



Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung

Bericht über die Ergebnisse der Anhörung

Bern, November 2015

Inhalt

1	Ausgangslage	5
2	Stellungnahmen	5
3	Überblick	5
3.1	Zustimmung zum Entwurf, teilweise mit Vorbehalten	5
3.2	Ablehnung des Entwurfs	5
3.3	Verzicht auf Stellungnahme	6
4	Zusammenfassung der Stellungnahmen	6
4.1	Allgemeine Stellungnahmen	6
	Befürworter des Entwurfs	6
	Gegner des Entwurfs	6
4.2	Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln des Entwurfs	7
	Artikel 1 Weitere Versicherungsarten	7
	Artikel 2 Versicherungsgruppe	7
	Artikel 3 Bewilligungsgesuch	8
	Artikel 4 Befreiung von der Pflicht nach Artikel 5 Buchstabe g KVAG	8
	Artikel 5 Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung	8
	Artikel 6 Entzug der Bewilligung bei Beendigung der Versicherungstätigkeit	9
	Artikel 7 Fristen bei Änderungen des Geschäftsplans	9
	Artikel 8 Änderungen der rechtlichen Struktur, Vermögensübertragung und Übertragung des Versichertenbestandes	10
	Artikel 9 Finanzierungsverfahren	10
	Artikel 10 Anfangsreserven	11
	Artikel 11 Ermittlung der Reserven	11
	Artikel 12 Mindesthöhe der Reserven	11
	Artikel 13 Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung	12
	Artikel 14 Berichterstattung	12
	Artikel 15 Versicherungstechnische Rückstellungen	12
	Artikel 16 Sollbetrag	13
	Artikel 17 Zeitpunkt der Ermittlung des Sollbetrages	13
	Artikel 18 Bericht	13
	Artikel 19 Deckung und Art. 20 Bestellung	13
	Artikel 21 Geeignete Anlagen	13
	Artikel 22 Begrenzungen	14
	Artikel 23 Begrenzungen bei kollektiven Anlagen	14
	Artikel 24 Verwahrung der Werte	14
	Artikel 25 Prüfung durch die Aufsichtsbehörde	14
	Artikel 26 Verwendung des Erlöses des gebunden Vermögens	14
	Artikel 27 Prämienfestlegung	15

Artikel 28 Abbau von übermässigen Reserven.....	16
Artikel 29 Genehmigung der Prämientarife.....	17
Artikel 30 Veröffentlichung der Prämien	18
Artikel 31 Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung	18
Artikel 32 Kumulierte Kosten	18
Artikel 33 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation des Versicherers.....	18
Artikel 34 Verfahren	18
Artikel 35 Rückerstattungsbetrag.....	18
Artikel 36 Durchführung des Ausgleichs	19
Artikel 37 Zuordnung der Verwaltungskosten	19
Artikel 38 Beurteilung der Verwaltungskosten	19
Artikel 39 Vermittlertätigkeit und Werbekosten.....	19
Bestimmungen zur Unternehmensführung und Revision	20
Artikel 40 Interne Richtlinien für die Unternehmensführung	21
Artikel 41 Zusammensetzung des Verwaltungsgorgans.....	21
Artikel 42 Zusammensetzung des Leitungsorgans.....	22
Artikel 43 Doppelfunktionen.....	22
Artikel 44 Nachweis des guten Rufs	22
Artikel 45 Veröffentlichung der Interessenbindungen	23
Artikel 46 Verhinderung von Interessenkonflikten	23
Artikel 47 Entschädigungssystem.....	23
Artikel 48 Ziel und Inhalt des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems	23
Artikel 49 Dokumentation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems	24
Artikel 50 Liquiditätsanforderungen	24
Artikel 51 Interne Revisionsstelle.....	24
Artikel 52 Anlagegrundsätze	25
Artikel 53 Anforderungen an die Vermögensverwaltung	25
Artikel 54 Anlagereglement.....	25
Artikel 55 Gewichtung des Anlagerisikos.....	25
Art. 56 Risikomanagement und Art. 57 Ausschluss der Effektenleihe und des Pensionsgeschäftes.....	25
Artikel 58 Grundsätze	25
Artikel 59 Geschäftsbericht.....	25
Artikel 60 Aufsichtsrechtlicher Jahresabschluss	26
Artikel 61 Externe Revisionsstelle	26
Artikel 62 Aufgaben der externen Revisionsstelle	26
Artikel 63 Berichte der externen Revisionsstelle	27
Artikel 64 Krankenkassen als Rückversicherer	27
Artikel 65 Bewilligungsgesuch und Art. 66 Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung.....	27
Artikel 67 Entzug der Bewilligung	27
Artikel 68 Rückversicherungsverträge	27
Artikel 69 Pflichten des Rückversicherers	28

Artikel 70 Gleichbehandlung der Versicherten und Schutz vor Missbrauch	28
Artikel 71 Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden	29
Artikel 72 Meldung von Vorkommnissen von wesentlicher Bedeutung	29
Artikel 73 Gefährdete finanzielle Situation	29
Artikel 74 Übertragung des Versichertenbestandes	30
Artikel 75 Überprüfung von Transaktionen zwischen dem Versicherer und anderen Unternehmen	30
Artikel 76 Auf Holdinggesellschaften anwendbare Bestimmungen.....	31
Artikel 77 bis 80 Gemeinsame Einrichtung	31
Artikel 81 Information der Öffentlichkeit.....	31
Artikel 82 Daten der Versicherer.....	32
Artikel 83 Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer.....	34
Artikel 84 Daten der gemeinsamen Einrichtung	35
Artikel 85 Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten	36
Artikel 86 Veröffentlichung der Daten der Versicherer	36
Artikel 87 bis 90	37
Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung	37
Artikel 91 KVV	37
Artikel 91b KVV.....	37
Artikel 99 KVV.....	38
Änderung der Verordnung vom 7. November 2007 über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung	38
<i>Anhang:</i> Liste der Anhörungssteilnehmenden.....	39

1 Ausgangslage

Am 26. September 2014 verabschiedete das Parlament das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG). Die Referendumsfrist ist unbenützt abgelaufen.

Mit Brief vom 1. April 2015 lud Bundesrat Alain Berset, Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern, die Kantone, die in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien, die gesamtschweizerischen Dachverbände der Gemeinden, Städte, Berggebiete und der Wirtschaft sowie die interessierten Kreise ein, sich zu einem Entwurf der Verordnung betreffend die Aufsicht über die Krankenversicherung (KVAV) zu äussern¹. Diese Einladung wurde an 80 Adressaten versandt. Die Anhörung dauerte bis am 8. Juli 2015.

2 Stellungnahmen

Insgesamt gingen 77 Stellungnahmen ein, wovon 57 von begrüßten Anhörungsteilnehmern und 20 von nicht begrüßten Organisationen. Von den begrüßten teilten ein Kanton und 5 Organisationen mit, dass sie auf eine inhaltliche Stellungnahme verzichten.

Alle Kantone, ausser Appenzell Innerrhoden, haben sich am Vernehmlassungsverfahren beteiligt. Zudem hat die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) eine Stellungnahme eingereicht. Von den 12 einbezogenen politischen Parteien antworteten vier (CVP, FDP, SP, SVP). Von den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete äusserte sich nur die schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete inhaltlich. Von den Dachverbänden der Wirtschaft antworteten sieben. Von den interessierten Kreisen äusserten sich fünf Konsumenten- und Patientenorganisationen, neun Verbände von Leistungserbringer, 18 Versicherer und Verbände von Versicherern. Zudem sind Stellungnahmen von fünf weiteren interessierten Verbänden eingegangen. Die Liste der Anhörungsteilnehmenden (mit den in diesem Bericht verwendeten Abkürzungen) ist im Anhang zu finden.

3 Überblick

3.1 Zustimmung zum Entwurf, teilweise mit Vorbehalten

Kantone (22 + 1): AG, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR («keine Bemerkungen»), JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZH und GDK

Parteien (1): SPS

Dachverbände der Wirtschaft (2): Centre patronal, SGB

Konsumenten- und Patientenverbände (4): ACSI, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, FRC, Stiftung Konsumentenschutz

Leistungserbringer (3): FSP, Pharmasuisse, VSAO

3.2 Ablehnung des Entwurfs

Etliche Teilnehmende lehnen den Entwurf in der vorgelegten Form ab und beantragen, ihn umfassend zu überarbeiten. Insbesondere die Versicherer beantragen, den überarbeiteten Entwurf nochmals in eine Anhörung zu geben.

¹ Die Unterlagen sind auf dem Internet veröffentlicht unter <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2015.html>

Die Teilnehmenden beteuern, dass sie eine Verbesserung der Aufsicht befürworten und stellen den Erlass einer KVAV nicht grundsätzlich in Frage. Sie beanstanden teilweise dieselben Vorschläge wie die Teilnehmenden, die dem Entwurf mit Vorbehalten zustimmen.

Kantone (2): GL, ZG

Parteien (3): CVP, FDP, SVP

Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete (1): SAB

Dachverbände der Wirtschaft (4): Economiesuisse, SBV, SGV, FER

Leistungserbringer (5): SSO, Hausärzte, Medswissnet, FMH, OMCT

Versicherer und ihre Verbände (17): Assura, Concordia, Curafutura, CSS, Groupe Mutuel, Helsana, ÖKK, RVK, RVK Rück, Santésuisse, SVK, SVV, Sasis, Sympany, Tarifsuisse, Turbenthal, Visana

Versicherte/Konsumenten (1): Konsumentenforum

Weitere interessierte Kreise (4): Bündnis freier Gesundheitswesen, Comparis, Expertsuisse, SAV

3.3 Verzicht auf Stellungnahme

Kanton SH, Schweizerischer Gemeindeverband, Schweizerischer Städteverband, Kaufmännischer Verband Schweiz, H+, Wettbewerbskommission

4 Zusammenfassung der Stellungnahmen

4.1 Allgemeine Stellungnahmen

Befürworter des Entwurfs

Die GDK, die Mehrheit der Kantone, die SPS, der SGB und der VSAO befürworten den Entwurf der KVAV. Die meisten von ihnen bringen allerdings Vorbehalte an.

Vorbehalt, dass Aufsicht zu wenig weit geht

Der SGB beanstandet, dass die Aufsicht über die OKP weniger griffig ausgestaltet sei als diejenige über die Privatversicherungen. Er betrachtet die KVAV als absolutes Minimum.

Die ACSI, die FRC und die Stiftung für Konsumentenschutz gehen davon aus, dass die Bestimmungen der KVAV teilweise zu wenig weit gehen. Sie erwähnen dazu insbesondere die Werbe- und Vermittlungstätigkeit und die Höhe und den Abbau der übermässigen Reserven.

Vorbehalte bezüglich gewisser Bestimmungen

Die GDK und die meisten Kantone beantragen Änderungen an den Bestimmungen zur Prämienengenehmigung. Insbesondere wollen sie sicherstellen, dass die kantonalen Prämien den im betreffenden Kanton anfallenden Kosten folgen.

Diese und weitere Vorbehalte werden bei den einzelnen Bestimmungen angeführt.

Gegner des Entwurfs

Die CVP, die FDP und die SVP, mehrere Wirtschaftsverbände und vor allem die Versicherer lehnen den Entwurf ab. Zur Begründung führen sie insbesondere an:

Widerspruch zum KVAG

Die CVP, FDP und SVP, mehrere Wirtschaftsverbände und die Versicherer gehen davon aus, dass der Entwurf teilweise über das KVAG hinaus geht oder diesem widerspricht. Sie beanstanden insbesondere die Pflicht, übermässige Reserven abzubauen, und die Transaktionsaufsicht.

Zu hohe Regelungsdichte und unverhältnismässige Regelungen

Insbesondere der SGV beantragt, nur das Unerlässliche zu regeln. Die CVP, FDP und SVP, mehrere Wirtschaftsverbände und die Versicherer sind der Auffassung, die vorgeschlagenen Regelungen seien unverhältnismässig. Sie beanstanden insbesondere die Vorschriften bezüglich Geschäftsführung, Transaktionsaufsicht und Datenerhebung.

Mehraufwand, der zu höheren Prämien führt

Die CVP, FDP und SVP, mehrere Wirtschaftsverbände und die Versicherer weisen darauf hin, dass die zusätzlichen Anforderungen zu Mehraufwand bei der Verwaltung und den Versicherern führen wird. Dies führe zu Prämien erhöhungen und sei insbesondere für kleine und mittlere Versicherer belastend. Curafutura befürchtet zudem, dass die Aufsichtsbehörde Aufgaben auf Kosten der Versicherer auslagern werde.

Verursachen von veränderlichen Prämien

Die Versicherer befürchten, dass die Pflichten, den Bedarf jährlich zu decken und übermässige Reserven abzubauen, zu un stetigen Prämien führen werden.

Fehlende Unterscheidung zwischen grossen und kleinen Versicherern

Die Versicherer beanstanden, dass die strengeren Vorschriften ohne Unterscheidung auf grosse und kleine Versicherer angewendet werden sollen.

Eingriff in Geschäftsführung und Aushebelung des Wettbewerbes

Die Versicherer beanstanden, dass die KVAV zu tief in die Geschäftsführung der Versicherer eingreife und der Wettbewerb ausgehebelt werde.

4.2 Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln des Entwurfs

Artikel 1 Weitere Versicherungsarten

OMCT erklärt sich mit der Regelung in Artikel 7a KVV einverstanden. Es würde interessant sein zu wissen, wie oft die Regelung effektiv zur Anwendung kommt.

Artikel 2 Versicherungsgruppe

Der Kanton VD weist darauf hin, dass diese Bestimmung den Begriff der «Versicherungsgruppe» mit den in den Buchstaben a und b genannten Kriterien einführe, die KVAV wie vorliegend aber hinsichtlich der Kontrollbestimmungen der Aufsichtsbehörde, die für diese Organisationsform gelten, nicht explizit genug sei. Insbesondere die Pflicht zur Erstellung der «Konzernrechnung» zur Beurteilung der finanziellen Situation oder der finanziellen Risiken einer

Versicherungsgruppe oder Holding sei in der in die Anhörung gegebenen Verordnung nicht klar zu erkennen.

Der Schweizer Bauernverband weist darauf hin, dass Artikel 2 in Verbindung mit Artikel 75 und Artikel 76 KVAV praktisch eine Gruppenaufsicht einführe, welche das Parlament klar abgelehnt habe.

Pharmasuisse begrüsst die Betrachtung der Versicherungsgruppe als wirtschaftliche Einheit und macht geltend, sie seien gegen intransparente Konglomerate, die teilweise aus Dumping-Versicherern und teureren Versicherern bestehen würden.

SKS, FRC, ACSI befürworten eine klarere Trennung zwischen der sozialen Versicherung, bei der es um Kostendeckung ohne Gewinnerzielung geht, und den Zusatzversicherungen, die wirtschaftlich sein müssen. Mit Artikel 2 sind stattdessen viele Kombinationen und Mischungen erlaubt, die noch durch die Rückversicherungsmöglichkeiten verstärkt werden.

Artikel 3 Bewilligungsgesuch

SKS, FRC, ACSI begrüssen die Bestimmungen, wonach die Versicherer ihre Statuten und neue Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen künftig zur Genehmigung einreichen müssen.

Artikel 4 Befreiung von der Pflicht nach Artikel 5 Buchstabe g KVAV

Die FER begrüsst die vorgesehene Anhebung der Versichertenzahl (von unter 100 000 auf unter 500 000 Versicherte) für die Möglichkeit zur Befreiung von der Pflicht, die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anzubieten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen. Diese Pflicht ist mit grossem administrativem Aufwand verbunden, der sich für mittelgrosse Versicherer als unverhältnismässig erweisen kann.

Curafutura, SVV, Helsana und CSS schlagen folgende neue Formulierung von Artikel 4 Absatz 1 KVAV vor: „Ein Versicherer, bei welchem weniger als 500 000 Personen versichert sind, kann von der Pflicht, die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anzubieten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen (Art. 5 Bst. g KVAG), ganz oder teilweise befreit werden, wenn: a. streichen; b. er in keinem dieser Staaten oder nur in einem oder mehreren dieser Staaten Leistungen anbieten will; oder c. unverändert“.

