehin der entsprechenden juristischen Person zugeordnet.

Artikel 21 Geeignete Anlagen

Absatz 1 führt die zur Bestellung des gebundenen Vermögens geeigneten Werte an. Andere Anlagen gelten als ungeeignet. Dabei wird auf die im geltenden Recht zugelassenen Anlagen abgestellt.

Buchstaben a bis d lehnen sich an die heute zulässigen Anlagen (Art. 80d KVV) an.

Buchstabe a wird sprachlich geändert, zudem wird festgelegt, dass Festgelder und Geldmarktanlagen nur mit einer Laufzeit bis zu zwölf Monaten in diese Kategorie fallen. Die Post braucht nicht mehr gesondert erwähnt zu werden, da die Postfinance AG seit 2013 über eine Bankenbewilligung verfügt, so dass Postguthaben als Bankguthaben gelten.

Buchstabe b und c entsprechen den Buchstaben b und c von Artikel 80d Absatz 1 KVV.

Buchstabe d sieht - wie Buchstabe d von Artikel 80d Absatz 1 KVV - vor, dass Anlagen in Liegenschaften zulässig sind, mit Ausnahme von Hypothekarkrediten. Neu wird in Artikel 55 Absatz 2 geregelt, dass die Vergabe von Hypothekarkrediten als riskant gilt.

Buchstabe e Ziffern 1 bis 3 regeln die kollektiven Kapitalanlagen, die bisher in Artikel 80g Absätze 1 und 2 KVV erfasst waren.

Buchstabe f regelt die derivativen Finanzinstrumente, die bisher in Artikel 80h KVV erfasst waren. Die Ziffern 1 bis 3 übernehmen die *Buchstaben a bis c* von Absatz 1 unverändert. Mit Ziffer 3, wonach Anlagen im Vermögen des Versicherers vorhanden sein und die Schwankungen des Marktes nachvollziehen müssen, wird ausgedrückt, dass Derivatgeschäfte nur zulässig sind, wenn für jeden pfandgesicherten Verlust auf dem derivativen Finanzinstrument ein entsprechender Gewinn auf dem verpfändeten Vermögen anfällt. Hält ein Derivat diese Bedingung ein, ist es daher kaum möglich, dass ein Verlust nicht durch vorhandene Vermögenswerte gedeckt werden könnte und das Pfand verwertet werden müsste.

Mit Ziffer 4 wird zudem neu vorgeschrieben, dass sämtliche Verpflichtungen, die sich aus derivativen Finanzinstrumenten ergeben oder sich im Zeitpunkt der Ausübung des Rechtes ergeben können, gedeckt sein müssen. Dabei sind die Verpflichtungen massgebend, die im schlimmsten Fall auftreten könnten. Dies bedeutet, dass ein Versicherer, der ein derivatives Finanzinstrument hält, das ihn zum Verkauf von Wertschriften oder Devisen verpflichtet, bereits so viele Wertschriften oder Devisen in seinem Depot haben muss, wie er maximal verkaufen muss. Verpflichtet das Derivat zu einem Kauf, muss der Versicherer über entsprechende flüssige Mittel verfügen. Diese Bestimmung gilt es sowohl bei der Deckungspflicht nach Ziffer 3 als auch bei der Berechnung der Anteile zur Prüfung der Begrenzungen nach Artikel 23 zu beachten.

Absatz 2 erklärt Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen, als ungeeignet für das gebundene Vermögen. Dies weil solche Anlagen in der Regel nicht auf einem dem Publikum offenstehenden Markt gehandelt werden und somit nicht kurzfristig zu einem angemessenen Preis veräussert werden können. Diese Institutionen wurden bisher nicht näher umschrieben. Das BAG lässt Anlagen in Institutionen zu, die Leistungen nach KVG erbringen (insbesondere in Arzt-, HMO-Praxen und Spitäler). Es hat aber auch Anlagen in Informatikfirmen, die spezielle Krankenversicherungssoftware oder Systeme für den elektronischen Datenaustausch zwischen Versicherern und Leistungserbringern oder Kantonen entwickeln, als Anlagen, in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen, genehmigt.

Absatz 3: Die Versicherer müssen der Aufsichtsbehörde jährlich oder auf Verlangen nachweisen, dass sie die Ansprüche aus Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung sicherstellen (Art. 15 Abs. 1 KVAG). Dies erlaubt der Aufsichtsbehörde zu prüfen, ob die dem gebundenen Vermögen zugewiesenen Werte diesem Nachweis genügen. Ist dies nicht der Fall, muss die Aufsichtsbehörde vom Versicherer die Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes verlangen (Art. 34 Abs. 2 KVAG). Anders als Artikel 20 VAG erlaubt Artikel 15 KVAG dem Bundesrat nicht, der Aufsichtsbehörde die Zuständigkeit, um die Zulassung der Werte zu regeln, zu überlassen. Die Aufsichtsbehörde kann über den Nachweis befinden, dass die Werte des gebundenen Vermögens die Verpflichtungen decken. Sie kann aber nicht über einzelne Werte befinden. Das heisst insbesondere, dass die Aufsichtsbehörde sich der Zuweisung von ungeeigneten Werten nicht widersetzen kann, wenn die übrigen Werte des gebundenen Vermögens höher sind als zur Deckung der Verpflichtungen erforderlich.

Artikel 22 Begrenzungen

Nach geltendem Recht darf der Versicherer sein Vermögen höchstens bis zu einem bestimmten Anteil in einzelne Kategorien anlegen. So sind unter anderem Aktien und ähnliche Papiere sowie Immobilien auf je 25 Prozent des Vermögens nach Artikel 80 KVV begrenzt. Zudem darf der Versicherer höchstens 20 Prozent seines Vermögens in Fremdwährungen anlegen. Der Versicherer darf diese Begrenzungen überschreiten, wenn er die Anlagen mit derivativen Finanzinstrumenten effektiv absichert. Diese Begrenzungen gelten grundsätzlich auch für kollektive Anlagen (Art. 80e bis 80g KVV).

Neu sollen die Begrenzungen nur für das gebundene Vermögen gelten, wobei der Sollbetrag des gebundenen Vermögens als 100 Prozent gelten soll. Durch die im KVAG vorgesehene umfassende quantitative und qualitative Erfassung der gesamten Risiken erübrigen sich die bisherigen starren Begrenzungen, die die Kapitalanlagen mit Ausnahme der operationellen flüssigen Mittel erfassen. Die heutigen Limiten, die jederzeit eingehalten werden müssen, können sich nämlich je nach Marktlage für den Versicherer nachteilig auswirken. So können diese Begrenzungen dazu führen, dass Kapitalanlagen bei einer Änderung der Marktwerte umgehend veräussert werden müssen, um die Limiten einzuhalten. Bei Begrenzungen der Kapitalanlagen, die sich nur auf das gebundene Vermögen beziehen, besteht für den Versicherer zusätzlich die Möglichkeit unter Berücksichtigung der Grundsätze zum Risikomanagement der Kapitalanlagen, wie Sicherheit, Nachhaltigkeit, Risikoverteilung oder Liquidität, eine Umschichtung zwischen gebundenem Vermögen und Reserven vorzunehmen.

Die in den *Absätzen 1 bis 3* vorgesehenen Begrenzungen entsprechen denjenigen von Artikel 80e Absätze 2 bis 4 und 80f KVV. Sie erscheinen auch bezüglich des gebundenen Vermögens als angemessen. Da Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen, als ungeeignet für das gebundene Vermögen gelten (siehe Art. 21 Abs. 2), erübrigt sich deren Begrenzung in diesem Abschnitt. Die heute geltende Begrenzung (Art. 80e Abs. 5 KVV) wird aber in Art. 55 Abs. 3 übernommen.

Absatz 4 übernimmt Artikel 80e Absatz 1 KVV, der die Versicherer verpflichtet, die Begrenzungen jederzeit einzuhalten. Dabei wird präzisiert, dass die Begrenzungen *grundsätzlich* jederzeit einzuhalten sind. Der Versicherer darf die Begrenzungen - wie heute (Art. 80e Abs. 6, Art. 80f KVV) - überschreiten, wenn er die Anlage wirksam und umfassend mit derivativen Finanzinstrumenten absichert.

Absatz 5 erlaubt neu dem EDI, Weisungen zur Berechnung der Begrenzungen zu erlassen.

Artikel 23 Begrenzungen bei kollektiven Kapitalanlagen

Die Begrenzungen der kollektiven Anlagen im gebundenen Vermögen entsprechen den bisherigen nach Artikel 80g Absätze 3 und 4 KVV.

Artikel 24 Verwahrung der Werte

Dieser Artikel lehnt sich an die Artikel 86 und 87 AVO an.

Absatz 1 verpflichtet die Versicherer, die dem gebundenen Vermögen zugewiesenen beweglichen Vermögenswerte in Fremdverwahrung zu geben. Aus Sicherheitsgründen ist die Eigenverwahrung, die heute ohnehin kaum mehr üblich ist, nicht zugelassen.

Absatz 2 lehnt sich an Artikel 87 Absatz 1 AVO, wonach der Versicherer der Aufsichtsbehörde Verwahrungsort, Hinterlegungsstelle und Verwahrungsart sowie deren Änderungen melden muss.

Die *Absätze 3 und 5* entsprechen weitgehend Artikel 86 Absatz 3 und 4 AVO.

Absatz 4 verpflichtet den Versicherer, im Verwahrungsvertrag vorzusehen, dass die Verwahrerin gegenüber dem Versicherer für die Erfüllung der Verwahrerpflichten haftet.

Artikel 25 Prüfung durch die Aufsichtsbehörde

Dieser Artikel entspricht, mit sprachlichen Anpassungen, Artikel 85 AVO. Die Aufsichtsbehörde nimmt auch eigene Prüfungen vor, wenn sie dies für angezeigt hält. Sie kann Dritte mit der Prüfung beauftragen, wobei es mit dem Dritten einen Dienstleistungsvertrag abschliesst. Der Aufwand des Dritten ist grundsätzlich durch den Versicherer zu bezahlen.

Artikel 26 Verwendung des Erlöses des gebundenen Vermögens

Dieser Artikel lehnt sich an Artikel 54a Absatz 2 VAG an, wonach aus dem Erlös des gebundenen Vermögens vorweg Ansprüche aus Versicherungsverträgen gedeckt werden. Zusätzlich zu den Ansprüchen aus Versicherungsverträgen werden hier auch die Ansprüche aus Rückversicherungsverträgen gedeckt. Dabei werden diese Ansprüche im Konkurs als gleichwertig behandelt. Anders als im VAG fällt ein Überschuss nicht in die Konkursmasse, sondern deckt die mit der Gewährung dieser Ansprüche verbundenen Verwaltungskosten.

Peter Ch. Hsu und Eric Stupp, Basler Kommentar zum Versicherungsaufsichtsgesetz, Basel 2013, führen aus, dass die Versicherten ein Vorrecht auf den Verwertungserlös aus dem gebundenen Vermögen haben. Das gebundene Vermögen sei ein rechtlich nicht verselbstständigtes Sondervermögen, welches im Konkursfall als Haftungssubstrat primär zur Befriedigung der Ansprüche der Versicherten verwendet werde. Als Sondervermögen bilde das gebundene Vermögen eine separate Konkursmasse, welche auch separat inventarisiert werden müsse. Die Forderungen der Versicherten aus Versicherungsverträgen würden vorrangig aus dem Verwertungserlös befriedigt. Zwischen diesen Forderungen herrsche das Prinzip der Gleichberechtigung, daher seien bei einer Unterdeckung alle Forderungen proportional zu kürzen. Der ungedeckte Teil der Forderungen sei bei der Verwertung des sonstigen Vermögens als normale Forderung der 3. Klasse nach Artikel 219 Absatz 4 SchKG zu behandeln (Randziffern 9, 10, 17 und 20 zu Artikel 54a).

Die vorliegende Bestimmung soll entsprechend wirken. Indem auch die mit der Gewährung der Leistungen verbundenen Verwaltungskosten gedeckt werden, soll der Insolvenzfonds entlastet werden, der diese Kosten nach Artikel 51 Absatz 1 Buchstabe d KVAG auch übernehmen muss.

5. Abschnitt: Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Artikel 27 Prämienfestlegung

Absatz 1

Die Kosten des Versicherers umfassen die Leistungsvergütungen, die Risikoabgaben, die Ausgleichsbeiträge, die nötigen Mittel für die Bildung der Rückstellungen und Reserven und die Verwaltungskosten. Ein Anteil an den Kapitalerträgen darf vom Versicherer abgezogen werden.

Absatz 2

Der Versicherer kann die Erträge aus dem Kapital bis zur Höhe des Prozentsatzes abziehen, den er in den letzten Jahren durchschnittlich erwirtschaftet hat. Grundsätzlich müssen die zehn letzten Jahre berücksichtigt werden. Der Versicherer, der die soziale Krankenversicherung seit weniger als zehn Jahre durchführt, berücksichtigt die maximale Anzahl Jahre, das heisst seitdem er tätig ist. Die Aufsichtsbehörde muss somit in der Lage sein, die Entwicklung der Kapitalerträge des Versicherers zu beurteilen. Sie trägt auch ausserordentlichen Ereignissen wie beispielsweise einer Finanzkrise Rechnung. Maximal kann der Versicherer als Kapitalertrag bis zum Doppelten des Prozentsatzes, den alle Versicherer zusammen in den zehn letzten Jahren durchschnittlich erwirtschaftet haben, von den Kosten abziehen.

Die Kapitalerträge gelten für den gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich des Versicherers. Der Versicherer muss die Anteile aber auf die einzelnen Kantone verteilen. Dabei geht er von den geschätzten Prämieinnahmen im jeweiligen Kanton aus.

Absatz 3

Nach Artikel 61 Absatz 4 KVG werden die Prämien für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU), in Island oder in Norwegen wohnen, nach dem Wohnsitzstaat berechnet. Vielfach haben die Versicherer in den einzelnen Ländern aber keinen ausreichenden Versichertenbestand, um Prämien zu berechnen. Deshalb gelten alle Versicherten eines Versicherers in den EU-Ländern, Island und Norwegen als ein einziger Bestand. So hat der Versicherer einen ausreichenden Bestand, um eine Prämie zu berechnen. Er berechnet die Durchschnittsprämie und legt dann die Prämien der einzelnen Staaten nach deren Kosten fest.

Absatz 4

Dieser Absatz führt aus, was unter «übermässigen Reserven» zu verstehen ist. Nicht genehmigt im Sinne von Artikel 16 Absatz 4 Buchstabe d KVAG werden Prämien, wenn sie zu Reserven führen, die mehr als 200 Prozent der Mindesthöhe nach Artikel 12 Absatz 1 betragen.

Artikel 28 Abbau von übermässigen Reserven

Absatz 1

Verfügt ein Versicherer über übermässige Reserven oder wird mit dem bei der Aufsichtsbehörde eingereichten Prämientarif über übermässige Reserven verfügen, muss er diese abbauen. Er stellt einen Plan für den Abbau der Reserven auf, den er der Aufsichtsbehörde vorlegt. Der Abbauplan ist ein Teil der Prämien genehmigung und wird deshalb genehmigt.

Absatz 2

Der Reservenabbau muss über mehrere Jahre erfolgen. Bei einem einmaligen Abbau würde der Ausgleichsbetrag hoch ausfallen, der von den Prämien abgezogen wird. Die Prämien würden nicht mehr der Kostenrealität entsprechen. Bei nur unwesentlich übermässigen Reserven kann der Abbau, der

entsprechend gering ausfällt, in einem Jahr erfolgen. Der Versicherer erstellt den Abbauplan auf der Grundlage seiner vorhandenen Reserven.

Absatz 3

Der Abbau der Reserven wird den Versicherten in Form eines Ausgleichsbetrags ausgerichtet. Der Versicherer reicht den Abbauplan und die Unterlagen, die als Berechnungsgrundlage für den Ausgleichsbetrag dienen, zusammen mit dem Prämientarif bei der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung ein.

Die Reserven sollen die Solvenz des Versicherers sicherstellen (Art. 14 Abs. 1 KVAG). Sie gelten somit für dessen gesamten örtlichen Tätigkeitsbereich. Damit der Abbau den Versicherten in den einzelnen Kantonen zukommt, muss der Versicherer nach den gesetzlichen Vorgaben einen Verteilschlüssel bestimmen. Damit ist für Gleichbehandlung gesorgt, und der Versicherer darf beim Reservenabbau nicht einzelne Versichertenkategorien wie beispielsweise diejenigen mit höheren Franchisen oder besonderen Versicherungsformen begünstigen.

Absatz 4

Der Versicherer zieht den Ausgleichsbetrag von der von der Aufsichtsbehörde genehmigten Prämie ab. Damit für Transparenz gesorgt ist und die Versicherten den Ausgleich klar von der Prämie unterscheiden können, führt der Versicherer den Ausgleichsbetrag auf der Prämienrechnung gesondert auf.

Artikel 29 Genehmigung der Prämientarife

Absatz 1

Die Bestimmung übernimmt das geltende Recht (Art. 92 Abs. 1 KVV). Die Prämientarife müssen weiterhin fünf Monate vor ihrer Anwendung eingereicht werden. Die Frist ist erfahrungsgemäss erforderlich, damit die Aufsichtsbehörde ihre Überprüfungsaufgabe wahrnehmen kann, bevor die Prämienmitteilung an die Versicherten – mindestens zwei Monate vor Anwendbarkeit der neuen Prämien – erfolgen muss (Art. 7 Abs. 2 KVG).

Absatz 2

Das geltende Recht (Art. 92 Abs. 2 KVV) legt fest, welche Unterlagen die Versicherer den Prämientarifen beilegen müssen. Die Aufsichtsbehörde muss jedoch weitere Unterlagen verlangen können, wenn sie dies als nötig erachtet. Mit Artikel 29 Absatz 2 KVAV erhält die Aufsichtsbehörde deshalb die Kompetenz in einer Weisung festzulegen, welche Unterlagen und Informationen den Prämientarifen beizulegen sind.

Absatz 3

Die Bestimmung entspricht Artikel 92 Absatz 3 KVV.

Absatz 4

Die Kantone erhalten die nötigen Angaben, um zur Kostenschätzung in ihrem Gebiet Stellung zu nehmen. Die Aufsichtsbehörde setzt eine Frist für diese Stellungnahme, die ihren Zeitbedarf für die Überprüfung berücksichtigt und der zweimonatigen Frist zwischen der Prämienmitteilung an die Versicherten und deren Anwendbarkeit (Art. 7 Abs. 2 KVG) Rechnung trägt.

Absatz 5

Die Bestimmung hält die heutige Praxis fest, wonach die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich für ein Jahr genehmigt werden. Es kann aber sein, dass die Aufsichtsbehörde bei der Überprüfung der Prämien eines Versicherers Zweifel hat und die eingereichten Unterlagen nicht als ausreichenden Nachweis erachtet. Die Nichtgenehmigung kann unter Umständen aber eine zu radikale Massnahme darstellen, da die definitiven Zahlen, die der Versicherer der Aufsichtsbehörde zu Beginn des Folgejahrs vorlegen wird, die Zweifel möglicherweise ausräumen können. Aus diesem Grund kann die Aufsichtsbehörde die Prämien für eine unterjährige Dauer genehmigen. Ist die Auf-

sichtsbehörde dann im Besitz der Unterlagen und Informationen, anhand denen sich die Zweifel überprüfen lassen, kann sie entweder die unterjährige Prämien genehmigung bestätigen oder eine Sanierungsmassnahme – wie eine Prämien erhöhung – anordnen.

Für die Versicherten ist die Gültigkeitsdauer der Prämien ein massgebliches Kriterium bei der Wahl des Versicherers. Aus diesem Grund müssen die Versicherer die Versicherten künftig – zusammen mit der Prämienmitteilung – informieren, wenn die Prämien nicht für ein ganzes Jahr genehmigt wurden.

Artikel 30 Veröffentlichung der Prämien

Im Hinblick auf eine umfassende Information der Versicherten – damit diese den Versicherer und das Versicherungsmodell in Kenntnis der Sache wählen können – müssen die Versicherer alle Versicherungsmodelle, Franchisen und Prämien im Angebot veröffentlichen. Sie kommen dieser Pflicht grundsätzlich durch das Aufschalten dieser Angaben auf ihrer Webseite nach. Haben sie diese Möglichkeit nicht, müssen die Versicherer die Informationen in anderer für die Versicherten zugänglicher Form veröffentlichen. Die Veröffentlichungspflicht als solche ist nicht neu und besteht im geltenden Recht bereits in Bezug auf den Geschäftsbericht (Art. 85a Abs. 1 KVV) und die Datenbearbeitungsreglemente (Art. 84b KVG).

6. Abschnitt: Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung

Artikel 31

Die Bestimmungen zu den Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind sinngemäss auf die Prämien der Einzeltaggeldversicherung anwendbar. Davon ausgenommen ist Artikel 29 Absatz 4, da die Versicherer die Höhe der von ihnen gewährten Taggelder weitgehend frei bestimmen dürfen. Anders als bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, bei der die Kantone die Tarifverträge genehmigen (Art. 46 Abs. 4 KVG) oder die Tarife unter Umständen sogar festsetzen (Art. 47 Abs. 1 KVG), besteht in diesem Bereich keine Möglichkeit der direkten Einflussnahme durch die Kantone. Insofern können die Kantone zu den Kosten der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung in ihrem Gebiet auch nicht Stellung nehmen.

7. Abschnitt: Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen

Artikel 32 Kumulierte Kosten

Die kumulierten Kosten eines Versicherers bestehen aus allen Kosten, die ihm in einem Jahr anfallen.

Artikel 33 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation des Versicherers

Vor der Genehmigung einer Prämienrückerstattung in Kantonen mit zu hohen Prämieinnahmen stellt die Aufsichtsbehörde sicher, dass der Versicherer nach dem Ausgleich noch über die nötigen Mittel verfügt, um seinen finanziellen Verpflichtungen nachzukommen (Vergütung der Leistungen). Die Reserven müssen nach dem Ausgleich über 150 Prozent der Mindesthöhe nach Artikel 12 Absatz 1 betragen, was der Versicherer nach Artikel 13 Absatz 3 nachzuweisen hat.

Artikel 34 Verfahren

Den Antrag für die Genehmigung des Ausgleichs muss der Versicherer gemäss Artikel 17 Absatz 1 KVAG bis am 30. Juni des Folgejahrs – nach dem Jahr, für das die Prämienrückerstattung erfolgt –

stellen. Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Rückerstattung im Rahmen des ordentlichen Prämien genehmigungsverfahrens, das heisst Ende September bis Anfang Oktober. Die Rückvergütung muss spätestens bis am 31. Dezember des Jahres erfolgen, in dem der Antrag gestellt wird (Art. 18 KVAG).

Absatz 1

Wie bei den Prämientarifen (Art. 29 Abs. 2) legt die Aufsichtsbehörde in einer Weisung fest, welche Unterlagen und Informationen mit dem Genehmigungsantrag eingereicht werden müssen.

Absatz 2

Die Rückvergütung eines Teils der Prämie ist für die Kantone von Belang, die ja Prämienverbilligungen gewähren. Die Aufsichtsbehörde wird sie deshalb über Rückerstattungsentscheide auf ihrem Gebiet informieren.

Artikel 35 Rückerstattungsbetrag

Um die Rückerstattung für die Versicherten in den einzelnen Kantonen festzulegen, muss der Versicherer einen Verteilschlüssel nach den gesetzlichen Vorgaben bestimmen. Damit ist für Gleichbehandlung gesorgt, und der Versicherer darf bei der Rückerstattung zu hoher Prämieinnahmen nicht einzelne Versichertenkategorien wie beispielsweise diejenigen mit höheren Franchisen oder besonderen Versicherungsformen begünstigen.

Artikel 36 Durchführung des Ausgleichs

Nach Artikel 18 KVAG erhält die Rückvergütung, wer am 31. Dezember des Jahres, für das die Rückerstattung erfolgt, beim Versicherer versichert war. Dabei sind folgende Fälle besonders erwähnenswert:

1. Ende der Versicherungspflicht vor dem 31. Dezember

1.1. Tod der versicherten Person

Artikel 18 KVAG setzt voraus, dass die Person am 31. Dezember noch der Versicherungspflicht untersteht. Insofern stellt die Bestimmung eine Abweichung von Artikel 457 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) dar. Der Rückerstattungsanspruch von vor dem 31. Dezember verstorbenen Versicherten geht nicht an deren Erben über. Hingegen besteht der Anspruch, wenn der Versicherte zwischen dem 31. Dezember und dem Zeitpunkt der Rückerstattung stirbt.

1.2. Wegzug aus der Schweiz vor dem 31. Dezember

Wer vor dem Jahresende ins Ausland zieht und damit am 31. Dezember nicht mehr in der Schweiz versicherungspflichtig ist, hat keinen Anspruch auf die Rückerstattung.

2. Unter einjährige Versicherungsdauer beim ausgleichenden Versicherer

Die Dauer der Versicherung beim Versicherer, der einen Prämienausgleich vornimmt, hat keinen Einfluss auf die Rückerstattungsberechtigung. Massgeblich ist allein der Umstand, am 31. Dezember des Jahres, für das der Ausgleich stattfindet, beim ausgleichenden Versicherer versichert zu sein. Im Lauf des betreffenden Jahres beigetretene Versicherte (Geburt, Zuzug aus dem Ausland, unterjähriger Versichererwechsel) sind somit rückerstattungsberechtigt. Keinen Anspruch auf die Rückerstattung hat hingegen, wer zuvor bei diesem Versicherer versichert war, im Verlauf des Jahres aber zu einem anderen gewechselt hat.

3. Asylsuchende

Asylsuchende haben in dem Kanton Wohnsitz, dem sie das Staatssekretariat für Migration (SEM) zuteilt (Art. 27 Abs. 3 Asylgesetz; AsylG, SR 142.31). Sind sie bei einem Versicherer versichert, der in diesem Kanton einen Prämienausgleich vornimmt, sind sie rückerstattungsberechtigt.

4. Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung (Sans-Papiers)

Auch Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung sind in der Schweiz versicherungspflichtig. Sind sie bei einem Versicherer in einem Kanton versichert, in dem dieser zu hohe Prämieinnahmen ausgleicht, sind sie rückerstattungsberechtigt.

5. Unbekannt verzogene Versicherte (Personen ohne Kontaktmöglichkeit)

Versicherer können unbekannt Verzogene nicht einfach aus ihrem Bestand ausschliessen. Die Beendigung der Versicherungspflicht ist Sache der Kantone. Diese Personen sind somit rückerstattungsberechtigt. Da sie ihre Prämien nicht mehr bezahlen, darf der Versicherer die Rückvergütung mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen (Art. 36 Abs. 2).

6. Personen mit längerer Dienstzeit gemäss Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG; SR 833.1)

Nach Artikel 3 Absatz 4 KVG wird die Versicherungspflicht für Personen, die mehr als 60 Tage dem MVG unterstellt sind, sistiert – jedoch nicht beendet. Somit gehören diese weiterhin dem Bestand des Versicherers an, sind aber von der Prämienzahlung befreit (Art. 10a Abs. 2 KVV). Da die Unterstellung unter das MVG die Versicherungspflicht nicht beendet, sind auch am 31. Dezember dienstleistende und dadurch prämienbefreite Versicherte rückerstattungsberechtigt.

7. Kantonale Prämien ohne Wohnsitz im Prämienkanton

Wer kantonale Prämien ohne Wohnsitz im betreffenden Kanton zahlt (z.B. Personen nach Art. 91 Abs. 2 KVV, die weder die Prämie eines EU-Mitglieds, Islands oder Norwegens noch eine besondere Prämie des Versicherers, sondern die kantonale Prämie am letzten Schweizer Wohnort oder am Sitz des Versicherers bezahlen), ist rückerstattungsberechtigt.

8. Personen, die ihre Prämien nicht vollumfänglich selber bezahlen

Nach Artikel 18 KVAG wird der Betrag den versicherten Personen ausgerichtet, selbst wenn sie die Prämien nicht vollumfänglich selber bezahlen. Der Kanton, der die Prämie ganz oder teilweise geleistet hat, darf die Rückvergütung bei der Berechnung der Prämienverbilligung aber berücksichtigen. Dazu ist anzumerken, dass Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV im Sinne des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) in vollem Umfang Anspruch auf die vom EDI berechnete Durchschnittsprämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben.

Absatz 1

Bei der Form der Mitteilung an die Versicherten muss sichergestellt sein, dass diese alle Betroffenen erreicht. Grundsätzlich ist eine individuelle Benachrichtigung erforderlich. Die Veröffentlichung in der Zeitschrift des Versicherers reicht nicht aus, da diese ja nicht mehr erhält, wer inzwischen den Versicherer gewechselt hat.

Absatz 2

Der Versicherer kann den Ausgleich entweder von der Prämie abziehen oder den Versicherten separat auszahlen. Zieht der Versicherer den Ausgleich von einer Prämie ab, muss er dies für die Versicherten klar ersichtlich getrennt auf der Rechnung ausweisen. Ehemaligen Versicherten, die den Versicherer inzwischen gewechselt haben, muss er den Ausgleich auszahlen.

Absatz 3

Anders als bei den Versicherungsleistungen (Art. 105c KVV) darf der Versicherer den Ausgleich für zu hohe Prämieinnahmen mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen. Die Bestimmung ist vor allem in Bezug auf Versicherte wichtig, die den Versicherer gewechselt haben. Denn bei ihnen kann der Versicherer die Rückvergütung nicht von einer aktuellen Prämienrechnung abziehen.

8. Abschnitt: Verwaltungskosten

Artikel 37 Zuordnung der Verwaltungskosten

Diese Bestimmung entspricht dem geltenden Recht (Art. 84 KVV). Da die Verwaltungskosten über die Versichertenprämien finanziert werden und das KVAG auf verbesserte Transparenz in der sozialen Krankenversicherung abzielt, wird die Verteilung der Verwaltungskosten auf die einzelnen Bereiche der Versicherung nach dem tatsächlichen Aufwand beibehalten.