Santésuisse weist darauf hin, dass bei Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a KVAV die Grenze von 100 000 Versicherten belassen werden soll.

Nach Auffassung des OMCT sollte in Fällen der Geschäftsaufgabe oder des Widerrufs der Bewilligung für das Versicherungsgeschäft in Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der EFTA-Staaten unter Mitwirkung der jeweiligen Aufsichtsbehörde auch der Erhalt der Deckung von Verträgen nach VVG geregelt werden. Dieser Grundsatz sollte auch dann Gültigkeit beanspruchen, wenn der Versicherte nur einen Vertrag für Zusatzleistungen mit dem Versicherer unterzeichnet hatte, der seine Tätigkeit aufgibt. Antrag: Ergänzung im Sinne dieser Erwägungen.

Artikel 5 Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung

Santésuisse macht darauf aufmerksam, dass die Akquisition von potentiellen Versicherungsnehmenden bereits vor Beginn des Kalenderjahres durch diese Bestimmung nicht tangiert werden dürfe. Dies müsse bereits mit Eingabe des Gesuchs um Bewilligung im Vorjahr möglich sein. Der Artikel sowie die Erläuterungen seien entsprechend zu ergänzen.

Artikel 6 Entzug der Bewilligung bei Beendigung der Versicherungstätigkeit

Im Zusammenhang mit dem Kommentar zu Artikel 76 hat der Kanton VD in der Verordnung keine Anordnungen explizit zum Verbot der Risikoselektion durch einen Versicherer oder eine Versicherungsgruppe oder zu Risikoselektion innerhalb der Holdinggesellschaften führenden Organisationsformen gefunden. Artikel 6 könnte durch einen Absatz ergänzt werden, wonach weitere Gründe zum Entzug der Bewilligung führen können, insbesondere bei nachweislicher Risikoselektion durch einen Versicherer. Oder als andere Möglichkeit könnte in Artikel 3 ein zusätzlicher Absatz aufgenommen werden, dass die Bewilligung ohne Nachweis der Holdinggesellschaft, dass die Schaffung einer neuen Gesellschaft innerhalb der Gruppe nicht zu einer Risikoselektion durch den Versicherer führt, abgelehnt werden kann.

Der SGV macht geltend, aus seiner Sicht fehle eine ausreichende gesetzliche Grundlage, um einem Versicherer nach zwei Jahren «Inaktivität» die Bewilligung zu entziehen. Der SGV stellt den Antrag, auf diese Anpassung sei zu verzichten.

Curafutura, SVV, Helsana und CSS betonen, eine gesetzliche Grundlage für diese Bestimmung fehle. Der Verweis auf Artikel 43 KVG in den Erläuterungen liefere keine Legitimation. Eine Streichung dränge sich deshalb auf. Zumindest müsse aber klar sein, ab wann diese Bestimmung gelte, insbesondere für jene Versicherer, die aktuell eine Bewilligung noch ohne Versichertenbestand hätten. Sie stellen den Antrag, Artikel 6 KVG sei zu streichen oder mit einem Absatz 2 zu ergänzen. Sie schlagen folgenden Absatz 2 vor: Versicherern, die bei Inkraftsetzung dieses Gesetzes niemanden versichert haben, entzieht die Aufsichtsbehörde die Bewilligung gemäss Absatz 1 nach fünf Jahren, sofern der Versicherer bis dann keine Versicherungstätigkeit aufgenommen hat.

OMCT vertritt die Meinung, dass unter Mitwirkung der zuständigen Aufsichtsbehörde beim Entzug der Bewilligung für die Geschäftstätigkeit auch der Erhalt der Deckung der Verträge nach VVG geregelt werden sollte. Dieser Grundsatz sollte auch dann Gültigkeit beanspruchen, wenn der Versicherte nur einen Vertrag für Zusatzleistungen mit dem Versicherer unterzeichnet hatte, der seine Tätigkeit aufgibt. Antrag: Ergänzung im Sinne dieser Erwägungen.

Artikel 7 Fristen bei Änderungen des Geschäftsplans

Curafutura, SVV, SGV, Helsana und CSS weisen darauf hin, dass bei Absatz 1 die gesetzliche Grundlage fehle. Artikel 8 KVG lege fest, welche Elemente des Geschäftsplans nach Artikel 7 Absatz 2 KVG der Aufsichtsbehörde vorgängig eingereicht werden müssen im Falle einer Änderung. Die Statuten würden nicht dazu gehören. Sie schlagen folgende neue Formulierung vor: „Der Versicherer reicht die neuen Statuten innert vierzehn Tagen nach Eintragung ins Handelsregister bei der Aufsichtsbehörde ein“. ~~Die Aufsichtsbehörde prüft die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Bestimmungen und genehmigt diese.~~ Die CSS stellt bezüglich Absatz 2 noch folgenden Antrag: Gesuche um Änderung des örtlichen Tätigkeitsbereichs, neue Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen fünf Monate und über die freiwillige Taggeldversicherung sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen ~~müssen fünf Monate~~ einen Monat vor Beginn ihrer Gültigkeit bei der Aufsichtsbehörde eingereicht werden. Die Aufsichtsbehörde kann diese Frist verkürzen.

Die Groupe Mutuel macht bezüglich Artikel 7 Absatz 1 geltend, Artikel 8 KVG lege fest, welche Elemente des Geschäftsplans nach Artikel 7 Absatz 2 KVG der Aufsichtsbehörde im Falle einer Änderung eingereicht werden müssen. Die Statuten seien nicht Teil davon. Somit fehle es an der Rechtsgrundlage für diese Anforderung. Sie beantragt folgende Formulierung: ~~«Der Versicherer reicht den Entwurf für neue Statuten vor der Eintragung ins Handelsregister bei der Aufsichtsbehörde ein. Die Aufsichtsbehörde prüft die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Bestimmungen und genehmigt diese. Der Versicherer bringt der Aufsichtsbehörde neue Statuten innerhalb von vierzehn Tagen nach Genehmigung durch das zuständige Organ zur Kenntnis.»~~

Für Assura ist fundamental, dass die Pflicht zur Einreichung von Verträgen vor deren Abschluss in Artikel 7 Absatz 3 KVAV gestrichen wird. Es müsse dem BAG in seiner Eigenschaft als Aufsichtsbehörde (wie dies bei der FINMA der Fall sei) genügen, die betreffenden Verträge nach deren Abschluss zu erhalten. Ausserdem sei die Verordnung dahingehend zu präzisieren, was unter «wesentlichen Aufgaben» zu verstehen sei, allenfalls in Anlehnung an die im Privatversicherungsbereich geltenden Definitionen.

Santésuisse macht in Bezug auf Artikel 7 Absatz 2 KVAV geltend, bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und bei der freiwilligen Taggeldversicherung handle es sich um prämiensrelevante Informationen, deshalb seien fünf Monate angemessen. Hinsichtlich Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen seien fünf Monate für die Einreichung vor Beginn der Gültigkeit zu früh, da nicht umsetzbar. Deshalb beantragt Santésuisse, die Frist auf einen Monat zu senken. Zu Absatz 3 betont Santésuisse, in Outsourcingverträgen seien oft viele kurzfristige Änderungen notwendig, die auch noch später als zwei Monate vor Beginn der Gültigkeit gemacht werden müssten und die für die Versicherten nicht von Belang seien. In Anlehnung an die Praxis im Privatversicherungsbereich sollte hier die Frist wie auch der Zwang, die Verträge vor Beginn ihrer Gültigkeit einzureichen, aufgehoben werden. Zudem stellt Santésuisse den Antrag, Artikel 7 sei neu mit dem folgenden Absatz 4 zu ergänzen: «Die Genehmigung nach Artikel 8 Absatz 1 KVAG hat innert vier Wochen zu erfolgen. Ohne Stellungnahme innerhalb dieser Frist gelten sie als genehmigt.»

Die CSS und der SVV stellen folgenden Antrag bezüglich Artikel 7 Absatz 3: «Verträge oder sonstige Absprachen zur Übertragung von wesentlichen Aufgaben müssen ~~zwei Monate~~ *einen Monat* vor Beginn ihrer Gültigkeit bei der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.» Auch die CSS stellt einen Antrag für einen neuen Absatz 4 mit folgendem Inhalt: «Die Genehmigung nach Artikel 8 Absatz 1 KVAG hat innert einem Monat zu erfolgen.»

Der Versicherer Turbenthal macht darauf aufmerksam, Absatz 3 führe zu einer zu grossen Beeinträchtigung des Geschäftsablaufs. Deshalb wird der Antrag gestellt, Absatz 3 sei zu streichen.

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

Für SKS, FRC, ACSI ist es bei einer Änderung der rechtlichen Struktur und einer damit einhergehenden Übertragung des Versichertenbestandes unabdingbar, dass der Versicherte sich auf Wunsch anderswo versichern kann.

Santésuisse macht bezüglich Absatz 3 geltend, es müsse heissen «in *begründeten* Fällen» und nicht «in dringenden Fällen». Auch der SVV bringt vor, Artikel 8 Absatz 3 KVAV müsse angepasst werden im Sinne von «begründeten Fällen».

Artikel 9 Finanzierungsverfahren

Absatz 1

Economiesuisse, SGV, SBV, Medswissnet, Curafutura, RVK, RVK Rück, Santésuisse, SVK, mehrere Versicherer, BFG, Comparis beantragen, diesen Artikel oder zumindest dessen Absatz 2 zu streichen. Sie machen insbesondere geltend, dass die Anforderung, den Bedarf jährlich zu decken, höhere Prämien erfordere und einer gesetzlichen Grundlage entbehre. Weiter sei die Verwendung des Begriffes «Erträge» einengend im Verhältnis zu Artikel 12 KVAG, der von «Finanzierung» spreche.

Der SAV schlägt folgende Formulierung vor: «*Der Versicherer ermittelt den finanziellen Bedarf. Er zeigt die Finanzierung über Prämien, Kapitalerträge und Reserven auf und beachtet, dass für das entsprechende Geschäftsjahr kein planmässiger Verlust auf Gesamtunternehmenssicht kalkuliert wird. Der Versicherer strebt an, dass die Ausgaben mittelfristig durch die Einnahmen gedeckt werden. Der Einsatz von Reserven wird transparent gemacht.*»

Absatz 2

Die in Absatz 1 erwähnten Anhörungsteilnehmenden sehen auch für ein Schenkungsverbot keine gesetzliche Grundlage. Es wird darauf hingewiesen, dass die Anfangsreserven nach Artikel 10 eine Schenkung voraussetzen.

Pharmasuisse hingegen begrüsst dieses Schenkungsverbot, weil Schenkungen zu einer Wettbewerbsverzerrung oder zu Fehlanreizen führen können.

Artikel 10 Anfangsreserven

Der VSAO begrüsst die detaillierten Vorschriften bezüglich Reserven (Art. 10-14) und bittet, diese unverändert so umzusetzen.

SGV, Centre patronal und mehrere Versicherer beantragen, die erforderlichen Mindestreserven tiefer festzulegen: SGV auf höchstens 4 Millionen, Turbenthal auf höchstens 1 Million.

Artikel 11 Ermittlung der Reserven

VD schlägt vor, Artikel 11 und 12 auf den Konsolidationsperimeter der Gruppe oder der Holding auszudehnen, da Transaktionen innerhalb der Gruppe möglich sind und die versicherungstechnischen Rückstellungen - gemäss Artikel 15 - gebildet werden, ohne Ansprüche aus Rückversicherungsverträgen zu berücksichtigen.

Absatz 1

Economiesuisse, CSS, SAV, SVV beantragen, von «vorhandenen Reserven» zu sprechen, um die Terminologie an diejenige der AVO anzugleichen.

Absatz 2

SGB, OMCT unterstützen die vorgesehene marktnahe Bewertung der Aktiven.

VD schlägt vor, diesen Absatz zu ergänzen mit «nach einem anerkannten Modell».

Absatz 5

Economiesuisse, Santésuisse, SVV und mehrere Versicherer beantragen, diesen Absatz zu streichen. Das EDI soll die Grundsätze nach den Absätzen 1 bis 4 durchsetzen, aber selber keine festlegen. Denn mit Swiss GAAP FER 41 bestehen klare Vorgaben.

Eventualiter beantragen Santésuisse und Groupe Mutuel, dass das EDI aufgrund von anerkannten Kriterien festlegt, wie die Aktiven und die Verpflichtungen zu bewerten sind.

Artikel 12 Mindesthöhe der Reserven

Absatz 1

VD beantragt, diesen Absatz neu zu formulieren.

SAV, SVV, CSS beantragen, ihn wie folgt zu formulieren: Die Reserven (Mindesthöhe) müssen mindestens ausreichen, um den erwarteten Verlust (expected shortfall) eines extremen (mit Wahrscheinlichkeit 1 % eintretenden) Jahrhundertereignisses gemäss KVG-Solvenztest decken zu können.

Absatz 2

VD weist darauf hin, dass dieser Absatz die Mindesthöhe der Reserven nicht bezüglich Volatilität des Portefeuilles oder Deckungsgrad des gebundenen Vermögens vorgibt. Deshalb sei es schwierig, sich zu den «übermässigen Reserven» gemäss Artikel 27 Absatz 4 zu äussern.

Absatz 3

Santésuisse, RVK Rück, SVV beantragen, diesen Absatz dahingehend zu ändern, dass bestehende Rückversicherungsverträge zu berücksichtigen sind und das EDI die Modalitäten festlegt.

Artikel 13 Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung

Absatz 3

SBV, Curafutura, santésuisse, SVV, mehrere Versicherer, SAV beantragen, den letzten Satz, wonach die Schätzung mehrere Varianten umfassen soll, zu streichen. Die Berechnung von Varianten sei zu aufwändig und das BAG habe sie seit der Einführung des Solvenztests auch nicht mehr verlangt. Diese Verpflichtung stamme aus der Zeit prämienproportionaler Eigenkapitalanforderungen. Bezogen auf den KVG-Solvenzttest führe sie zu Aufwänden, denen kein Nutzen gegenüberstehe.

Artikel 14 Berichterstattung

Absatz 3

Santésuisse wünscht, dass das BAG bei den Krankenversicherern gleiche Termine zur Einreichung der Unterlagen festlegt und sich selber ebenfalls Fristen zur Rückmeldung an die Versicherer setzt.

OMCT beantragt, in diesem Absatz zusätzlich festzuhalten, dass der Bericht für jeden Kanton die Zu- und Abflüsse festhalten muss, welche zu Änderungen der Gesamtreserven führen.

Artikel 15 Versicherungstechnische Rückstellungen

Die GDK und etwa die Hälfte der Kantone beantragen, diesen Artikel wie folgt zu ergänzen: *Die Rückstellungen für unerledigte Geschäftsfälle in den einzelnen Kantonen erfolgt nach den effektiv in diesen erwarteten Entwicklungen.* Eventualiter sei diese Ergänzung in einer Weisung des EDI gemäss Artikel 15 Absatz 4 festzulegen.

VD beantragt, in allen vier Absätzen auf die kantonalen versicherungstechnischen Rückstellungen Bezug zu nehmen.

Santésuisse, ÖKK führen aus, allein der offizielle Standard Swiss GAAP FER 41 sei als massgebend anzuerkennen, womit auf Kapitalanlagen Wertschwankungsrückstellungen bzw. –reserven zuzulassen seien.

Absatz 1

SGV, Santésuisse, mehrere Versicherer, SVV und SAV beantragen, den zweiten Satz von Absatz 1 zu streichen. Wenn Rückversicherungsverträge abgeschlossen werden, müssen die sich daraus ableitenden Ansprüche bei der Bildung von versicherungstechnischen Rückstellungen mitberücksichtigt werden können.

Absatz 2

Economiesuisse, SVV, CSS beantragen, diesen Absatz zu streichen.