Artikel 38 Beurteilung der Verwaltungskosten

Absatz 1

Die durchschnittlichen Verwaltungskosten der Versicherer, die in einem Wettbewerbsmarkt agieren, liefern ein zuverlässiges Mass für eine wirtschaftliche Geschäftsführung. Um zu überprüfen, ob sich die Verwaltungskosten eines Versicherers im Normbereich liegen, kann die Aufsichtsbehörde Vergleiche in der Branche vornehmen. Die Besonderheiten der einzelnen Versicherer werden berücksichtigt. Bei kleinen Versicherern kann es vorkommen, dass die Verwaltungskosten wegen eines ausserordentlichen Aufwands (z.B. Erneuerung der Informatik) stark überdurchschnittlich ausfallen. Ausgehend von einer einmaligen Ausgabe wird die Aufsichtsbehörde nicht auf mangelhafte Geschäftsführung schliessen. Sie wird die Entwicklung in den Folgejahren beobachten und prüfen, ob die Verwaltungskosten wieder dem normalen Verlauf vor dem ausserordentlichen Aufwand entsprechen.

Absatz 2

Nach Artikel 59 müssen beim Rechnungsabschluss die Bestimmungen von Swiss GAAP FER unter Einbezug der Bestimmungen der Aufsichtsbehörde eingehalten werden. Der Kontenplan der Versicherer muss verschiedene Verwaltungsaufwandspositionen enthalten. Mit dieser Bestimmung erhält die Aufsichtsbehörde die Kompetenz, den Versicherern neue Kriterien für die Darstellung der Verwaltungskosten vorzugeben.

Artikel 39 Vermittlertätigkeit und Werbekosten

Absatz 1

Eine Vermittlertätigkeit im Sinne von Artikel 19 KVAG üben Personen aus, die ohne beim Versicherer angestellt zu sein für diesen im Auftragsverhältnis Versicherte akquirieren, Angestellte des Versicherers, deren Tätigkeit im Akquirieren neuer Versicherter besteht, und andere Personen, die dem Versicherer gegen Entgelt Kompetenzen oder Dienste zur Verfügung stellen mit dem Ziel, den Beitritt von Versicherten zu erleichtern oder zu ermöglichen. Zu dieser Kategorie gehören unter anderem Betreiber von Werkzeugen, mit denen die Versicherten die Prämien der sozialen Krankenversicherung vergleichen und einem Versicherer beitreten können.

Kleinere Versicherer ohne eigene Verkaufsabteilung werden nicht benachteiligt, da die Definition der Vermittlertätigkeit auch das für die Akquisition von Versicherten eingesetzte Personal des Versicherers umfasst.

Absatz 2

Alle Werbekosten unabhängig vom eingesetzten Medium – das können beispielsweise TV-Werbespots oder Plakate sein – müssen berücksichtigt werden.

4. Kapitel: Unternehmensführung und Revision
1.Abschnitt: Risikomanagement und internes Kontrollsystem

Artikel 40 Interne Richtlinien

Um die Anforderungen bezüglich Unbescholtenheit und Kompetenz (*Fitness* und *Properness*) zu erfüllen, müssen die Mitglieder des Verwaltungsorgans und des Leitungsorgans über einen guten Ruf verfügen; sie müssen zuverlässig, integer und gewissenhaft sein. Sie müssen über die zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach deren Ausmass, Art und Funktion erforderlichen Kenntnisse verfügen. Die Bewerberinnen und Bewerber müssen die nötigen Fachkenntnisse und Erfahrung im Versicherungsbereich aufweisen.

Die Versicherer müssen die Mindestanforderungen für Mitglieder des Verwaltungsorgans und des Leitungsorgans und für die oberen Kader in internen Richtlinien festhalten. Für deren Erarbeitung sind sie allein verantwortlich. Sie müssen die Richtlinien nicht genehmigen lassen, der Aufsichtsbehörde aber ein Exemplar davon zustellen.

Artikel 41 Zusammensetzung des Verwaltungsorgans

Diese Bestimmung hält die Kompetenzanforderungen (*Fitness*) für Mitglieder des Verwaltungsorgans fest.

Absatz 1

Das Verwaltungsorgan muss in Bezug auf die Fähigkeiten seiner Mitglieder ausgewogen zusammengesetzt sein. Die Aufsichtsbehörde prüft, ob das Verwaltungsorgan über das nötige Versicherungswissen verfügt. Da das Verwaltungsorgan für die Oberleitung und Organisation des Versicherers zuständig ist, muss es die zur Erfüllung seiner Aufgaben nötige Zeit investieren können. Neben Fachkenntnissen im Versicherungsbereich muss es auch über strategische Fähigkeiten verfügen.

Absatz 2

Um über das angemessene Fachwissen zu verfügen, setzt sich das Verwaltungsorgan als Ganzes aus Mitgliedern zusammen, die eine angemessene Berufserfahrung im Finanz-, Versicherungs- oder Gesundheitsbereich haben.

Absatz 3

Die benötigten Auszüge müssen der Aufsichtsbehörde im Original oder als beglaubigte Kopie eingereicht werden. Die Auszüge müssen aktuell sein, das bedeutet sie dürfen nicht länger als drei Monate vor der Einreichung ausgestellt worden sein.

Artikel 42 Zusammensetzung des Leitungsorgans

Diese Bestimmung hält die Kompetenzanforderungen (*Fitness*) für Mitglieder des Leitungsorgans fest.

Absatz 1

Wie das Verwaltungsorgan muss das Leitungsorgan über die nötigen Qualifikationen zur Erfüllung seiner Aufgaben verfügen. Die Aufsichtsbehörde prüft somit, ob es über die erforderlichen Kapazitäten verfügt.

Absatz 2

Ohne eine Ausbildung konkret zu nennen verlangt die Bestimmung, dass die Mitglieder des Leitungsorgans über die für die Leitung der ihnen unterstellten Bereiche erforderlichen Kenntnisse sowie über

geeignete Erfahrung verfügen müssen. Beurteilt werden diese vor allem nach den Resultaten im Rahmen ihrer früheren Tätigkeiten.

Absatz 3

Siehe dazu die Erläuterungen zu Artikel 41 Absatz 3.

Artikel 43 Doppelfunktionen

Absatz 1

Nach Artikel 20 Absatz 3 KVAG darf der oder die Vorsitzende des Verwaltungsorgans nicht zugleich dem Leitungsorgan vorsitzen. Um eine Kollusion zu verhindern, damit die beiden Organe ihre Aufgaben unabhängig erfüllen - unter anderem das Verwaltungsorgan seine Aufsichtsfunktion über das Leitungsorgan - wahrnehmen können, wird mit dieser Bestimmung eine vollständige personelle Trennung eingeführt. So darf niemand zugleich Mitglied des Verwaltungsorgans und des Leitungsorgans sein.

Absatz 2

Ausnahmen sind möglich, insbesondere bei einer vorübergehenden Vakanz. Sie müssen von der Aufsichtsbehörde bewilligt werden, die für angemessene Kontrollmechanismen sorgen wird. Ausnahmen müssen provisorische Lösungen darstellen.

Artikel 44 Nachweis des guten Rufes

Diese Bestimmung hält die Unbescholtenheitsanforderungen (*Properness*) fest, die für das Verwaltungs- und das Leitungsorgan gelten.

Die leitenden Organe der Versicherer müssen zuverlässig, integer und gewissenhaft sein. Als Voraussetzung für die Übernahme einer solchen Funktion müssen sie der Aufsichtsbehörde deshalb mitteilen, wenn einer oder mehrere der aufgeführten Sachverhalte auf sie zutreffen. Denn wenn jemand im Rahmen der Tätigkeit bereits in ein Straf- oder Zivilverfahren verwickelt war, bereits eine Leitungsfunktion in einem Unternehmen innehatte, das in dieser Zeit oder im Jahr danach in finanzielle Schwierigkeiten geraten ist oder schon einmal von einer Führungsfunktion abberufen oder von einem Berufsverband sanktioniert wurde, kann dies den guten Ruf dieser Person infrage stellen.

In Bezug auf Buchstabe d kann es sich um Sanktionen von Berufsverbänden wie der Aktuarer, Anwälte oder Analytiker handeln.

Artikel 45 Veröffentlichung der Interessenbindungen

Absatz 1

Im Hinblick auf die mit dem KVAG angestrebte höhere Transparenz in der sozialen Krankenversicherung müssen die Bewerberinnen und Bewerber für die Sitze im Verwaltungsorgan und im Leitungsorgan der Versicherer ihre Interessenbindungen melden. Eine Funktion in einem ebenfalls im Gesundheitsbereich tätigen Unternehmen (z.B. Pharmaunternehmen) könnte sich als unvereinbar mit der Tätigkeit in einem leitenden Organ eines Versicherers erweisen. Dies kann, da die Kantone ebenfalls Krankenversicherungsaufgaben wahrnehmen, auch bei einem öffentlichen Amt der Fall sein, beispielsweise in folgenden Bereichen: Aufsicht über Personen, die selbständig einen universitären Medizinalberuf ausüben (Art. 41 Medizinalberufegesetz; MedBG, SR 811.11), Spitalplanung (Art. 39 Abs. 2 KVG), Genehmigung der Tarifverträge (Art. 46 Abs. 4 KVG), Festsetzung des Tarifs (Art. 47 Abs. 1 KVG), Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung im Rahmen von Artikel 55a KVG, Definition der Versicherten in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen, die Anspruch auf Prämienverbilligung haben (Art. 65 KVG), und Kontrolle der Versicherungspflicht (Art. 6 KVG). Diese Kompetenz kann den Gemeinden übertragen werden.

Absatz 2

Um Transparenz sicherzustellen, müssen die Interessenbindungen nach Absatz 1 im Geschäftsbericht veröffentlicht werden.

Artikel 46 Verhinderung von Interessenkonflikten

Absatz 1

Wer Interessen hat, die denen des Versicherers permanent entgegenstehen, kann nicht in dessen leitenden Organen Einsitz nehmen. Es kann aber vorkommen, dass die persönlichen Interessen eines Mitglieds im leitenden Organ im Einzelfall mit denen des Versicherers in Konflikt geraten. In einem solchen Fall muss das betreffende Mitglied umgehend den Präsidenten des Verwaltungsorgans informieren. Es tritt in den Ausstand und nimmt nicht an den Beratungen oder der Abstimmung in der betreffenden Sache teil.

Absatz 2

Der Versicherer muss interne Richtlinien zur Regelung von Interessenkonflikten erlassen und der Aufsichtsbehörde ein Exemplar zustellen.

Artikel 47 Entschädigungssystem

Das Entschädigungssystem muss klar und nachvollziehbar sein. Die Betroffenen müssen über seine Bestandteile informiert werden. Der Versicherer muss die wesentlichen (festen und variablen) Bestandteile des Entschädigungssystems und die Beurteilungskriterien für die Entschädigung (z.B. je nach strategischer oder operativer Verantwortung) im Geschäftsbericht darlegen.

Artikel 48 Ziel und Inhalt des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems

Die unterschiedlichen Verhältnisse der Versicherer wirken sich erheblich auf ihre Geschäftsrisiken aus. Um angemessen auf ihre Risikolage reagieren zu können, müssen die Versicherer ihre internen Strukturen, die Prozesse und Verantwortungen, die Methoden der Risikoerkennung und des Risikomanagements sowie die Kontrolltätigkeiten definieren. Sie richten eine interne Revisionsstelle ein, die ihre Kontrolle nach dem COSO-Standard vornimmt. Es muss ein Aktionsplan zur Aufrechterhaltung des Betriebs für Krisensituationen (wie Naturkatastrophe, Pandemie, massiver Personal- oder Systemausfall) erstellt werden (*Business Continuity Management*).

Artikel 49 Dokumentation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems

Die Dokumentation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems hält sämtliche Methoden und Instrumente zur Messung, Überwachung und Bewältigung der Risiken fest. Um die Risikolage des Versicherers prüfen zu können, muss die Aufsichtsbehörde über die entsprechenden und auf dem neusten Stand gehaltenen Unterlagen verfügen.

Artikel 50 Liquiditätsanforderungen

Schwerwiegende Liquiditätsprobleme können zum Konkurs des Versicherers führen (Art. 41 KVAG). Die Planung in diesem Bereich ist insbesondere bei Anlagen des Versicherers in derivative Finanzinstrumente von Bedeutung.

Absatz 1

Diese Bestimmung umschreibt die quantitativen Liquiditätsanforderungen: Der Versicherer muss jederzeit über so viel Liquidität verfügen, dass er seine Zahlungsverpflichtungen auch bei ungünstiger Wirtschaftslage erfüllen kann. Die quantitativen Anforderungen sind nicht bei jedem Versicherer gleich. Sie sind von den konkreten Liquiditätsrisiken und der Anlagepolitik des Versicherers abhängig.

Absatz 2

Diese Bestimmung umschreibt die qualitativen Liquiditätsanforderungen: Der Versicherer muss in der Lage sein, seine Liquiditätsrisiken zu ermitteln und zu kontrollieren. Er muss verschiedene adverse Szenarien erstellen und Stresstests durchführen. Ausserdem muss er über ein Notfallkonzept verfügen, das den verschiedenen Szenarien und Stresstests Rechnung trägt.

Artikel 51 Interne Revisionsstelle

Absatz 1

Damit die interne Revisionsstelle unabhängig amten kann, darf das Leitungsorgan ihr gegenüber nicht weisungsberechtigt sein. Die interne Revisionsstelle führt die Aufgaben aus, die ihr das Verwaltungsorgan zuweist.

Absatz 2

Die interne Revision ist ein Kontrollinstrument, das dem Versicherer bei der Zielerreichung hilft, indem es die Wirksamkeit des Risikomanagements, der Kontrollen sowie der Führungs- und Aufsichtsprozesse systematisch und methodisch analysiert und beurteilt. Die interne Revisionsstelle prüft die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften. Sie muss auf alle betriebsinternen Informationen unbeschränkt zugreifen können. Damit die Aufsichtsbehörde in den Besitz aller zur Erfüllung ihrer Aufgabe benötigten Unterlagen gelangt, stellt die interne Revisionsstelle auch ihr ein Exemplar des Berichts zu, den sie zuhanden der externen Revisionsstelle verfasst.

Absatz 3

Nach Artikel 6 Absatz 1 KVAG dürfen interne Revisionsaufgaben ganz oder teilweise Dritten übertragen werden. Diese müssen aber die Unabhängigkeitsanforderungen, wie sie die für die interne Revisionsstelle gelten, genauso erfüllen: Ihre Mitglieder dürfen nicht dem Leitungsorgan des Versicherers angehören, das ihnen gegenüber nicht weisungsberechtigt sein darf. So kann die interne Revision beispielsweise einer zugelassenen Prüfgesellschaft im Sinne des Revisionsaufsichtsgesetzes (RAG; SR 221.302) oder einem anderen Unternehmen der Gruppe, welcher der Versicherer angehört, übertragen werden, sofern keines ihrer Mitglieder dem Leitungsorgan des Versicherers angehört. Der externen Revisionsstelle kann die interne Revision hingegen nicht übertragen werden, da diese ja mit der Prüfung der Angemessenheit und Wirksamkeit des internen Kontrollsystems beauftragt ist (Art. 62 Abs. 2).

2. Abschnitt: Risikomanagement für das Vermögen

Artikel 52 Anlagegrundsätze

Nach geltendem Recht erlässt der Bundesrat die notwendigen Vorschriften, insbesondere über die Kapitalanlagen (Art. 60 Abs. 6 KVG). Gestützt auf diese Bestimmung hat der Bundesrat die Kapitalanlagen geregelt, die er letztmals auf den 1. Januar 2011 geändert hat (Art. 80 bis 80i KVV).

Neu verpflichtet das KVAG die Versicherer, so organisiert zu sein, dass sie alle wesentlichen Risiken erfassen, begrenzen und überwachen können. Der Bundesrat erlässt Vorschriften zum Ziel, zum Inhalt und zur Dokumentation des Risikomanagements sowie zur Überwachung der Risiken (Art. 22 KVAG). Gestützt auf diese Bestimmung regelt der Bundesrat die Kapitalanlagen näher, um die Risiken bei der Vermögensanlage zu begrenzen. Dazu zieht er die Bestimmungen zu den Kapitalanlagen heran, soweit sie sich bewährt haben.

Im geltenden Recht ist vorgesehen, dass die Bestimmungen zur Anlage des Vermögens für das Vermögen der Versicherer gilt. Als Vermögen der Versicherer gelten deren Kapitalanlagen, einschliesslich der Immobilien, und deren den Kapitalanlagen zugeordnete flüssigen Mittel (Art. 80 Abs. 2 KVV). Damit werden die operationellen flüssigen Mittel nicht zum Vermögen gerechnet. Diese Regelung wurde im Hinblick auf die Berechnung der Begrenzungen des Vermögens getroffen. Denn das so umschriebene Vermögen schwankt weniger, als wenn die operationellen flüssigen Mittel auch dazu gerechnet würden. Diese können nämlich wegen der Zahlungen in den oder aus dem Risikoausgleich stark schwanken.

Nach *Absatz 1* gehören neu grundsätzlich alle Werte zum Vermögen, wobei die Werte des Versicherungsgeschäftes nach dem VVG weiterhin ausgenommen werden.

Die *Absätze 2 bis 7* entsprechen denjenigen von Artikel 80a KVV.

Artikel 53 Anforderungen an die Vermögensverwaltung

Dieser Artikel entspricht weitgehend Artikel 80b KVV. Dessen Absatz 2 sieht vor, dass das Vermögen durch unterschiedliche, voneinander unabhängige Personen verwaltet und überwacht wird. Da der Begriff der Unabhängigkeit schwierig zu erfassen und bei kleinen Krankenversicherern kaum umsetzbar ist, wird auf diese Anforderung verzichtet.

Artikel 54 Anlagereglement

Dieser Artikel entspricht Artikel 80c KVV.

Artikel 55 Gewichtung des Anlagerisikos

Artikel 22 Absatz 2 KVAG erlaubt dem Bundesrat, die Risiken, die mit bestimmten Anlagen verbunden sind, zu gewichten. Damit zwingt er den Versicherer, entweder diese Anlagen stärker abzusichern oder auf diese zu verzichten. Er kann bestimmte Anlagen auch grundsätzlich als riskant und damit als ungeeignet bezeichnen.

Absatz 1 sieht demnach vor, dass Anlagen, die hier nicht aufgelistet sind, als riskant gelten. Aufgelistet werden in Buchstabe a die für das gebundene Vermögen geeigneten Anlagen (Art. 21). In Buchstabe b werden Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen, aufgelistet.

Absatz 2 bezeichnet die Vergabe von Hypothekarkrediten als riskant, womit er inhaltlich den zweiten Teil von Artikel 80d Absatz 1 Buchstabe d KVV übernimmt. Grundsätzlich gelten jedoch alle Anlagen, die nicht in Absatz 1 aufgelistet sind, als riskant und werden nicht einzeln als riskant bezeichnet.

Absatz 3 bezeichnet Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen und mehr als zwei Prozent des Vermögens ausmachen, als riskant. Diese Regelung lehnt sich an die geltende Begrenzung von zwei Prozent (Art. 80e Abs. 5 KVV) an. Da das Vermögen neu alle flüssigen Mittel umfassen soll (siehe Art. 52 Abs. 1), kann es - zumindest zeitweise - höher als heute sein. Da die Begrenzung aber stets eingehalten sein muss und diese Anlagen wie bis anhin der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung zu unterbreiten sind, wird die Höhe von zwei Prozent beibehalten.

Artikel 56 Risikomanagement bei derivativen Finanzinstrumenten

Absatz 1 entspricht Artikel 80h Absatz 2 KVV. Mit dem Begriff der Handelbarkeit wird angestrebt, dass das derivative Finanzinstrument rasch zu einem Marktpreis veräussert werden kann.

Absatz 2 lehnt sich an Artikel 109 AVO an, der den Versicherer verpflichtet, der Aufsichtsbehörde jährlich einen Bericht über die Geschäfte mit Derivaten zuzustellen.

Artikel 57 Ausschluss der Effektenleihe und des Pensionsgeschäftes

Absatz 1 entspricht inhaltlich Artikel 80i KVV. Der Verkauf von Wertschriften mit der Verpflichtung, die gleiche Menge und Gattung an Wertschriften später wieder zurückzukaufen, wird neu mit dem Begriff Pensionsgeschäft erfasst.

Absatz 2 erlaubt neu die Effektenleihe innerhalb einer kollektiven Kapitalanlage, wenn deren Anspruch auf Rückforderung der entliehenen Vermögenswerte wirksam und umfassend sichergestellt ist. Diese Bestimmung wird eingeführt, weil viele kollektive Kapitalanlagen die Möglichkeit der Effektenleihe vorsehen und eine Diversifizierung der Anlagen in verschiedene kollektive Kapitalanlagen aus Sicherheitsgründen erwünscht ist.

Absatz 3 erlaubt dem EDI, nähere Vorschriften zu erlassen, womit es insbesondere festlegen kann, wann eine Effektenleihe oder ein Pensionsgeschäft vorliegt und wann ein Anspruch als wirksam und umfassend sichergestellt gilt.

3. Abschnitt: Rechnungslegung und externe Revision

Artikel 58 Grundsätze

Mit dieser Bestimmung wird der Grundsatz der gesonderten Rechnung übernommen, die der Versicherer für die soziale Krankenversicherung führen muss. Die Unterscheidung zwischen spezifischen Versicherungszweigen des bisherigen Rechts wird nicht übernommen. Neu erhält die Aufsichtsbehörde die Kompetenz zur Festlegung von Anforderungen an die Rechnungsführung. Damit verfügt die Aufsichtsbehörde über einen grösseren Spielraum bei den diesbezüglichen Vorschriften.

Artikel 59 Geschäftsbericht

Absätze 1 und 2

Bis 2011 erstellten alle Krankenversicherer ihre Jahresrechnung nach Obligationenrecht (OR). Bei der Rechnungslegung nach OR wird das Anlagevermögen gemäss dem Vorsichtsprinzip nach dem historischen Anschaffungswert bewertet. Somit entstehen stille Reserven, und der Betrachter hat ein falsches Bild der Unternehmung. Nach allgemeiner Einschätzung erfüllt die Jahresrechnung gemäss OR nicht mehr die heutigen Anforderungen an die Darstellung der effektiven finanziellen Lage des Unternehmens bzw. an Transparenz und Vergleichbarkeit. In den letzten Jahren gab es auch verschiedene parlamentarische Vorstösse, welche mehr Transparenz in der Jahresrechnung der Krankenversicherer und somit die Bewertung der Aktiven zu Marktwerten forderten. Am 1. Januar 2012 wurden die neuen Rechnungslegungsvorschriften der Krankenversicherer an Swiss GAAP FER angepasst. Als Folge davon soll dieser anerkannte Rechnungslegungsstandard für den Geschäftsbericht als verbindlich erklärt werden. Swiss GAAP FER verlangt als oberstes Prinzip die Vermittlung eines den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Bildes der Vermögens- Finanz- und Ertragslage (*True and Fair View*) sowie eine ausführliche Kommentierung im Anhang. Der statutarische Einzelabschluss kann entweder nach Swiss

GAAP FER oder nach Swiss GAAP FER mit den zusätzlichen Konkretisierungen der Aufsichtsbehörde erstellt werden.

Absätze 3-5

Die Absätze 3-5 entsprechen dem bisherigen Recht (Art. 85a Abs. 1 und 2 KVV). Die Versicherer können den Geschäftsbericht auf ihrer Webseite veröffentlichen. Haben sie diese Möglichkeit nicht, veröffentlichen sie den Geschäftsbericht in anderer Dritten zugänglicher Form. Die Frist für die Veröffentlichung des Geschäftsberichts bis 30. Juni des Jahres, das auf das Geschäftsjahr folgt, wird beibehalten.

Artikel 60 Aufsichtsrechtlicher Jahresabschluss

Für den aufsichtsrechtlichen Abschluss gelten ebenfalls die Vorgaben von Swiss GAAP FER. Die Aufsichtsbehörde nimmt jedoch in einigen Punkten Konkretisierungen vor, welche dazu dienen sollen, dem Prinzip der «True and Fair View» Nachdruck zu verleihen und somit die Transparenz und Vergleichbarkeit der Jahresrechnungen zusätzlich zu verbessern. Insbesondere ist im aufsichtsrechtlichen Abschluss die Bildung von Rückstellungen für Risiken in den Kapitalanlagen sowie die Bildung von versicherungstechnischen Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen für die soziale Krankenpflegeversicherung untersagt. Diese Risiken werden stattdessen durch die Bildung von Reserven aufgefangen, deren Mindesthöhe durch den KVG-Solvenztest bestimmt wird und diesen Risiken explizit Rechnung trägt.

Artikel 61 Externe Revisionsstelle

Diese Bestimmung übernimmt weitgehend geltendes Recht (Art. 86 Abs. 2, 4, 5 und 6 KVV). Sie betont, dass die externe Revisionsstelle den Bestimmungen des KVAG, der KVAV und den Weisungen der Aufsichtsbehörde untersteht. Enthalten diese Regelungen für eine besondere Frage keine anwendbare Bestimmung, ist das OR subsidiär anwendbar.

Beauftragt ein Versicherer eine neue externe Revisionsstelle, weil die bisherige ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommt, muss er die Aufsichtsbehörde nicht nur über den Wechsel selbst, sondern auch über die Gründe für den Wechsel informieren.

Artikel 62 Aufgaben der externen Revisionsstelle

Absatz 1

Die externe Revisionsstelle führt jährlich eine ordentliche Revision nach den Bestimmungen des KVAG, der KVAV und nach den Weisungen der Aufsichtsbehörde und subsidiär nach den Bestimmungen des OR durch. Diese Prüfung umfasst alle Jahresrechnungen des Versicherers, sowohl den statutarischen (Art. 59) als auch den aufsichtsrechtlichen (Art. 60) Abschluss. Die externe Revisionsstelle prüft auch das gebundene Vermögen der sozialen Krankenversicherung.

Absatz 2

Die externe Revisionsstelle prüft, ob der Versicherer über ein internes Kontrollsystem verfügt und ob dieses der Grösse und den Risiken des Versicherers angepasst ist. Die übertragenen Aufgaben unterstehen auch der Prüfung der externen Revisionsstelle. Nach Artikel 6 Absatz 3 KVAG müssen die Versicherer sicherstellen, dass die Aufsicht über übertragene Aufgaben uneingeschränkt wahrgenommen werden kann.

Absatz 3

Mit dieser Bestimmung kann die externe Revisionsstelle unangemeldete Zwischenrevisionen durchführen. Sie kann auf diese Weise einzelne Punkte abklären und allfällige Zweifel ausräumen oder erhärten.

Artikel 63 Berichte der externen Revisionsstelle

Absätze 1 und 2

Die externe Revisionsstelle erstellt im Rahmen der ordentlichen Revision drei Berichte. Der umfassende Bericht nach Absatz 1 Buchstabe b betrifft auch das gebundene Vermögen. Die externe Revisionsstelle verfasst ausserdem jedes Mal einen Bericht, wenn sie eine unangemeldete Zwischenrevision nach Artikel 62 Absatz 3 vornimmt oder wenn die Aufsichtsbehörde ihr einen zusätzlichen Auftrag erteilt hat (Art. 26 Abs. 2 KVAG). Im letzteren Fall muss sie ihren Bericht innert zwei Monaten vorlegen.

Absatz 3

Die externe Revisionsstelle und die interne Revisionsstelle müssen sich gegenseitig über die Ergebnisse ihrer Prüftätigkeit informieren. Artikel 23 Absatz 2 KVAG hält fest, dass die interne Revisionsstelle ihren Bericht der externen Revisionsstelle einreicht. Dieser Absatz sorgt für die Gegenseitigkeit der Information. Die externe Revisionsstelle stellt somit ihre Berichte der Aufsichtsbehörde und der internen Revisionsstelle zu.

5. Kapitel: Rückversicherung

Nach geltendem Recht können Versicherer Leistungen, die sie nach KVG ausrichten, vertraglich rückversichern lassen. Rückversicherer bedürfen einer Bewilligung des EDI (Art. 14 Abs. 1 und 2 KVG). Die Rückversicherer werden in Artikel 16 bis 18 KVV näher geregelt.

Neu wird die Rückversicherung in Artikel 28 bis 33 KVAG geregelt. Als Rückversicherer tätig sein können Krankenkassen oder private Rückversicherer (Art. 29 Abs. 1 KVAG). Die Krankenkassen unterstehen für die Durchführung der Rückversicherung grundsätzlich denselben Bestimmungen wie für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Die privaten Rückversicherer unterstehen vorwiegend den Bestimmungen des VAG. Deshalb wird, anders als in der KVV, kein Artikel vorgesehen, wonach die Bestimmungen für die Versicherer sinngemäss auf die Rückversicherer anwendbar sind, soweit sie diese betreffen (Art. 16 Abs. 3 KVV).

Artikel 64 Krankenkassen als Rückversicherer

Nach geltendem Recht kann die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung erteilt werden an Krankenkassen mit mindestens 250 000 Versicherten. Neu muss eine Krankenkasse dafür mindestens 300'000 Personen versichern. Die Anforderung wird erhöht, um die Sicherheit zu verbessern.

Artikel 65 Bewilligungsgesuch

Das Gesuch um Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung muss bis zum 30. Juni des Vorjahres eingereicht werden. Dieser Artikel sowie die folgenden beiden entsprechen denjenigen zur Bewilligung der Durchführung der sozialen Krankenversicherung (Art. 3, 5 und 6).

Artikel 66 Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung

Die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung wird, wie die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung, auf den Beginn eines Kalenderjahres wirksam.

Artikel 67 Entzug der Bewilligung

Absatz 1 regelt den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung, wenn der Versichertenbestand unter die erwähnte Mindesthöhe fällt. Dieser Absatz betrifft nur Krankenkassen und entspricht Artikel 17 Absatz 2 KVV.