Absatz 3

Economiesuisse, SGV, mehrere Versicherer, SVV, SAV beantragen, diesen Absatz zu streichen. SVV, SAV führen zur Begründung an, die Inhalte des Geschäftsplans würden in Artikel 7 Absatz 2 KVAG aufgezählt. Da die Bewirtschaftung der versicherungstechnischen Rückstellungen dort nicht genannt werde, sei Absatz 3 ohne gesetzliche Grundlage, denn im KVAG gebe es keine Hinweise darauf, dass der Bundesrat separate Vorschriften erlasse. Dies finde man im KVAG nur bei den Ausführungen zu den Reserven und das eingeschränkt auf das ST-Modell.

Absatz 4

Economiesuisse, SGV, Santésuisse, mehrere Versicherer, SVV, BFG, SAV beantragen, diesen Absatz zu streichen. Santésuisse führt zur Begründung aus, es liege in der unternehmerischen Entscheidungsfreiheit, wie Rückstellungen zu bilden und aufzulösen sind. Das EDI entscheidet höchstens über die Grundsätze.

Absatz 5 (neu)

OMCT beantragt, einen zusätzlichen Absatz 5 anzufügen, wonach die Daten der Rückstellungen für jeden einzelnen Kanton veröffentlicht werden sollen. Die Daten sollen je Kopf und mit Angabe der Entwicklung in den vergangenen Jahren veröffentlicht werden.

Artikel 16 Sollbetrag

Absatz 2

SBV, Santésuisse, RVK Rück, GM, SAV beantragen, diesen Absatz neu zu formulieren: «*Die Aufsichtsbehörde berücksichtigt dabei auch die Forderungen aus Rückversicherungsverträgen.*» Zur Begründung führen sie an, private Rückversicherer seien auch abgesichert (FINMA), wenn auch nicht über gebundenes Vermögen.

Die Bedingung «Voraussetzung ist, dass der Rückversicherer diese Forderungen mit seinem gebundenen Vermögen sicherstellt.» sei nicht sinnvoll. Private Rückversicherer müssen weder nach VAG noch nach KVAG ein gebundenes Vermögen haben. Somit wären nur Forderungen gegenüber einem als Rückversicherer agierenden Krankenversicherer zur Bestellung des gebundenen Vermögens zugelassen. Eine ähnliche Formulierung wie im Artikel 68 Absatz 2 AVO (mit detaillierter Regelung in der FINMA-Mitteilung 32 (2011)) wäre sinnvoller.

Artikel 17 Zeitpunkt der Ermittlung des Sollbetrages

Absatz 3

SBV, Santésuisse, SVV beantragen, Absatz 3 zu ändern: «Sie kann *in begründeten Fällen* eine (...) verlangen.» Eine Neuberechnung oder Schätzung des Sollbetrages soll nicht jederzeit verlangt werden können.

Artikel 18 Bericht

Zwei Versicherer und SVV beantragen, den Termin auf den 30. April zu verschieben. Dies in Übereinstimmung mit dem KVAG (Art. 24 Abs. 2).

Artikel 19 Deckung und Art. 20 Bestellung

Turbenthal beantragt, diese Artikel – wie fast die ganze KVAV – zu streichen.

Artikel 21 Geeignete Anlagen

Curafutura, SVV beantragen, die Artikel 21-22 und 52-57 mit den Anlagefachpersonen der Versicherer zu besprechen.

SBV, Santésuisse halten fest, dass bei Kapitalanlagen zwingend Wertschwankungsrückstellungen zuzulassen sind.

Comparis, BFG, Turbenthal beantragen, diesen Artikel zu streichen. Comparis geht davon aus, dass für diese Einschränkung keine gesetzliche Grundlage besteht.

Absatz 1

Groupe Mutuel beantragt, diesen Absatz zu streichen.

SGV, Curafutura und zwei ihrer Mitglieder beantragen den Versicherern breit diversifizierte Anlagen zu ermöglichen. Sie schlagen vor, Absatz 1 wie folgt zu formulieren: „*Als geeignete Anlagen gelten insbesondere:*

a bis e: unverändert...

f. *Rohstoffe und Edelmetalle;*

g. Alternative Anlagen, wie Insurance Linked Securities, Senior Secured Loans Hedge Funds, Private Equity;
h. derivative Finanzinstrumente: „

Absatz 2

Centre patronal, SGV unterstützen das Verbot von Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen. Dazu gehören insbesondere Anlagen bei Leistungserbringern wie Arztpraxen, HMO und Spitäler.

Artikel 22 Begrenzungen

Curafutura, CSS beantragen, die in Artikel 21 vorgeschlagenen Rohstoffe, Edelmetalle und alternative Anlagen in diesem Artikel auf 10 Prozent des gebundenen Vermögens zu begrenzen.

Absatz 5

Die erwähnten beantragen, diesen Absatz zu streichen.

RVK beantragt, das Mitspracherecht der Versicherer in Bezug auf den Erlass von Weisungen an den betreffenden Stellen festzuhalten.

Artikel 23 Begrenzungen bei kollektiven Anlagen

Turbenthal beantragt diesen Artikel, ebenso wie die übrigen Artikel von 17 bis 26, zu streichen.

Artikel 24 Verwahrung der Werte

Turbenthal beantragt insbesondere keine zwingende Fremdverwahrung.

Artikel 25 Prüfung durch die Aufsichtsbehörde

Mehrere Anhörungsteilnehmende weisen darauf hin, dass die Kosten für Prüfungen durch Dritte gemäss Artikel 34 Absatz 4 KVAG nur dann zulasten des Versicherers gehen, wenn Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidriges Handeln festgestellt wurde.

Absatz 4

Curafutura, SVV, einige Versicherer, Medswissnet, Expertsuisse beantragen, Absatz 4 zu streichen. Expertsuisse führt zur Begründung an, dieser Absatz widerspreche Artikel 62 Absatz 1, wonach die externe Revisionsstelle das gebundene Vermögen prüft.

Artikel 26 Verwendung des Erlöses des gebunden Vermögens

Expertsuisse empfiehlt, den Satz «... Mit einem Überschuss werden die mit der Gewährung dieser Ansprüche verbundenen Verwaltungskosten gedeckt» zu streichen. Er weist darauf hin, dass die KVAV sowohl in Artikel 9 als auch in Artikel 26 jeweils von einem positiven Ergebnis aus den Kapitalanlagen ausgeht. Es bestünden jedoch auch negative Marktrisiken. In diesem Zusammenhang verweist er auch auf die in Artikel 92b Absatz 3 Buchstabe c KVV festgehaltene Bestimmung, wonach der Versicherer die Deckung der Verwaltungskosten in der Prämienberechnung zu berücksichtigen hat.

Artikel 27 Prämienfestlegung

Der Kanton VD macht geltend, angesichts der möglichen Organisationsformen der Versicherer (Holding und/oder Gruppe) sollte die Regelung zur Festlegung der kantonalen Prämien dahingehend ergänzt oder geändert werden, dass die konsolidierte Finanzlage der Holding berücksichtigt wird. Bei dieser Annahme muss die kantonale Prämie pro Versicherer innerhalb einer Holding seines Erachtens einheitlich sein.

Das Konsumentenforum erachtet die Bestimmungen zu Prämienfestlegung, -genehmigung und -ausgleich als zu detailliert und mit unnötigen Kosten verbunden.

Hingegen sorgen nach Ansicht der Konsumentenschutzorganisationen (SKS, FRC, ACSI) die Bestimmungen in Bezug auf die Prämienfestlegung für mehr Präzision bei deren Berechnung.

Absatz 1

Der Kanton NE und der SGB unterstützten ausdrücklich, dass die Prämieinnahmen die kantonalen Kosten decken.

Der Schweizer Bauernverband macht geltend, Kapitalerträge sollten nur einbezogen werden, wenn der Versicherer auch Wertschwankungsreserven bilden kann. Santésuisse, der Versicherer CSS und die Schweizerische Aktuarvereinigung weisen darauf hin, dass die Regelung der Prämienfestlegung von Artikel 27 Absatz 1 zu einer grossen Prämienvolatilität führt, die sich in grossen Prämienchwankungen von einem Jahr zum andern auswirken. Die Schweizerische Aktuarvereinigung schlägt gestützt auf Artikel 16 KVAG folgende Formulierung vor: «Die von einem Versicherer für ein Behandlungsjahr erhobenen Prämien gewährleisten unter Berücksichtigung der für dieses Behandlungsjahr anfallenden Kosten die Solvenz des Versicherers.» Für Comparis widerspricht diese kurzfristige Berechnung der Prämien nicht nur dem Grundsatz der mittel- und langfristigen Solvenz des Versicherers, sondern auch den Bemühungen, die Reserven zu nutzen, um nicht jede Kostenschwankung auf die Prämien zu überwälzen.

Absatz 2

Nach Ansicht der GDK, der Kantone AR, BE, BS, LU, SO, TG, UR, VD, des Schweizer Bauernverbands und der Groupe Mutuel muss die Zahl der Jahre, die heranzuziehen sind, in der Verordnung präzisiert werden. Ebenso sei die Bezugsgrösse zu präzisieren, auf die sich der Prozentsatz bezieht.

Santésuisse macht geltend, es sei nicht klar, was unter den «letzten Jahren» zu verstehen ist. Zudem sei die Limitierung auf das Doppelte des Durchschnitts der anderen Versicherer in den letzten zehn Jahren keine Begründung. Sie diene ausschliesslich der Einebnung der Marktverhältnisse und sei deshalb gesetzeswidrig.

Der Ordine dei medici del cantone Ticino beantragt, Absatz 2 in eine zwingende Bestimmung umzuwandeln, welche die Versicherer verpflichtet, einen Teil ihrer Kapitalerträge von ihren Kosten abzuziehen, und dass der kantonale Anteil nicht entsprechend den geschätzten Prämieinnahmen im Kanton festgelegt wird, sondern aufgrund der Wohnbevölkerung am 31. Dezember des Vorjahrs. Ausserdem sei die Bestimmung dahingehend zu ergänzen, dass die Kapitalerträge nach Kanton nach der Verteilung veröffentlicht werden müssen.

Der Versicherer CSS und die Schweizerische Aktuarvereinigung wollen diesen Absatz streichen; massgeblich sei die Solvenz, in der Kapitalerträge bereits berücksichtigt seien.

Absatz 3

Aus Sicht des Kantons NE ist es sinnvoll, dass die Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (inkl. Island und Norwegen) die Kosten decken müssen, die für diese Staaten insgesamt entstehen.

Absatz 4

Die GDK, die Kantone AG, AR, BS, JU, LU, NE, SO, TG, VD, die SPS, der SGB, der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte, die FER und die Konsumentenschutzorganisationen (SKS, FRC, ACSI) beantragen eine Senkung des Grenzwerts auf 150 Prozent.

Andere Anhörungsteilnehmende schlagen als Grenzwert vor: BE 120 Prozent, GE 130 Prozent, TI 125 Prozent, Ordine dei medici del cantone Ticino 100 Prozent.

Die FDP, der SGV, Economiesuisse, der Schweizer Bauernverband, der Schweizerische Versicherungsverband, Curafutura, der RVK, die Versicherer CSS, Helsana, Turbenthal und Groupe Mutuel, die Schweizerische Aktuarvereinigung und das Bündnis für Freiheitliches Gesundheitswesen beantragen die Streichung dieser Bestimmung.

Santésuisse beantragt, die Bestimmung zu streichen oder eventualiter mit dem Begriff «*in der Regel*» zu ergänzen.

Der Versicherer ÖKK beantragt, die Situation allfälliger übermässiger Reserven für jeden Versicherer individuell im Rahmen des ordentlichen Prämien genehmigungsverfahrens unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation des Versicherers zu prüfen.

Die FMH fragt sich, ob der Prozentsatz auch tiefer angesetzt werden könnte. Der Dachverband Schweizerischer Patientenstellen bezeichnet ihn als zu hoch ohne einen konkreten Gegenvorschlag.

Artikel 28 Abbau von übermässigen Reserven

Die FDP, der SGV, Economiesuisse, Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer CSS, Helsana, Turbenthal und Groupe Mutuel, die Schweizerische Aktuarvereinigung und das Bündnis für Freiheitliches Gesundheitswesen beantragen die Streichung dieser Bestimmung.

Für Comparis führen die Regeln in Artikel 28 zu einer grossen Prämienvolatilität. Die Versicherten können sich vor hohen Prämien und übermässigen Reserven schützen, indem sie ihre Franchise und/oder Versicherungsform ändern oder den Versicherer wechseln.

Absatz 1

Der Schweizer Bauernverband, Santésuisse, der RVK, der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer, die Versicherer Visana und Sympany beantragen, die Pflicht zum Abbau der Reserven in eine Kannvorschrift umzuwandeln. Für den RVK und den Schweizer Bauernverband sind bei Inkrafttreten des KVAG bestehende Reserven vom Anwendungsbereich dieser Bestimmung auszunehmen. Santésuisse bemängelt das Fehlen einer Regelung, in welchem Verhältnis ein Reserveabbau zu erfolgen hat, wenn die Reserven über den gesamten Tätigkeitsbereich der Versicherer zu bilden sind (OKP und Taggeldversicherung).

Absatz 2

Die GDK und die Kantone AR, BE, BS, JU, LU, SO, TI, TG, VD machen geltend, der Abbau übermässiger Reserven sei auf höchstens fünf Jahre und in Ausnahmesituationen auf zehn Jahre zu beschränken.

Andere Anhörungsteilnehmende schlagen folgende Frist für den Reserveabbau vor: der Kanton NE vier Jahre, die SPS, der SGV und der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte drei Jahre und die Konsumentenschutzorganisationen (SKS, FRC, ACSI) zwei Jahre.

Die FMH befürwortet eine kürzere Frist, ohne diese jedoch genauer zu benennen.

Absatz 3

Die GDK und die Kantone AG, AR, BE, BS, JU, LU, TI, TG sind dagegen, die Festlegung des Verteilschlüssels auf die Kantone den Versicherern zu überlassen. Insbesondere müsse dabei

berücksichtigt werden, in welchem Umfang die einzelnen Kantone zur Reservebildung beigetragen haben.

Der Kanton GE schlägt folgende Formulierung vor: «Der Abbau der Reserven wird in Form eines Ausgleichsbetrags durchgeführt, der den Versicherten *der Kantone, die zur Bildung dieser Reserven beigetragen haben*, ausgerichtet wird. Der für den Abbau der Reserven festgelegte Betrag wird nach einem ~~einheitlichen~~ Verteilschlüssel *pro Kanton unter Berücksichtigung des Beitrags des einzelnen Kantons (jährlicher Betriebsgewinn des Versicherers)* zur Bildung der übermässigen Reserven auf die Kantone verteilt. *Kantone, deren Versichertenprämien nicht zur Bildung der übermässigen Reserven beigetragen haben, werden beim Ausgleich nicht berücksichtigt.*»

Der Kanton NE schlägt folgende Formulierung vor: «Der Abbau der Reserven wird in Form eines Ausgleichsbetrags durchgeführt, der den Versicherten *der Kantone, die zur Bildung dieser Reserven beigetragen haben*, ausgerichtet wird.»

Der Kanton VD beantragt folgende Formulierung: «Der Abbau der Reserven wird in Form eines Ausgleichsbetrags, der den Versicherten ausgerichtet wird, durchgeführt. Der für den Abbau der Reserven festgelegte Betrag wird nach einem ~~einheitlichen~~ Verteilschlüssel *im Verhältnis zum Beitrag des einzelnen Kantons zur Bildung der übermässigen Reserven* auf die Kantone und die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsbereich des Versicherers verteilt. *Die Aufsichtsbehörde genehmigt den Verteilschlüssel.*»

Der Ordine dei medici del cantone Ticino lehnt ab, dass die Versicherer den Verteilschlüssel der übermässigen Reserven festlegen. Er beantragt, dass diese Reserven über eine schrittweise Anpassung der Prämien in den Kantonen, die zu ihrer Bildung beigetragen haben, und im Verhältnis zum Beitrag des einzelnen Kantons zur Bildung der Reserven erfolgen.

Für Santésuisse müssen kantonal unterschiedliche Ausgleichsbeträge möglich sein. Der Begriff «einheitlich» sei deshalb zu streichen. Da nicht die Kantone, sondern die Versicherten in den Genuss der abgebauten Reserven kommen, sei die Bestimmung wie folgt umzuformulieren: «*Der pro Kanton festgelegte Betrag der Rückerstattung ...*».