Absatz 2 betrifft sowohl die Krankenkassen wie die privaten Versicherer. Damit die Aufsichtsbehörde die Lage und Entwicklung der Rückversicherer verfolgen kann, sollen sie tatsächlich tätig sein. Deshalb entzieht die Aufsichtsbehörde die Bewilligung - wie diejenige zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung (Art. 6) - wenn sie während mehr als zwei Jahren nicht verwendet wird.

Artikel 68 Rückversicherungsverträge

Absatz 1 erlaubt dem Versicherer Rückversicherungsverträge nur mit risikogerechten Prämien und unter Bedingungen abzuschliessen, wie er sie auch mit unabhängigen Dritten vereinbaren würde (Fremdvergleichsgrundsatz). Damit soll insbesondere verhindert werden, dass Mittel der sozialen Krankenversicherung ohne entsprechende Gegenleistung an andere Kassen oder Dritte verschoben werden. Es soll vermieden werden, dass Versicherer anderen Gesellschaften derselben Gruppe Mittel zukommen lassen.

Absatz 2 erlaubt dem Versicherer sich zur Bezahlung von Rückversicherungsprämien von höchstens 50 Prozent der von seinen Versicherten geschuldeten Prämien zu verpflichten. Diese Bestimmung entspricht Artikel 18 Absatz 1 KVV.

Absatz 3 erlaubt dem Versicherer seine Rückversicherungsprämien erst zu bezahlen, wenn die Aufsichtsbehörde sie genehmigt hat. Damit kann diese zuerst prüfen, ob die Prämien den übernommenen Risiken entsprechen (Art. 33 Abs. 1 KVAG).

Absatz 4 verpflichtet den Versicherer, den Rückversicherungsvertrag der Aufsichtsbehörde mindestens einen Monat, bevor er in Kraft tritt, zur Genehmigung zu unterbreiten. Dabei hat der Versicherer seine Planerfolgsrechnungen für die ganze Vertragsdauer beizulegen. Dies erlaubt der Aufsichtsbehörde, die Prämien besser zu beurteilen.

Absatz 5 regelt die Kündigung in Anlehnung an Artikel 18 Absatz 2 KVV. Neu müssen die Rückversicherungsverträge auf das Ende jedes Kalenderjahres kündbar sein. Die Kündigung eines Rückversicherungsvertrages ändert den Geschäftsplan, was nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe i in Verbindung mit Artikel 8 Absatz 1 KVAG einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde und somit einer Meldung durch den Versicherer an diese bedarf. Die in Artikel 18 Absatz 2 KVV vorgesehene Pflicht des Rückversicherers, die Kündigung zu melden, wird in Artikel 69 Absatz 6 vorgesehen.

Absatz 6 erlaubt der Aufsichtsbehörde, vom Versicherer und vom Rückversicherer Angaben zu verlangen, um zu prüfen, ob sie den Fremdvergleichsgrundsatz nach Absatz 1 einhalten. Damit kann es insbesondere Daten von Verträgen und Abrechnungen mit Dritten verlangen.

Absatz 7 sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde die Rückversicherungsverträge höchstens für ein Kalenderjahr genehmigt. Bei mehrjährigen Verträgen muss die Genehmigung somit jährlich wieder eingeholt werden. Damit wird sichergestellt, dass die Aufsichtsbehörde die Verträge aufgrund der aktuellen Lage und unter Berücksichtigung der letzten Entwicklungen genehmigt.

Artikel 69 Pflichten des Rückversicherers

Absatz 1 verpflichtet den Rückversicherer, versicherungstechnische Rückstellungen nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden zu bilden. Diese Bestimmung lehnt sich an ähnliche Pflichten der Versicherer an (Art. 13 Abs. 1 KVAG und Art. 15 Abs. 1).

Nach geltendem Recht kann das BAG Weisungen über die Reservebildung der Rückversicherung erlassen (Art. 17 Abs. 1 KVV). Da sich die Reserven von Krankenkassen, die rückversichern, nach Artikel 14 des Gesetzes und die Reserven von privaten Rückversicherer nach VAG und AVO richten, wird keine solche Bestimmung vorgesehen.

Die *Absätze 2 bis 4* verpflichten den Rückversicherer, der Aufsichtsbehörde bis Ende März Daten zu seinen Verträgen zu liefern, diese zu erläutern und von seiner Revisionsstelle bestätigen zu lassen. Damit kann die Aufsichtsbehörde prüfen, ob der Vertrag die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere Artikel 68 Absatz 1 berücksichtigt.

Absatz 5 gibt der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, diese Daten auch zu anderen Zeitpunkten zu verlangen.

Absatz 6 verpflichtet den Rückversicherer, der Aufsichtsbehörde die Kündigung eines Rückversicherungsvertrages zu melden. Indem sowohl der Versicherer (Art. 7 Abs. 2 Bst. i in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 KVAG) als auch der Rückversicherer verpflichtet werden, die Kündigung zu melden, soll sichergestellt werden, dass die Aufsichtsbehörde diese unverzüglich erfährt.

6. Kapitel: Aufsicht

Artikel 70 Gleichbehandlung der Versicherten und Schutz vor Missbrauch

Nach Artikel 34 Absatz 1 KVAG überwacht die Aufsichtsbehörde die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Bei der Aufzählung der Aufgaben, welche die Aufsichtsbehörde insbesondere wahrzunehmen hat, wird in Artikel 34 Absatz 1 Buchstabe e KVAG auch festgehalten, dass die Aufsichtsbehörde die Versicherten vor Missbräuchen schützt.

Artikel 70 KVAV konkretisiert den in Artikel 59 des Gesetzes erwähnten „Missbrauch“ im Sinne einer Gleichbehandlung der Versicherten und einem Schutz vor Missbrauch näher. Während sich Artikel 70 Absatz 2 und 3 KVAV an Artikel 117 Absätze 1 und 2 AVO anlehnen, wird Artikel 70 Absatz 1 KVAV aufgrund der Bedürfnisse aus der Praxis neu geschaffen.

Absatz 1

Gemäss Artikel 70 Absatz 1 KVAV hat der Versicherer alle Versicherten gleich zu behandeln, ohne Unterscheidung des Gesundheitszustandes oder eines Indikators dafür, insbesondere in Bezug auf die Aufnahme in die Versicherung, die Wahl der Versicherungsform, die Mitteilungen an die Versicherten und allgemein für alle Kommunikation sowie die Frist, innerhalb deren die Leistungen vergütet werden.

Absatz 2

Nach Artikel 70 Absatz 2 KVAV gilt als Missbrauch im Sinne von Artikel 34 Absatz 1 Buchstabe e KVAG die wiederholte Benachteiligung eines Versicherten oder die systematische Benachteiligung einer Gruppe von Versicherten. Zum Beispiel könnte es sein, dass ein Versicherer die Leistungsrückerstattung von älteren Personen systematisch verzögert oder den Beitritt solcher Personen erschwert. Diese Konkretisierung des Missbrauchs lehnt sich an Artikel 117 Absatz 1 AVO an. Mit dieser Formulierung soll das Kriterium einer gewissen Systematik im missbräuchlichen Verhalten des Versicherungsunternehmens umschrieben werden. Benachteiligungen, welche sich bereits mehrfach wiederholt haben, sich aber aufgrund eines inzwischen vom Versicherungsunternehmen geänderten Verhaltens nicht

mehr wiederholen werden, müssen den versicherungsaufsichtsrechtlichen Missbrauchs begriff auch erfüllen können.

Absatz 3

Nach Artikel 70 Absatz 3 KVAV gilt als Missbrauch auch die Benachteiligung eines Versicherten durch eine juristisch oder versicherungstechnisch nicht begründbare, erhebliche Ungleichbehandlung. Dieser weitere Missbrauchstatbestand lehnt sich an Artikel 117 Absatz 2 AVO an. Damit sollen grobe Ungleichbehandlungen sanktionierbar werden. Grundsätzlich müssen also Ungleichbehandlungen juristisch oder versicherungstechnisch begründet werden können.

Artikel 71 Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden

Nach Artikel 34 Absatz 5 KVAG beaufsichtigt die FINMA die Durchführung der Versicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG. Die Aufsichtsbehörde und die FINMA koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten, wenn die Durchführung der sozialen Krankenversicherung einen Einfluss auf eine Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG hat oder haben kann (vgl. Art. 160a AVO). Sie informieren sich gegenseitig, sobald sie von Vorkommnissen Kenntnis haben, die für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung sind. Diese Koordinationspflicht geht über die Amtshilfe und den Informationsaustausch hinaus, die in Artikel 36 KVAG vorgesehen sind, da sie von der Aufsichtsbehörde und der FINMA ein aktives Verhalten zur Koordination der Aufsichtstätigkeiten verlangt.

Um eine wirksame Aufsicht über die soziale Krankenversicherung erreichen zu können, müssen die beteiligten Aufsichtsbehörden über alle erforderlichen Informationen verfügen und ihre Aufsichtstätigkeit koordinieren. Es kann sein, dass die eine Aufsichtsbehörde über Informationen verfügt, die auch für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung ist. Da die Aufsichtsbehörde nach Artikel 33 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) der Schweigepflicht untersteht und auch die FINMA nach Artikel 14 des Bundesgesetzes über die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMAG; SR 956.1) dem Amtsgeheimnis untersteht, wird in Artikel 34 Absatz 5 KVAG eine gesetzliche Grundlage geschaffen, damit die Aufsichtsbehörden sich gegenseitig informieren können und damit die Aufsichtstätigkeit koordiniert werden kann. Nach Artikel 80 VAG ist die FINMA bereits befugt, anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden sowie der Schweizerischen Nationalbank nicht öffentlich zugängliche Auskünfte und Unterlagen zu übermitteln, welche diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. In der Aufsichtsverordnung vom 9. November 2005 (AVO; SR 961.011) wird in einem neuen Artikel 160a AVO eine analoge Koordinationsnorm geschaffen (vgl. Anhang KVAV, Änderung bisherigen Rechts, 7. Aufsichtsverordnung vom 9. November 2005, Art. 160a, Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden).

Absatz 1

Nach Artikel 71 Absatz 1 KVAV koordinieren die Aufsichtsbehörde und die FINMA ihre Aufsichtstätigkeiten, wenn die Durchführung einen Einfluss auf eine Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG hat oder haben kann. In den Buchstaben a – j werden einige Beispiele erwähnt, die einen Einfluss auf eine Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG haben können. Die Liste ist nicht abschliessend. Wenn zum Beispiel bei einem Versicherer die Reserven oder die Rückstellungen nicht ausreichend vorhanden sind (Buchstaben a und b), das gebundene Vermögen nicht vorhanden oder zu tief ist (Buchstabe c), ein Versichertenbestand nach den Artikeln 9 Absatz 3 und 40 KVAG übertragen wird (Buchstabe d), eine Änderung der rechtlichen Struktur, eine Vermögensübertragung oder eine Beteiligung nach den Artikeln 9 und 10 KVAG vorgenommen wird (Buchstabe e), eine strafbare Handlung einen Einfluss auf die Durchführung einer Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG hat (Buchstabe f), eine Verletzung der Bestimmungen über Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit, über das Risikomanagement und über die Revision vorliegt (Buchstabe g), eine gefährdete finanzielle Situation festgestellt wird (Buchstabe h), sichernde Massnahmen nach Artikel 38 KVAG ergriffen werden müssen (Buchstabe i) oder eine Verletzung von aufsichtsrechtlichen Bestimmungen vorliegen (Buchstabe j), so sind dies durchaus Sachverhalte, die einen Einfluss auf eine Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG haben können. Dies insbesondere dann, wenn der Versicherer sich in einer Versicherungsgruppe befindet.

Denn eine wesentliche Krise eines Versicherers (als Mitglied einer Versicherungsgruppe) hat immer auch einen Einfluss auf die mit ihr verbundenen Versicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG. Deshalb sind solche Sachverhalte auch für die FINMA von Interesse und es besteht somit ein Bedürfnis nach einem Informationsaustausch.

Absatz 2

In Artikel 71 Absatz 2 KVAV wird präzisiert, dass die Aufsichtsbehörde und die FINMA ihre Aufsichtstätigkeiten auch im Rahmen eines regelmässigen Informationsaustauschs über die ihrer Aufsicht unterstellten Rechtsträger koordinieren können. Dieser regelmässige Informationsaustausch kann eine Zusammenkunft oder auch mehrere Zusammenkünfte umfassen, an denen jede Aufsichtsbehörde über die Vorkommnisse, die für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung sind, informieren kann.

Artikel 72 Meldung von Vorkommnissen von wesentlicher Bedeutung

Nach Artikel 24 KVAG (Berichterstattung) werden die Versicherer wie bisher angehalten, jeweils per Ende Jahr einen Geschäftsbericht zu erstellen, um über ihre Tätigkeit Rechenschaft abzulegen. Nach Artikel 25 f. KVAG (Externe Revisionsstelle) sind die Versicherer verpflichtet, eine zugelassene externe Revisionsstelle zu bezeichnen, die eine ordentliche Revision gemäss Artikel 727 ff. OR vornehmen muss. Durch die Berichterstattung gemäss Artikel 24 KVAG und durch die Einreichung des Berichts der externen Revisionsstelle gemäss den Artikeln 25 f. KVAG wird die Aufsichtsbehörde grundsätzlich einmal pro Jahr über die Situation der Versicherer informiert. Dies ermöglicht der Aufsichtsbehörde zu beurteilen, ob die Bewilligungsvoraussetzungen weiterhin erfüllt bleiben.

Da es für die Aufsichtsbehörde jedoch wichtig ist, nicht bloss einmal im Jahr, sondern unverzüglich über Vorkommnisse von wesentlicher Bedeutung informiert zu werden, führt Artikel 35 Absatz 3 KVAG, eine entsprechende Meldepflicht ein. Nach Artikel 35 Absatz 3 KVAG müssen die Versicherer der Aufsichtsbehörde unverzüglich Vorkommnisse melden, die für die Aufsicht von wesentlicher Bedeutung sind. Artikel 35 Absatz 1 KVAG lehnt sich an Artikel 29 Absatz 1 FINMAG und Artikel 35 Absatz 3 KVAG an Artikel 29 Absatz 2 FINMAG an. Von wesentlicher Bedeutung sind vor allem Ereignisse, die den weiteren Bestand des Versicherers oder des Rückversicherers gefährden können. Im Zweifelsfall gilt eine Informationspflicht der Geschäftsleitung gegenüber der Aufsichtsbehörde. Dies ermöglicht eine rechtzeitige Einleitung von allfälligen erforderlichen Massnahmen durch die Aufsichtsbehörde. 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.

Artikel 72 KVAV nennt als Beispiele von Vorkommnissen von wesentlicher Bedeutung im Sinne von Artikel 35 Absatz 3 KVAG finanzielle Probleme (wie etwa ungenügende Reserven und Rückstellungen; kriminelle Akte) oder fehlende Bewilligungsvoraussetzungen (vgl. Art. 5 KVAG; zum Beispiel Mängel in der Organisation der Gesellschaft (vgl. OR 731 b) oder auch das Fehlen einer externen Revisionsstelle). Die Liste der aufgezählten Beispiele ist nicht abschliessend. Zum Beispiel könnte es zusätzlich auch sein, dass ein Versicherer sehr viele Versicherte verliert oder umgekehrt, dass einem Versicherer sehr viele Versicherte beitreten. Auch der Beitritt eines Versicherers zu einer bestimmten Versicherungsgruppe oder ähnliches könnte ein weiteres Beispiel sein. In diesen Fällen muss die Aufsichtsbehörde rechtzeitig informiert werden, damit sie z.B. einen Finanzierungs- oder Sanierungsplan oder sichernde Massnahmen einleiten kann.

Artikel 73 Gefährdete finanzielle Situation

Artikel 38 Absatz 3 KVAG hält das Folgende fest: „Ist die finanzielle Situation eines Versicherers gefährdet und ergreifen die statutarischen Organe keine ausreichenden Massnahmen, so kann die Aufsichtsbehörde die Massnahmen nach Absatz 2 Buchstaben g und h von Artikel 38 KVAG ergreifen, damit die gesetzlichen Vorgaben in den kommenden zwei Jahren erfüllt bleiben.“ Damit erlaubt Absatz

3 der Aufsichtsbehörde, gewisse Massnahmen zu treffen, wenn der Versicherer die gesetzlichen Vorgaben zwar weiterhin erfüllt, seine 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 Prämien erhöhungen oder die Umsetzung eines Finanzierungs- oder Sanierungsplans anordnen (vgl. Art. 38 Abs. 2 Bst. g und h). Mit diesen Massnahmen soll sichergestellt werden, dass die gesetzlichen Vorgaben in den kommenden Jahren erfüllt bleiben.

Um das Funktionieren des Systems der sozialen Krankenversicherung und um die Interessen der Versicherten garantieren zu können, müssen die Versicherer über die erforderlichen finanziellen Mittel verfügen. Ist die finanzielle Situation eines Versicherers gefährdet, so kann diese Garantie nicht mehr in jedem Fall sichergestellt werden.

Absatz 1

Artikel 73 Absatz 1 KVAV konkretisiert näher, wann die finanzielle Situation eines Versicherers gefährdet ist. Gefährdet ist die finanzielle Situation eines Versicherers, wenn davon auszugehen ist, dass er ohne Durchführung von Massnahmen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstaben g und h KVAG innert zwei Jahren die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt. Im Gegensatz zu Artikel 38 Absätze 1 und 2 KVAG, wo die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr eingehalten sind, geht es bei Artikel 38 Absatz 3 KVAG darum, dass absehbar ist, dass innert zwei Jahren die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt sein werden, auch wenn sie aktuell noch eingehalten sind.

Absatz 2

Nach Absatz 2 von Artikel 73 KVAV muss die Aufsichtsbehörde beurteilen, ob die Gefahr besteht, dass der Versicherer die gesetzlichen Anforderungen innert zwei Jahren nicht mehr einhalten wird. Bei dieser Beurteilung prüft die Aufsichtsbehörde insbesondere, ob die folgenden Elemente vorliegen: a. Der Versicherer verzeichnet einen erheblichen finanziellen Verlust. b. Die Fristen zur Verwertung der Anlagen ermöglichen keine ausreichende Zufuhr von flüssigen Mitteln. c. Der Versicherer verzeichnet einen massiven Zuwachs von neuen Versicherten. d. Die Struktur des Versichertenbestandes hat sich verschlechtert. Diese Aufzählung ist nicht abschliessend. Vielmehr kann die Aufsichtsbehörde bei der Beurteilung, ob die finanzielle Situation eines Versicherers gefährdet ist, auch andere Elemente prüfen.

Artikel 74 Übertragung des Versichertenbestandes

Die Übertragung des Versichertenbestandes kann gemäss Artikel 9 Absatz 3 KVAG freiwillig, d.h. gestützt auf eine vertragliche Vereinbarung, oder nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe d und 40 KVAG zwangsweise, d.h. durch Anordnung der Aufsichtsbehörde, erfolgen. Die freiwillige Übertragung des Versichertenbestandes bedarf der Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde bewilligt die Übertragung, wenn die Interessen der Versicherten insgesamt gewahrt werden.

Artikel 40 KVAG regelt die in Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe d KVAG vorgesehene zwangsweise Übertragung eines Versichertenbestandes näher. Danach kann die Aufsichtsbehörde den Versichertenbestand eines Versicherers, der sich in finanziellen Schwierigkeiten befindet, auf einen anderen Versicherer übertragen. Wenn die leitenden Organe des gefährdeten Versicherers eine Übertragung des Versichertenbestandes ablehnen oder hinauszögern, muss die Aufsichtsbehörde andere Versicherer oder Verbände von Versicherern kontaktieren können. Dabei muss sie Informationen über den gefährdeten Versicherer bekannt geben. Dazu wird sie von ihrer Schweigepflicht nach Artikel 33 ATSG entbunden. Bei der Übertragung eines Versichertenbestandes von einem Versicherer auf einen anderen Versicherer, kann die Aufsichtsbehörde das gebundene Vermögen, die Reserven, sowie die damit zusammenhängenden Rechte und Pflichten übertragen. Dies bedeutet, dass der übernehmende Versicherer auch früher geschuldete Prämien erheben kann und verpflichtet ist, die Kosten für früher erbrachte Leistungen zu übernehmen. Die Aufsichtsbehörde verfügt die Bedingungen der Übertragung. Dabei kann die Aufsichtsbehörde von der Zustimmung des Versicherers, der übernommen wird, absehen.

Absatz 1

Artikel 74 Absatz 1 KVAV präzisiert diese Ausgangslage dahingehend, dass die Aufsichtsbehörde alle zweckmässigen und notwendigen Massnahmen treffen kann, um die Übertragung des Versichertenbestandes eines Versicherers auf einen anderen zu gewährleisten. Die Aufsichtsbehörde kann mittels Verfügung die Modalitäten der Übertragung des Versichertenbestandes näher definieren. In dieser Verfügung kann die Aufsichtsbehörde namentlich die Aktiven und Passiven, welche übertragen werden, und das Datum der Übertragung festhalten. Auch wacht die Aufsichtsbehörde darüber, dass die Versicherten beim übernehmenden Versicherer die gleichen Bedingungen angeboten erhalten, wie sie vor der Übertragung beim übertragenden Versicherer vorhanden waren. Dass die Bedingungen aber nicht immer ganz identisch sein werden, versteht sich von selbst, denn der übernehmende Versicherer hat unter Umständen eine andere Prämienhöhe und andere Versicherungsmodelle.

Absatz 2

Artikel 74 Absatz 2 KVAV weist darauf hin, dass bei der Auswahl des Versicherers, der den Versichertenbestand eines anderen ganz oder teilweise übernehmen soll, die Aufsichtsbehörde darauf achtet, dass die Übernahme für diesen finanziell und institutionell tragbar ist. Die Aufsichtsbehörde ist nicht verpflichtet, der Wettbewerbssituation der Versicherer Rechnung zu tragen. Bei der Übertragung eines Versichertenbestandes muss die Aufsichtsbehörde mit einem oder mehreren Versicherern Unterredungen führen, denn die Aufsichtsbehörde braucht die Zustimmung des übernehmenden Versicherers, um die Übertragung des Versichertenbestandes überhaupt vornehmen zu können. Das KVAG nennt die Kriterien nicht, nach welchen die Aufsichtsbehörde den übernehmenden Versicherer auswählen soll. Deshalb konkretisiert Artikel 74 Absatz 2 KVAV, diese Ausgangslage näher, und weist darauf hin, dass die Übertragung des Versichertenbestandes für diesen finanziell und institutionell tragbar sein muss. Die Übertragung des Versichertenbestandes muss somit von der Grösse her für den übernehmenden Versicherer im Verhältnis zu seiner Grösse und im Verhältnis zu seiner finanziellen Lage verkraftbar sein. Denn schon Artikel 5 Buchstabe c KVAG setzt voraus, dass die Versicherer über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen müssen, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten. Auch achtet die Aufsichtsbehörde bei der Auswahl des übernehmenden Versicherers soweit möglich darauf, dass die Prämienhöhe, das Produkt und die Versicherungsbedingungen möglichst nahe am Versicherungsprodukt des übertragenden Versicherers liegen, damit die Versicherten durch die Übertragung möglichst wenige Unannehmlichkeiten haben. Im Grundsatz soll sich zudem die Aufsichtsbehörde nicht in den Wettbewerb der Versicherer einmischen. Wenn aber die Aufsichtsbehörde den Versichertenbestand eines Versicherers zwangsweise auf einen anderen Versicherer überträgt, so hat dies auch einen Einfluss auf den Markt der Versicherer, denn der übernehmende Versicherer wird dadurch grösser und seine Bedeutung nimmt dadurch zu. Wäre die Aufsichtsbehörde verpflichtet, der Wettbewerbssituation der Versicherer Rechnung zu tragen, so wäre die Übertragung des Versichertenbestandes im oben dargestellten Sinn, gar nicht möglich. Deshalb hält Artikel 74 Absatz 2 KVAV ausdrücklich fest, dass die Aufsichtsbehörde nicht verpflichtet ist, der Wettbewerbssituation der Versicherer Rechnung zu tragen.

Artikel 75 Überwachung der Transaktionen

Absatz 1

Artikel 44 Absatz 1 KVAG ermächtigt die Aufsichtsbehörde, die Transaktionen zwischen einem Versicherer und anderen, auch nicht der gleichen Versicherungsgruppe angehörenden Unternehmen zu überprüfen. Der Begriff «Transaktion» ist im weiten Sinn zu verstehen: Er umfasst alle Vereinbarungen und Verträge, mit denen sich ein Versicherer zur Erbringung einer Leistung für ein anderes Unternehmen verpflichtet. Die Leistung kann unterschiedlicher Art sein (finanzielle Leistung, Dienstleistung usw.) und muss keiner besonderen Form entsprechen. Über mündlich erfolgte Transaktionen muss der Versicherer die Aufsichtsbehörde in schriftlich dokumentierter Form informieren.

Als wichtig im Sinne dieser Bestimmung gelten insbesondere Transaktionen, mit denen sich ein Versicherer zur Erbringung einer Leistung verpflichtet, die seine finanzielle Situation, seine Stellung gegenüber anderen Gesellschaften oder seine Entscheidungsbefugnis verändern können, und Transaktionen,

die Einfluss auf die Rechte und Pflichten der Versicherten haben. Nach dem KVAG kann die Aufsichtsbehörde die Kosten im Zusammenhang mit Vermittlerverträgen zulasten der sozialen Krankenversicherung überprüfen. Nach Artikel 19 Absatz 2 KVAG muss der Versicherer den Aufwand für Werbung und Vermittlerprovisionen in der Jahresrechnung gesondert ausweisen. Entsprechend muss der Versicherer der Aufsichtsbehörde Transaktionen mit Vermittlern wegen ihrer Auswirkung auf die Rechte und Pflichten der Versicherten zustellen. Ebenfalls als wichtig und der Aufsichtsbehörde zustellbar gelten Transaktionen mit Dachverbänden namentlich in Bezug auf die Mitgliederbeiträge. Bei den Transaktionen mit Leistungserbringern müssen der Aufsichtsbehörde insbesondere die Vereinbarungen im Managed-Care-Bereich übermittelt werden. Nicht zugestellt werden müssen hingegen Transaktionen, die aufgrund behördlich genehmigter Verträge ausgelöst werden wie die Medizinaltarife (Art. 43 ff. KVG) oder das System zur Abgeltung stationärer Leistungen in Spitälern Swiss DRG. Rechnungen, die der Leistungserbringer erstellt und dem Versicherer zustellt, müssen der Aufsichtsbehörde somit nicht vorgelegt werden.

Die Transaktionen müssen 15 Tage vor Eintritt ihrer Wirksamkeit eingereicht werden, damit die Aufsichtsbehörde Zeit hat sie zu überprüfen und gegebenenfalls einzugreifen.

Die obgenannten Regeln gelten auch für Transaktionsänderungen.

Zu unterscheiden sind die unter diese Bestimmung fallenden Transaktionen von den Verträgen oder sonstigen Absprachen, durch die wesentliche Aufgaben des Versicherers an Dritte übertragen werden (Art. 7 Abs. 2 Bst. I KVAG), und die von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden müssen.

Absatz 2

Liegt ein konkreter Hinweis vor, dass nicht unter Absatz 1 fallende und der Aufsichtsbehörde somit nicht automatisch zugestellte Transaktion die Marktüblichkeit (Abs. 4) nicht einhalten, kann die Aufsichtsbehörde diese Transaktionen zur Überprüfung anfordern.

Absatz 3

Im Hinblick auf eine effiziente Überprüfung muss der Versicherer der Aufsichtsbehörde einen Bericht über den Bestand der Transaktionen vorlegen. Der Bericht umfasst die automatisch (Abs. 1) zugestellten und die angeforderten (Abs. 2) Transaktionen. Anhand dieses Überblicks kann die Aufsichtsbehörde die Situation des Versicherers besser beurteilen.

Absatz 4

Um zu vermeiden, dass die finanzielle Situation eines Versicherers durch einen offensichtlich ungünstigen Transaktionsabschluss gefährdet wird, überprüft die Aufsichtsbehörde, ob die Transaktionen unter marktüblichen Bedingungen erfolgen (*at arm's length*). Das heisst Leistung und Entgelt müssen in einem Äquivalenzverhältnis zueinander stehen. So wird verhindert, dass ein Versicherer beispielsweise mit einem Unternehmen der gleichen Gruppe Verpflichtungen eingeht, ohne dass ein gleichwertiges Entgelt für die erbrachte Leistung vereinbart wird. Die Konditionen der Transaktion müssen denjenigen entsprechen, wie sie mit Dritten vereinbart würden, mit denen der Versicherer nicht verbunden ist.

Artikel 76 Auf die Holdinggesellschaft anwendbare Bestimmungen

Absatz 1

Diese Bestimmung betrifft den Fall, in dem ein bestehendes und bereits einer Versicherungsgruppe angehörendes Unternehmen die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragt. Da die Aufsichtsbehörde befugt ist, die einwandfreie Geschäftstätigkeit der Holdinggesellschaft zu prüfen (Art. 44 Abs. 4 KVAG), muss ihr diese die dafür nötigen Unterlagen und Angaben liefern.

Absatz 2

Diese Bestimmung betrifft den Fall, in dem ein Versicherer, der die soziale Krankenversicherung betreibt, in eine Gruppe integriert wird.

7. Kapitel Gemeinsame Einrichtung

Artikel 77 Unternehmensführung und externe Revisionsstelle

Nach Artikel 20 des Gesetzes müssen Personen, die dem Verwaltungs- oder Leitungsorgan eines Versicherers oder der gemeinsamen Einrichtung angehören, einen guten Ruf geniessen und Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten. Entsprechend sind die Artikel 40 bis 46 der Verordnung auf die gemeinsame Einrichtung sinngemäss anwendbar.

Nach Artikel 45 des Gesetzes (externe Revisionsstelle) sind die Artikel 25-27 sinngemäss anwendbar. Entsprechend sind auch die Artikel 61 bis 63 der Verordnung auf die gemeinsame Einrichtung sinngemäss anwendbar. Dies entspricht der bisherigen Regelung (vgl. Artikel 20 zweiter Satz KVV).