Die FER macht ebenfalls geltend, es dürften nur Versicherte der Kantone, die zur Bildung der Reserven beigetragen haben, in den Genuss des Prämienausgleichs kommen.

Absatz 4

Der Ordine dei medici del cantone Ticino erachtet den Ausgleichsmechanismus als zu kompliziert und mit administrativem Mehraufwand verbunden. Er schlägt eine Auswirkung direkt auf die Prämien des Folgejahrs vor.

Artikel 29 Genehmigung der Prämientarife

Nach Ansicht der Konsumentenschutzorganisationen (SKS, FRC, ACSI) sind mit dem neuen Genehmigungsverfahren der Prämientarife die Kantone besser über die künftigen Prämien informiert, und die Versicherten wissen, ob die Prämien für weniger als ein Jahr genehmigt wurden und ob sie möglicherweise im Lauf des Jahres den Versicherer wechseln müssen.

Absatz 2

Curafutura, die Versicherer CSS und Helsana beantragen die Streichung dieses Absatzes. Comparis macht geltend, die Bestimmung öffne der Willkür der Aufsichtsbehörde Tür und Tor.

Absatz 3

Die GDK und die Kantone AR, BE, LU, SO beantragen, die Kann-Formulierung in eine zwingende Bestimmung zu ändern, sodass der Versicherer die durchschnittlichen Kosten der Prämienregionen zwingend ausweisen muss.

Absatz 4

Die GDK und die Kantone AG, AR, BE, BS, JU, LU, TI, TG, UR, VD, VS beantragen, dass der GDK und den Kantonen auch zukünftig die gleichen Daten zur Verfügung stehen wie bisher, das heisst, die Daten aller Kantone und nicht nur die Daten zu ihrem Gebiet.

Der Ordine dei medici del cantone Ticino bemängelt die begrenzten Daten, die die Kantone erhalten sollen.

Santésuisse, Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer CSS und Helsana und die Groupe Mutuel schlagen eine Umformulierung der Bestimmung vor: «Die Kantone erhalten *von der Aufsichtsbehörde* die Daten ...»

Absatz 5

Der Ordine dei medici del cantone Ticino beantragt, diesen Absatz zu streichen.

Santésuisse beantragt folgende Ergänzung: «*Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Prämientarife bis spätestens zum 30. September des Vorjahres. Liegt der Entscheid der Aufsichtsbehörde bis zu diesem Termin nicht vor, so gelten für das Folgejahr die beantragten Prämientarife.*» Auch der RVK und der Schweizerische Versicherungsverband beantragen, den 30. September als Frist für die Genehmigung der Prämientarife in die KVAV aufzunehmen.

Artikel 30 Veröffentlichung der Prämien

Santésuisse macht geltend, diese Bestimmung widerspreche dem KVAG. Denn aus Artikel 16 Absatz 1 KVAG *e contrario* ergebe sich, dass die Versicherer nicht verpflichtet seien, die Prämientarife zu veröffentlichen. Santésuisse und der Versicherer Turbenthal beantragen, diese Bestimmung zu streichen.

Artikel 31 Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung

Santésuisse beantragt, Artikel 28 vom Verweis auszunehmen.

Artikel 32 Kumulierte Kosten

Der Schweizerische Versicherungsverband beantragt folgende Änderung: «Die kumulierten Kosten eines Versicherers entsprechen seinen ~~gesamten Kosten~~ *Ausgaben* in einem Jahr.» Der Versicherer Turbenthal fordert die Streichung der Bestimmung.

Artikel 33 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation des Versicherers

Die GDK und die Kantone AR, BE, BS, GE, NE, LU, SO, TG, TI wollen den Prozentsatz auf 110 Prozent, VD auf 120 Prozent und der Ordine dei medici del cantone Ticino auf 100 Prozent senken. Der Versicherer Turbenthal will diese Bestimmung streichen.

Artikel 34 Verfahren

Der Versicherer Turbenthal will diese Bestimmung streichen.

Artikel 35 Rückerstattungsbetrag

Der Ordine dei medici del cantone Ticino erachtet das Rückerstattungsverfahren als zu kompliziert. Er beantragt zu präzisieren, dass der Rückerstattungsbetrag nach einem einheitlichen, vom Versicherer bestimmten Verteilschlüssel auf die Versicherten *im betreffenden Kanton* verteilt wird.

Santésuisse betont, es müsse klargestellt werden, dass kantonal unterschiedliche Beträge möglich sind. Der Versicherer Sympany will die Bezeichnung «einheitlich» streichen und die Bestimmung mit der Möglichkeit ergänzen, den Ausgleichsbetrag pro Kanton festzulegen.

Der Versicherer Turbenthal will diese Bestimmung streichen.

Artikel 36 Durchführung des Ausgleichs

Santésuisse und der Schweizerische Versicherungsverband beantragen die Ergänzung mit einem neuen Absatz 4: *«Bei Personen, ohne feststellbare Zahlungsverbindung, bei ins Ausland abgereisten Personen oder bei unbekannten berechtigten Erben, verfällt der Ausgleichsanspruch nach fünf Jahren. Der Versicherer führt eine entsprechende Liste.»* Nach Ansicht des Versicherer Sympany sollen die Versicherten vom Ausgleich ausgenommen werden, die ohne Adressangabe abgereist sind, die keine gültige Aufenthaltsbewilligung haben oder die zwischen dem 31. Dezember und dem Zeitpunkt der Rückerstattung verstorben sind.

Der Versicherer Turbenthal will diese Bestimmung streichen.

Artikel 37 Zuordnung der Verwaltungskosten

Absatz 1

Die Groupe Mutuel beantragt die Streichung von Buchstabe c.

Absatz 2

Der Kanton BS will Absatz 2 mit folgendem Satz ergänzen: *«Die Verwaltungskosten des Versicherers in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden unter gleichmässiger Berücksichtigung der Anzahl Versicherter sowie der Prämienhöhe auf die Kantone verteilt.»*

Die Santésuisse, der RVK, der Schweizerische Versicherungsverband und der Versicherer ÖKK beantragen die Streichung dieses Absatzes.

Artikel 38 Beurteilung der Verwaltungskosten

Der SGB und die SPS befürworten diese Bestimmung und insbesondere die Möglichkeit, Vergleiche unter den Versicherern durchzuführen.

Der SGV, Curafutura, die Versicherer CSS und Turbenthal und der Schweizerische Versicherungsverband beantragen die Streichung dieser Bestimmung.

Absatz 2

Die Santésuisse, der RVK und die Groupe Mutuel beantragen, Absatz 2 zu streichen.

Die FMH wünscht die Präzisierung, dass bei der Darstellung der Verwaltungskosten die Werbekosten separat auszuweisen sind. Der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte beantragt ausserdem, dass die Aufsichtsbehörde diese Darstellung der Verwaltungskosten veröffentlicht.

Artikel 39 Vermittlertätigkeit und Werbekosten

Der Schweizer Bauernverband lehnt eine Überprüfung der Marketing- und Vermittlertätigkeiten durch das BAG ab, die dem Prinzip des regulierten Wettbewerbs widerspreche. Der Versicherer Turbenthal beantragt, diese Bestimmung zu streichen.

Der Ordine dei medici del cantone Ticino unterstützt diese Bestimmung.

Absatz 1

Mehrere Anhörungsteilnehmende beantragen eine neue Definition der Vermittlertätigkeit:

CSS: *«Eine Vermittlertätigkeit im Sinne von Artikel 19 KVAG ist jede Tätigkeit, bei der dem Versicherer Beratungskompetenzen oder den Abschluss von Versicherungen gegen Entgelt zur Verfügung gestellt werden.»*

Santésuisse: *«Eine Vermittlertätigkeit im Sinne von Artikel 19 KVAG üben Personen aus, die ohne beim Versicherer angestellt zu sein dem Versicherer Kompetenzen oder Dienste gegen Entgelt zur Verfügung stellen, mit dem Ziel den Beitritt von Versicherten zu erleichtern oder zu ermöglichen.»*

Groupe Mutuel: «Eine Vermittlertätigkeit im Sinne von Artikel 19 KVAG ist jede Tätigkeit, bei der *eine Person, die nicht durch einen Arbeitsvertrag an den Versicherer gebunden ist*, dem Versicherer Kompetenzen oder Dienste gegen Entgelt zur Verfügung stellt, mit dem Ziel, den Beitritt von Versicherten zu erleichtern oder zu ermöglichen.»

Schweizerischer Versicherungsverband: «Eine Vermittlertätigkeit im Sinne von Artikel 19 KVAG ist jede Tätigkeit, bei der dem Versicherer *Beratungskompetenzen oder der Abschluss von Versicherungen* gegen Entgelt zur Verfügung gestellt werden. *Die Angestellten der Versicherer sind ausgenommen.*»

Absatz 2

Die SPS, der SGB, die SKS und die ACSI empfehlen eine strengere Beschränkung mit einer verbindlichen Obergrenze für Kosten der Vermittlung und Werbung. Die FRC ist gegen die Zahlung von Vermittlergebühren.

Curafutura, die Versicherer CSS und Helsana, der Schweizerische Versicherungsverband beantragen, diesen Absatz entweder zu streichen oder die Definition wie folgt umzuformulieren: «*Als Werbung im Sinne dieses Gesetzes gilt die Verwendung von Werbemitteln, deren Inhalt dazu dient, bestimmte Versicherungsprodukte nach KVG zu vertreiben. Werbung liegt nicht vor, wenn Kunden für sie relevante Informationen zu bestehenden Produkten zur Verfügung gestellt werden.*»

Die Groupe Mutuel beantragt folgende Änderung der Definition: «*Als externe Werbekosten gelten namentlich alle Aufwendungen für die Akquisition von Versicherten ~~unabhängig vom gewählten Werbekanal und Werbemittel.~~*»

Absatz 3

Die SKS und die ACSI schlagen für die KVAV eine Bestimmung vor, wonach das BAG die Selbstregulierung wie in Artikel 19 Absatz 3 KVAG vorgesehen überwacht und bei fehlender Wirksamkeit geeignete Massnahmen trifft.

Bestimmungen zur Unternehmensführung und Revision

Zahlreiche Anhörungsteilnehmende äussern Kritik an Kapitel 4 der E-KVAV. Ihrer Ansicht nach greifen diese Bestimmungen in unzulässiger Weise in die Zuständigkeiten der Organe der Versicherer ein. Die Stärkung der Aufsicht dürfe nicht zu einer Vermischung der Zuständigkeit der Versicherer für die Geschäftsführung und der Aufgaben der Aufsichtsbehörde führen. Für die CVP und die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete sind die Bestimmungen dieses Kapitels mehrheitlich unverhältnismässig und schiessen über das Ziel hinaus. Sie würden stark in die unternehmerische Freiheit eingreifen. Die FDP lehnt die übertriebene Bürokratie, die Überfrachtung der Prozesse und die Mehrkosten bei der Verwaltung ab, zu dem dieser Entwurf führe. Economiesuisse beantragt die Anpassung des Kapitels an die Aufsichtsverordnung (AVO), damit die Zuständigkeiten des BAG auf die Aufsichtsfunktion beschränkt würden und die Aufsichtsbehörde keinen direkten Einfluss in die operativen Bereiche der Versicherer nehme. Curafutura kritisiert die Eingriffsmöglichkeit der Aufsichtsbehörde in die Unternehmensführung der Versicherer, was dem Wettbewerb widerspreche. Für Tarifsuisse stellt der Entwurf eine massive Verletzung der Grundsätze der Good-Governance dar. Nach dem Verhältnismässigkeitsgebot habe die Aufsichtsbehörde die für die Versicherer am wenigsten einschränkende Massnahmen zu treffen. Der Versicherer ÖKK macht geltend, die Aufgaben der Aufsichtsbehörde seien auf punktuelle Prüfungen und die Auferlegung von Sanktionen bei Widerhandlungen zu beschränken und dürften nicht darin bestehen, in die Unternehmensführung einzugreifen. Für die Groupe Mutuel trägt die Verordnung der Tatsache nicht genügend Rechnung, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Rahmen des Wettbewerbs geführt wird und die unternehmerische Freiheit gewährleistet sein muss. Nach dem Willen des Gesetzgebers werde die soziale Krankenversicherung durch sich selbst organisierende Träger durchgeführt. Der Verordnungsentwurf stelle diese Organisation infrage.

Die Konsumentenschutzorganisationen (SKS, FRC, ACSI) begrüßen einzelne Bestimmungen wie diejenigen zur Überprüfung als eine Verbesserung der Governance. Damit dürften Interessenkonflikte verringert und ein unabhängigeres Kontrollsystem auch intern gewährleistet sein. Nach Ansicht der FER entsprechen die neuen, wenn auch strengen Anforderungen für die Versicherer denjenigen an eine einwandfreie Geschäftstätigkeit, die von den Versicherern zur Gewährleistung einer seriösen Geschäftsführung erwartet wird. In der Praxis sei jedoch wichtig, dass die Aufsichtsbehörde sich darauf beschränke zu überprüfen, ob die rechtlichen Vorgaben eingehalten werden, und nicht ohne Grund in die Versicherungsführung eingreife.

Medswissnet äussert Vorbehalte gegenüber einzelnen Bestimmungen in diesem Kapitel.

Artikel 40 Interne Richtlinien für die Unternehmensführung

Der SGV, der Schweizer Bauernverband, Curafutura, der RVK, der Schweizerische Versicherungsverband, die Groupe Mutuel, CSS und Turbenthal beantragen, diese Bestimmung zu streichen.

Absatz 1

Santésuisse schlägt folgende Formulierung vor: *«Der Versicherer regelt die Unternehmensführung.»*

Absatz 2

Santésuisse beantragt, diesen Absatz zu streichen.

Artikel 41 Zusammensetzung des Verwaltungsorgans

Der Versicherer Turbenthal will die Streichung dieser Bestimmung.

Absatz 1

Der Schweizer Bauernverband erachtet die Anforderungen an das Verwaltungsorgan als unverhältnismässig; zudem liessen sie keine Ausnahme für die kleinen und mittleren Versicherer zu. Absatz 1 sei anzupassen. Der RVK beantragt, die Formulierung an diejenige von Artikel 12 AVO anzupassen: *«Das Verwaltungsorgan muss so zusammengesetzt sein, dass es die Beaufsichtigung und Oberleitung des Versicherers einwandfrei wahrnehmen kann. Im Verwaltungsorgan muss insbesondere ausreichendes Versicherungswissen vorhanden sein.»*

Dem Versicherer Assura geht diese Bestimmung zu weit; sie führe zu einem überspitzten Formalismus.

Absatz 2

Der Schweizer Bauernverband, Curafutura, der RVK, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer CSS und Helsana beantragen, diesen Absatz zu streichen.

Santésuisse fordert folgende Formulierung: *«Jedes Mitglied des Verwaltungsorgans muss über eine angemessene Ausbildung und Berufserfahrung verfügen. In seiner Gesamtheit muss sich das Verwaltungsorgan aus Personen zusammensetzen, die über ~~Berufserfahrung~~ angemessene Kenntnisse im Finanz-, Versicherungs- und Gesundheitsbereich verfügen.»*

Absatz 3

Der SGV beantragt, diesen Absatz zu streichen.

Santésuisse beantragt, diesen Absatz zu streichen oder durch folgende Formulierung zu ersetzen: *«Der Versicherer stellt der Aufsichtsbehörde ~~spätestens einen Monat vor der~~ nach Ernennung eines Mitglieds des Verwaltungsorgans einen aktuellen beglaubigten Straf- und Betreibungsregisterauszug ~~zu~~ zur Verfügung. [...]»*. Auch der Versicherer Assura bemängelt die Verpflichtung zur Zustellung der Unterlagen an die Aufsichtsbehörde vor der Ernennung.

Auf jeden Fall lehnt er die diesbezügliche Frist von 30 Tagen ab, die in der Praxis nicht eingehalten werden kann. Der RVK lehnt die in diesem Absatz vorgesehene präventive Kontrolle ebenfalls ab.

Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer CSS und Helsana beantragen, Artikel 41 Absatz 3 E-KVAV an Artikel 12 Absatz 3 AVO anzupassen. (Für jedes neue Mitglied ist der Aufsichtsbehörde innert 14 Tagen nach seiner Ernennung das Curriculum Vitae zuzustellen).

Die Groupe Mutuel beantragt, Absatz 3 zu streichen oder wie folgt zu formulieren: «Der Versicherer stellt der Aufsichtsbehörde *für jedes neue Mitglied des Verwaltungsorgans innert 14 Tagen nach seiner Ernennung das Curriculum Vitae zu.*»

Artikel 42 Zusammensetzung des Leitungsorgans

Der Versicherer Turbenthal beantragt, diese Bestimmung zu streichen.

Absatz 3

Der SGV beantragt, diesen Absatz zu streichen.

Santésuisse beantragt, diesen Absatz zu streichen oder durch folgende Formulierung zu ersetzen: «Der Versicherer stellt der Aufsichtsbehörde ~~spätestens einen Monat vor der~~ *nach* Ernennung eines Mitglieds des Leitungsorgans einen aktuellen beglaubigten Straf- und Betreibungsregistrauszug ~~zu~~ *zur Verfügung. [...]*». Auch der Versicherer Assura bemängelt die Verpflichtung zur Zustellung der Unterlagen an die Aufsichtsbehörde vor der Ernennung. Auf jeden Fall lehnt er die diesbezügliche Frist von 30 Tagen ab, die in der Praxis nicht eingehalten werden kann. Der RVK lehnt die in diesem Absatz vorgesehene präventive Kontrolle ebenfalls ab.

Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer CSS und Helsana beantragen, Artikel 42 Absatz 3 E-KVAV an Artikel 14 Absatz 2 AVO anzupassen. (Für jedes neue Mitglied ist der Aufsichtsbehörde innert 14 Tagen nach seiner Ernennung das Curriculum Vitae zuzustellen).

Die Groupe Mutuel beantragt, Absatz 3 zu streichen oder wie folgt zu formulieren: «Der Versicherer stellt der Aufsichtsbehörde *für jedes neue Mitglied des Leitungsorgans innert 14 Tagen nach seiner Ernennung das Curriculum Vitae zu.*»

Artikel 43 Doppelfunktionen

Nach Ansicht der FMH sollte präzisiert werden, dass das Verbot der Doppelfunktion auch innerhalb einer Versicherungsgruppe gilt.

Santésuisse beantragt folgende Formulierung: «*Die vorsitzende Person des Verwaltungsorgans darf nicht zugleich dem Leitungsorgan vorsitzen.*»

Curafutura, der RVK, der Schweizerische Versicherungsverband, die Groupe Mutuel, CSS und Turbenthal beantragen, diese Bestimmung zu streichen.

Absatz 2

Nach Ansicht des Ordine dei medici del cantone Ticino ist beim Doppelfunktionsverbot keine Ausnahme zu dulden. Er beantragt, Absatz 2 zu streichen.

Artikel 44 Nachweis des guten Rufs

Der SGV, der Schweizerische Versicherungsverband und der Versicherer Turbenthal beantragen, diese Bestimmung zu streichen. Nach Ansicht der Santésuisse stellt Artikel 44 Buchstabe c eine Überregulierung dar und ist zu streichen. Curafutura, die Versicherer Groupe

Mutuel und CSS wollen die Buchstaben b-d streichen. Der RVK lehnt die in dieser Bestimmung vorgesehene präventive Kontrolle ab.

Artikel 45 Veröffentlichung der Interessenbindungen

Die Groupe Mutuel will diese Bestimmung streichen.

Absatz 1

Der SGV, Curafutura, der RVK, der Schweizerische Versicherungsverband und der Versicherer CSS lehnen die vorgängige Information der Aufsichtsbehörde über die Interessenbindungen ab. Es sei Sache des Verwaltungsorgans, und nicht der Aufsichtsbehörde, zu kontrollieren, ob die Interessenbindungen eines Bewerbers problematisch sein können. Santésuisse beantragt, diesen Absatz dahingehend umzuformulieren, dass einzig Interessenbindungen relevant sind, die zu konkreten Konflikten führen könnten. Die private Mitgliedschaft in Vereinen und anderen Kreisen sei in diesem Zusammenhang irrelevant und nicht Sache der Aufsichtsbehörde.

Absatz 2

Santésuisse, Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband und der Versicherer CSS fordern die Streichung dieses Absatzes.

Artikel 46 Verhinderung von Interessenkonflikten

Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer Groupe Mutuel und CSS beantragen die Änderung des Titels in «Vermeidung» statt «Verhinderung» von Interessenkonflikten (betrifft nur die deutsche Fassung).

Der Versicherer Turbenthal beantragt, die ganze Bestimmung zu streichen.

Absatz 1

Santésuisse, Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer Groupe Mutuel und CSS fordern die Streichung dieses Absatzes.

Absatz 2

Santésuisse, der Schweizerische Versicherungsverband und der Versicherer CSS fordern die Streichung des zweiten Satzes.

Artikel 47 Entschädigungssystem

Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Groupe Mutuel, die Versicherer CSS und Turbenthal beantragen, diese Bestimmung zu streichen.

Artikel 48 Ziel und Inhalt des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems

Der Schweizer Bauernverband, Santésuisse und der RVK bemängeln, dass die Bestimmung die Versicherer nicht nach dem Personalbestand, dem Versichertenbestand oder dem Prämienvolumen unterscheide. Sie sollte Erleichterungen für kleine und mittlere Versicherer (bis 100 000 Versicherte) vorsehen und entsprechend umformuliert werden.

Curafutura beantragt, diese Bestimmung an die AVO anzupassen.

Absatz 2

Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer CSS und Helsana wollen Buchstabe c an die AVO anpassen und Buchstabe e streichen. Santésuisse und der Schweizerische Versicherungsverband beantragen, Buchstabe e und den zweiten Teil von Buchstabe f zu streichen. Die Groupe Mutuel will Buchstabe e streichen.

Absatz 3

Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer CSS und Helsana beantragen, Absatz 3 zu streichen.

Artikel 49 Dokumentation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems

Der Schweizer Bauernverband und der RVK weisen darauf hin, dass die Bestimmung die Versicherer nicht nach dem Personalbestand, dem Versichertenbestand oder dem Prämienvolumen unterscheide. Sie sollte Erleichterungen für kleine und mittlere Versicherer (bis 100 000 Versicherte) vorsehen und entsprechend umformuliert werden.

Curafutura beantragt, diese Bestimmung an die AVO anzupassen. Der Versicherer Turbenthal beantragt die Streichung.

Absatz 1

Santésuisse und der Schweizerische Versicherungsverband beantragen, den zweiten Satz dieses Absatzes zu streichen. Curafutura und der Versicherer CSS wollen nur den zweiten Teil des zweiten Satzes streichen: «Der Versicherer hält sein Risikomanagement und sein internes Kontrollsystem in einer Dokumentation fest. Er aktualisiert sie laufend ~~und stellt sie der Aufsichtsbehörde zu.~~»

Die Groupe Mutuel beantragt die Streichung des ganzen Absatzes 1.

Absatz 2

Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband und der Versicherer CSS beantragen eine Umformulierung von Buchstabe a: «Beschreibung der Organisation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems ~~auf der Ebene des ganzen Versicherers~~ und der diesbezüglichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten;».

Santésuisse und der Schweizerische Versicherungsverband fordern die Streichung der Buchstaben c und d. Die Groupe Mutuel beantragt, die Buchstaben b und c zu streichen.

Artikel 50 Liquiditätsanforderungen

Der SGV, Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer CSS, Helsana und Turbenthal beantragen, diese Bestimmung zu streichen.

Der Schweizer Bauernverband und der RVK weisen darauf hin, dass die Bestimmung die Versicherer nicht nach dem Personalbestand, dem Versichertenbestand oder dem Prämienvolumen unterscheide. Sie sollte Erleichterungen für kleine und mittlere Versicherer (bis 100 000 Versicherte) vorsehen und entsprechend umformuliert werden. Expertsuisse verweist auf die geltende Privatversicherungsgesetzgebung, die eine Ausnahme von der Pflicht zu Bestellung einer internen Revisionsstelle vorsieht.

Absatz 2

Santésuisse und die Groupe Mutuel fordern die Streichung dieses Absatzes.

Artikel 51 Interne Revisionsstelle

Der Schweizer Bauernverband, Santésuisse und der RVK bemängeln, dass die Bestimmung die Versicherer nicht nach dem Personalbestand, dem Versichertenbestand oder dem Prämienvolumen unterscheide. Kleine und mittlere Versicherer (bis 100 000 Versicherte) sollten vom Anwendungsbereich ausgenommen werden.

Der Versicherer Turbenthal beantragt, die ganze Bestimmung zu streichen.

Artikel 52 Anlagegrundsätze

Santésuisse, Groupe Mutuel beantragen, die Formulierung von Artikel 80a Absatz 2 KVV zu übernehmen.

Der SVV beantragt, Artikel 52–57 mit den Anlagespezialisten der Versicherer zu besprechen, damit moderne und sachgerechte Anlagevorschriften eingeführt werden.

Artikel 53 Anforderungen an die Vermögensverwaltung

Absatz 2

Santésuisse legt dar, statt «différentes personnes» müsse es heissen «par des personnes différentes».

Absatz 3

SGV, Curafutura, Helsana, CSS, SVV beantragen, den Satz zu streichen, wonach der Versicherer seinen Vertrag der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis bringt.

Artikel 54 Anlagereglement

Turbenthal beantragt diesen Artikel, wie fast alle übrigen Artikel der KVAV, zu streichen.

Artikel 55 Gewichtung des Anlagerisikos

Santésuisse hält es für nicht sachgemäss, dass der Bundesrat hier Aussagen zu Anlagerisiken macht.

SGV, Centre patronal beantragen die Streichung von Absatz 1 Buchstabe b.

Art. 56 Risikomanagement und Art. 57 Ausschluss der Effektenleihe und des Pensionsgeschäfts

Turbenthal beantragt diese Artikel, wie fast alle übrigen Artikel der KVAV, zu streichen.

Artikel 58 Grundsätze

Absatz 2

Der Schweizerische Versicherungsverband und die Groupe Mutuel beantragen, diesen Absatz zu streichen. Nach Auffassung der Santésuisse und des RVK sind die Vorschriften Swiss GAAP FER 41 unverändert als massgebend zu erklären. Für den Ordine dei medici del cantone Ticino ist wichtig, dass jeder Krankenversicherer eine umfassende gesonderte Rechnung pro Kanton führt. Artikel 58 sei deshalb mit einem neuen Absatz 2 zu ergänzen: «Er (der Versicherer) führt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine gesonderte Rechnung pro Kanton.» Der bisherige Absatz 2 würde zum neuen Absatz 3.

Artikel 59 Geschäftsbericht

Für Economiesuisse und Santésuisse liegen mit Swiss GAAP FER 41 klare Rechnungslegungsvorschriften für die Krankenversicherer vor. Diese seien im E-KVAV unverändert zu übernehmen. Der Versicherer Turbenthal schlägt vor, die Bestimmung zu streichen.

Für den Kanton VD fehlt die Pflicht zur Erstellung von Konzernrechnungen für Versicherungsgruppen. Die Bestimmung sei entsprechend anzupassen.

Absatz 1

Expertsuisse beantragt, auf die Vorschriften Swiss GAAP FER statt Swiss GAAP FER 41 zu verweisen.

Absatz 2

Der RVK und die Groupe Mutuel beantragen, den ersten Satz dieses Absatzes zu streichen. Der Schweizerische Versicherungsverband beantragt die Streichung des ganzen Absatzes.

Absatz 4

Der RVK beantragt, diesen Absatz zu streichen.

Artikel 60 Aufsichtsrechtlicher Jahresabschluss

Der Versicherer Turbenthal beantragt, diese Bestimmung ganz zu streichen. Ausserdem wäre die Frist in Absatz 3 auf den 30. April zu legen.

Nach Ansicht des Kantons VD fehlt in der Bestimmung die Angabe, dass sich die Aufsicht auf die Konzernrechnungen von Versicherungsgruppen oder Holdings erstreckt. VD beantragt eine entsprechende Ergänzung.

Absatz 1

Die Groupe Mutuel will diesen Absatz streichen. Santésuisse und der RVK beantragen, dass ausschliesslich die Vorschriften Swiss GAAP FER 41 als massgebend erklärt werden.

Absatz 3

Der SGV, Santésuisse, Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, die Versicherer Groupe Mutuel, CSS und Helsana beantragen, den Termin für die Zustellung des aufsichtsrechtlichen Jahresabschlusses analog zu dem der FINMA auf den 30. April zu legen.

Expertsuisse beantragt folgende Ergänzung: «Der Versicherer stellt den *ungeprüften* aufsichtsrechtlichen Jahresabschluss der Aufsichtsbehörde bis zum 30. März des auf das Geschäftsjahr folgenden Jahres zu.»

Absatz 4 (neu)

Der Ordine dei medici del cantone Ticino beantragt einen neuen Absatz 4 wie folgt: «*Die Aufsichtsbehörde genehmigt den aufsichtsrechtlichen Jahresabschluss aufgrund des Berichts der externen Revisionsstelle. Sie achtet insbesondere auf die Richtigkeit der gesondert erstellten Rechnung pro Kanton.*»

Artikel 61 Externe Revisionsstelle

Der Versicherer Turbenthal beantragt, die ganze Bestimmung zu streichen.

Absatz 4

Der RVK beantragt, diesen Absatz zu streichen. Curafutura, der Schweizerische Versicherungsverband, Groupe Mutuel, CSS und Helsana beantragen folgende Formulierung: «*Der Versicherer beauftragt ein von der Aufsichtsbehörde nach Artikel 9a des Revisionsaufsichtsgesetzes zugelassenes Revisionsunternehmen mit einer Prüfung nach Artikel 62.*»

Artikel 62 Aufgaben der externen Revisionsstelle

Absatz 2

Santésuisse und der Schweizerische Versicherungsverband beantragen folgende Formulierung: «*Sie kontrolliert die Angemessenheit und die Wirksamkeit des internen Kontrollsystems jährlich entsprechend den Weisungen der Aufsichtsbehörde.*» Die Groupe Mutuel schlägt folgende Formulierung vor: «*Sie kontrolliert das Vorhandensein und die Angemessenheit und die Wirksamkeit des internen Kontrollsystems jährlich entsprechend den Weisungen der Aufsichtsbehörde.*»

Expertsuisse beantragt folgende Änderung: «Sie kontrolliert die Angemessenheit und die Wirksamkeit des internen Kontrollsystems jährlich ~~entsprechend den Weisungen der Aufsichtsbehörde.~~»

Absatz 3

Santésuisse und der Schweizerische Versicherungsverband beantragen eine Ergänzung: «Sie kann vor Ort *im Auftrag der Aufsichtsbehörde* unangemeldete Zwischenrevisionen durchführen, namentlich wenn Zweifel an der ordnungsgemässen Rechnungsführung und Verwaltung bestehen.» Die Groupe Mutuel unterstützt den Vorschlag der Santésuisse und des Schweizerischen Versicherungsverbands, wobei sie beantragt, «unangemeldete» zu streichen. Der RVK beantragt, diesen Absatz zu streichen.

Artikel 63 Berichte der externen Revisionsstelle

Absatz 1

Bst c: Santésuisse, der Schweizerische Versicherungsverband und der Versicherer Turbenthal beantragen folgende Korrektur: «einen Bericht über den aufsichtsrechtlichen Jahresabschluss nach den ~~Weisungen der Aufsichtsbehörde~~ Bestimmungen von Swiss GAAP FER 41». Zu den Buchstaben b und c beantragt der Versicherer Turbenthal, kleine Versicherer einer eingeschränkten Revision zu unterstellen.

Absatz 2

Expertsuisse weist darauf hin, die Frist von zwei Monaten für die Erstellung des Berichts zuhanden der Aufsichtsbehörde könne sich je nach Umfang des Auftrags als schwierig erweisen. Die Frist sei stattdessen fallweise in Absprache zwischen der Aufsichtsbehörde und der externen Revisionsstelle festzulegen.