Artikel 78 Höhe des Insolvenzfonds

Bisher hat der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung nach Rücksprache mit dem BAG die Höhe des Insolvenzfonds festgesetzt. Nach Artikel 49 des Gesetzes soll auch künftig die gemeinsame Einrichtung die Höhe des Insolvenzfonds festsetzen. In der Verordnung wird festgehalten, dass sich die Höhe des Insolvenzfonds nach den Risiken, die damit vollständig abgedeckt werden müssen, richten soll. Aufgrund der grossen Bedeutung des Insolvenzfonds für das System der sozialen Krankenversicherung ist es gerechtfertigt, dass die Aufsichtsbehörde vor der Beschlussfassung zur Stellungnahme eingeladen wird.

Artikel 79 Anlage der Mittel des Insolvenzfonds

Absatz 1

Die Höhe des Insolvenzfonds beträgt aktuell rund 79 Mio. CHF. Die Anlage dieser Mittel richtet sich nach dem vom Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung erlassenen Anlagereglement. Aufgrund der Zweckbestimmung des Insolvenzfonds stehen die Verfügbarkeit (Liquidität) der Vermögenswerte und die Sicherheit im Vordergrund und nicht die Rendite. Gestützt auf Artikel 18 Absatz 1 KVG hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) am 31. Oktober 2012 das vom Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung mit Wirkung per 1. April 2012 geänderte Anlagereglement Insolvenzfonds genehmigt. Dieses kann auch unter dem KVAG bestehen bleiben.

Absatz 2

Der Kapitalertrag kommt dem Insolvenzfonds zugute. Dies entspricht der aktuellen Praxis der gemeinsamen Einrichtung.

Absatz 3

Gestützt auf Artikel 18 KVG bedürfen die Reglemente der gemeinsamen Einrichtung der Genehmigung durch das Departement. Es ist sinnvoll, dass die Änderungen des Anlagereglements wie bisher vorgängig der Aufsichtsbehörde unterbreitet werden.

8. Kapitel Aufsichtsbehörde

1. Abschnitt: Zuständigkeiten und Information

Artikel 80 Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung

Absatz 1

Die Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung, die bisher nur auf Verordnungsstufe festgelegt war (Artikel 26 KVV), erhält mit Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe d des Gesetzes eine gesetzliche Grundlage. Nach dieser Bestimmung regelt das KAVG die Aufsicht des Bundes im Bereich der sozialen Krankenversicherung auch über die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 KVG. In der Praxis nahm schon bisher das Bundesamt die krankensicherungsrechtliche Fachaufsicht über die gemeinsame Einrichtung wahr. Es prüfte namentlich die finanziellen Verhältnisse der gemeinsamen Einrichtung und erstattete dem Departement regelmässig Bericht. Weil die gemeinsame Einrichtung die Rechtsform der Stiftung aufweist, bleibt für die stiftungsrechtliche Aufsicht im Sinne von Artikel 84 Absatz 2 ZGB wie bisher die Eidgenössische Stiftungsaufsicht (ESA) zuständig. Für die Prüfung und Genehmigung der jährlichen Rechenschaftsablage wird die Aufsichtsbehörde der ESA auf Nachfrage weiterhin in einem kurzen Bericht mitteilen, ob es Beanstandungen gab und ob allenfalls Massnahmen zu treffen waren.

Absatz 2

Nach Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe d KVAG regelt das KVAG auch die Aufsicht des Bundes im Bereich der sozialen Krankenversicherung über die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 KVG. In der Verordnung wird festgehalten, dass die Artikel 34 (Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde) und Artikel 35 Absatz 3 KVAG, gemäss dem die Aufsichtsbehörde umgehend über die für die Aufsicht wesentlichen Vorkommnisse zu informieren ist, sinngemäss auch für die gemeinsame Einrichtung gelten.

Artikel 81 Information der Öffentlichkeit

Nach Artikel 81 KVAV stellt die Aufsichtsbehörde eine Reihe von namentlich genannten Informationen für die Öffentlichkeit bereit. In den Buchstaben a – d werden diese Informationen aufgezählt. Die Aufsichtsbehörde veröffentlicht bereits heute sehr viele Informationen. Artikel 81 Buchstabe a KVAV verpflichtet die Aufsichtsbehörde eine Liste der zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zugelassenen Versicherer und Rückversicherer, unter Angabe von deren Rechtsform, Sitz, örtlichem Tätigkeitsgebiet und Versichertenbestand sowie der Versicherungsgruppe, der sie angehören, zu veröffentlichen. Artikel 81 Buchstabe b KVAV verpflichtet die Aufsichtsbehörde eine Liste der zur Durchführung der Rückversicherung in der sozialen Krankenversicherung zugelassenen Rückversicherer, unter Angabe von deren Rechtsform und Sitz sowie der Versicherungsgruppe, der sie angehören, zu veröffentlichen. Artikel 81 Buchstabe c KVAV verpflichtet die Aufsichtsbehörde die Prämientarife, die sie genehmigt, und die Dauer, für welche die Prämien genehmigt wurden, zu veröffentlichen. Die Aufsichtsbehörde veröffentlicht bereits heute ein Verzeichnis der zugelassenen Versicherer und auch die Prämientarife, die die Aufsichtsbehörde genehmigt, werden bereits heute veröffentlicht. Der vorliegende Artikel präzisiert diese Praxis nunmehr auf Verordnungsstufe. Artikel 81 Buchstabe d KVAV verpflichtet die Aufsichtsbehörde zudem neu, im Fall zu hoher Prämieinnahmen, den Betrag des genehmigten Ausgleichs nach Artikel 17 KVAG, zu veröffentlichen. Damit soll Transparenz über die Rückerstattungen geschaffen werden.

2. Abschnitt: Aufsichtsdaten

Artikel 35 KVAG regelt die Auskunfts- und Meldepflicht. Nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG sind die beaufsichtigten Unternehmen verpflichtet, jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit im Bereich der sozialen Krankenversicherung anfallen. Die Aufsichtsbehörde kann diese Angaben auch häufiger verlangen. Dieser Artikel 35 Absatz 2 KVAG hat seine Wurzel in Artikel 21 Absatz

4 KVG. Nach Artikel 21 Absatz 4 KVG sind die Versicherer verpflichtet, der Aufsichtsbehörde im Rahmen der Aufsicht über den Vollzug dieses Gesetzes jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen. Artikel 35 Absatz 2 KVAG 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 Sinne des Überwachungsauftrags gemäss Artikel 35 Absatz 1 KVAG (Auskunftspflicht gegenüber der Aufsichtsbehörde als zentrales Element der Aufsichtstätigkeit). Artikel 35 Absatz 2 KVAG verpflichtet die beaufsichtigten Unternehmen vielmehr dazu, der Aufsichtsbehörde die notwendigen Daten zukommen zu lassen, um die Umsetzung der Vorgaben des KVG und des KVAG zu gewährleisten. Die Versicherer und die gemeinsame Einrichtung müssen der Aufsichtsbehörde jährlich automatisch und unaufgefordert die notwendigen Informationen zustellen. Die Aufsichtsbehörde ihrerseits ist befugt, mehrmals jährlich Angaben einzufordern.

Das KVAG sieht im 10. Kapitel, den Schlussbestimmungen, unter „Änderung anderer Erlasse, nämlich im 4. Abschnitt: Statistiken, vor, dass Artikel 22a KVG (Daten der Leistungserbringer) aufgehoben wird. Allerdings wird dieser alte Artikel 22a KVG gemäss diesen Schlussbestimmungen sinngemäss zum neuen Artikel 59a KVG, mit dem gleichen Titel „Daten der Leistungserbringer“. Da Artikel 31 KVV die Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer betrifft und der neue Artikel 59a KVG im KVG bleibt, ist entsprechend in der KVAV dieses Thema nicht zu behandeln, sondern verbleibt in der KVV. Artikel 32 KVV (Wirkungsanalyse) sieht ferner vor, dass über die Durchführung und die Wirkungen des KVG wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt werden. Diese werden auch künftig die Wirkungen der Gesetzgebung auf das Verhalten der Versicherer und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen umfassen und insofern auch die Bestimmungen des KVAG betreffen. Ferner sehen die Schlussbestimmungen im 4. Abschnitt „Statistiken“ vor, dass bei Artikel 23 KVG (Statistiken) die Sachüberschrift aufgehoben wird. Im Übrigen bleibt er unverändert.

Zu Artikel 35 Absatz 2 KVAG, welcher – wie oben dargestellt – seine Wurzel in Artikel 21 Absatz 4 KVG hat, gehören hingegen die Bestimmungen von Artikel 28 KVV (Daten der Versicherer), von Artikel 28a KVV (Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten), von Artikel 28b KVV (Veröffentlichung der Daten der Versicherer) und von Artikel 29 KVV (Risikobestand). Diese aufgezählten Ordnungsbestimmungen werden sinngemäss in die KVAV übernommen. Da diese Ordnungsbestimmungen aber teilweise aktualisiert, ergänzt und dem KVAG angepasst werden müssen, werden einige dieser Artikel und einige Absätze dieser Artikel revidiert, einige Artikel und Absätze bleiben jedoch inhaltlich unverändert. Sie werden in der KVAV im 8. Kapitel „Aufsichtsbehörde“ als 2. Abschnitt unter dem Titel „Aufsichtsdaten“ aus der KVV als Artikel 82 (Daten der Versicherer / Art. 28 Absätze 1 und 2 KVV / teilweise revidiert), als Artikel 83 (Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer / Art. 28 Absätze 3 – 7 KVV / teilweise revidiert), als Artikel 85 (Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten / Art. 28a KVV) als Artikel 86 (Veröffentlichung der Daten der Versicherer / Art. 28b KVV) und als Artikel 87 (Risikobestand / Art. 29 KVV) in die KVAV eingefügt. Neu geschaffen wird ein Artikel 84 „Daten der gemeinsamen Einrichtung“, welcher die Datenlieferung der gemeinsamen Einrichtung an die Aufsichtsbehörde regelt. Diese Datenlieferung war bisher in Art. 7 Abs. 2 der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) geregelt.

Die nachfolgenden Erläuterungen beschränken sich nur auf die revidierten Punkte. Soweit die Ordnungsbestimmungen dem alten Text der KVV entsprechen, wird darauf verzichtet, diese nochmals zu erläutern.

Artikel 82 Daten der Versicherer

Absatz 1

Die Aufsichtsbehörde hat folgende neue Ziele in diesen Artikel aufgenommen: die Transparenz der Gesundheitskosten zu erhöhen (Buchstabe c), die Qualität der erbrachten Leistungen zu kontrollieren (Buchstabe e) und versicherungsmathematisch korrekte Prämienrabatte festzulegen (Buchstabe h). Dies ist der Grund, warum zusätzliche Daten angefordert werden. Nachfolgend wird genauer erklärt,

warum die Aufsichtsbehörde zusätzliche Anforderungen an die Kontrolle der Qualität der erbrachten Leistungen stellt.

Buchstabe e

Im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit erhebt die Aufsichtsbehörde gestützt auf Artikel 35 Absatz 2 KVAG (alt Art. 21 Abs. 4 KVG) Daten der Versicherer, welche auch anonymisierte Versichertendaten enthalten.

Gestützt auf Artikel 22a KVG (neu Art. 59a KVG) bearbeitet die Aufsichtsbehörde zudem Daten, welche vom Bundesamt für Statistik (BFS) bei den Leistungserbringern erhoben und der Aufsichtsbehörde für die Überwachung der Anwendung der KVG-Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Diese Daten beinhalten auch Patientendaten in anonymisierter Form.

Die Leistungserbringer sind u.a. gestützt auf Artikel 22a Absatz 1 Buchstabe f KVG (neu Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) verpflichtet, Angaben zu medizinischen Qualitätsindikatoren zu machen. Als medizinische Qualitätsindikatoren gelten Angaben, deren Analyse Rückschlüsse erlaubt, in wie weit medizinische Leistungen wirksam, angemessen, sicher, patientenzentriert, rechtzeitig, chancengleich und effizient erbracht werden.

Bisherige Erfahrungen mit den Angaben der Leistungserbringer haben gezeigt, dass diese nicht ausreichen, um umfassende medizinische Qualitätsindikatoren im Sinne dieser Definition zu ermitteln.

Zum Beispiel stehen der Aufsichtsbehörde für die Ermittlung von medizinischen Qualitätsindikatoren einzig Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) zur Verfügung, welche ausschliesslich den stationären Bereich abdecken. „State-of-the-art“ wären hier jedoch zusätzliche Angaben zur Mortalitätsrate auch über den Spitalaustritt hinaus (d.h. Angaben gemäss Artikel 83 Absatz 1 Buchstabe c KVAV) und der Einbezug von ambulanten Leistungen zwingend nötig. Um die Situation bei den Spitälern adäquater abbilden zu können, besteht das Bedürfnis, die Daten aus der MS mit weiteren Datenquellen zu verknüpfen und damit die Datenlage zu erweitern. Dies, um den gesetzlichen Auftrag von Artikel 22a Absatz 1 Buchstabe f KVG (neu Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) im Sinne des Gesetzgebers wahrzunehmen.

Um die für eine umfassende Ermittlung von Qualitätsindikatoren zwingende Datenverknüpfung sichtbar zu machen, wird Artikel 82 Absatz 1 KVAV mit einer zusätzlichen Zweckbestimmung (Buchstabe e) ergänzt, welche festhält, dass die von den Versicherern gelieferten Daten auch dazu dienen, die Qualität der erbrachten Leistungen zu kontrollieren.

Absatz 2

Da den Daten liefernden Stellen durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entstehen darf (vgl. Artikel 28 Absatz 2 KVV bezogen auf die Versicherer), wird Artikel 82 Absatz 2 KVAV mit einem neuen zweiten Satz ergänzt, wonach die Aufsichtsbehörde zur Aufwandverminderung die Daten der Versicherer mit anderen Datenquellen verknüpfen darf, sofern die Daten auf Ebene der einzelnen Patienten/Versicherten anonymisiert werden. Die Wahrung des Datenschutzes wird durch ein Bearbeitungsreglement gewährleistet.

Absatz 3

Artikel 82 Absatz 3 KVAV hält neu fest, dass die Aufsichtsbehörde aggregierte Daten zu Forschungszwecken auch Dritten zur Verfügung stellen kann. Dabei bedeutet „aggregiert“, dass keine Aussagen und Rückschlüsse zur einzelnen Person oder zum Leistungserbringer (auch nicht anonym) möglich sind. Es werden nur Daten zur Verfügung gestellt, welche gruppiert wurden (z.B. Summe aller Versicherten eines Kantons oder einer Region, jedoch keine Angaben über einen einzig anonymisierten Versicherten). Als Beispiele von Daten, welche zu Forschungszwecken auch Dritten zur Verfügung gestellt werden, sind zum Beispiel Analysebüros und Universitäten gemeint. Diese Dritten dürfen nur aggregierte Daten erhalten.

Artikel 83 Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer

Absatz 1

Buchstabe b wurde angefügt, um die Risikogruppen der Versicherten im Risikoausgleich zu berücksichtigen und damit die Gleichbehandlung der Versicherten zu gewährleisten. Buchstabe c wurde etwas allgemeiner formuliert, um die Austrittsgründe besser zu erfassen. Buchstabe h wurde neu angefügt im Hinblick auf eine verbesserte Analyse der Kostentransparenz. Dafür ist der Verbindungscode unter Wahrung der Anonymität der Versicherten erforderlich.