Absatz 3

Expertsuisse betont, dass die externe Revisionsstelle ihren Bericht beim obersten Organ des Versicherers einreiche, der ihn an die interne Revisionsstelle weiterleite. Unter Umständen habe die externe Revisionsstelle keinen Kontakt zur internen Revisionsstelle.

Absatz 4

Expertsuisse schlägt folgende Formulierung vor: «Die Aufsichtsbehörde kann in Weisungen Form und Inhalt der Berichte *nach Absatz 1 Buchstaben b und c* festlegen und Berichte an die externe Revisionsstelle zurückweisen, wenn sie den verlangten Erfordernissen nicht genügen.»

Artikel 64 Krankenkassen als Rückversicherer

Groupe Mutuel beantragt, die Mindestanzahl der Versicherten bei 250 000 zu behalten (Art. 16 Abs. 1 Bst. b KVV), da deren Erhöhung die Sicherheit nicht entscheidend verbessere.

Artikel 65 Bewilligungsgesuch und Art. 66 Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung

Keine Bemerkungen.

Artikel 67 Entzug der Bewilligung

Siehe Antrag von Groupe Mutuel zu Artikel 64.

Artikel 68 Rückversicherungsverträge

Der SBV, Santésuisse halten diesen Artikel für unverhältnismässig.

SGV, Curafutura, CSS, SVV beantragen, die Absätze 3, 4 und 7 zu streichen, weil sie unverhältnismässig seien und eine gesetzliche Grundlage dafür fehle.

Der SAV beantragt, Absatz 7 zu streichen, da die Vereinbarung von Rückversicherungsschutz über Perioden, die länger als ein Jahr sind, versicherungstechnisch sinnvoll sein könne.

Artikel 69 Pflichten des Rückversicherers

Absatz 2

Santésuisse, Groupe Mutuel beantragen, die Frist auf den 30. April, der RVK Rück auf den 30. Juni festzusetzen.

Curafutura, CSS, Helsana, SVV, SAV beantragen, diesen Absatz wie folgt zu kürzen: «Er übermittelt der Aufsichtsbehörde auf deren Verlangen die massgeblichen versicherungstechnischen Informationen zu bestehenden und abgelaufenen Rückversicherungsverträgen.» Zudem beantragen sie, die Absätze 3-6 zu streichen.

RVK Rück beantragt, die Absätze 4 und 5 sowie den letzten Satzteil von Absatz 6 zu streichen.

Absatz 4

Expertsuisse hält fest, die Aufgabe der Revisionsstelle gemäss Artikel 62 sehe dies nicht vor. Ferner sei die Berichterstattung in Bezug auf die Richtigkeit der Angaben nicht geregelt.

Absatz 5

Santésuisse legt dar, die Meldung von Angaben auf Verlangen der Aufsichtsbehörde auch zu anderen Zeitpunkten stelle ein Problem dar, denn frühere Monate seien insbesondere bei kleinen und mittleren Versicherern nicht aussagekräftig.

RVK Rück beantragt, einen neuen Artikel 69a einzuführen, wonach auf private Rückversicherer, die dem VAG unterstehen, ausschliesslich Absatz 2 Buchstaben a, c und d, Absatz 3 sowie Absatz 6 von Artikel 69 anwendbar sind.

Artikel 70 Gleichbehandlung der Versicherten und Schutz vor Missbrauch

SKS, FRC, ACSI begrüssen die Anforderung der Gleichbehandlung aller Versicherten durch den Versicherer insbesondere bei der Vergütungsfrist. Die Frist sollte spezifiziert werden und 30 Tage betragen.

Santésuisse und der Versicherer Turbenthal betonen, dieser Artikel sei überflüssig und deshalb zu streichen. Das KVG und das KVAG würden die Gleichbehandlung der Versicherten bereits vorschreiben. Zudem würde die Gleichbehandlung hinsichtlich Fristigkeiten bei Leistungsverfügungen Probleme darstellen, da die Rechnungstellungen der Leistungserbringer sehr unterschiedlich seien. Die Krankenversicherer hätten den gesetzlichen Auftrag, die Rechnungen zu überprüfen, das gelte naturgemäss besonders bei teuren und komplexen Rechnungen.

Die Groupe Mutuel macht bezüglich Artikel 70 E-KVAV geltend, die freiwillige Taggeldversicherung sei zwingend vom Anwendungsbereich dieser Bestimmung, die nicht mit der Durchführung dieser Versicherungsform vereinbar sei, auszunehmen. Bei der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung würde bereits die Tatsache, die Versicherten einen Fragebogen über ihren Gesundheitszustand ausfüllen zu lassen und Vorbehalte anbringen zu können, eine Ungleichbehandlung im Sinne von Artikel 70 E-KVAV darstellen. Dasselbe gelte für die Kollektivtaggeldversicherung, die unterschiedliche Prämien aufgrund der Verträge vorsieht. Es wird deshalb der Antrag gestellt, es sei ein neuer Absatz 4 einzufügen. «Die Absätze 1-3 sind nicht auf die freiwillige Taggeldversicherung anwendbar.»

Für den OMCT erscheint die vorgesehene Regelung im Lichte der Missbrauchsbekämpfung einer Sozialversicherung universellen Charakters opportun. An sich sei die Notwendigkeit einer entsprechenden Regelung nach annähernd 20-jähriger Gültigkeit des KVG erstaunlich,

zumal der gesetzliche Grundsatz der Solidarität diskriminierende Massnahmen gegenüber den Versicherten grundsätzlich verbiete.

Artikel 71 Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden

Santésuisse macht bezüglich Artikel 71 Absatz 2 KVAV das Folgende geltend: «Die Aufsichtsbehörde und die FINMA ~~können~~ *müssen* ihre Aufsichtstätigkeit auch im Rahmen eines (...) koordinieren.» Es habe sich in der Vergangenheit mehrmals zulasten hoher administrativer Aufwendungen der Krankenversicherer gezeigt, dass eine Koordination unerlässlich sei. Zudem müsse Absatz 2 wie folgt ergänzt werden: «*Sie beachten dabei den Datenschutz und den Geltungsbereich des Gesetzes.*»

Der RVK Rück betont, einen Koordinationsbedarf zwischen den Aufsichtsbehörden gebe es zwingend auch im Bereich der durch private Rückversicherer betriebenen Rückversicherung. Private Rückversicherer würden ihre Prämien nach dem der FINMA eingereichten Geschäftsplan berechnen. Diese übe anhand des SST usw. die Aufsicht über die Prämienpolitik des Rückversicherers aus. Vor diesem Hintergrund gebe es kaum Raum für prämiengestaltende Interventionen seitens der sozialversicherungsrechtlichen Aufsichtsbehörde. Es seien diese Bemerkungen auch mit den Bemerkungen zu Artikel 69a E-KVAV zu vergleichen.

Der SVV macht geltend, Absatz 2 sei anzupassen. Der SVV macht folgenden Vorschlag bezüglich Absatz 2: «Die Aufsichtsbehörde und die FINMA können ihre Aufsichtstätigkeiten auch im Rahmen eines regelmässigen Informationsaustauschs über die ihrer Aufsicht unterstellten Rechtsträger koordinieren. *Sie beachten dabei den Datenschutz und den Geltungsbereich des Gesetzes.*»

Die Groupe Mutuel macht bezüglich Artikel 71 Absatz 2 E-KVAV geltend, er sei zu streichen, da er einer Holdingaufsicht den Weg bereite und es nicht dem Willen des Gesetzgebers entspreche, die Holdings dem Anwendungsbereich des KVAG zu unterstellen. Antrag: Streichung von Absatz 2.

OMCT weist auf den Kommentar zu Artikel 71 hin. Antrag: Absatz 1 Buchstabe. I (neu); *I. die Übertragung des Versichertenbestandes.*

Artikel 72 Meldung von Vorkommnissen von wesentlicher Bedeutung

Santésuisse macht folgenden Antrag betreffend die Änderung von Artikel 72 Buchstabe b: Der zweite Teil von Buchstabe b ist zu streichen: «~~(...oder die Rückstellungen liegen unter dem Bedarf nach Artikel 15.)~~» Santésuisse betont, er stehe im Widerspruch zur «best estimate»-Methode.

Die Groupe Mutuel beantragt eindeutig zu bestimmen, was Vorkommnisse von wesentlicher Bedeutung sind; dies aus Gründen der Rechtssicherheit und um zu vermeiden, dass der Begriff mit der Zeit erweitert wird. Antrag: «Von wesentlicher Bedeutung im Sinne von Artikel 35 Absatz 3 KVAG sind insbesondere folgende Vorkommnisse: a. Die Voraussetzungen nach Artikel 5 KVAG sind nicht mehr erfüllt. b. Die Reserven liegen unter der Mindesthöhe nach Artikel 12 oder die Rückstellungen liegen unter dem Bedarf nach Artikel 15. c. Es liegt eine strafbare Handlung vor, die einen erheblichen Einfluss auf den Versicherer haben kann.

Artikel 73 Gefährdete finanzielle Situation

Der Kanton VD macht geltend, die Bestimmung lasse bei der Beurteilung, ob die finanzielle Situation eines Versicherers gefährdet ist, die Berücksichtigung der finanziellen Situation des Konzerns durch die Aufsichtsbehörde ausser Acht. Diese Situation könnte aber im Zusammenhang mit der Wahl der Führung, Organisation und Verwaltung der Holding stehen. Es wäre interessant nachvollziehen zu können, warum einige Versicherer der Holding (im gleichen Kanton) ohne Risikoselektion im Vergleich zu andern eine gute finanzielle Situation aufweisen.

Müsste, wenn dies nicht nachvollziehbar ist, vor einer allfälligen Prämienenerhöhung nicht die Holding die Pflicht zur Rekapitalisierung haben? Der Kanton VD beantragt deshalb den Artikel mit der Angabe zur ergänzen, in welchem Masse die Aufsichtsbehörde bei der Beurteilung der finanziellen Situation eines Versicherers, der einer Gruppe angehört, die finanzielle Situation der Gruppe zu berücksichtigen hat.

Die CSS der SAV bringen vor, Ziel der Aufsicht durch das BAG sei die Solvenzbewahrung und der Schutz vor Missbrauch. Ein Interventionskonzept habe daher auf dem KVG-Solvenztest zu beruhen. Die CSS stellt deshalb den Antrag, Artikel 73 sei zu streichen.

Der Versicherer Turbenthal macht den Vorschlag, in Absatz 1 müsse es heissen ...«nicht länger als *drei* Jahre»...

Artikel 74 Übertragung des Versichertenbestandes

Der Versicherer Turbenthal macht geltend, Artikel 74 sei überflüssig, da bereits das KVG eine Regelung enthalte. Deshalb sei Artikel 74 zu streichen.

Nach Auffassung des OMCT müssen bei der Übertragung des Versichertenbestandes in Zusammenarbeit mit der FINMA auch die subjektiven Ansprüche der zu übertragenden Versicherten aus ihren Zusatzversicherungen gewahrt werden; dies mit der Garantie, über die gleiche Deckung zu verfügen wie sie bisher bestanden hatte. Die Zusammenarbeit unter den Aufsichtsbehörden ist in diesem Zusammenhang in einem weiteren Buchstaben formell zu regeln. Antrag: Absatz 3 (neu): *«Unter Mitwirkung der für die Zusatzversicherungen zuständigen Aufsichtsbehörde ist den Versicherten bei der Übertragung des Versichertenbestandes eine gleichwertige Deckung für die bisherige Zusatzversicherung zu garantieren.»*

Artikel 75 Überprüfung von Transaktionen zwischen dem Versicherer und anderen Unternehmen

Die CVP, die FDP, der Schweizer Bauernverband, Santésuisse, die Versicherer Assura, Viana und ÖKK, der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer, die FER und Expertsuisse äussern sich kritisch zu dieser Bestimmung: Der Gesetzgeber habe keine grundsätzliche Gruppenaufsicht in das KVAG aufnehmen wollen. Die E-KVAV gehe mit der Unterstellung von Transaktionen innerhalb und ausserhalb der Gruppe unter die Bewilligung der Aufsichtsbehörde weit über den Rahmen des KVAG hinaus. Die vorgängige Prüfung von Transaktionen durch die Aufsichtsbehörde stelle einen unzulässigen Eingriff in die unternehmerische Freiheit dar und führe die vom Gesetzgeber ausdrücklich abgelehnte Gruppenaufsicht ein. Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete schlägt vor, die Transaktionsbestimmungen umzuformulieren und zu redimensionieren.

Die FMH, der SGV, die Versicherer Turbenthal und Groupe Mutuel beantragen, Artikel 75 zu streichen.

Hausärzte schlägt vor, die Überprüfung durch die Behörde zu streichen oder auf das Vorhandensein eines begründeten Verdachts zu beschränken.

Die CVP beantragt, die Verpflichtung für die Versicherer zur Einreichung der Transaktionen 15 Tage vor Eintritt ihrer Wirksamkeit zu streichen.

Von anderen Anhörungsteilnehmenden, der SPS, dem SGB, dem Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, den Konsumentenschutzorganisationen (SKS, FRC, ACSI) wird diese Bestimmung ausdrücklich begrüsst. Für die SPS stellt Artikel 75 die absolut notwendige Mindestbasis für die Überprüfung der Finanzflüsse dar.

Absatz 1

Economiesuisse, Medswissnet, der Schweizerische Versicherungsverband, der RVK, Curafutura, die Versicherer CSS und Helsana machen geltend, diese Bestimmung gehe über die Gesetzesgrundlage hinaus, greife in die Geschäftsführungskompetenzen der Versicherer ein,

führe zu einer unsinnigen Flut von Eingaben an die Aufsichtsbehörde und sei schwer umsetzbar. Sie beantragen eine neue Formulierung: *«Die Aufsichtsbehörde prüft die Transaktionen zwischen einem in der sozialen Krankenversicherung tätigen Versicherer und einem anderen Unternehmen bei begründetem Verdacht. Ein begründeter Verdacht liegt vor, wenn die externe Revisionsstelle in ihrer Prüfung nach Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b KVAG feststellt, dass eine Transaktion nicht unter marktüblichen Bedingungen erfolgt ist oder begründete Zweifel an der Einhaltung des Grundsatzes der Zweckbindung bestehen.»*

Absätze 2, 3 und 4

Die Befürworter der Neuformulierung von Absatz 1 beantragen die Streichung der Absätze 2, 3 und 4.

Artikel 76 Auf Holdinggesellschaften anwendbare Bestimmungen

Der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer äussert sich kritisch zu dieser Bestimmung.

Die Versicherer Turbenthal, Visana und Groupe Mutuel beantragen die Streichung.

Die Konsumentenschutzorganisationen (SKS, ACSI) begrüssen die Bestimmung.

Absatz 1

Der Kanton VD und die FMH beantragen die Bestimmung dahingehend zu ergänzen, dass die Holdinggesellschaft aufzeigen muss, inwieweit die Gründung einer neuen Versicherungsgesellschaft einen Mehrwert für die Versicherten im Sinne des KVAG darstellt.

Santésuisse beantragt, den Verweis auf Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe j KVAG zu streichen.

Absatz 3 (neu)

Die FMH beantragt einen neuen Absatz 3 wie folgt: *«Die Neugründung eines Versicherers oder die Integration eines Versicherers innerhalb einer Gruppe wird nicht bewilligt, wenn sie die Risikoselektion als vorwiegendes Ziel hat.»*

Artikel 77 bis 80 Gemeinsame Einrichtung

Keine Bemerkungen.

Artikel 81 Information der Öffentlichkeit

Die GDK und die Kantone BE, BS, JU, TG, TI und VD betonen, zusätzlich zu den aufgeführten Informationen sei auch eine Übersicht zum übermässigen Reservebestand der Versicherungen, der für einen allfälligen Abbaubetrag in den einzelnen Kantonen resp. für den einzelnen Versicherten zur Verfügung steht, zu veröffentlichen.

Auch der Kanton AG macht darauf aufmerksam, dass nebst den aufgeführten Informationen der Öffentlichkeit auch Informationen pro Kanton und Versicherung zu den Reserven, den Rückstellungen und den zu hohen oder zu tiefen Prämieinnahmen zur Verfügung gestellt werden sollten. Diese Information könne bei der Wahl der Versicherung eine Rolle spielen. Es gebe keinen Grund, diese Daten der Öffentlichkeit vorzuenthalten. Schliesslich handle es sich bei der Krankenversicherung nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung um eine obligatorische Sozialversicherung, welche nicht gewinnorientiert sei.

Der Versicherer Turbenthal stellt den Antrag, Buchstabe c und d seien zu streichen.

Artikel 82 Daten der Versicherer

Der SGV macht geltend, aus seiner Sicht sei die geforderte Datenmenge unverhältnismässig. Der SGV beantragt deshalb, der Umfang der abzuliefernden Daten sei substantiell zu verringern.

Die Hausärzte Schweiz (MFE) und FMH betonen zu Artikel 82 und 83 KVAV, dass diese beiden Verordnungsbestimmungen über die gesetzliche Vorgabe von Artikel 35 Absatz 2 KVAG hinausgehen würden und deshalb nicht gesetzeskonform seien. Während in der KVAG-Bestimmung Informationen aufgeführt seien, mit welchen die Tätigkeit der Krankenversicherungen beaufsichtigt werden sollen, seien in den Verordnungsbestimmungen diverse Daten erwähnt, die weiteren Zwecken dienen, z.B. der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (wobei damit vermutungsweise die Leistungen der Leistungserbringer gemeint seien, welche nicht in der vorliegenden Verordnung zu regeln seien). Würde Artikel 82 in dieser Form umgesetzt, so käme eine umfassende Datenmenge zusammen, die weit über das hinausgehen würde, was die Aufsichtsbehörde zur Wahrnehmung der Kontrolle benötige.

MFE vertritt die klare Auffassung, dass die beiden Verordnungsbestimmungen in der vorgelegten Form gegen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen verstossen würden, indem weder die Übermittlung auf aggregierte Daten beschränkt noch der Zweck der Datenübermittlung genügend klar bestimmt sei. Die erweiterte Datensammlung, wie sie hier entworfen werde, könne nicht auf Verordnungsstufe begründet werden.

Die Artikel 82 und 83 der KVAV seien daher umfassend zu überarbeiten. Die Krankheitsdaten der Bevölkerung seien ein zu sensibles Gut, als dass hier ein System begründet werden könne, das auf Zufälligkeiten beruhe. Dies gelte insbesondere dann, wenn wie vorgesehen Individualdaten («pro versicherte Person») übermittelt werden müssten. Die FMH bringt zusätzlich noch vor, nur das Bundesamt für Statistik dürfe Daten verknüpfen. Und verknüpft werden dürfe nur zu statistischen Zwecken und nicht für aufsichtsrechtliche Zwecke.

Medwissnet weist darauf hin, eine derart umfassende Datenlieferung könne weder dem Willen des Gesetzgebers entsprechen, noch sei sie notwendig für die Erfüllung des Aufsichtszwecks. Medwissnet stellt deshalb den Antrag, dass Artikel 82 und 83 umfassend überarbeitet werden sollen unter Wahrung des gesetzlichen Zwecks. Hierbei müsse zur Wahrung der Verhältnismässigkeit der Grundsatz gelten, dass das BAG für die Zwecke der Aufsicht nur aggregierte Daten erheben dürfe. Ferner seien auch die bestehenden Ausführungsbestimmungen der KVV einer entsprechenden Überprüfung zu unterziehen. Der Fokus dieser Bestimmung sei nicht auf «alle erforderlichen Auskünfte und Belege» zu legen, sondern auf Daten die «für die Aufsicht erforderlich» sind.

Pharmasuisse betont, der Umfang der zu liefernden Daten müsse zweck- und verhältnismässig sein. Da die daraus resultierenden Verwaltungskosten den Prämienzahlern belastet würden, sei darauf zu achten, dass Verhältnismässigkeit gewahrt bleibe. Pharmasuisse würde aus Kosten- und Effizienzgründen eine gezielte Untersuchung auf Anzeige oder Verdacht hin einer undifferenzierten systematischen Datensammlung vorziehen. Das würde allerdings eine Neukonzeptionierung der gesamten Verordnung bedingen.

Curafutura macht zunächst allgemein geltend, es sei bei der Erhebung von Individualdaten der Versicherten nicht erkennbar, zu welchem Zweck diese erhoben und genutzt würden. Diese Datenerhebungen führten nicht nur zu einem immensen administrativen Aufwand bei den Versicherern (und bei der Aufsichtsbehörde), sie tragen auch massgebend zum gläsernen Patienten bei. Während die Krankenversicherer einer umfangreichen Datenschutzgesetzgebung unterliegen und regelmässig auf die Einhaltung der einschlägigen Vorschriften kontrolliert würden, entstehe mit der vorgesehenen Datenlieferung bei einer Behörde eine riesige Datenflut, die für die Zwecke der Aufsicht nicht notwendig sei.

Die Aufsichtsbehörde könne bislang keine nachvollziehbare Begründung betreffend die zweckgerichtete Datenverwendung vorlegen. Feststellbar sei lediglich, dass die bisherigen Erkenntnisse der Aufsichtsbehörde keine Individualdatensammlungen erfordern. Aus Sicht von Curafutura seien die Bestimmungen der Artikel 82 und 83 E-KVAV daher einer grundlegenden

Überarbeitung zu unterziehen. Hierbei müsse zur Wahrung der Verhältnismässigkeit der Grundsatz gelten, dass das BAG für die Zwecke der Aufsicht nur aggregierte Daten erheben dürfe. Curafutura vertrete hierbei die Ansicht, dass auch die bestehenden Ausführungsbestimmungen der KVV einer entsprechenden Überprüfung zu unterziehen seien.

Mit Artikel 85 E-KVAV werde die Aufsicht über die Versicherer hinaus auf deren Geschäftspartner ausgedehnt. Dazu besteht keine Rechtsgrundlage. Dies gelte auch für den bestehenden Artikel 28a KVV.

Santésuisse und der SVK bringen zunächst allgemein vor, die von der Verordnung geforderte Lieferung von verschiedensten, nicht aggregierten Personendaten (Individualdaten auf Ebene von Tarifpositionen) führe zum gläsernen Versicherten. Zur Bewältigung der gesetzlichen Aufsichtsfunktionen seien solche Daten nicht notwendig, ausserdem würden sich Fragen des Datenschutzes stellen. Eine entsprechende Datenlieferung würde die bisherige Praxis bei Weitem ausdehnen, womit sie trotz Grundlage in der KVV als unverhältnismässig eingestuft werden müsse. Es würden sich im Zusammenhang auch berechtigte Fragen stellen, zu welchem Verwendungszweck die Aufsichtsbehörde Daten in einem Umfang anfordert, der weit über den Aufsichtszweck hinausgeht.

Visana und ÖKK machen zunächst allgemein darauf aufmerksam, dass die Lieferung von Individualdaten im Voraus unverhältnismässig sei – insb. in Bezug auf die Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion durch das BAG, in Bezug auf den Verwendungszweck sowie in Bezug auf den damit verbundenen bürokratischen Aufwand für die Versicherer.

Das Konsumentenforum weist zunächst allgemein darauf hin, der Entwurf sei hinsichtlich des Datenschutzes bedenklich. Die Datensammlung «auf Vorrat» gehe weit über den Aufsichtszweck hinaus und sei nicht im Sinne der Konsumenten.

Curafutura, Helsana und CSS machen darauf aufmerksam, von Artikel 35 KVAG lasse sich keine systematische und derart umfangreiche Datenlieferung an die Aufsichtsbehörde ableiten. Die Bestimmungen zur Datenlieferung an die Aufsichtsbehörde seien völlig unverhältnismässig, denn sie würden die Erhebung aller bestehenden Daten inklusive der einzelnen Tarifpositionen auf Stufe des einzelnen Versicherten umfassen. Eine solche umfassende Datenerhebung könne weder mit dem Gesetzeszweck noch mit einem öffentlichen Interesse begründet werden. Stattdessen führten die Bestimmungen zu einer immensen Datenflut. Auch eine Aufsichtsbehörde dürfe nur jene Daten einfordern, die sie zur Erfüllung ihrer jeweils konkreten Aufgabe benötigt. Eine entsprechende Konkretisierung liege indessen nicht vor. Curafutura, Helsana und CSS stellen folgenden Antrag betreffend eine neue Formulierung von Absatz 1: Die Aufsichtsbehörde bearbeitet die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG weitergegeben werden müssen, zum Zwecke der Überwachung und Einhaltung dieses Gesetzes. Buchstaben a-j streichen.

Santésuisse und Sasis betonen, die Krankenversicherer würden der Aufsichtsbehörde in Anlehnung an Artikel 35 KVAG keine personenbezogenen Daten melden. Ein Ausbau der heutigen Praxis der Datenlieferung ans BAG – wie z.B. gemäss dem Projekt «Spezifikation Statistikerhebung der Aufsicht für das Berichtsjahr 2013 mit ISAK, Version 1.2.3 vom 29.04.2014» und insbesondere die Erweiterung «Spezifikation Statistikerhebung der Aufsicht für das Berichtsjahr 2014 mit ISAK, Version 0.9.8.9 vom 27.04.2015» vorgesehen – würden die Krankenversicherer ablehnen. Die Lieferung solcher Daten sei unverhältnismässig. Zudem sei die Lieferung von Aufsichtsdaten bereits durch das KVG bzw. die KVV geregelt. Es sei unverständlich, weshalb die KVAV nun nochmals gleiche Bestimmungen zur Datenlieferung durch die Krankenversicherer enthalte. Eine solche unnütze Doppelerhebung sei unwirtschaftlich und kostenintensiv und werde deshalb abgelehnt.

Der SVV betont, Artikel 35 KVAG sehe keine systematische und so weitgehende Datenlieferung an die Aufsichtsbehörde vor. Das Gesetz sehe vor, dass die Versicherer verpflichtet seien «jährlich Angaben über Daten zu machen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit im Bereich der sozi-

alen Krankenversicherung anfallen». Demgegenüber würden die gemäss Verordnung zu liefernden «Daten pro versicherte Person» nicht «Angaben über Daten» darstellen, sondern es seien die Daten an sich zu übermitteln. Eine derart umfassende Datenlieferung könne weder dem Willen des Gesetzgebers entsprechen, noch sei sie notwendig für die Erfüllung des Aufsichtszwecks. Aus diesen Gründen sei der vorliegende Artikel 82 als unverhältnismässig einzustufen. Deshalb stellt der SVV den folgenden Antrag: Absatz 1 anpassen: Die Aufsichtsbehörde bearbeitet die Daten, die ... weitergegeben werden müssen, zum Zwecke der Überwachung und Einhaltung dieses Gesetzes. a-j streichen.

Der Versicherer Turbenthal stellt den Antrag, Artikel 82 sei zu streichen.

Groupe Mutuel macht bezüglich Artikel 82 Absatz 1 E-KVAV geltend, von Artikel 35 KVAG lasse sich keine systematische und derart umfassende Datenlieferung ableiten wie die im Entwurf vorgeschlagene. Diese Datensammlung gehe über das für den Aufsichtszweck Erforderliche hinaus, sei unverhältnismässig und lasse sich nicht mit einem öffentlichen Interesse begründen. In diesem Zusammenhang seien auch die diesbezüglichen Bestimmungen der KVV zu überprüfen. Antrag: Artikel 82 Absatz 1 KVAV sei zu streichen und durch folgenden Text zu ersetzen: «Die Aufsichtsbehörde bearbeitet die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG weitergegeben werden müssen *zum Zweck der Ausübung der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung im Sinne des Gesetzes.*»

SKS, FRC, ACSI betonen zu den Artikeln 82 und 83 die unbedingte Notwendigkeit, die Anonymität des Versicherten und den Datenschutz zu gewährleisten.

Artikel 83 Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer

Die FER weist darauf hin, dass die beaufsichtigten Unternehmen der Aufsichtsbehörde nach Artikel 35 KVAG alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Belege einzureichen haben, die für die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung erforderlich sind. Artikel 83 E-KVAV verlange nun, dass der Versicherer der Aufsichtsbehörde jährlich vollständige und genaue Daten pro versicherte Person weitergebe. Eine solche Datensammlung gehe über den Rahmen und den Zweck des Gesetzes hinaus, ohne dass dies gerechtfertigt wäre, und werde zu einer Flut an von der Aufsichtsbehörde kaum bearbeitbaren Informationen führen. Ausserdem seien diese Anforderungen nur schwer mit den allgemeinen Datenschutzgrundsätzen (Zweck, Rechtmässigkeit, Verhältnismässigkeit usw.) und insbesondere mit Artikel 17 DSG zu vereinbaren. Dieser sehe vor, dass die Organe des Bundes besonders schützenswerte Daten nur auf der Grundlage eines formellen Gesetzes bearbeiten dürfen, was hier offensichtlich nicht der Fall sei.

Economiesuisse weist darauf hin, es würden in diesem Artikel zu viele und zu detaillierte Daten verlangt. Die Gefahr eines Datenfriedhofs sei gross. Auch würden von den Krankenversicherern unnötige Angaben verlangt. Das erhöhe die Verwaltungskosten unnötig. Economiesuisse stellt deshalb folgenden Antrag: Artikel 83 Absatz 1 sei massiv zu redimensionieren, insbesondere die Ziffern b, c, e, f und h. Die Absätze 5-7 seien zu streichen.

Curafutura, Helsana und CSS weisen darauf hin, dass betreffend Risikoausgleich festzuhalten sei, dass es sich hierbei nicht um Aufsichtsdaten handele, sondern um notwendige Angaben zur Umsetzung des Risikoausgleichs. Curafutura schlägt vor, die Datenerhebung für die Zwecke des Risikoausgleichs in der entsprechenden Verordnung (VORA) separat zu regeln. Sie machen bezüglich Artikel 83 KVAV den folgenden Vorschlag für eine neue Formulierung: Artikel 83 Absatz 1: Der Versicherer gibt der Aufsichtsbehörde in aggregierter Form namentlich folgende Daten weiter: a. Alter, Geschlecht und Wohnort der versicherten Personen; Buchstaben b, c, e, f und h streichen; Artikel 83 Absatz 5-7 streichen.

Sasis und Santésuisse betonen zu Artikel 83 KVAV, der gesamte Artikel sei zu hinterfragen. Die Lieferung von Individualdaten auf Vorrat sei unverhältnismässig. Zudem wäre die Anonymität der Versicherten nicht in jedem Fall gewährleistet. Auf jeden Fall sei der Aufwand der Krankenversicherer für Datenlieferungen auf ein Minimum zu reduzieren (vgl. Art. 82 Abs. 2 KVAV).

In Absatz 1 Buchstabe e werde verlangt, dass die Versicherer die Daten der Rechnungen liefern müssten. Mit der Lieferung der Rechnungsangaben mit Rechnungsnummer und Angabe des Versicherten, des ZSR-Leistungserbringers und der Tarifposition würden faktisch alle Rechnungsbelege (ca. 80-100 Mio. pro Jahr) elektronisch nach Bern geschickt. Das sei nicht verhältnismässig und ein klassischer Fall von Vorratsdatenspeicherung. Das sei ein grosser zusätzlicher finanzieller Aufwand sowohl für die Versicherer wie auch für das BAG.

Es sei nicht nachvollziehbar, warum das BAG nun diese Detaillierung nach Leistungserbringer und Leistungsposition von den Versicherern verlange, obwohl doch das BFS solche Daten (Bewegungs- und Stammdaten) von den medizinischen Leistungserbringern direkt einfordere (Projekt MARS, Krankenhausstatistik DRG).