Absatz 3

Absatz 3 wurde angefügt, um sicherzustellen, dass Korrekturen oder Stornos bei den Versicherern auch der Aufsichtsbehörde gemeldet werden. Somit verfügt die Aufsichtsbehörde immer über aktuelle Daten.

Absatz 6

Absatz 6 wurde umformuliert und definiert nun genauer, was die Leistungserbringer der Aufsichtsbehörde an erforderlichen Daten zu übermitteln haben.

Artikel 84 Daten der gemeinsamen Einrichtung

Die gemeinsame Einrichtung erhebt bei den Versicherern Daten, die dazu dienen, die Risikoabgaben sowie die Ausgleichsbeiträge der Versicherer für den Risikoausgleich zu berechnen. Der Umfang der gelieferten Daten ist in Artikel 10 der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1) aufgeführt. Die Bestimmung legt fest, dass die gemeinsame Einrichtung die bei den Versicherern erhobenen Daten sowie die berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge nach Abschluss der Berechnungen der Aufsichtsbehörde zur Verfügung stellt (Buchstaben a. und b.). Diese Daten dienen der Aufsichtsbehörde namentlich dazu, die Wirkung des Risikoausgleichs und dessen Einfluss auf die Prämienhöhe der einzelnen Versicherer zu beurteilen. Zudem liefert die gemeinsame Einrichtung der Aufsichtsbehörde die zusätzlich zu Plausibilisierungs- und Evaluationszwecken bei den Versicherern erhobenen Daten (Buchstabe c.).

Die Datenlieferung durch die gemeinsame Einrichtung erfolgt kostenlos.

Artikel 85 Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten

Artikel 85 KVAV entspricht inhaltlich Artikel 28a KVV.

Artikel 86 Veröffentlichung der Daten der Versicherer

Artikel 86 KVAV entspricht inhaltlich Artikel 28b KVV

Artikel 87 Risikobestand

Artikel 87 KVAV entspricht inhaltlich Artikel 29 KVV.

9. Kapitel: Schlussbestimmungen

Artikel 88 Änderung anderer Erlasse

Siehe Anhang

Artikel 89 Übergangsbestimmungen

Al. 1

Im Verhältnis zu geltendem Recht sind die Vorgaben über das Risikomanagement und das interne Kontrollsystem neu. Für die Umsetzung brauchen die Versicherer eine gewisse Zeit. Nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstaben c und d KVAG müssen sie die neuen Bestimmungen bis spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes umsetzen. Die in Artikel 49 Absatz 2 aufgelistete Dokumentation ist der Aufsichtsbehörde zum ersten Mal spätestens zwei Monate vor der in Artikel 59 Absatz 1 KVAG gesetzten Frist einzureichen, damit diese rechtzeitig prüfen kann, ob die Versicherer die neuen Bestimmungen bezüglich des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems erfüllen.

Al. 2

Die Vorgaben über die Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit sind neu. Nach Artikel 59 Absatz 2 Buchstabe b KVAG müssen sie die neuen Bestimmungen bis spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes umsetzen. Die entsprechenden Unterlagen und Angaben sind der Aufsichtsbehörde zum ersten Mal spätestens zwei Monate vor der in Artikel 59 Absatz 2 KVAG gesetzten Frist einzureichen, damit diese rechtzeitig prüfen kann, ob die Versicherer die neuen Bedingungen erfüllen.

Absatz 3 verpflichtet die Versicherer dafür zu sorgen, dass ihre Reserven innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Verordnung die nach Artikel 12 erforderliche Mindesthöhe erreichen. Am 22. Juni 2011 regelte der Bundesrat die Reserveberechnung neu (Art. 78 bis 78c KVV). Diese Regelung trat auf den 1. Januar 2012 in Kraft, wobei den Versicherern in den Übergangsbestimmungen eine Frist von fünf Jahren eingeräumt wurde, um die neu erforderliche Mindesthöhe zu erreichen. Diese Frist läuft somit Ende 2016 ab. Da die KVAV auf den 1. Januar 2016 in Kraft treten soll, wird diese Frist mit der vorliegenden Bestimmung beibehalten.

Absatz 4 schreibt den Versicherern - wie die erwähnten Übergangsbestimmungen - vor, welche Bedingungen sie erfüllen müssen, wenn sie die Mindestreserven nach Artikel 11 und 12 während der erwähnten Frist noch nicht erreichen.

Absatz 5 verpflichtet die Versicherer, ihr Anlagereglement der Aufsichtsbehörde innerhalb zweier Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung zuzustellen. Dies weil die Versicherer bis spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten des KVAG über ein Risikomanagement nach Artikel 22 KVAG verfügen müssen (Art. 59 KVAG: Übergangsbestimmungen).

Absatz 6 verpflichtet die Versicherer, ihre Anlagen bis zum Jahresabschluss des zweiten Jahres nach Inkrafttreten dieser Verordnung nach den neuen Bestimmungen anzulegen.

Absatz 7 verpflichtet die Versicherer, ihre Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen, der Aufsichtsbehörde innerhalb zweier Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung mitzuteilen (Art. 55 Abs. 3).

Artikel 90 Inkrafttreten

Damit die vom Parlament beschlossene Stärkung der Aufsicht möglichst bald zum Tragen kommt, soll diese Verordnung gleichzeitig mit dem KVAG am 1. Januar 2016 in Kraft treten.

Änderung bisherigen Rechts

1. Verordnung über die Zulassung und Beaufsichtigung der Revisorinnen und Revisoren (Revisionsaufsichtsverordnung, RAV; SR 221.302.3) und Verordnung der eidgenössischen Revisionsaufsichtsbehörde über den elektronischen Zugriff auf die nicht öffentlich zugänglichen Daten (Datenverordnung RAB, DV-RAB; SR 221.302.32)

Aufgrund der Änderung von Artikel 22 des Revisionsaufsichtsgesetzes (RAG; SR 221.302) wird der Ausdruck «spezialgesetzliche Aufsichtsbehörden» durch «andere schweizerische Aufsichtsbehörden» ersetzt.

2. Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)

Die Bestimmungen, die von der KVV ganz oder teilweise in die KVAV übernommen werden, werden in der KVV aufgehoben. Es handelt sich dabei um die Artikel 12 – 18, 19a – 21, 24 – 26, 28 – 30, 78 – 88, 92, 92b – 92c, 107 und 108 KVV.

Artikel 37d bis 37f Eidgenössische Kommissionen (Anpassung der Verweise)

Als die Kostenbeteiligung bei Mutterschaft auf den 1. März 2014 neu geregelt wurde, wurde der bisherige Artikel 105 "Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung" in Artikel 104a umnummeriert (siehe AS 2013 4523). Dabei wurde unterlassen, die Artikeln 37d bis 37f, welche die eidgenössischen Kommissionen regeln und auf Artikel 105 verweisen, anzupassen. Deshalb wird dieser Verweis jetzt angepasst.

Artikel 91 Abstufung der Prämien

Absatz 1

Der revidierte Artikel 61 Absatz 2 KVG sieht bei sehr kleinen Versichertenbeständen eine Möglichkeit vor, von der Kostendeckung abzuweichen. Als sehr klein nach Artikel 91 Absatz 1 KVV gilt ein Versichertenbestand, wenn die Kosten eines einzelnen Versicherten erheblichen Einfluss auf die Prämien haben, die für den Gesamtbestand gelten. Das heisst der Bestand weist nicht genügend Versicherte auf, um die Kosten der Leistungen eines einzelnen Versicherten «aufzufangen», oder anders gesagt die Kosten eines Versicherten können nicht ohne erhebliche Prämienhöhung auf den Gesamtbestand aufgeteilt werden. Ein Bestand von weniger als 300 Versicherten gilt auf jeden Fall als sehr klein im Sinne des revidierten Artikels 61 Absatz 2 KVG.

Absatz 1^{bis}

Für sehr kleine Bestände muss der Versicherer eine Prämie festlegen, die einen Minimalbetrag nicht unterschreitet. Diese Bestimmung soll verhindern, dass bei einem neu tätig werdenden Versicherer oder bei einem sehr kleinen Bestand Dumpingprämien praktiziert werden.

Absatz 1^{ter}

Der Minimalbetrag entspricht dem Durchschnitt aller Prämien des laufenden Jahres für die betreffende Prämienregion und Altersklasse. Das BAG berechnet den Betrag jährlich und teilt ihn den Versicherern mit, damit sie ihre Prämien für sehr kleine Bestände festlegen können.

Artikel 91b Prämienregionen

Absatz 1

Gestützt auf den revidierten Artikel 61 Absatz 2^{bis} KVG legt künftig das Departement und nicht mehr das Bundesamt die Prämienregionen fest. Artikel 91b KVV bestimmt das Verfahren: Die Gültigkeit der Prä-

mienregionen wird periodisch überprüft, was bisher rund alle fünf Jahre der Fall war. Die Kantone können eine Änderung ihrer Prämienregionen beantragen. Das Departement prüft die Angemessenheit der beantragten Änderung gestützt auf bestehende Kostenunterschiede in den Regionen.

Absatz 2

Diese Bestimmung gibt den Kantonen die Möglichkeit zur Stellungnahme bei Änderungen der Prämienregionen in ihrem Gebiet, selbst wenn diese Änderungen vom Departement ausgehen und nicht auf Antrag des Kantons erfolgen.

Absatz 3

Der Zusammenschluss von Gemeinden (Fusion) kann sich auf die Prämienregionen auswirken, wenn die fusionierten Gemeinden nicht der gleichen Region angehören. Für die Zuordnung der neu entstandenen Gemeinde unterbreitet der Kanton, der die örtlichen Verhältnisse am besten kennt, dem Departement einen Vorschlag.

Artikel 99 Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer a. Grundsatz

Absatz 1

Einige Versicherer bieten besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer auf begrenzterem Gebiet als der Prämienregion an (z.B. HMO-Modell nur für einige Gemeinden). Diese Praxis kann zu schwer zu rechtfertigenden Unterschieden unter den Versicherten einer Prämienregion führen. Mit der Ergänzung von Artikel 99 Absatz 1 KVV müssen die Versicherer künftig ihre Versicherungsmodelle in der ganzen Prämienregion anbieten.

3. Verordnung des EDI vom 18. Oktober 2011 über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (ResV-EDI, SR 832.102.15)

Diese Verordnung stützt sich auf die Reservenbestimmungen der KVV. Da diese Bestimmungen in die KVAV übernommen und in der KVV aufgehoben werden, muss der Verweis in der Einleitung entsprechend angepasst werden.

4. Verordnung vom 12. September 2014 über die Prämienkorrektur

Durch die Aufhebung von Artikel 78a KVV muss der Verweis in Artikel 5 Absatz 4 der Verordnung über die Prämienkorrektur angepasst werden.

5. Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1)

Artikel 7 Absatz 2

Mit Artikel 84 enthält die KVAV eine separate Bestimmung für die Daten, welche die gemeinsame Einrichtung der Aufsichtsbehörde jährlich liefert. Soweit in Artikel 7 Absatz 2 VORA die Daten aufgeführt sind, welche die gemeinsame Einrichtung dem Bundesamt für Gesundheit zustellt, kann diese Bestimmung gekürzt werden. Dies ist der zweite Teil von Absatz 2.

6. Verordnung vom 7. November 2007 über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK, SR 832.112.4)

Artikel 3 Absatz 4bis (neu)

Der Bund gewährt den Kantonen jährlich einen Beitrag zur Verbilligung der Prämien. Dieser Beitrag entspricht 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 66 KVG). Die Bruttokosten des kommenden Jahres werden insbesondere aufgrund der Durchschnittsprämie für das kommende Jahr und der Entwicklung des Prämienolls während den Vorjahren geschätzt. So kann der Bund den Kantonen im Oktober die Aufteilung des Bundesbeitrages für das kommende Jahr mitteilen.

Das KVAG erlaubt neu einem Versicherer, der in einem Jahr in einem Kanton deutlich mehr Prämien als die kumulierten Kosten in diesem Kanton eingenommen hat, die Prämien in diesem Kanton im folgenden Jahr ausgleichen (Art. 17 KVAG). Diese Ausgleichsbeträge sollen in die Berechnung des Bundesbeitrages einfließen. Wenn sie in der Schätzung der Bruttokosten berücksichtigt würden, würden alle Kantone einen entsprechend kleineren Bundesbeitrag erhalten. Die Ausgleichsbeträge beziehen sich jedoch auf einen bestimmten Kanton. Deshalb sollen sie bei der Aufteilung des Bundesbeitrages auf die Kantone berücksichtigt werden. Der Kanton, in welchem Prämien ausgeglichen wurden, soll einen entsprechend tieferen Bundesbeitrag erhalten. Dazu werden 7,5 Prozent aller vom Versicherer ausgerichteten Ausgleichsbeträge vom Anteil des betreffenden Kantons abgezogen. Aufgrund des Datenaustausches für die Prämienverbilligung weiss der Kanton in der Regel, welche Personen beim Versicherer, der die Prämien ausgeglichen hat, versichert waren. Er kann entscheiden, ob und wie er diese Ausgleichsbeträge bei der Prämienverbilligung dieser Personen berücksichtigen will. Bei bescheidenen Ausgleichsbeträgen dürfte es zweckmässig sein, keine Zuordnung zu bestimmten Versicherten vorzunehmen. Somit wird Artikel 3 VPVK ein neuer Absatz angefügt, wonach das BAG 7,5 Prozent eines Ausgleichs von zu hohen Prämieeinnahmen nach Artikel 17 KVAG von dem nach Absatz 4 berechneten Anteil des Kantons abzieht. Das EDI kann festlegen, wie der Abzug zu berechnen ist.

Beispielsweise kann der Versicherer X der Aufsichtsbehörde bis Juni 2017 beantragen, die Prämien 2016 im Kanton Y auszugleichen. Er vergütet den Ausgleich im 2017 (Art. 18 KVAG). Die Aufsichtsbehörde zieht dann 7,5 Prozent des Gesamtbetrages, den der Versicherer X im 2017 vergütet, von seinem Beitrag 2018 für den Kanton Y ab.

7. Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (Aufsichtsverordnung; AVO, SR 961.011)

Artikel 5a Zusatzversicherungen von Krankenkassen

Diese Bestimmung erinnert daran, dass diejenigen Krankenkassen, die Zusatzversicherungen anbieten wollen, über die entsprechende Bewilligung der FINMA verfügen müssen.

Artikel 160a Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden

Diese Bestimmung konkretisiert Artikel 80 Absatz 2 VAG und entspricht Artikel 71 KVAV. Artikel 71 KVAV regelt die Aspekte der sozialen Krankenversicherung, die einen Einfluss auf eine Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG haben können. Artikel 160a AVO betrifft die Aspekte der Versicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG, die einen Einfluss auf die soziale Krankenversicherung haben können. Mit den einander entsprechenden Aufzählungen in Artikel 160a AVO und Artikel 71 KVAV wird die Gegenseitigkeit bei der Koordination zwischen den beiden Aufsichtsbehörden sichergestellt.