Sasis anerkennt grundsätzlich das Bedürfnis nach Daten pro Versicherten anstelle von den bisherigen unkritischen Versichertengruppen (z.B. nach Altersgruppen, Geschlecht, Kanton etc.). Der Ansatz der Verordnung, alle Rechnungen pro Patient zusammenzufassen, sei sehr kritisch und stehe im Widerspruch zum Vorgehen bei der SASIS. Im Daten- und Tarifpool würden ab dem Jahre 2016 die bestehenden Daten zusätzlich pro anonymisierten Versicherten detailliert und mit einer nicht zurückverfolgbaren Laufnummer versehen. Die SASIS sei gerne bereit, dem BAG auch diese ambulanten und stationären Detaildaten zur Verfügung zu stellen. Weder die SASIS noch das BAG könnten jedoch damit eine Verknüpfung mit der datenschutzrechtlich kritischen AHV-Nummer herstellen.

In Absatz 1 Buchstabe f. werde verlangt, dass bei den Daten pro Patient angegeben werden müsse, wer die Leistung erbracht oder diese angeordnet habe. Dies obwohl es heute keine direkte Pflicht für Leistungserbringer gebe, angeordnete Leistungen zu dokumentieren oder auf der Rechnung anzugeben.

In Absatz 2 werde eine Datenlieferung in digitaler Form verlangt. Die Umsetzung nach diesem Detaillierungsgrad sei sehr kritisch, da insbesondere seitens der Leistungserbringer entsprechende Qualitätsanforderungen und Sanktionen fehlen würden. Es dürfte sehr schwierig sein, diese Daten nach diesen Vorgaben vollständig aufzubereiten. Der Anteil der elektronisch verfügbaren Belege nach Tarifpositionen liege nach den Erfahrungen des Tarifpools zwischen 60 und 80 Prozent (Papierrechnungen, Pauschalabrechnungen, Pflegebereich, Reha, Psychiatrie etc.). Die Versicherer sollen hier gezwungen werden, ihre Rechnungen nach Tarifpositionen zu übermitteln, obwohl die medizinischen Leistungserbringer nicht verpflichtet seien, auf diesem Detaillierungsgrad elektronisch und qualitativ einwandfrei zu liefern. Das führe beim Versicherer zu Mehraufwand und zu einem qualitativ unbefriedigenden Ergebnis beim BAG in Bern. – Wenn der Versicherer die Daten nach diesen Vorgaben korrekt liefern wolle, müsse er unvollständige und nicht strukturierte Rückforderungsbelege bei den Versicherten zurückweisen und unvollständige und unstrukturierte Rechnungsbelege der Leistungserbringer ablehnen. Dazu sei auch der enorme manuelle Zusatzaufwand bei der Rechnungserfassung beim Versicherer zu erwähnen.

Der SVV stellt den Antrag, Absatz 1 sei anzupassen: Der Versicherer gibt der Aufsichtsbehörde in aggregierter Form namentlich folgende Daten weiter: a. Alter, Geschlecht und Wohnort der versicherten Personen; b. streichen; c. streichen; d.-e. streichen; f. streichen; g. ...; h. streichen; Absätze 5-7 streichen.

Der Versicherer Turbenthal stellt den Antrag, Artikel 83 KVAV sei zu streichen (zu aufwendig, Datenschutz, Fehlaussagen).

Groupe Mutuel stellt den Antrag, bei Artikel 83 Absatz 1 KVAV seien die Buchstaben b, c, e, f und h zu streichen. Ferner stellt sie den Antrag, bei Artikel 83 KVAV seien die Absätze 5 und 6 zu streichen.

Artikel 84 Daten der gemeinsamen Einrichtung

Keine Bemerkungen.

Artikel 85 Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten

Der Schweizer Bauernverband betont, das KVAG regle den Zugang des BAG zu Informationen abschliessend. Artikel 35 KVAG nenne die Auskunftspflichteten in diesem Sinn auch abschliessend. Ein «Durchgriff» auf die Outsourcing-Partner sei gesetzlich nicht vorgesehen. Artikel 85 E-KVAV sei somit gesetzeswidrig. Im Übrigen verletze ein solcher Durchgriff die Datenschutzgesetzgebung des Bundes.

Die Hausärzte Schweiz (MFE) macht bezüglich Artikel 85 geltend, diese Bestimmung stelle eine Ausdehnung der Aufsicht des BAG auf Dritte dar, welche mit Krankenversicherern in einer Geschäftsbeziehung stehen. Dazu bestehe keine Rechtsgrundlage. Die Bestimmung sei zu streichen.

Medswissnet weist darauf hin, mit dieser Bestimmung werde die Aufsicht über die Versicherer hinaus auf deren Geschäftspartner – wie zum Beispiel medswiss.net angeschlossene Ärztenetzwerke – ausgedehnt. Dazu bestehe keine Rechtsgrundlage. Dies gelte auch für den bestehenden Artikel 28a KVV. Medswissnet stellt deshalb den Antrag, Artikel 85 KVAV sei ersatzlos zu streichen.

Curafutura, Helsana und CSS betonen, für Artikel 85 bestehe keine gesetzliche Grundlage und Artikel 85 KVAV sei deshalb zu streichen.

Sasis und Santésuisse betonen, ein «Durchgriff» auf die Outsourcing- und Geschäfts-Partner sowie der Branchenorganisationen der Versicherer sei gesetzlich nicht vorgesehen. Artikel 85 KVAV sei somit gesetzeswidrig. Es würden konkrete Massnahmen, wie sich ein beauftragter Dritter gegen solche Datenzugriffe wehren kann, fehlen. Im Übrigen verletze ein solcher Durchgriff die Datenschutzgesetzgebung des Bundes. Die SASIS könnte eventuell vom BAG als beauftragter Dritter betrachtet werden, obwohl sie im Auftrag der teilnehmenden Versicherer und ihrer Verbände operative Funktionen wahrnehme. Mit diesem Artikel könne die Aufsichtsbehörde die SASIS zwingen, die Datenschutzvorschriften und Geschäftsgeheimnisse aus den Verträgen mit ihren Kunden zu verletzen. Dies sei ein Vorgehen, das Sasis nur von Strafverfahren oder der Datenbekanntgabe nach Artikel 84a des KVG kennen würde. Solche Eingriffe würden die Datensicherheit der betreffenden Versicherten, Versicherer und Geschäftspartner gefährden.

Auch Visana, Turbenthal, der SVV und Groupe Mutuel machen geltend, ein Durchgriffsrecht sei nicht vorgesehen und der Artikel widerspreche dem Gesetz. Deshalb sei Artikel 85 KVAV zu streichen.

Comparis betont, in dieser unverhältnismässigen Bestimmung müsste unbedingt DSG-konform dargelegt werden, welchem Zweck derartige Datensammlungen dienen und welchen Nutzen die Datensammlungen für Aufsicht und Versicherte haben sollen.

Artikel 86 Veröffentlichung der Daten der Versicherer

Die GDK sowie die Kantone AR, BE, BS, JU, TG und UR bringen vor, zusätzlich zu den aufgeführten Kennzahlen sei auch eine Übersicht über die zu hohen Prämieinnahmen in den Kantonen zu veröffentlichen.

Für die Kantone GE und NE ist Artikel 86 der E-KVAV nicht vollumfänglich kohärent mit den vorangehenden Artikeln, was sie darin bestärke, dass die Details der Rechnung der Reserven und Rückstellungen nach Kanton bekannt sein sollten. Artikel 86 sehe die Veröffentlichung von zehn detaillierten Indikatoren, darunter die Reserven und Rückstellungen, nach Prämienregion vor. Einige Kantone weisen aber zwei oder sogar drei Prämienregionen auf. Wenn diese Stufe zu veröffentlichen sei, so müsse sie vorliegen. Warum also nicht systematisch die kantonalen Daten zur Bildung und Auflösung der Rückstellungen und Reserven verwenden, die doch in anderen Artikeln des Verordnungsentwurfs nur auf einem landesweit aggregierten Niveau berücksichtigt würden? Diese Stufe sei unbedingt erforderlich, damit das BAG und die

Kantone die Prämien des Folgejahres genehmigen können, die kantonal oder pro Prämienregion insbesondere aufgrund der Betriebsergebnisse (Gewinn und Verlust) berechnet werden. Da die Prämien nach Kanton berechnet werden, müssen die Kennzahlen ebenfalls auf Stufe Kanton veröffentlicht werden. Antrag: Artikel 86: «²Sie veröffentlicht je Versicherer *und je Kanton* folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung: a. Einnahmen und Ausgaben; b. Ergebnis je versicherte Person; c. Reserven; d. Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle; e. Krankenpflegekosten; f. Risikoausgleich; g. Verwaltungskosten; h. Versichertenbestand.»

Der Kanton TI stellt fest, dass der Artikel bestimmt, welche Versicherungsdaten vom BAG publiziert werden. Er ist der Meinung, dass die in den einzelnen Kantonen zu viel bezahlten Prämien fehlen und beantragt die Ergänzung der Liste um die in den Kantonen zu viel bezahlten Prämien.

Curafutura, Helsana und CSS stellen folgenden Abänderungsantrag: Artikel 86 Absatz 2 Buchstabe a: *Ertrag und Aufwand*; Artikel 86 Absatz 2 Buchstabe j: streichen; Artikel 86 Absatz 3 (neu): «*Sie veröffentlicht die Bilanz und die Betriebsrechnung.*»

SKS, FRC, ACSI machen bezüglich Artikel 86 Absatz 2 Buchstabe g geltend, die Managerlöhne müssten unter den Verwaltungskosten figurieren.

Der SVV weist darauf hin, Absatz 2 sei anzupassen. Die Begriffe «Einnahmen» und «Ausgaben» seien zu ändern in «Ertrag» und «Aufwand». Bilanz zu Betriebsrechnung seien keine Kennzahlen. Sie müssten korrekterweise als neuer Absatz 3 aufgeführt werden. Deshalb müsse es in Absatz 2 Buchstabe a heissen: a. Ertrag und Aufwand. Aus Buchstabe j müsse ein neuer Absatz 3 gemacht werden mit «Bilanz und Betriebsrechnung».

Der Versicherer Turbenthal stellt den Antrag, Absatz 2 Buchstaben c-f, i und j seien zu streichen. Denn diese Buchstaben seien im Geschäftsbericht der Versicherer einsehbar.

Artikel 87 bis 90

Keine Bemerkungen.

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung

Artikel 91 KVV

Absatz 1

Der SGV, der Schweizerische Versicherungsverband, Curafutura, die Versicherer CSS und Helsana beantragen, diesen Absatz zu streichen.

Absatz 1bis

Der SGV, der Schweizerische Versicherungsverband, Curafutura, die Versicherer CSS, Helsana und die Groupe Mutuel beantragen, diesen Absatz zu streichen.

Absatz 1ter

Der SGV, der Schweizerische Versicherungsverband, Curafutura, die Versicherer CSS, Helsana und die Groupe Mutuel beantragen, diesen Absatz zu streichen.

Artikel 91b KVV

Absatz 1

Die GDK und die Kantone AR und SO beantragen die Präzisierung, dass die Prämienregionen wie bisher mindestens alle fünf Jahre kontrolliert werden.

Die Groupe Mutuel beantragt, den zweiten Satz zu streichen.

Absatz 2

Der Schweizerische Versicherungsverband, Curafutura, die Versicherer CSS und die Groupe Mutuel beantragen folgende Formulierung: «Das Departement begrüsst die Kantone *und hört die Versicherer an*, bevor es die Prämienregionen neu festlegt.»

Absatz 3

Die GDK wünscht, dass der Kanton bei Gemeindefusionen ebenso begrüsst wird wie bei der Neufestlegung der Prämienregionen durch das Departement nach Absatz 2.

Artikel 99 KVV

Absatz 1

Der SGV, der Schweizerische Versicherungsverband, Curafutura, die Versicherer CSS und Helsana und die Groupe Mutuel beantragen, den zweiten Satz zu streichen. Santésuisse beantragt, den ganzen Absatz zu streichen.

Änderung der Verordnung vom 7. November 2007 über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung

Die GDK und etwa die Hälfte der Kantone beantragen, in Artikel 3 den vorgeschlagenen neuen Absatz 4bis zu streichen. Sie führen an, es wäre unverhältnismässig aufwändig, Prämienverbilligungsbeiträge rückabzuwickeln. Die Versicherten könnten den Wohnkanton oder den Versicherer gewechselt haben und es wären mehrjährige Perioden abzuklären. Eine Prämienrückerstattung einzelner Versicherer werde durch die Berücksichtigung der Durchschnittsprämie des kommenden Jahres sowie der Entwicklung des Prämiensolls während den Vorjahren in ihrer Auswirkung geglättet. VD legt zudem dar, der Ausgleich beziehe sich nicht auf die von der versicherten Person bezahlte Prämie, sondern auf einen kantonalen Durchschnitt.

ZG hält weiter fest, der Bundesrat habe in der Botschaft vom 15. Februar 2012 zum KVAG festgehalten, dass die Kantone und Gemeinden durch die Vorlage nicht tangiert würden und sie keine finanziellen Auswirkungen zu gewärtigen hätten (BBl 2012, S. 1941 ff., Ziff. 3.2). Es würde folglich dem Grundsatz von Treu und Glauben widersprechen, wenn der Bund nun seine Prämienverbilligungsbeiträge – faktisch zulasten der Kantone – reduzieren würde, wenn ein Versicherer einen Prämienausgleich vornimmt.

Anhang: Liste der Anhörungssteilnehmenden²

Abkürzung	Absender/in
Kantone	
AG	Regierungsrat des Kantons Aargau
AR	Regierungsrat des Kantons Appenzell Ausserrhoden
BE	Regierungsrat des Kantons Bern
BL	Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft
BS	Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt
FR	Staatsrat des Kantons Freiburg
GE	Staatsrat des Kantons Genf
GL	Regierungsrat des Kantons Glarus
GR	Regierung des Kantons Graubünden
JU	Regierung des Kantons Jura
LU	Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
NE	Staatsrat der Republik und des Kantons Neuenburg
NW	Regierungsrat des Kantons Nidwalden
OW	Finanzdepartement des Kantons Obwalden
SG	Regierung des Kantons St. Gallen
SH	Regierungsrat des Kantons Schaffhausen
SO	Regierungsrat des Kantons Solothurn
SZ	Regierungsrat des Kantons Schwyz
TG	Regierungsrat des Kantons Thurgau
TI	Staatsrat des Kantons Tessin
UR	Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri
VD	Staatsrat des Kantons Waadt
VS	Staatsrat des Kantons Wallis
ZG	Sicherheitsdirektion des Kantons Zug
ZH	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Parteien	
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
FDP	FDP. Die Liberalen
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
SVP	Schweizerische Volkspartei
Dachverbände der Gemeinden, Städte, Berggebiete	
	Schweizerischer Gemeindeverband
SSV	Schweizerischer Städteverband
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
Dachverbände der Wirtschaft	
Centre Patronal	
Economiesuisse	Economiesuisse
FER	Fédération des entreprises romandes
K. Verband	Kaufmännischer Verband Schweiz
SBV	Schweizer Bauernverband

² in alphabetischer Reihenfolge aufgrund der Abkürzung

SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
Interessierte Kreise	
Leistungserbringer	
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
Hausärzte	Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz
H+	Die Spitäler der Schweiz
Medwissnet	Dachverband der Schweizer Ärztenetze
OMCT	Ordine dei medici del cantone Ticino
Pharmasuisse	Schweizerischer Apothekerverband
SSO	Schweizerische Zahnärztesgesellschaft
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte
Versicherer	
Assura	
Concordia	
CSS	
Curafutura	curafutura - Die innovativen Krankenversicherer
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG
Groupe Mutuel	
Helsana	Helsana Versicherungen AG
ÖKK	
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer
RVK Rück	RVK Rück AG
Sasis	Sasis AG
Santésuisse	Santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer
SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
Sympany	
Tarifsuisse	Tarifsuisse AG
Turbenthal	Krankenkasse Turbenthal
Visana	
Versicherte / Konsumentinnen & Konsumenten / Patientinnen & Patienten	
ACSI	Associazione consumatrici et consumatori della Svizzera italiana
DVSP	Dachverband schweizerischer Patientenstellen
FRC	Fédération romande des consommateurs
KF	Konsumentenforum
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
Diverse	
BFG	Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen
Comparis	Comparis.ch AG
Expertsuisse	Expertsuisse
SAV	Schweizerische Aktuarvereinigung
WEKO	Wettbewerbskommission